



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

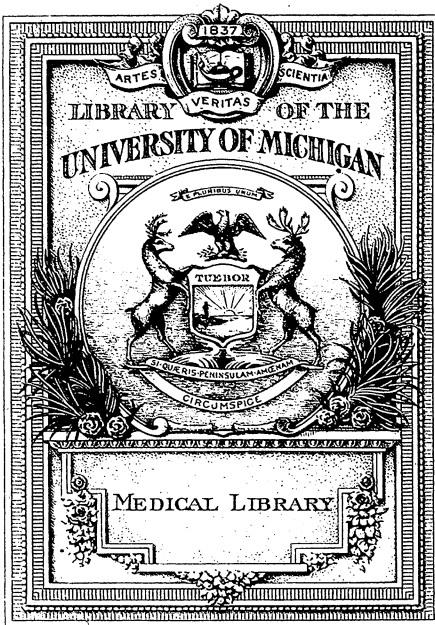
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



Wiener
Medizinische
Presse
42

610.5
WE5
M5
P9



610.5

W65

M5

P9

Wiener
=

Medizinische Presse.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Redigirt

von

Dr. ANTON BUM.

XLII. JAHRGANG 1901.

WIEN 1901.

Verlag von Urban & Schwarzenberg, Maximilianstrasse Nr. 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Autoren-Verzeichniss. *)

Ablow, 309.
 Achard, Paris, 219.
 Adler, Breslau, 1499.
 Adler R., Prag, 791.
 Adrian, Straßburg, 1097.
 Ahlfeld, Marburg, 1622.
 Ahlfeld und Staehler, Marburg, 599.
 Albert, Dresden, 1744.
 Albrecht H., Wien, 323.
 Alapy, Budapest, 997.
 Alexander G., Wien, 373.
 Arkövy, Budapest, 1624.
 Arloing und Courmont, Paris, 1432.
 Askanasy, Königsberg, 890.
 Aufrecht, Magdeburg, 659.

Babes V., Bukarest, 1545.
 Babucke, Königsberg, 261.
 Baccarani und Zaccarini, Modena, 1059.
 Bade, Hannover, 266.
 Balint, Budapest, 1290.
 Bandi, Messina, 1350.
 Barbera, Bologna, 220.
 Barbiani, Bologna, 1982.
 Bardenheuer, Köln, 1844.
 Barié, Paris, 559.
 Bartel, Wien, 2325.
 Barth, Danzig, 949.
 Barthélemy, Paris, 513.
 Battistini und Rovere, Turin, 514, 837.
 Baumgarten, v., Tübingen, 1007.
 Baumholtz, St. Petersburg, 743.
 Bäumler, Freiburg, 1044, 1095.
 Baur K., Berlin, 706.
 Bayer, Köln, 650.
 Bayer, Prag, 120.
 Baylac, Toulouse, 557.
 Becker, Aachen, 370.
 Becker, Berlin, 1289.
 Bechterew, v., St. Petersburg, 1983.
 Béclère, Paris, 132, 419.
 Beevoe C. E., London, 1433.
 Benda, Berlin, 133.
 Benedikt M., Wien, 105, 633, 841, 977.
 Benesch R., Gross-Kadolz, 990.
 Bernheim, Paris, 558.
 Bessel-Hagen, Charlottenburg, 1058.
 Bial, Kissingen, 1298.
 Bier, Greifswald, 695, 947, 1058, 1196.
 Bizzozero, Turin, 1291.
 Bliesener, Köln, 267.
 Blum, Frankfurt a. M., 181, 2374.
 Blumberg, Berlin, 950.
 Boas, Berlin, 1243, 2276.
 Boinet, Paris, 182, 184.
 Bokai J. v., Budapest, 600.
 Bókay, Budapest, 1896.
 Bondi M., Iglau, 1409.
 Boni, München, 1463.
 Bonne, Klein-Flottbach, 2075.
 Borchardt, Berlin, 133, 212.
 Bosio und Ferrio, Turin, 515.
 Bourget, Lausanne, 1741.
 Bowler und Turner, London, 35.

Braatz, Königsberg, 752.
 Braun, Göttingen, 1163, 1625.
 Braun L., Wien, 930, 953, 1081, 1142, 2094.
 Braun, Leipzig, 1162.
 Braus, Würzburg, 2293.
 Bruni, Neapel, 1351.
 Brunn, Göttingen, 840.
 Bruns, Barmen, 1157.
 Bruns, v., Tübingen, 803, 1006.
 Bryant, London, 217, 2341.
 Buchwald, Breslau, 1351.
 Bum Anton, Wien, 345, 411, 1993, 2137.
 Bunge, Königsberg, 1472.
 Büngner, v., Hanau, 1007.
 Burckhardt, Davos, 1703.
 Burgl, Nürnberg, 1982.
 Buschke, Berlin, 310.
 Buxbaum L., Wien, 2384.
 Bychowski, 552.

Calvert, London, 706.
 Camerer, Stuttgart, 180, 2366.
 Canale, Parma, 1060.
 Carlier, Lille, 606.
 Casarini, Modena, 1059.
 Casper, Berlin, 211, 751.
 Castagna Ludwig, Wien, Mechaniker, 1994.
 Ceccherelli, Parma, 1060.
 Celli, Rom, 1244.
 Championnière L., Paris, 320, 704.
 Charrin, Paris, 219, 2290.
 Charas H., Wien, 1047.
 Chauveau, Paris, 2290.
 Chiari, Prag, 26.
 Chodoninsky, Prag, 212.
 Christmas, Paris, 998.
 Chrobak R., Wien, 885.
 Cipollina, Berlin, 1242.
 Cobbett, Cambridge, 1340.
 Codivilla, Bologna, 511.
 Cohn, Berlin, 371.
 Colella, Palermo, 221.
 Courmont, Lyon, 1056.
 Cracianescu, Temesvar, 1653.
 Criegern v., Leipzig, 1198.
 Crippa, J. F. v., Hall, 784.
 Crivelli, Paris, 512.
 Cuneo und Veau, Paris, 510.
 Curschmann, Leipzig, 23, 1842.
 Czerny, Breslau, 993.
 Czyhlarz, E. R. v., Wien, 221, 297, 420, 610.

Daland, Philadelphia, 419.
 Danysz, Paris, 997.
 D'Arrigo, Neapel, 1340.
 Defranceschi, Rudolfswert, 2318.
 Delagénère, Le Mans, 607.
 Delorme, Paris, 511.
 De Paoli Erasimo, 921.
 Destot, Lyon, 704.
 Dettmer, Braunschweig, 308.
 Deutsch, Budapest, 2085.
 Dieudonné, Würzburg, 2373.

Dieulafoy, Paris, 132, 1594, 2371.
 Döderlein, Tübingen, 1254, 1789.
 Dohrn, Breslau, 1833.
 Dominicus, Neapel, 419.
 Donath J., Wien, 466.
 Drigalski, Berlin, 77.
 Duckworth und Garrod, London, 2139.
 Dufour, Paris, 1255.
 Dührssen, Berlin, 1253.
 Dupré, Paris, 512.
 D'Urso, Rom, 513.

Eberson, Tarnów, 1093.
 Ebstein, Göttingen, 1497.
 Edel, Giessen, 456.
 Edel, Würzburg, 2341.
 Edlefsen, Hamburg, 2033, 2081.
 Ehrlich, Frankfurt a. M., 1817.
 Ehrmann S., Wien, 201, 322, 420, 515, 561, 563, 2113.
 Eichhorst, Zürich, 1981.
 Eid, Kairo, 752.
 Einhorn, New-York, 1339.
 Eiselsberg v., Wien, 1430, 2387.
 Eisenberg James, Wien, 1921.
 Eisenmenger V., Wien, 2388.
 Eitelberg A., Wien, 1369, 2361, 2413.
 Elgart, Brünn, 1744.
 Ellinger und Seeling, Königsberg, 1299.
 Elschuig A., Wien, 825.
 Embden, Hamburg, 2403.
 Endersen, Hamburg, 560.
 Engel, Kairo, 503.
 Engelhardt, Göttingen, 1663.
 Engelhardt, Jena, 1244.
 Engelmann, Bonn, 1980.
 Englisch J., Wien, 373.
 Erben S., Wien, 1185.
 Erlenmayer, Bendorf, 838.
 Eschle, Baden, 651.
 Eulenburg, Berlin, 2383.
 Everke, Bochum, 1991.

Fabris, Turin, 1349.
 Fabry, Dortmund, 1156.
 Falk, Berlin, 1542.
 Federn S., Wien, 2313.
 Fehre, Berlin, 1499.
 Fenoglio, Cagliari, 558.
 Fermi und Lumbao, Sassari, 364, 651.
 Ficker, Leipzig, 942.
 Fischer, Illenau, 995.
 Fischer J., Wien, 1773.
 Flatau, Berlin, 550.
 Fleiner, Heidelberg, 1993.
 Flerow, 1043.
 Flesch J., Wien, 736.
 Flick, Graz, 840.
 Foges A., Wien, 324, 400.
 Fökl, Wien, 75.
 Fornaca, Turin, 514, 515.
 Fornario, Kairo, 658.
 Forstetter, Berlin, 371.

*) Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Medical
Müller
5-10-27
13902

Fortunati, Rom, 513.
Francke, München, 2340.
Frank, Chicago, 606.
Frank, Köln, 181.
Frank R., Wien, 804.
Franke, Braunschweig, 1201, 1784.
Franke, Halle a. S., 939.
Fränkel, Halle a. S., 1580.
Fränkel, Wien, 803.
Frankenberger, Prag, 1200.
Frankl-Hochwart v. und A. Fröhlich, Wien, 2384.
Franta, Prag, 1833.
Freundenberg, Berlin, 858.
Freudweiler, Zürich, 173.
Freund L., Wien, 223, 321, 1994, 2034.
Freund, Strassburg, 2085.
Freund W. A., Leipzig, 1797.
Freyer, London, 35.
Friedjung J., Wien, 804.
Friedlaender, Berlin, 551.
Friedmann, Mannheim, 1751.
Fuchsig, Wien, 2099.
Fürst, Berlin, 539.
Furster, London, 659.

Gabbi, Messina, 221.
Gaertner, Wien, 1843.
Gaglio, Messina, 221, 1350.
Galliard, Paris, 1255.
Ganghofer, Prag, 1845.
Garofolo Isidoro, Fiume, 1649.
Garré, Königsberg, 2134.
Geiringer, Wien, 1972.
Generosi, Parma, 1060.
Gérard, Berlin, 607.
Gerhardt, Strassburg, 122.
Gerulanos, Kiel, 888.
Giacomelli, Paris, 652.
Giarré, Florenz, 220.
Giordano, Venedig, 509.
Glatzel, Berlin, 941.
Glück, Berlin, 1347.
Goldberg, Wildungen, 1340.
Goldflam, Warschau, 503.
Goldmann H., Brennbach, 465.
Goldmann H., Wien, 612, 1378.
Goldmann, Freiburg, 801.
Goldner Severin, Wien, 441.
Gottlieb, Heidelberg, 797.
Grabower, Berlin, 2082.
Graser, Erlangen, 1616.
Grassberger und Passini, Wien, 2387.
Grassmann, München, 788.
Graupner, Naheim, 1283.
Grawitz, Berlin, 1577.
Groddeck, Naheim, 1455.
Gromakowsky, Kiew, 601.
Grosse, Halle a. S., 1099.
Gruber Max, Wien, 1994, 2095.
Grün H. und Braun R., Wien, 163.
Grünbaum R., Wien, 14.
Grünbaum R. und Amson A., Wien, 2161.
Guerra, Turin, 514.
Guffiths, London, 2138.
Gumprecht, Weimar, 1004, 2383.
Gutzmann, Berlin, 1799, 1886.
Györy T. v., Budapest, 1820.

Haberkanth, Roda, 361.
Hache, Bayreuth, 82.
Haegler, Basel, 950.
Haenel, Dresden, 307.
Hahn, Hamburg, 372.
Hammesfahr, Bonn, 743.
Hampeln, Riga, 1347.
Hansemann, Berlin, 1106.
Hartmann, Jena, 1098.
Haudek M., Wien, 2228.
Heidenhain, Worms, 979, 1058.
Heinleth, Reichenhall, 1885.
Heintz, Erlangen, 948.
Helferich, Kiel, 1845.
Heller, Berlin, 559, 1706.
Hellstroem, Helsingfors, 793.
Henke, Breslau, 1352.

Henle, Breslau, 1429.
Hermann, Lemberg, 889.
Herxheimer und Hildebrand, Frankfurt a. M., 26.
Herz H., Breslau, 1609.
Herz, Magdeburg, 1462.
Heubner, Berlin, 180, 1798.
Hirsch, München, 1703.
Hirsch, Stuttgart, 997.
Hirschberg, Frankfurt a. M., 1252.
His, Dresden, 2420.
His, Leipzig, 2289.
Hoche, Strassburg, 1750.
Hochenegg J., Wien, 324.
Hofbauer L., Wien, 2094, 2395.
Hoffa, Würzburg, 171, 259.
Hoffmann A., Düsseldorf, 948.
Hoffmann, Basel, 133.
Hoffmann, Heidelberg, 1750.
Hofmann, Bonn, 790, 888.
Hofmann, Marbach, 896.
Hofmeister, Tübingen, 1473.
Hochsinger, Wien, 2091.
Holzknecht, Wien, 268.
Honl, Prag, 213.
Honsel, Tübingen, 694, 949, 1888.
Hönigsberger, München, 1097.
Hoppe-Seidler, Kiel, 2288.
Hübscher, Basel, 2375.
Huchard, Paris, 659.
Hünemann und Deiter, Berlin, 1419.
Hunter, London, 1593.
Hutchinson, London, 217.

Iwanoff, Warschau, 2084.

Jacobsohn, Berlin, 938.
Jaeger, Königsberg, 1107.
Jakowski, Warschau, 1463.
Jaksch v., Prag, 1106.
Jappelli, Neapel, 219.
Jaworski, Krakau, 996.
Jedlicka, Prag, 1042.
Jelinek, Wien, 170.
Jolles, Wien, 1992.
Jolles A., Wien, 496, 561, 562.
Jonas, Liegnitz, 1937.
Jones und Tabby, London, 319.
Jonnescu, Bukarest, 83, 84.
Jordan, Heidelberg, 1740, 1348, 1830, 2287.
Joukowsky, Paris, 1044.

Kahane M., Wien, 29, 313, 999.
Kahlden, Freiburg, 1346.
Kapsammer G., Wien, 323.
Karamitsas, Athen, 418.
Karewsky, Berlin, 1661.
Karo, Bern, 1288.
Karplus Richard, Wien, 221.
Kassowitz Max, Wien, 57, 109, 210.
Katzenstein, Königsberg, 941.
Kaufmann, Freiburg, 2279.
Käusch, Breslau, 1338.
Kedzior und Zanietowski, Krakau, 1155.
Kehr, Halberstadt, 410.
Keller Arthur, Breslau, 408.
Keller, Baden, 25.
Kelling, Dresden, 1429, 1898.
Kétly und Weisz, Budapest, 1289.
Kienböck R., Wien, 222, 269, 873, 932.
Kisch E. Heinrich, Marienbad, 1033.
Klein, London, 652.
Klein Arthur, Wien, 2387.
Kleinwächter Ludwig, Czernowitz, 1233.
Klemperer, Berlin, 1621.
Klöstlein, Königsberg, 1046.
Knäl und Vietti, Rom, 514.
Knöpfelmacher W., Wien, 777.
Knotz Ignaz, Banjaluka, 1569, 2065.
Koch, Greifswald, 371.
Koch und Coenen, Berlin, 693.
Kocher, Bern, 803.
Kollarits, Budapest, 1244.
König, Altona, 1057.
König, Berlin, 549.
Königstein J., Wien, 591.

Kopfstein, Jung-Bunzlau, 2083.
Kopp, München, 650.
Köppen, Norden, 743.
Kopytowski, Warschau, 1339.
Korczynski L. R. v., Krakau, 537.
Kornfeld Ferdinand, Wien, 2189.
Körte und Herzfeld, Berlin, 992.
Kossmann, Berlin, 1392.
Köster, Leipzig, 742.
Kövesi, Budapest, 792.
Kowalski E., Lemberg, 505.
Krahulik, Prag, 1578.
Kraske, Freiburg, 852.
Kraus, Graz, 1347.
Krause, Berlin, 703, 852.
Krecke, München, 364.
Kreilsheimer, Stuttgart, 360.
Kromayer und Grüneberg, Halle a. S., 648, 890.
Krompecher, Budapest, 1200.
Kronfeld R., Wien, 610.
Krönlein, Zürich, 950, 1006, 1392.
Kuhn, Rostock, 835.
Kühne, Marburg, 1091.
Kuhnti, Königsberg, 660.
Kümmel, Hamburg, 751.
Kunik, Leipzig, 937.
Küster, Berlin, 308.
Küster, Marburg, 750, 1153.
Kutner, Berlin, 409.

Landau, Berlin, 172.
Landau, Nürnberg, 1887.
Landerer, Stuttgart, 741.
Lang Eduard, Wien, 1387, 2094.
Lange, Dresden, 1462.
Langerini, Bologna, 220.
Laquer, Frankfurt a. M., 1889.
Lasker, Freiburg, 1938.
Lassar, Berlin, 1792.
Latzko W., Wien, 268, 804.
Laub M., Wien, 465.
Laudenheimer, Alsbach, 1996.
Launois und Loeper, Paris, 558.
Lauterbach, Wien, 951.
Le Fort, Lille, 510.
Lejars, Paris, 2291.
Lennander, Upsala, 1743, 1832.
Lenoble, Brest, 420.
Lépine, Paris, 1008.
Leser, Halle, 2178.
Levy-Dorn, Berlin, 1106.
Lewers, London, 705.
Lewin, Berlin, 597.
Lewkowicz, Krakau, 2127.
Lexer, Berlin, 1944.
Leyden E. v., Berlin, 123, 173, 1211.
Liebermann, Wien, 941.
Lieblein, Prag, 74.
Liebreich, Berlin, 1431.
Lister Josef, London, 729.
Litten, Berlin, 835.
Llobet, Buenos-Ayres, 648.
Loebisch W. F., Innsbruck, 1273.
Loeffler, Greifswald, 1979.
Loewenhardt, Breslau, 802.
Loewy, Berlin, 560.
Loewy A. und Pickardt M., Berlin, 74.
Löffler und Uhlenhuth, Greifswald, 1541.
Lohnstein, Berlin, 171, 559.
Longard, Aachen, 180.
Loschtschilow, 696.
Löwensohn, 839.
Löwenthal, Berlin, 1292.
Löwit, Innsbruck, 596.
Löwy Robert, Wien, 638.
Lubarsch, Posen, 1099.
Lüthie, Greifswald, 371.
Luzzatto, Graz, 123.
Luzzatto A., Triest, 1729.

Maag, Næstved, 552.
Madzsar und Balassa, Budapest, 363.
Mager W., Brünn, 2257.
Mairet und Delteil, Paris, 1009.
Mairot und Arclain-Delteil, 321.
Mann, Breslau, 1420.

- Mansell Moulin, London, 609.
 Marckwald, Bremen, 885.
 Marinescu, Paris, 218.
 Marini, Palermo, 558.
 Markl, Wien, 2279.
 Martin, Berlin, 2338.
 Martin, Köln, 180, 707.
 Mattei, Catania, 651.
 Mauclaire, Paris, 606.
 Mayer, Würzburg, 457.
 Mayer, Zürich, 1786.
 Mendel, Berlin, 454, 1890.
 Mendelsohn, Berlin, 897.
 Menzel, Wien, 466.
 Merckens, Berlin, 930.
 Mertens, Königsberg, 940.
 Metin, Paris, 1043.
 Meyer, Gotha, 26.
 Meyer, Marburg, 886.
 Michaelis, Berlin, 1106.
 Michailowski, Sofia, 83.
 Michaux, Paris, 84.
 Mignon und Sieur, Paris, 605.
 Mikulicz v., Breslau, 1053, 1898.
 Mikusohn, 455.
 Mochizuki, Kioto, 1742.
 Moeli, Berlin, 1937.
 Mohr und Salomon, Frankfurt a. M., 1937.
 Morestin, Paris, 509.
 Morian, Essen, 369.
 Moritz, München, 1391.
 Mraček F., Wien, 323, 373.
 Mühsam, Berlin, 790.
 Müller, Aachen, 181.
 Müller, G. J., Berlin, 596.
 Müller L., Wien, 489, 1414.
 Müller, Würzburg, 1056.
 Münzer, Prag, 1252.
 Myers, London, 319.
- N**anu, Bukarest, 511, 606.
 Naxera, Prag, 1158.
 Negro, Turin, 1349.
 Neschel, 259.
 Netter, Paris, 512.
 Neumann, Berlin, 1009, 1936.
 Neumann, Halle a. S., 1337.
 Neumann I., Wien, 9, 1705, 2094.
 Neumann, Karlsruhe, 1996.
 Neurath, Wien, 153.
 Neustätter, München, 1689.
 Niehues, Aachen, 266.
 Niehues, Bonn, 887.
 Nobl G., Wien, 681.
 Noeggerath, Leipzig, 1462.
 Noorden v., Frankfurt a. M., 886, 2031.
 Nothnagel H., Wien, 1321, 2231.
 Nusch, Nürnberg, 993.
- O**ehler, Frankfurt a. M., 457.
 Oelwein G., Wien, 465.
 Offer Th., Wien, 611.
 Opata, Tokio, 364.
 Ossipow, St. Petersburg, 1983.
 Ott, Petersburg, 1539.
 Ottolenghi, Siena, 2097.
- P**abst, Aachen, 369.
 Pacchioni, Florenz, 1059.
 Paccioni, Rom, 513.
 Pal J., Wien, 2017.
 Panse Rudolf, Dresden, 2214.
 Patrick, 1422.
 Papillon, Paris, 752.
 Pässler, Leipzig, 739.
 Paul, Tübingen, 1869, 2289.
 Pauli W., Wien, 2231.
 Paulesco, Paris, 752.
 Paulsen, Ellerbeck, 261.
 Pavinski und Adelt, 887.
 Payr, Graz, 453, 1057, 1473, 1661.
 Pel, Amsterdam, 360.
 Péraire, Paris, 511.
 Perthes, Leipzig, 1098.
 Pestalozza, Florenz, 220.
- Petersen, Heidelberg, 1348.
 Petzold, Magdeburg, 1704.
 Pfannenstiel, Breslau, 1291.
 Pfaundler, Graz, 2429.
 Pfeiffer, Königsberg, 661.
 Pick, Prag, 1158.
 Pincus, Danzig, 2031.
 Pintor, Turin, 513.
 Plehn, Hamburg, 2220.
 Pluder, Hamburg, 455.
 Poehl, Petersburg, 2382.
 Polacco Romolo, Mailand, 1129.
 Polak, Amsterdam, 2082.
 Politzer S., Wien, 515.
 Pott, Halle a. S., 838.
 Poynton und Paine, 607.
 Preiswerk, Basel, 1623.
 Procházka, Prag, 1311.
 Puchowski und Katschkatschew, 504.
- Q**adflieg, Aachen, 266.
 Quincke, Kiel, 2042.
 Quirin, Tübingen, 2182.
- R**aab, Nürnberg, 1590.
 Radziejewski, Berlin, 1660.
 Ranke, v., München, 2288.
 Ráskai, Budapest, 696.
 Rasumofsky, Kasan, 1157.
 Redlich, Wien, 1212.
 Reger, Danzig, 1006.
 Rehn, Frankfurt a. M., 1539.
 Reichard, Berlin, 744.
 Reichelt J., Wien, 1574.
 Reimann H., Wien, 323, 465.
 Reinecke, Kiel, 1785.
 Reiner Max, Wien, 585.
 Reinhard, Kaiserswerth, 1202.
 Reinprecht, Wien, 2387.
 Reiss W., Krakau, 1449.
 Rejssner, Nauheim, 1006.
 Remy, Liège, 1156.
 Renon, Paris, 419, 753.
 Reynés, Marseille, 84.
 Reynier, Paris, 2045.
 Reynolds S., London, 1213.
 Richet, Paris, 2290.
 Riedel, Berlin, 1540.
 Riedel, Jena, 260.
 Riehl, Leipzig, 361.
 Rindfleisch, Würzburg, 2291.
 Rissmann, Osnabrück, 35.
 Ritter, Greifswald, 372, 2278.
 Robin, Paris, 1008, 1594.
 Roger und Weil, Paris, 320.
 Römer, Giessen, 211.
 Romniceanu und Robin, Bukarest, 1969.
 Röpke, Solingen, 791.
 Rose, Straßburg, 1884.
 Rosenfeld, Straßburg, 1158, 1996.
 Rosenquist, Helsingfors, 1625.
 Roth, Mainz, 2419.
 Roth, Potsdam, 1287.
 Roth Wilh., Wien, 289.
 Rothmann, Berlin, 1299.
 Rothschild A., Berlin, 1041.
 Rothschild, Frankfurt a. M., 505.
 Rothberger, Wien, 2126.
 Roughton, London, 217.
 Rumley Dawson, London, 754.
 Rummo, Palermo, 658.
 Rumpel, Hamburg, 1045.
 Runeberg, Helsingfors, 1197.
- S**achs, Breslau, 260.
 Saenger, Magdeburg, 1096.
 Sahli, Bern, 779, 1290.
 Salfeld, Wiesbaden, 1199.
 Salomon Verá, Lausanne, 173.
 Salomoni, Messina, 221, 1350.
 Saltykow, Charkow, 27.
 Samberger, Prag, 994.
 Sansoni und Serond, Turin, 182.
 Santis, de, Rom, 513.
 Schatz, Rostock, 1795.
 Schede, Bonn, 1799.
- Schiff E., Wien, 2094.
 Schjerning, Berlin, 950.
 Schleich, Berlin, 1241.
 Schlesinger, Dresden, 836.
 Schlesinger Hermann, Wien, 223, 465.
 Schmidt, Bonn, 1498.
 Schmidt, Cuxhaven, 1460.
 Schmidt, Wien, 2385.
 Schneider, Berlin, 2124.
 Schnitzler J., Wien, 241, 299, 353.
 Schönberg, Hainburg, 801.
 Schönfeld, München, 2030.
 Schott, Nauheim, 896.
 Schrötter v., Wien, 1347.
 Schuchardt, Stettin, 1163, 1393.
 Schüle, Freiburg, 2277.
 Schultze, Jena, 24.
 Schürmayer, Hannover, 1423, 2116.
 Schuster, Aachen, 2076.
 Schwartz, Paris, 704.
 Schwarz, Agram, 942.
 Schwarz E., Wien, 612.
 Schwarzbart, Misslitz, 1336.
 Schweinburg Berthold, Brünn, 2409.
 Schweizer, Moskau, 1578.
 Schwenn, Kiel, 1742.
 Sedlaczek J., Mödritz, 1538.
 Seeligmann, Hamburg, 696.
 Segale, Genua, 83.
 Seitz, München, 213, 550.
 Sérgent und Bernard, Paris, 181.
 Seasons, Halle, 123.
 Severeanu, Bukarest, 510.
 Shenton, London, 1592.
 Sieberth, Nürnberg, 840.
 Siegert, Straßburg, 2041.
 Simon, Heidelberg, 1008, 1460.
 Simon, Karlsbad, 1786.
 Sinclair, London, 754.
 Singer, Wien, 1346.
 Sjöbring Nils, Lund, 76, 1472.
 Smith Fred J., London, 1432.
 Smith, Marbach, 896.
 Smith Priestley, Birmingham, 1531.
 Sobotta, Würzburg, 940.
 Soerensen, Berlin, 1009.
 Solieri, Siena, 1350.
 Sommer, Giessen, 1299.
 Sommer, Würzburg, 2292.
 Sonnenburg, Berlin, 2035.
 Sorgo, Wien, 23, 951.
 Soxhlet, München, 409.
 Spengler, Aachen, 2086.
 Spengler, Davos, 1244.
 Spiess, Frankfurt a. M., 992.
 Szaweljew, Dorpat, 1787, 2032.
 Stadelmann, Berlin, 1620, 1659.
 Starck, Heidelberg, 310, 1421.
 Steiner, Berlin, 801.
 Steinhardt, Nürnberg, 1154.
 Stern, Kassel, 267.
 Sternberg J., Wien, 373.
 Sternberg K., Wien, 613.
 Sternberg M., Wien, 613.
 Stieda, Chemnitz, 1099.
 Stintzing, Jena, 1843.
 Stoeckel, Bonn, 34.
 Stöhr Adolf, Wien, 1663.
 Stolper L., Wien, 466.
 Stöwer, Witten, 1045.
 Stransky Maximilian, Wien, 1203, 1257, 2035.
 Straßburger, Bonn, 1004.
 Straßmann, Berlin, 370.
 Strauß, Berlin, 1105.
 Strebel, München, 1929.
 Stroganoff, St. Petersburg, 742.
 Strümpell, Erlangen, 1251, 1750.
 Strüppler, München, 1106.
 Stuparich, Triest, 359, 1459, 2265.
 Süß J., Wien, 515.
 Swentzitzki, Charbin, 1540.
 Szánto Emanuel, Budapest, 1697.
- T**addei, Ferrara, 2046.
 Talamon, Paris, 1672.
 Tauszk, Budapest, 837.

Taylor, Santander, 753.
Thenen Josef, Wien, 1769.
Thiery, Paris, 705.
Thöle, Frankfurt a. O., 362.
Tilmanns, Greifswald, 1162.
Torggler, Klagenfurt, 1834.
Tramer, Klosterneuburg, 2171.
Triboulet, Paris, 420.
Trömer, Hamburg, 372.
Türk W., Wien, 2385.

Ullmann E., Wien, 465, 2094.
Ulmann K., Wien, 2387.
Uhlenhuth, Greifswald, 407.
Umber, Berlin, 2043, 2123.

Valentin, Berlin, 172.
Veit, Leiden, 35.
Viala, Paris, 1099.
Villard, Marseille, 419.
Vincent, Val-de-grâce, 418.
Virchow, Berlin, 560, 1577.
Vogel, Bonn, 1497.

Volhard, Gießen, 1005.
Volland, Davos, 1461.
Walbaum, Harburg, 122.
Walcham und Beale, London, 1213.
Walten, Lodz, 598.
Warneck, Prag, 994.
Wassermann, Berlin, 789.
Wassermann und Schütze, Berlin, 407.
Wechsberg, Frankfurt a. M., 1292.
Weichselbaum A., Wien, 2232.
Weigert C., Frankfurt a. M., 1889.
Weil M., Wien, 613.
Weinlechner J., Wien, 323.
Weiss Julius, Wien, 952.
Welander, Stockholm, 1788.
Wendel, Marburg, 1201.
Werckmeister, Zürich, 1393.
Werth, Kiel, 1898.
Westphalen, St. Petersburg, 1241.
Widal und Ravaut, Paris, 557.
Wiener, Chicago, 551.
Wiener, Prag, 1298.
Wiessner, Lauckau, 1243.
Wilms, Leipzig, 369, 2125.

Winckel, München, 34.
Winkler Ferdinand, Wien, 1872.
Winterberg H., Wien, 323.
Winternitz, Tübingen, 307.
Wladimirow, 744.
Wohlgemuth und Neuberg, Berlin, 1298.
Wohlhardt, Halle, 1392.
Wolf Heinrich, Wien, 2109.
Wolff J., Berlin, 1430.

Wormser, Basel, 121.
Woyer, Wien, 2219.
Wyss, Zürich, 1831.

Young, Baltimore, 1421.

Zappert J., Wien, 393, 445.
Zechmeister Hugo, Pola, 248.
Zeissl M. v., Wien, 1489.
Ziegler, München, 2372.
Ziemssen, Wiesbaden, 1006, 1464.
Zuckerhandl, Wien, 2381.
Zweig, Berlin, 1706.

Sach-Register.

I. Wissenschaftlicher Theil.

Abdominalmassage, Einfluß der ... auf die Harn-
toxicität 1059.
Abdominaltyphus, Behandlung des ... 368, 1432.
— Darmperforation bei ... 2291.
— Diagnostische und therapeutische Versuche über
den ... 1129.
Abkühlung der Leiche nach gewaltsamen Todes-
arten 2047.
Abrin 1989.
Absceß, Zwei Fälle von subphrenischem ... 1569.
Abstinenzfrage, Zur ... 633.
Acetonausscheidung, Einfluß der Nahrung auf ...
1795.
Acetopyrin 1210, 2285.
— und seine Bedeutung in der Therapie 1574.
Achylia gastrica, Hyperchlorhydrie vortäuschend
1339.
Acne rosacea, Extractum suprarenale bei ... 1054.
Acoïn als Localanästheticum 2380.
Acoïn, Subconjunctivale Injections mit ... 748.
Addison'sche Krankheit 181.
Aderlaß, Indicationen des ... 702.
— Indicationen zum ... 216.
Aderlaß, Therapeutische Verwendung des ... 2383.
Adonidin, Darreichungsform des ... 702.
Aether-Chloroformnarkose 2043.
Aethernarkose 1054, 1202, 1390.
Aetherische Oele, Entzündungswidrige Wirkung ...
2376.
Airol in der Behandlung der Geschlechtskrank-
heiten 80.
Airolpaste, Bruns'sche ... 694.
Airolpaste von v. Bruns 1002.
Airol „Roche“ 2134.
Akromegalie 1632.
Aktinomykose, Jodkaliumbehandlung der ... 74.
Alboferin 797, 1894, 2284, 2428.
Albuminurien, Bekämpfung der ... 2340.
Albuminurie, Intermittierende ... 2290.
— Orthostatische ... 1751.
Algeoskopie 2340.
Alkaptonurie, Ueber ... 1786.
Alkohol, Einfluß des ... auf die Empfindlichkeit
796.
— und Muskelarbeit 2290.
— Wirkung des ... auf Herz und Kreislauf 1629.
Alkoholclysmen und Magensaftsecretion 2380.

Alkoholwirkung, Dauer der ... 2132.
Alopecia 2381.
Alopecie, Behandlung der ... 508.
— Zur Kenntniß der ... 310.
Altersstaar, Indicationen zur Operation des ... 1409.
Amöben bei Dysenterie 1889.
Amoeba coli, Pathogene Action der ... 558.
Anämie 2133.
— Behandlung der ... 1104.
— Geheilte Fall von perniziöser ... 1593.
Anämien, Behandlung der ... 130.
— Enterogene Entstehung schwerer ... 1577.
Anastomosis vesico-rectalis 606.
Anästhesirung, Allgemeine ... 2271.
Aneurysmen, Diagnose der ... 23.
Angiotripsie, Ueber ... 307.
Ankylostomalarien, Eindringen der ... in die Haut
2183.
Anorexie 1002.
— Pathogenese der ... 953.
Asterol 2336.
Antikörper im Blute 1999.
— Die ... 2095.
Aortenaneurysmen, Behandlung der ... mit Gelatine-
injectionen 752.
Aphasie, Behandlung der ... 1886, 2133.
— Zur optisch-sensorischen ... 1158.
Appendicitis 1589.
— als Folge einer Allgemeinerkrankung 1097.
— bei Traumen 1337.
— Frühzeitige Operation bei ... 609.
— Hämatemesis bei ... 1594.
— in nervösen Familien 1499.
— Semiotik und Therapie der ... 1661.
— und Traumen 2035.
Appendixerkrankung, Therapie der ... 179.
Aqua magnesia effervesces, Gebrauch der ... 996.
Arabinosen, Physiologisches Verhalten der ... 1298.
Arbeit, Bedeutung der ... für Nervenkranke 838.
— Die ... als Heilfactor 651.
Arbeitsunfähigkeit, Dauer der ... bei internen Er-
krankungen 1887.
Argentum colloidal 2059.
Arrhythmie bei Arteriosklerose 659.
— Paroxysmale 948.
Arsen bei Neurasthenie 216.
Arsenik, Idiosynkrasie gegen ... 504.
Arseniklähmung, Ueber ... 1578.

Arsenikvergiftung bei Biertrinkern 1213.
Arsonval'sche Ströme, Wirkung ... 1390.
Arteria fossae Sylvii, Erweichung im Gesamt-
gebiete der ... 1384.
Arterien, Suturen der ... 221.
Arthrogene Kniegelenkscontracturen, Behandlung
von ... 1470.
Arthritis bei Appendicitis 608.
— *deformans*, Knochenstructuren des Femur bei ...
266.
— Gonorrhöische ... 706.
Ascariodosis hepatis 27.
Ascites, Heilung des ... 1160.
Asepsis, Prophylaxe in der ... 743.
Aseptischer Spiegel für laryngologische Zwecke 1427.
Aseptisches Operiren, Winke für ... 364.
Aspergillose, Die ... 419.
Aspirin 172, 178, 556, 946, 1989.
— bei Pleuritis 1787.
— in der Augenheilkunde 1249.
Asterol 1427.
Athyreosis im Kindesalter 1055.
Atmokausis, Ueber ... 34.
Atropin, Einfluß des ... auf die Magensaftsecretion
221.
Auge, Massage des ... 1660.
Augenblinzeln, Therapie des ... 1345.
Augenerkrankungen, Medicamentöse ... 839.
Augenheilkunde, Die Massage in der ... 825.
Augenkrankheiten, Behandlung von ... 1427.
Autointoxication 2382.
Autointoxication, Behandlung von Krankheiten
durch ... 181.
— bei Darmocclusion 2421.

Bacillo und Lysoform 2126.
Bacillus tuberculosis und pseudotuberculosis 652.
Bacterienausscheidung durch die Niere 1043.
Balantidien, Dickdarm bei ... 2032.
Balantidium coli 2280.
Basedow'sche Krankheit 1155.
— Operative Therapie bei ... 417.
Bauch, Bedeutung mechanischer Vorgänge im ...
1455.
Bauchfelltuberculose, Verlauf der ... ohne Lapa-
rotomie 1884.
Bauchhöhle, Feststellung kleiner Mengen Flüssigkeit
in der ... 1198.

Bauchhöhle, Sensibilität der ... 1832.
Bauchwassersucht, Früher Nachweis von ... 172.
Beinhaut, Die Durchtrennung der ... ist auch als eine an sich schwere Verletzung nach §. 152 aufzufassen 2318.
Belastungstherapie, Ueber ... 400.
Benzin in der Chirurgie 1207.
Beschäftigungslähmung 1433.
Bewegungsstörungen bei Nieren- und Geisteskrankheiten 1299.
Binoculare Figurenmischung 1663.
Bismutose 2380.
Bismutose 1668.
Blase, Das infiltrierte Carcinom der ... 373.
Blasenektomie geheilt nach TRENDLENBURG 607.
Blasengeschwülste, Behandlung der ... 802.
Blasenspülung 2033.
Blasensteinoperationen, Ueber ... 2381.
Blasentuberculose, Pathologie und Therapie der ... 211.
Blattern, Bedeutung der ... bei im Blute gefundenen Körperchen 320.
Blaues Licht, Therapeutische Wirkung des ... 2180.
Bleikolik, Erythroltetranitrat bei ... 1752.
Bleivergiftung, Die gewerbliche ... 1287.
Blennorrhoea neonatorum, Gelenkmetastasen bei ... 261.
Blut, Fettgehalt des ... 1244.
— Schutzstoffe im ... 1817.
— Transfusion von ... 1196.
— Veränderung von ... durch vasomotorische Einflüsse 1289.
Blutdruck bei Herzkrankheiten 896.
— bei Tuberculösen 1703.
Blutdruckmessungen, Vergleichende ... mit dem Sphygmomanometer und dem Tonometer 1703.
Blutspeien 895.
Blutstauung, Einfluß der ... auf Gelenksteifigkeit 2220.
Blutuntersuchung, Chemische ... 1992.
Boagypsschiene, Die ... 1290.
Bösartige Geschwülste, Serumtherapie der ... 320.
Botulismus, Zur Aetiologie des ... 211.
Brechdurchfall 1389.
Bronchialerkrankungen, Behandlung an ... durch Lagerung 938.
Bronchien, Eigenthümliche Erkrankung der ... 1462.
Bronchitis foetida, Behandlung der ... 849.
Broncho-alveolitis fibrinosa haemorrhagica 1769.
Bruchanlage, Die ... und Erkrankung in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit 1616.
Brückenverletzung bei intactem Schädel 2126.

Campher, Nebenwirkungen des ... 1345.
Cancroïd der Ulna, Scheinbar primäres ... 1383.
— Therapie des ... 507, 792.
Carbolsäure, Anwendung reiner ... bei septischen Wunden 1887.
Carbolsäuretherapie, Die ... 949.
Carcinom, Aetiologie des ... 2278.
— Neue Behandlungsmethode des ... 1979.
Carcinom und Sarkom, Die Infectionstheorie beim ... 372.
Carcinome, Erfahrungen über ... 2178.
Carcinombehandlung 1712.
Cardioptose, Ueber ... 658.
Cardiospasmus, Behandlung des ... 2278.
Caries der Wirbelsäule, Correctur der ... 319.
— *profunda* 1831.
Cascarine 604.
— und Kakodylpräparate 945.
Casein, Einfluß höherer Temperaturen auf das ... der Milch 1345.
Castration bei Hodentuberculose 1057.
Centripetaler Irrthum und centrifugale Wahrheit 105.
Cephalalgia uraemica 1105.
Cerebrospinalmeningitis, Ueber die Verbreitung epidemischer ... 1107.
Charbon, Le ... symptomatique 1939.
Chinininjektionen, Subcutane ... 1161.
Chininum eosolicum bei Malaria 850.
Chinosol 1794, 2089.
Chirurgie, Plastische ... 1845.
Chloroform, Erbreehen durch ... und dessen Verhütung 597.

Chlorose, Behandlung der ... 131.
Cholecystektomie, Die ... 84.
Chorea 1798.
— Aetiologie der ... 1996.
— Arsenbehandlung der ... 179.
Cirrrose cardiaca, Ueber ... 2388.
Clitoriskrisen, Kenntniß der ... 742.
Cobragift, Neutralisation von ... durch Antinervinserum 1319.
Cocain, Entgiftung des ... im Thierkörper 1392.
— in der geburtshilflichen Praxis 2221.
Coffein bei Carbolvergiftung 2132.
Collargol 604, 2186.
Colitis, Die mandschurische ... 1540.
Complicirte Fracturen, Behandlung von ... 939.
Compressionsapparate, Zur Behandlung des insuffizienten Herzens mit ... 1283.
Conjunctivitis scrophulosa, Ueber ... 489.
Contracturen im Kniegelenk, Verhütung der ... 1157.
Costa fluctuans decima, Die ... 1706.
Craniotomie, Technik der ... 511.
Creosotal 131, 2338.
— bei Keuchhusten 604.
— und *Duotal* 797, 1250.
Credé's Silbertherapie in der Gynäkologie 2219.
— Unguentum 2428.
Croup, Brechmittel bei ... 455.
Crural-Doppelgeräusch, Das ... 515.
Curare und Physostigmin, 2126.
Cystite rebelle, Behandlung der ... mittels Curettement 2329.
Cystitis, Behandlung der ... 1711.
— *luetica* 1748.
— *typhosa* 23, 2425.
Cystotomie, Neue Methode der ... 1350.

Dammenschutz 24, 1943.
Darm, Ueber Beziehungen zwischen Circulation, Motilität und Tonus am ... 2017.
Darmkatarrh, Ueber ... 1498.
Darmknopf, Resorbirbarer ... 1938.
Darmsand, Ueber ... 2139.
Darmverletzung, Subcutane ... 1046.
Darmverschluss, Ueber acuten ... 1095.
Décanulement 2288.
Decubitus, Verhütung von ... 1161.
Dentition, Behandlung der schmerzhaften ... 179, 749.
Dermatosen, Ueber diabetische und arthritische 563.
Dermographismus, Ein Fall von ... 1156.
Desinfection inficirter Wunden 803.
— mit dem FLÜGGE'schen und SCHEERIG'schen Apparat 1384.
— von Instrumenten mit Seifenspiritus 2082.
Desinfectionsmittel, Alkoholdämpfe als ... 840.
Diabetes, Arzneibehandlung des ... 886.
— Arteriosklerotischer ... 2188.
— Behandlung des ... 1990.
— Die dentalen Symptome des ... und der Tabes dorsalis 610.
— Eiweiß und Zuckerausscheidung bei ... 2123.
— Gangrän bei ... 2209.
— *insipidus* infolge von *Syphilis* 1489.
— *mellitus*, Medicamentöse Behandlung des ... 1002.
— Unfall und ... 1632.
Diagnostik in versicherungsärztlicher Hinsicht, Fortschritte der ... 736.
Diazoreaction, Die ... bei Infectionskrankheiten 1938.
Dickdarm, Resorption der Eiweißkörper vom ... aus 1742.
— Resorptionsvermögen im ... 1982.
Digitalisdosen bei acutem Alkoholismus 265.
Digitaliskörper, Wirkung der ... 1210.
Dilatatio ventriculi, Operative Behandlung der ... 1010.
Dionin 1103, 1894, 2381.
Diphtherie beim Pferde 1340.
Diphtherieheilserum bei Pneumonie 1673.
Distomum felinum, Infection mit ... 890.
Diuretin 894.
Doppelmißbildungen, Entstehung von ... 940.
Doppelspeculum, Das gespaltene ... 1834.
Dormiol 318, 556, 702, 1470.

Dormiol und Hedonal 80.
Douglasabscesse, Ueber sacrale Eröffnung von typhlischen ... 324.
Druckstauung, Fall von ... 369.
Dünndarmstricturen, Tuberculöse ... 2179.
Dünndarmtuberculose, Stenosierende ... 1009.
Duodenum, Durchbohrung des ... durch eine Tanie 1099.
Duotal bei Lungenschwindsucht 556.
Dupuytren'sche Contractur, Behandlung der ... 2040.
Dysenterie, Therapie der ... 1297.
Dysenteriebehandlung 2220.
Dyspeptische Diarrhoen, Behandlung von ... 1297.
Dystrophia musculorum 1890.

Echinokokken, Operative Behandlung der ... 1157.
Eisen, Resorption des ... 1471.
— Rolle des ... in der Blutbildung 2276.
Eisenarsengemisch 179.
Eisenarseniat, Lösliches 1712, 2336.
Eisensomatoxe 850.
Eisentherapie 894.
Eiterungen, Sodaumschläge bei ... 744.
Eiweißzerfall bei Botrioccephalus-Anämie 1625.
Ekchymosen, Beitrag zur Entstehungsweise von subpleuralen ... 1093.
Eklampsie, Behandlung der ... 2185.
— Prophylaxe der ... 1622.
Ekzema narium 265.
Ekzem, Behandlung des ... 648, 890.
— Aetiologie des ... 2422.
— Thierbehandlung des ... 463.
Elephantiasis nach recidivirendem Erysipel 371.
Elimination des Appendix per anum bei Appendicitis 1060.
Empyem der Pleura 1098.
Endocarditis gonorrhoeica, Ein durch Reincultur bewiesener Fall von ... 789.
— *maligna* bei acutem Gelenkrheumatismus 559.
— Hirnblutung bei verrucöser ... 1383.
— Aetiologie der ... 2325.
Entbindungen in der Agone 1833.
Entbindungslähmungen, Ueber ... 466.
Enterococcus als Ruhrerreger 2127.
Entfettungscuren 1895.
— Ueber ... 1659.
Epheliden 1943.
Epicard, Regeneration der Deckzellen am ... 2124.
Epicarin 178, 2090.
Epididymitis, Behandlung der ... 32.
— Pathogenese der gonorrhoeischen ... 696.
— Varicöse ... 605.
Epilepsie, Behandlung mit künstlicher Hyperämie 1209.
— Diätetische Behandlung der ... 1290, 1428.
— Künstlich erzeugte Hyperämie des Gehirnes bei ... 695.
— Nitroglycerin bei ... 1630.
— Pathogenese der ... 552.
— Resection des Halssympathicus bei ... 1163.
Epileptiker, Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der ... 1996.
Epithelioma faciei, Behandlung des ... 572.
Erb'sche Krankheit 1889.
Erdphosphaturie bei Dyspepsie 1008.
Erfrierungen, Behandlung der 1385.
Erkältung, Ueber ... 212.
Erysipel 894.
— Aetiologie des ... 1830.
— Behandlung des ... 368.
Erythem nach Urethrareizung 559.
Erythema exsudativum, Ueber ... 1706.
Eumenol, Dionin, Stypticin 1942.
Europhen 946, 1670.
Euthanasie 2081.
Exstirpation uteri, Die paravaginale Methode der ... 1163.
Exsudate der Fossa iliaca, Diagnostik der ... 1842.
Extractum Chinae Nanning 1209.
Extractum fluidum hippocastani 2041.

Favus bei Neugeborenen 1831.
Favusbehandlung 2286.
Febris hepatica intermittens 1252.
Fettherz, Die Lehre vom ... 2326.

Fersan 75, 1943, 2285.
 — Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des ... bei Chlorosen und Anämien 591.
Fettsäurefermentation des Magens 1005.
Fèvre typhoïde, La ... et son bacille 1156.
Fleischbrühe, Wirkung der ... auf die Magensecretion 1669.
Fleischvergiftungen 1461.
Formaldehyd, Vergiftungen mit ... 749.
Formalin 1549.
 — Desinfection mit ... 1244.
Fracturen und Radiographie 704.
Frauenmilch, Eisengehalt der ... 804.
Frühjahrskatarrh, Behandlung des ... 1390.
Fußdeformitäten, Plastik bei ... 181.
Fußschweiß 895.

Gährungs-dyspepsie, Intestinale 1004.
Gallenfarbstoffnachweis, Neuer ... im Harn 514.
Gallensteine, Spontane Ausstoßung der ... 371.
 — Ueber ... 1540.
 — Ueber die ... 260.
Gallensteinerkrankung mit Symptomen der Appendicitis 84.
Gallensteinoperationen, Recidive nach ... 410.
Ganglion Gasseri, Excision des ... 217.
 — Operation des ... 1944.
Gangrän, Spontane ... der Beine 121.
Gastrektomie, Totale ... Heilung 2045.
Gebärmutter, Behandlung der schwangeren incarcerierten ... 696.
Gebärmutterkrebs, Erfolge bei ... 1291.
Geburten, Ueber präcipitirte ... 650.
Gefäßverheilung, Wirkung thermischer Reize auf die ... in der Tiefe 948.
Gefrierpunktsbestimmungen, Bedeutung der ... 1045.
Gefrierpunktsbestimmung, Bedeutung der ... für die Nierenchirurgie 2218.
Gehirnabsceß, Temporäre Craniektomie bei ... 511.
Gehirnerkrankungen nach elektrischem Trauma 2383.
Geisteskranker, Familienpflege ... 1937.
Gelatine, Blutstillung mit ... 130.
Gelatineinjectionen 1210.
 — Hypodermatische ... 178.
Gelenke, Fremdkörper der ... 941.
Gelenke, Perimetrie der ... 2375.
Gelenkrheumatismus, Aetiologie des ... 1346.
 — Bacteriologie des ... 420.
 — Renale Complication des ... 1428.
Gelenksabscesse, Behandlung der ... mit Glasspeculum-Drainage 1749.
Gelenkseiterungen, Ueber ... 1098.
Gelenkshydrops, Intermittirender 2328.
Genu valgum, Spontanheilung des ... 1383.
Geschlechtsbestimmung, Maßgebender Factor der ... 754.
Geschmacksfasern, Verlauf der ... 1834.
Geschwülste, Mikroorganismen in ... 76.
Gesichtsknochen, Fracturen der ... 576.
Gicht, Behandlung der ... mit Chinasäure 1199.
 — Sidal bei ... 508.
Gichtknoten, Entstehung der ... 173.
Giftschwamm, Ueber Vergiftung mit dem ... Agaricus formentosus 465.
Gliedmaßenknorpel, Fonde versteinertes ... 2293.
Gliose und Epilepsie 1996.
Glutoidkapseln, Verwendung von ... 1297.
Glykoformaldehydinfektion 840.
Glykosurie dyspeptischen Ursprungs 1297.
 — und *Diabetes dyspeptischen Ursprungs* 1594.
 — und *Glykämie* 1008.
Golgi'sche Silberimprägnierungsmethode, Modification der ... 603.
Gonorrhoe, Diagnose und Therapie der ... 743.
 — Druckspülung zur Behandlung der ... 409.
Gonorrhoe und Ehe 2189.
Grammatikati's Methode bei Uterusaffectionen 1833.
Graviditas extrauterina, Aetiologie der ... 220.
Gravidität, Einige Worte über eine selten zu beobachtende krankhafte Complication der ... 1233.
 — Gleichzeitige Intra- und Extra- ... 994.
Greisenalter, Eiweißumsatz im ... 792.
Grippale Pneumonien, Behandlung der ... 919.
Guajakoltherapie der *Epididymitis* 1428.
Gurgelwasser 2381.
Gynäkologie, Sterile Dauerhefe in der ... 1744.

Haarmangel, Totaler ... 1983.
Haematoma osseum tibiae 2265.
Hämatoporphyriurie, Ueber 706.
Hammerzehe, Therapie der ... 1509.
Hämoglobinometer, Ein neues ... 1843.
Hämoptyse bei Lungentuberculose 850.
Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen 885.
Halsaffectionen, Pastillen für ... 605.
Händedesinfection 2328.
Harn, Typhusbacillen im ... 2424.
Harnröhrendivertikel bei Knaben 600.
Harnsaure Ablagerungen 2289 2420.
Harnsäurebildung im Thierkörper 1298.
Haut, Desinficirbarkeit der ... 1296.
 — Temperaturpunkte der ... 2292.
Hautcarcinome, Histologie der ... 1378.
Hautkrankheiten, Behandlung von ... mit Kälte 2284.
 — Die elektrostatische Behandlung der ... 1872.
Hautveränderungen bei M. Addisonii, Die ... und einige toxische Erkrankungen 515.
Hautverbrennung, Tod nach ... 2424.
Hedonal 417, 946, 1249.
 — Erfahrungen mit ... 2030.
 — Ueber ... 361.
Heidelbeerextract 702.
Heilserum, Resultate der Behandlung der Diphtherie mit ... 170.
Heißblutdouches bei Augenkrankheiten 417.
Hemiatrophia facialis ... 2421.
Hereditär-syphilitische Kinder 838.
Hernien, Behandlung der ... mit sklerosirenden Injectionen 1670.
Heroin 1004, 1669, 2338.
 — bei Circulationsstörungen 887.
 — und *Aspirin* 993.
 — Therapeutische Erfahrungen mit ... 1972.
 — Wirkung des ... 179.
Heroinum hydrochloricum, Locale Wirkung des ... 1054.
Herpes zoster 1339.
Herz, Das bewegliche 1081, 1142.
 — Functionsprüfung des ... 896.
 — Medicamentöse Therapie des ... 1590.
Herzbehandlung bei Infectionskrankheiten 1161.
Herzbestimmung, Orthodiagraphische ... 1391.
Herzfehler, Aetiologie der ... 1382.
Herzfunction, Maß der ... 897.
Herzklappenzerreißung, Traumatische ... 370.
Herzkranken, Pleuraergüsse bei ... 122.
Herzkrankheiten, Behandlung von ... 703.
Herzmittel, 894.
 — Ueber ... 896.
 — und *Vasomotorenmittel* 797.
Herznerven, Entfernung aller ... bei Säugethieren 2289.
Herzmuskel, Degeneration des ... bei Diphtherie 1292.
Herzstichwunden, Behandlung von ... 598.
Herztod, Asphyktischer ... 219.
Hetol 1941, 2185.
 — bei Lungentuberculose 835.
 — in der Behandlung der Tuberculose 266.
Hetolbehandlung 1427.
Hg- und Jodkalidyspepsie, Beseitigung der ... 264.
Hirnehirnchirurgie 950.
Hirndruck, Zur Frage des ... 1162.
Hirnscheitelbeinlagen, Die ... 1795.
Hirnsklerosen, Infantile ... 513.
Hirntumoren, Exstirpation von ... 949.
Hoden, Conservative Operationen am ... 1057, 1660.
Hodentuberculose, Castration bei ... 1006, 2182.
Holocain-Cocainlösung 463.
Holzphlegmone, Ueber ... 790.
Hüftgelenk, Erkrankungen des ... 549.
Hüftgelenksdeformitäten, Osteotomie in der Behandlung der ... 259.
Hüftgelenksluxation, Blutige Operation der angeborenen ... 171.
Hüftgelenksluxationen, LORENZ'sche Reposition bei ... 836.
 — Reposition von ... 1473.
Hustennittel, 1471.
Hustenreiz der *Phthisiker* 131.
Hydatidencysten der Leber 84.

Hydronephrose, Congenitale ... 2375.
Hydrotherapie, Einfluß der ... auf den Stoffwechsel 574.
Hygiama 2229.
Hyperacidität, Chirurgische Behandlung des Spasmus pylori und der ... 1705.
Hyperämie zu Heilzwecken 947.
Hyperemesis lactantium 1460.
Hyperidrose der Füße, Behandlung bei ... 1209.
Hyperidrosis, Medication bei ... 849.
Hypnose, Einfluß der ... auf Puls und Athmung 1389.
 — Indication der ... 372.
Hypophysis, Histologie der ... 133.
Hysterie, Kothbrechen bei ... 2221.

Ichthargan, Behandlung der Gonorrhoe mit ... 1105.
 — bei Trachom 1629.
 — und *Ichthoform* 557.
Idiotie, Sachs'sche familiäre amaurotische ... 2180.
Ileus, Behandlung des ... 895.
 — Die Atropinbehandlung des ... 450.
Impetigo, Behandlung von ... 215.
 — *contagiosa* 1059.
Incarceration durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz 1384.
Inductionsfunkenlicht, Die Brauchbarkeit des ... in der Therapie 1929.
Influenza, Behandlung der ... 317.
 — Myelitis nach ... 1751.
 — Ueber die bei ... beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen 289.
Influenzalaryngitis, Fall von ... 941.
Influenzaproceß, Localisation des ... 2221.
Influenzasymptom, Ein ... 1784.
Inguinalhernie, Radicaloperation der ... 607.
Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten 1096.
Innere Einklemmung, Ascites als Frühsymptom bei ... 2219.
Initialaffect, Zwei Fälle seltener Localisation des syphilitischen ... 1449.
Intraabdominaler Druck 2182.
Intraabdominale Eiterung, Ueber einige Formen ... und deren Behandlung 241, 299, 353.
Intubation, 1896.
 — bei Diphtherie seit der Serumbehandlung 2041.
 — Spätstörungen nach ... und Diphtherie 2429.
 — Ueber ... 266.
Ionen-Theorie, Die Bedeutung der ... für die physiologische Chemie 1869.
Iritis gonorrhoeica 2138.
Ischias traumatica 1844.
Itrol 703.

Jod als Vasomotorenmittel 1004.
Jodipin 82, 215, 702, 1104, 1840, 1990, 2379.
 — Therapeutische Verwendung des ... 123.
Jodoformvergiftung 1472.
Jodothylin, Behandlung der Fettleibigkeit mit ... 1336.
Jodsaures Natron 604.

Kaiserschnitt, Ueber ... 1991.
Kalkstoffwechsel beim Phthisiker 1888.
Katheter, Sterilisation der ... 889.
Katheterismus, Asepsis des ... 596.
Kauact, Bedeutung des ... für die Magensaftsecretion 367.
Kehlkopftuberculose, Behandlung der ... 1980.
Keuchhusten, Aetiologie des ... 123, 2086.
 — Behandlung des ... 992.
 — Behandlung der ... mit Antitussin 464.
Kieferdeformitäten, Orthopädische Behandlung von ... 267.
Kiefergelenk, Eiterungen am ... 267.
Kinderconvulsionen, Behandlung der ... 2026.
Kindereczem, Behandlung des ... 215.
Kindereczeme 895.
Kinderlähmung, Ueber seltenere Knochendeformitäten nach spinaler ... 153.
Klumpzehen, Behandlung der ... 133.
Kniescheibenbrüche, Behandlung der ... 1430.
Knochen, Draht als Ersatz bei Continuitätsdefecten der ... 790.
Knochencallus, Einfluß der BIER'schen Stauung auf die Entwicklung des ... 1993.

Knochendefecte, Angeborene ... 1099.
Knochennaht bei Fracturen 705.
Kohlensäurebäder nach Schorr 514.
Kohlensäuregas, Ueber die therapeutische Anwendung erhitzten ... 638.
Kopfschmerzen 1422.
Kolpitis, 130 Fälle infectiöser ... mit positivem Gonokokkennachweis 1969.
Krebs, Der ... in Norwegen 2179.
 — der Wange 509.
Krebsheilserum, Das ... 2045.
Krebsparasiten, Ueber ... 1472.
Kreislaufapparat, Zur Lehre von den Neurosen am peripheren ... 1609.
Kreosotal bei Abdominaltyphus 556.
 — bei Keuchhusten 657.
Kriegsinvaliden, Nachbehandlung der ... in Badeorten 1006.
Kropf und dessen Behandlung 2275.
Kropfbehandlung, Ueber ... 852.
Kufekke, Kindernährmehl 2427.
Kühlsalben 417.
Kumiß als Heilmittel 1043.

Laparotomie, Vaginale 1283.
Laryngitis, Behandlung der 216.
Laryngologie und Medicin 2082.
Laryngotyphus, Bacteriologie des ... 418.
Larynx, Amyloidtumoren im ... 2257.
Larynx tuberculose, Behandlung der ... 748.
 — Behandlung der ... 266.
Lassar'sche Haarcure, 605.
Leber, Blutstillung bei der ... 83.
Leberabscesse, Behandlung der ... 82.
 — Chirurgische Behandlung der ... 509.
Lebercirrhose, Aetiologie der ... 885.
 — Operative Behandlung der ... 1252.
 — und Neubildung 2291.
Leberrupturen, Behandlung von ... 2125.
Leberruptur, Laparotomie bei ... 2329.
Leberthran, brausender ... und Phosphoröl 2428.
Lecithin 1550.
 — Einfluß von ... auf den Stoffwechsel 33.
 — Therapeutische Verwendung des ... 2044.
Leontiasis ossea 2341.
Leistenbruch, Der angeborene ... 120.
Lepra, Die ... in ... 248.
Leuchtgasvergiftung, Schwere ... 1748.
Leukämie, Parasiten der ... 596.
Leukocyten nach Infectionen 558.
Lichtwärmestrahlen, Wirkung der ... 77.
Lidödem, Acutes, idiopathisches ... 1255.
Ligatureiterungen, Ueber ... 950.
Lipomatosis, Differentielle Symptome der ... universalis bei Männern und Frauen 1033.
Lobus frontalis, Absceß des ... 220.
Locale Tuberculose, Wundbehandlung nach Operationen bei ... 803.
Luftwege, Behandlung des Katarrhs der ... 550.
Lumbago, Gegen Schmerzen bei ... 215.
Lumbalhernien, Ueber ... 133.
Lumbalpunktion, 1250.
Lunge, Schußverletzung der ... 2274.
Lungen, Keimgehalt normaler ... 1463.
Lungenchirurgie, Entwicklung der ... 1347.
Lungenentzündung, Behandlung der ... 1351.
Lungenkrankheiten, Chirurgische Behandlung der ... 2042, 2134.
Lungenresection wegen eiteriger Bronchiektasien 1058.
Lungenschwindsucht, Behandlung der ... 1461.
Lungensyphilis, Ueber ... 1106.
Lungentuberculose, Die Behandlung der ... mit Ammonium sulfoichthyolicum combinirt mit Creosotum carbonicum 1378.
 — Fieber bei ... 178.
 — Ursache der ... 659.
Lapus erythematodes und Tuberculose 2419.
Luxatio manus dorsalis, Beiderseitige ... 1243.
Lymphbewegung, Einfluß thermischer Reize auf die ... 506.
Lysolvergiftung, Tödliche ... 1982.

Magen, Eiweißassimilation im ... 2188.
 — Fermentsecretion im ... 2188.
 — Neueste Literatur über Physiologie und Pathologie des ... 20.

Magen, Reizgröße des ... 1586.
 — Stärkeverdauung im ... 2292.
 — Wirkung von Morphin auf den ... 997.
Magenausspülungen im Kindesalter 1154.
Magenblutungen, Occulte ... 1243.
Magencaarcinom 2276.
 — Erfahrungen über ... 1898.
Magenchirurgie, Ueber ... 1060.
Magendilatation, Chirurgische Behandlung der ... 1668.
 — Mechanismus der acuten ... 1429.
Magenerweiterung, Behandlung der ... 418.
Magengeschwür, Chirurgische Behandlung bei ... 992.
 — Chirurgischer Eingriff bei ... 1201.
 — Wismuthbehandlung des ... 1993.
Magenkrebs, Warum fehlt freie Salzsäure bei ... 1006.
Magenplätschern, Diagnostische Bedeutung des ... 2123.
Magenpulver Leube's 216.
Magensaftsecretion, Einfluß des Schwitzens auf die ... 508.
Magenschmerzen, Cocain gegen ... 749.
Magenthätigkeit, Ueber den Einfluß der Gewürze auf die ... 536.
Malaria, Acute Herzdilatation bei ... 658.
 — Behandlung der ... 848.
 — Immunität gegen ... 2222.
 — Nervöse Störungen bei ... 182.
 — Prophylaxe der ... 651, 1244.
Malariaforschung, Fortschritte der ... 693.
Malaria parasiten, Die neuesten Untersuchungen über die ... 729.
Malaria prophylaxe mit Chinin 2183.
Malum coxae senile 2273.
Manganvergiftung, chronische ... 2423.
Malzsuppe in der Praxis 408.
Mamma, Cysten der ... 217.
Mastdarm, Untersuchung des ... von außen 1497.
Mastdarmbehandlung 2383.
Mastdarmpvorfall, Chirurgische Behandlung des ... 511.
Mastitis adolescentium 791.
 — typhosa, Ueber ... 515.
Masturbation, Behandlung der ... 216.
Maul- und Klauenseuche, Schutzimpfung gegen ... 1541.
Medianusdurchtrennung, Heilung ... 1832.
Mediastinitis, Eitrige ... 2083.
Medulla oblongata, Läsionen der ... 1299.
Mehl in der Säuglingsernährung 265.
Meningitis cerebrospinalis suppurativa, Heilbarkeit der ... 512.
 — Die Bedeutung atypischer Initialsymptome bei der tuberculösen ... 393, 445.
 — Operative Behandlung der ... 949.
Menschenblut, Methode zur Unterscheidung von Thier- und ... 407.
Mercurial-Exantheme 1628.
Meta-Kresol-Anytol und Ichthargan bei Gonorrhoe 658.
Methylblau, Ausscheidung von ... 219.
Milch nach Fasten und Wiederernährung 220.
Milchthermophore bei der Ernährung der Säuglinge 32.
Milzinfektion, Experimentelle ... 419.
Milztumor bei Cirrhosis biliaris 221.
Milzzerreißung, Subcutane ... 740.
Mischnarkose, Ueber ... 1162.
Mißbildung der Lunge, Eine ... 1292.
Mitralstenose, Seltene Ursache von ... 1347.
Mittelohrentzündung, Behandlung der ... 1841.
Mittelohrentzündung, Chronische eiterige ... mit Caries des Felsenbeins bei einem Diabetiker 2361.
Momentradiographie 1592.
Morbus Addisonii, Nebennierenextract bei ... 456.
Morbus Basedowii 1055.
 — mit Tetanie und Sklerodermie 512.
 — Chirurgische Behandlung des ... 1988.
Morbus hungaricus, Aetiologisches zum ... 1820.
Morbus Werlhofii 464.
Morphin, Dosirung des ... im Greisenalter 837.
Moskito-Intoxication 604.
Mücken, Befreiung einer Stadt von den ... 369.
Multiple Sklerose, Die ... 1750.
Mundpflege, bei schwer Benommenen 656.
Muskeldystrophie, Die ... 1249.
Muskelsarum, Das ... 2290.

Muskelverknöcherungen, Ueber traumatische ... 14.
Muttermilch, Ersatzmittel der ... 1033.
Myelitis acuta 1251.
 — Ueber ... 1211.
Myelitis suppurativa, Ueber ... 26.
Myiasis intestinalis, Ueber ... 2232.
Myocard, Das ... bei Infectionen 652.
Myomenucleation, Ueber ... 2338.
Myomoperationen, Vaginale ... 1980.
Myomotomie, Erhaltung der Ovarien bei ... 1898.
Myoplastik bei Hernien 704.
Myositis ossificans traumatica, Ueber ... 505.
Myxomyceten als Erzeuger an Geschwülsten 1034.

N. Depressor, Ursprung des 2374.
Naftalan 555.
Naftalan-Seife 2039.
Nähmaschinenarbeit, Einfluß der ... auf den weiblichen Organismus 1542.
Nährpräparate, Ueber ... 611.
Nährstoff Heyden 555.
Narbenschumpflase 1041.
Narkose, Allgemeine ... 362.
 — medullare ... 941.
 — Regelmäßiges Athmen bei ... 889.
Nasenanomalien, Wichtigkeit der ... 1937.
Naseneiterungen, Ueber ... 217.
Nassilow'sche Operation, Ueber die ... 648.
Natrium-bicarbonicum-Verband 1630.
Natrium sulfuricum, Therapeutische Verwendung des ... 316.
Nagel-Weit'sche Theorie, Die ... 2031.
Nebenhodentuberculose, Behandlung durch Samenstrangresection 606.
Nebennieren, Function der ... 181.
Nebennierendiabetes, Ueber ... 2374.
Nephritis, Ueber ... 1197.
Nephrolithiasis, Symptome der ... 613.
Nervenerkrankungen, Die ... durch Verletzung 977.
Nervensymptome, Ueber Simulation von ... 1185.
Nervocidin (Dalina) 1624.
 — Das ... 363.
Nervöse Dyspepsie 2379.
Netz, Entzündliche Geschwülste am ... 1625.
Netzhautablösung, Behandlung der ... 1296.
Neugeborenen, Chemische Zusammensetzung der ... 180.
Neugeborenen, Chemische Zusammensetzung des ... 2366.
 — Diarrhoe der ... 131.
 — Osteomyelitis bei ... 1744.
Neuralgia trigemini 508.
Neuralgie, Medication bei ... 464, 657.
Neuritis 1843.
 — Tuberculöse ... 221.
Neuropathische Kinder ... 993.
Neurosen nach elektrischen Entladungen 1750.
Niere, Operationen bei Stauungsgeschwülsten der ... 1153.
Nieren, Amyloide Degeneration der ... 835.
 — Combination von hypnotischen und diuretischen Mitteln auf die ... 848.
 — Erschütterung der ... 503.
Nierenbeweglichkeit, Traumatische ... 453.
Nierenchirurgie, Die ... 750.
 — Fortschritte der ... 751.
Nierenkrankheiten, Diagnose und Therapie der ... 751.
Nierentuberculose, Die ... 1460.
Nystagmus, associirter ... 2035.

Oberkieferresection, Neue Methode der ... 510.
Obstipation, Spastische ... 1241.
Oesophagus, Ruptur des ... 35.
Oesophagustumoren, Verwendung der Divertikelsonde bei ... 310.
Ohrkranker, Die psychische Beeinflussung als unterstützendes Moment bei der Behandlung ... 1369.
Oophorin, Einfluß des ... auf den Stoffwechsel 796.
Operationen nach Lungencomplicationen 888.
Operationsführung nach Schleich 259.
Operationshandschuhe, Ueber ... 308.
Ophthalmotherapie 1587.
Orexinum tannicum 1794.
 — in der Kinderpraxis 416.
Organismus, Altersveränderungen des ... 218.

- Orthopädie*, Operationsmethoden der modernen ... 2228.
- Osteoplastik* 181.
- Ostitis deformans*, Beitrag zur Kenntniß der ... heredo-syphilitica 585.
- Ovarien*, Accessorische ... 213.
- Oxalsäure*, Die ... im Organismus 1242.
- Oxalsäureausscheidung* 1937.
- Pachydermia laryngis* 894.
- Pankreas*, Das ... bei infectiösen Kinderkrankheiten 1059.
- Pankreon* 1748.
- Parabuccale Tumoren* 510.
- Paraffininjectionen*, Subcutane ... 886.
- Paralysis agitans*, Behandlung der ... mit Hyoscin 1389.
- Pathogenese der ... 1742.
- Parametritis*, Chirurgische Behandlung von ... 1539.
- Patellarfracturen*, Behandlung der ... 551.
- Patellarreflexprüfung*, Technik der ... 122.
- Pectoralis*, Degeneratio cerea musculi ... 1459.
- Pellagröse Augenerkrankungen*, Kenntniß der ... 1649.
- Penis*, Hautplastik am ... 1058.
- Pentosurie*, Ueber ... 371, 1298.
- Perforationsperitonitis*, Todesursache bei ... 1382
- Perforativperitonitis*, Operation bei ... 1842.
- Pericarditis*, Operationen bei ... 744.
- Peritonitis*, Behandlung der ... tuberculosa durch Punction und Waschung 557.
- Ueber idiopathische ... 1321.
- tuberculosa, Ueber ... 457.
- Perityphlitis*, Behandlung der ... 1899.
- Medicinische Behandlung des ... 1741.
- Pestbacillus*, Agglutination des ... 2279.
- Pestepidemie in Köbe* 364.
- Pestprophylaxe* und Pestbekämpfung 661.
- Petroleummassage* bei Gelenkrheumatismus 895.
- Petrosapol* und Petrosulfol 2286.
- Pflanzenmilch* in der Ernährung 74.
- Phonationerscheinungen*, Intercostale ... 1289.
- Phosphorleberthran*, Nachtrag zu meinem Aufsatz über ... 210.
- Ueber ... 57, 109.
- Phosphorvergiftung*, Leber bei ... 182.
- Phthise*, Einfluß der Schwangerschaft auf ... 1835.
- Phthiseotherapie*, Rohes Fleisch in der ... 659.
- Phthisis pulmonum* 1620.
- Physostigmin* gegen Darmerschlaffung 2031.
- Pigmentnaevus* mit hydropischen Erscheinungen 1044.
- Placenta*, Anatomie der ... 35.
- Placentarretention*, Ueber ... 599.
- Plasmon* 1711.
- Pleuraempyem*, Behandlung des ... 1160.
- Pleuraexsudat*, Cystodiagnostik bei ... 557.
- Pleuritiden*, Behandlung der ... von Kindern 1345.
- Pleuritis pulsans*, Ueber ... 1385.
- Ueber ... appendicularis 132.
- Pleuritis*, tuberculösen Ursprungs oder nicht 2371.
- Plexus sacralis*, Perineurische Erkrankungen des ... 1054.
- Pneumonie*, Behandlung der ... 33, 739.
- Behandlung der croupösen ... 1704.
- Das heiße Bad in der Therapie der ... 1751.
- Lösungsvorgänge bei ... 1786.
- Mikroorganismen im Blute bei ... 1889.
- Pneumokokkenendocarditis*, Ueber ... 1352.
- Pneumonie-Mortalität* 1347.
- Pocken*, Behandlung der ... mit rothem Lichte 503.
- Potentladungen* hochgespannter Inductionströme 2034.
- Polynucleose* bei Rabies 1056.
- Porencephalie*, Ueber ... 1346.
- Prämenstruelle Krisen*, Behandlung der ... 265.
- Primäraffect* am Auge 372.
- Projectile*, Gepaarte ... 1006.
- Prolapsoperationen*, Moderne ... 2085.
- Prostatahypertrophie*, Behandlung der ... 801.
- Die BOTTINI'sche Operation bei ... 458.
- Prostatektomie*, Neue Methode der ... 35.
- Prostatitis*, Reaction des Prostatasecretes bei ... 559.
- Protargol* 1250.
- bei Rhinitis vasomotoria 604.
- Protoplasmafortsätze*, Die ... der motorischen Hirnrindenzellen 2084.
- Pruritus*, Behandlung des ... 265.
- senilis, Behandlung des ... 81.
- Pseudobulbäparalyse*, Ein Fall von ... mit einseitiger Pupillenstarre 2065.
- Pseudodiphtheriebacillen*, Differentialdiagnose der ... 601.
- Psoriasis*, Theerbildung der ... 463.
- Psoriasisbehandlung* 1840.
- Psorospermiosis follicularis*, Ein Fall von ... 2113.
- Pulpa-Amputation*, Die ... 1623.
- Pulpitis*, Aetiologie der ... 840.
- Puls*, Negativer ... der Saphena 220.
- Pulsarrhythmie*, Ueber ... 2234.
- Pulsfrequenz*, Einfluß von Bewegungen auf die ... 2161.
- Pulsirende Pleuritis*, Ueber ... 419.
- Pulszahl* im Wochenbette 2425.
- Pupillenungleichheit* 1158.
- Purgatin*, 1895, 2224, 2327.
- Purgatol* 1344.
- Puro* 2185.
- in der Kinderpraxis 1508.
- Puroform* 2429.
- Purpuraerkrankungen*, Coagula bei ... 420.
- Pyelitis* 318.
- Spaltung der Nieren bei ... 1743.
- Pyorrhoea alveolaris* 1629.
- Quecksilberäthylamin* als Desinfectionsmittel 950.
- Quecksilbereinführung*, Gastrische 1793.
- Quecksilbersäckchen*, Behandlung mit ... 1788.
- Rabies*, Untersuchungen über ... 173.
- Rabiesdiagnostik*, Biochemische ... 2046.
- Rachitis*, Behandlung der ... mit Nebennierensubstanz 463, 1097.
- Raynaud'sches Syndrom*, Aetiologische Rolle der Tuberculose bei ... 753.
- Rectalgonorrhoe*, Zwei Fälle von ... 1288.
- Rectumcarcinom*, Sacrale Exstirpation des ... mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus 441.
- Therapie des ... 1497.
- Reflex*, Der hypogastrische ... 1983.
- Resorbinquecksilber*, Ueber ... 784.
- Retrobulbäre Operationen*, Ueber ... 660.
- Rheumatismus*, Aetiologie des ... 607.
- Roentgenbestrahlung*, Zur Pathologie der Hautveränderungen durch ... bei Mensch und Thier 873.
- Roentgenbilder mit dem Epidiaskop* 369.
- Roentgentherapie*, Die bisherigen Erfolge der sogenannten ... 223.
- Roentgoskopische Dermographie* 1106.
- Röhrenknochen*, Mikroskopisches Verhalten subcutaner Brüche langer ... 2372.
- Rose's Diabetesmilch* 32.
- Rückgratsverkrümmung*, Zur Diagnostik und Therapie der habituellen, seitlichen ... 345.
- Rückenmark*, Regeneration des ... 2084.
- Rückenmarksanästhesie*, Ueber ... 1058.
- Rückenmarksläsion*, Ein Fall von unter merkwürdigem Symptomencomplexe verlaufender ... 297.
- Rückenmarkstumor*, Ein ... 180.
- Rückenmarkstumoren*, Chirurgische Behandlung der ... 1799.
- Rudolf Virchow*. Zu seinem 80. Geburtstage 1865.
- Salipyrin* 509.
- Salipyrinvergiftung* 1794.
- Salol* bei Diabetes 368.
- Samenstrang*, Pathologie des ... 359.
- Resection des ... 606.
- Santonin* bei Neuralgien 1349.
- Sapoline* 82, 508.
- Saponine*, Ueber ... das Saponin der Roßkastanie 2116.
- Sauerstoff* in der Krankenpflege 367.
- Säugling*, Künstliche Ernährung des ... 409.
- Säuglingsalter*, Die Nahrungsmengen im ... 777.
- Säuglingsernährung* mit Vollmilch 1161.
- Säurevergiftung*, Die ... 560.
- Scabies*, Behandlung der ... 260.
- Scabiesbehandlung* 1549.
- Scapula-Periostreflex* 1661.
- Schädeldefecte*, Knöcherne Deckung der ... 940.
- Schädelerschüsse* 1006.
- Scharlach*, Brand nach ... 1981.
- Scheidenirrigationen*, Ueber methodische Anwendung heißer ... bei Frauenleiden 1921.
- Scheidensarkom*, Primäres ... Erwachsener 550.
- Schielen*, Frühbehandlung des ... bei jungen Kindern 1531.
- Schilddrüse*, Jodgehalt der ... 219.
- Schilddrüsenbehandlung* bei Cretinismus 1936.
- Schilddrüsenexstirpation* bei Pflanzenfressern 560.
- Schlaflosigkeit*, Bekämpfung der ... 2186.
- Schlüsselbeine*, Congenitales Fehlen beider ... 2341.
- Schmerzbetäubung*, Die verschiedenen Methoden der ... 1058.
- Schnupfenmittel* 1055.
- Schuppen und Haarausfall*, Mittel gegen ... 796.
- Schußverletzungen* der modernen Feuerwaffen 950.
- Schwangerschaftsdiagnose*, Irrthümliche ... 309.
- Schwangerschaftsdauer*, Ein Fall von verlängerter ... 1538.
- Schwangerschaftserbrechen*, Behandlung des ... 963.
- Schwarzwasserfieber* 918.
- Schweiß*, Giftigkeit von ... der Epileptiker und Paralytiker 1009.
- Giftigkeit von ... des gesunden Menschen 321.
- Schwermetalle*, Blutbildender Werth der ... 131.
- Schwindel*, Ueber den ... 2214.
- Seekrankheit*, Tiefathmung bei ... 2279.
- Seelenstörungen*, Postoperative 1669.
- Selbstentwicklung*, Die ... 2326.
- Sehnenreflex* bei totaler Querschnittsdurchtrennung des Rückenmarks 1338.
- Sehnenüberpflanzungen*, Functionserfolge der ... 937.
- Sensibilitätsstörungen der Haut*, Ueber ... bei Erkrankungen innerer Organe 307.
- Septum*, Nachbehandlung operirter Vorsprünge am ... 360.
- Septum narium*, Fensterresection des ... 130.
- Serumdiagnose des Blutes* 2085.
- Seruminjectionen*, Intravenöse ... 1470.
- Skelet* eines wohlgeformten Fußes ... 560.
- Skiagraphie*, Die ... bei Erkrankungen der Brustorgane 1213.
- Skioskopie*, Zur LAURENTY'schen Theorie der ... 1689.
- Smegmabacillen* 1580.
- Somatose* 1004.
- Therapeutischer Werth der ... und Eisensomatose 1414.
- Speicheltumor* der Parotisgegend 570.
- Speiseröhre*, Besichtigung der ... 1898.
- Speiseröhrenerweiterung*, Behandlung der ... 180.
- Speiseröhrenerweiterungen*, Retrograde Sondirung von ... 997.
- Spickmethode* 33.
- Spinalparalyse*, Hereditäre ... 1750.
- Splenektomie* 83.
- Sprachstörungen*, Behandlung von ... im Kindesalter 1799.
- Stärkeverdauung*, im Magen 1056.
- Staubinhalationskrankheiten* 1633.
- Stechpflanzensamen*, Beitrag zur Vergiftung mit ... 990.
- Steinschnitt*, Blasennaht beim hohen ... 2375.
- Stichverletzung* des 3. l. Dorsalnerven 2126.
- Stirnhirn*, Charakterveränderungen nach Verletzung des ... 1201.
- Stramoniumvergiftung* 551.
- Stricturen*, Behandlung von ... 171.
- Struma suparenalis*, Ueber ... 34.
- Strychnin*, Wirkung des ... 1389.
- Stypticin* 749, 1104.
- Subarachnoideale Injektionen*, Ueber ... 1042.
- Subconjunctivale Injektionen* 1296.
- Suggestionstherapie*, Ueber ... 2075.
- Supraorbitalreflex*, Der ... 2036.
- Suprasymphysärer Kreuzschnitt* (KÜSTNER) 1041.
- Sympathicus*, Resection des ... 1630
- Syphilis*, Behandlung der ... während der Gravidität 1588.
- congenita, Therapie bei ... 508.
- Kreislauforgane bei ... 788.
- Prophylaxe der ... in den Barbierstuben 33.
- Ueber endemische ... der Gegenwart 9.
- Ueber Reinfektion bei ... 681.

Syphilis, Ungewöhnliche Erscheinungen bei secundärer ... 1729.
 — während der Schwangerschaft, Behandlung der ... 1672.
Syngocystom, Das ... 1705.
Syrupus Colae compositus Hell 2338.

Tabes, Aetiologie und Therapie der ... 360.
 — Therapie der ... 1296.
 — beim weiblichen Geschlechte 454.
 — bei Weibern 1499.
 — *dorsalis*, Casuistik der ... 1200.
 — — und Herzfehler 994.

Tannigen 2132.
Tannoform 1841.
Tannoformstreupulver bei Nachtschweißen der Phthisiker 1104.
 — gegen Nachtschweiß der Phthisiker 748.

Tetanie im ersten Kindesalter 1845.
Tetanustoxin, Einfluß des ... auf das Nervensystem 1044.

Thiocol 2090.
Thomson'sche Krankheit, Histologie des Muskels bei ... 371.

Thorakoplastik 180.
Thrännasencanal, Verengerung des ... 2373.
Thrändrüse, Pathologie der ... 1045.

Thymolcarbonat 795.
Tic douloureux, Behandlung des ... 318.
Tiefenlocalisation, Störungen der ... 1158.

Tonsillen, Maligne Geschwülste der ... 1885.
Totalexcstirpation, Vaginale ... 1254.
Transfusion von fremdartigem Blute 1295.

Tracheotomie und Intubation 2288.
Triceps brachii, Ganglienbildung in der Sehne des ... 212.

Tricuspidalinsufficienz, Venöser Puls der Saphena bei ... 558.

Triferrin 945.
Trigeminusresektion 703.
Trigeminusresektionen 27.
 — intracranielle ... 852.

Trinkwasser, Desinfection des ... mit Natriumhypochlorid 1419.
 — Reinigen von ... durch Abkochen 1291.

Trionalcur 1988.
Trionalgebrauch und Schlafmittel 995.
Tripper, Behandlung des ... 650.

Tripperinfection, Prophylaxe der ... 1550.
Tripperrheumatismus, Behandlung des ... 701.
Tropon, Versuche über die Anwendung von ... am Krankenbette 163.

Trugschluß, Ein forensischer ... 930.
Truncus innominatus, Unterbindung des ... mit Heilung 1631.

Trunksucht, Behandlung der ... 512.
Tuberculose, Beziehung der ... zum Trauma 311.
 — im Kindesalter 2373.

— Menschen- und Rinder- ... 1577.
 — Serodiagnostik der ... 1056.
 — Uebertragung der ... durch die Placenta 1340.

— Zimmtsäurebehandlung der ... 741.
 — Zimmtsäurebehandlung der chirurgischen ... 887.
 — und Syphilis 558.

Tuberculosebehandlung nach LANDREER 1200.
Tuberculöse Geschwüre, Casuistik der ... des äußeren Genitale 201.

Tuberkelbacillen in Butter 793.
 — in Fäden im klaren Urin 1653.
Tuberkelpilze im Froschkörper 1099.

Tumoren, Entstehung nach Gewalteinwirkung 2287.
Typhöse Peritonitis, Diagnose und Behandlung der ... 1672.

Typhus abdominalis, Beiträge zur hämorrhagischen Diathese bei ... 2171.

Typhus, Jod bei ... 1989.
Typhusbacillen, Ueber die Desinfection mit ... infiltrierter Badewässer 261.

Typhusdiagnose nach PROKOWSKI 457.

Ulcus cruris, Behandlung des ... 1003, 1055.
 — *durum*, Vorschlag zur Behandlung des ... 2313.
 — *molle*, Therapie des 1748.
 — Verwendung von Acidum salicylicum bei ... 1697.

Ulcus ventriculi, Chirurgie des ... 707.
Unguentum Credé 1896, 1942, 2224.
 — bei Phlegmasia alba dolens 317.
 — Locale Anwendung von ... 178.

Unterbindungsmaterial, Ueber ... 35.
Unterschenkelgeschwür, Behandlung des ... 1241, 1749.

Uranoplastik, Technik der ... 1430.
Ureter-Katheterismus, Die Frage des ... 1202.
Urethralgonorrhoe, Behandlung der weiblichen ... 849.

Urethrotomia interna 1340.
Urin, Harnsäure im ... 1621.
Urotropin bei Pyelitis calculosa 1060.

— Ueber den Einfluß des ... auf die Darmfäulnis 1273.

Uterus, Retroflexion des schwangeren ... 754.
Uteruscarcinom, Operative Behandlung des ... 1348.
 — Spätresultate bei ... 705.

Uterusexstirpation, Vaginale ... 1789.
Uterusvaginallprolaps, Congenitaler ... 1797.

Vaccination antirabique 1099.
Vaccine expérimentale 2331.
Vaccinepusteln, Bacillen aus ... 942.

Vagus und *Hypoglossus*, Gekreuzte Vernähung des ... 80.

Variola, Augencomplicationen der ... 1712.
 — *haemorrhagica*, Therapie der ... 367.

Venenplastik 2046.
Ventilpneumothorax, Behandlung des ... 132.
Verbrennungen, Behandlung der ... mit Pikrinsäure 696.

Verdauung, Bedeutung der Gewürze für die ... 25.
Verstopfung, Zusammenhang zwischen psychischer Verstopfung und chronischer ... 539.

Verweilkatheter, Befestigung von ... 507.
Viscin 361.
Vulvovaginitis kleiner Mädchen, Behandlung der 657.

Wanderniere, Methode der Fixation der ... 1671.
Wannenbäder, Können ... als Reinigungsmittel der Kreißenden betrachtet werden? 742.

Wein, Physiologische Wirkung des 2099.
Wiederbelebung nach Paus 552.
Wirbelfraktur 1631.

Wirbelsäule, Deviationen der ... neurotischen Ursprungs 923.
 — Rheumatische Affection der ... 1578.

Wismuthintoxication, Ueber ... 1888.
Wochenbett, Darmerkrankungen im ... 1773.

Wundbehandlung 748.
 — Entzündungserregende Mittel bei der ... 26.
Wunden, Verhalten von Keimen in frischen ... 1462.

Wurmfortsatz, Der ... 2341.

Xeroderma, Ueber ... pigmentosum 26.
Xeroform 1549.

Zahn, Replantation eines ... 795.
Zahnextraktionen, Schmerzen nach ... 657, 1669.

Zehenphänomen, Das ... BABINSKI's 2124.
Zimmtsäurebehandlung der Tuberculose 2039.
Zimmtsäure-Injectionen bei Tuberculose 1344.

Zimmtsäuretherapie der Tuberculose 1249.
Zinnvergiftung, Ueber einen Fall von acuter ... durch Tragen von mit Zinnsalzen stark besetzten Seidenstrümpfen 496.

Zuckerconsum und seine Gefahren 1798.
Zuckerreaction, Eine neue ... 1161.

Zündholzfabriken, Hygiene in ... 791.
Zunge, Schwarze ... 1785.
 — Ueberbeweglichkeit der ... 455.

— Verwachsung der ... mit den Wangen 941.
Zymotherapie, Die ... 213.

II. Feuilleton, Standesangelegenheiten, Tagesgeschichte etc.

Beiträge zur socialen Medicin 29, 313, 653, 999, 1245.
 Berliner Briefe 553, 891, 1293, 1745.

Budapester Briefe 365, 505, 601, 793, 943, 1159, 1342, 1425, 1627, 2037, 2377.
 Das „Graubuch“ der Aerzte Oesterreichs 1255, 1300.

Das „Haus der Barmherzigkeit“ in der Antonigasse in Wien 1387.
 Das Mai-Avancement der k. u. k. Militärärzte 853.

Das Wiener Stadtphysicat 1897—1899 1511.
 Der neue gerichtsarztliche Gebührentarif 1010.

Der gerichtsarztliche Tarif 1107.
 Der VI. österreichische Aerztekammertag 1061, 1107.

Der VII. Congreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft 1207.

Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht 959.

Die deutsche Klinik im Beginne des 20. Jahrhunderts 123, 173.
 Die Entwicklung und die Erfolge des Rettungswesens 1047.

Die Humanität am Krankenbette 1665.
 Die Lage der Hilfsärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten 708.

Die Meisterkrankencassen und die Regierung 953.
 Die Meistercassen und die Wiener Aerztekammer 968.

Die österreichischen Arbeiterkrankencassen im Jahre 1898 745.

Die Reform des Krankenversicherungswesens in Oesterreich 1163.
 Die 69. Versammlung der „British Medical Association“ 1985.

Die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 1789, 1837, 1890.
 Die Verwendung von Laien in der ärztlichen Praxis 411.

Die Wiener Krankenhausfrage 898.
 Ein Betrug an der Wissenschaft 77.
 Ein Erfolg der Aerzteschaft in der Meisterkrankencassenfrage 1899.

Ein Facultätsgutachten 85.
 Einige sanitäre Vorurtheile 1545.
 Ein neues Werk über Tabes 2331.

Freie Arztwahl bei den Krankencassen 697.
 Helmholtz 1465.

Herm. Frh. v. Widerhofer† 1473.
 Italienischer Brief 1101, 2087.

Max von Pettenkofer† 325.
 Prager Briefe 261, 1939.
 Psychologische Gesichtsvorstellung 2129.

Standesglossen 2281.
 Streiflichter aus dem ärztlichen Standesleben 1203.

Ueber ausländische Curpuscherei in Oesterreich 1997.

Zu Hermann Nothnagel's 60. Geburtstag.
 Zur Abstammungsfrage. Epilog zum letzten Antialkoholismus-Congreß in Wien 891.

Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung 1945, 2139, 2237.
 Zur Jahres- und Jahrhundertwende 36.

III. Literarische Anzeigen.

Abel Rudolf: Taschenbuch für den bacteriologischen Praktikanten 2223.
 Alberg Bing: Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde 1047.

Ammann E.: Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans 1890.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte 1890, 1983.

Aschaffenburg, Schultze, Nollenberg, Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 1985.

Baer A.: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter 2184.

Basch S. v.: Die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose 1386.
 Biedert Ph.: Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind 30.

Bock E.: Ueber Trachom 601.

- Bollinger O.: Atlas und Grundriß der pathologischen Anatomie 2331.
 Botazzi: Physiologische Chemie 1546.
 Breus C. und Kolisko A.: Die pathologischen Beckenformen 312.
 Brügelmann: Das Asthma 2086.
 Bunge G. v.: Lehrbuch der Physiologie des Menschen 1790.
 Casper und Richter: Functionelle Nierendiagnostik 27.
 Cattanco Cesare: Terapia delle malattie dell' infanzia 1158.
 Cornet M.: Pratique de la chirurgie courante 262.
 Czerny u. Keller: Des Kindes Ernährung etc. 1500.
 Danziger Fritz: Die Mißbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr 179.
 David Max: Grundriß der orthopädischen Chirurgie 891.
 Le Dentu A. und Pierre Delbet: Traité de chirurgie 2282.
 Dobczynski B.: Die Tuberculose (Schwindsucht) und deren Bekämpfung 460.
 Dubois Raphael: Leçons de physiologie expérimentale 1204.
 Dürck: Atlas und Grundriß der pathologischen Histologie 1544.
 Ebstein W.: Die Medicin im alten Testamente 214.
 Ebstein Wilhelm: Die Tastpercussion 1046.
 Edinger Ludwig: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere 78.
 Eiselsberg Freih. v.: Die Krankheiten der Schilddrüse 2127.
 Ekstein Emil: Oesterreichischer Hebammen-Kalender pro 1901 1204.
 Erdmann H.: Lehrbuch der anorganischen Chemie 262.
 Eulenburg Albert: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde 1292.
 Fraenkel M.: Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie 2036.
 Fraenkel S.: Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung 652.
 Frank E.: Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen 364.
 Frenkel H. S.: Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung 313.
 Friedrich Ernst: Die Krankheiten der Nase und des Halses etc. 1100.
 Fritsch H.: Gerichtsärztliche Geburtshilfe 998.
 Gerber P. H.: Entstehung und Verhütung der Oherleitionen 1102.
 Glaessner R.: Die Leitungsbahnen des Gehirns und des Rückenmarks 794.
 Goldscheider und Jacob: Handbuch der physikalischen Therapie 1341, 1835.
 Goldschmidt S.: Zur Geschichte der Prophylaxe 124.
 Greeff R.: Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges 1666.
 Guttman H.: Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis 1836.
 Haab O.: Atlas und Grundriß der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik 365.
 Haushalter, Etienné, Spillmann und Thiry: Cliniques médicales iconographiques 1746.
 Hecker Rudolf: Tetanie und Eklampsie im Kindesalter 1582.
 Helferich H.: Atlas und Grundriß der traumatischen Fracturen und Luxationen 602.
 Hoffa A. und Lilienfeld A.: Die Prophylaxe in der Chirurgie 411.
 Hoffmann A.: Pathologie und Therapie der Herzneurosen 943.
 Hofmeier M.: Handbuch der Frauenkrankheiten 1665.
 Hütlein: Mnemotechnik der Receptologie 1708.
 Jacob P. und Pannwitz: Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose 2376.
 Jaksch R. v.: Klinische Diagnostik innerer Krankheiten 1665.
 Jessner S.: Compendium der Hautkrankheiten 1464.
 Joseph M.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1790.
 Kafemann: Rhino-pharyngologische Operationslehre 2332.
 Kahane M.: Grundriß der inneren Medicin für Studierende und praktische Aerzte 28.
 Kalischer O.: Die Urogenitalmusculation des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlusses 458.
 Karvonen: Die Nierensyphilis 1544.
 Kehr, Berger und Welp: Beiträge zur Bauchchirurgie 1500.
 Kleinwächter: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 2086.
 Koch R.: Ergebnisse der Malaria-Expedition 1940.
 Kratschmer und Senft: Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente 999.
 Krüche: Allgemeine Chirurgie und Operationslehre 842.
 Lacki und Schmaus: Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarkes 1342.
 Lesser E.: Encyclopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1984.
 Lejars F.: Chirurgie d'urgence 1426.
 Liebermeister C.: Grundriß der inneren Medicin 412.
 Luning und Schulthess: Atlas und Grundriß der orthopädischen Chirurgie für Studierende und Aerzte 553.
 Leyden E. v.: Die Tabes dorsalis 745.
 Leyden E. v. und Klemperer Felix: Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts 1424, 2280.
 Magnus H.: Augenärztliche Unterrichtstafeln 2222, 2378.
 v. Metnitz und v. Wunschheim: Carl Wedl's Pathologie der Zähne 1666.
 Meyer Hans: Die Frau als Mutter 174.
 Mühlmann M.: Ueber die Ursache des Alters 892.
 Nevinny Josef: Allgemeine und specielle Arzneiverordnungslehre 2377.
 Neuburger M.: Die Anschauungen über den Mechanismus der spezifischen Ernährung 506.
 Neufeld A.: Das Trainiren zum Sport 698.
 Nobiling-Jankau: Handbuch der Prophylaxe 654.
 Orth Johannes: Pathologisch-anatomische Diagnostik 1707.
 Okada: Diagnose und Therapie des otogenen Kleinhirnabscesses 1836.
 Olshausen R.: Beiträge zur Lehre vom Mechanismus der Geburt etc. 793.
 Pappenheim: Grundriß der Farbchemie 2184.
 Peiper Erich: Fliegenlarven als Parasiten des Menschen 2038.
 Pfeiffer L.: Taschenbuch der Krankenpflege 842.
 Politzer A.: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studierende 1202.
 Praun E.: Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittelst der Uhr 1000.
 Prausnitz W.: Grundzüge der Hygiene 1707.
 Rogers M. H.: Pre's surgical handicraft 214.
 Rohleder H.: Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen 944.
 Saltarino: Abnormitäten 1466.
 Savor R.: Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung 1940.
 Schaper: Vorträge über Syphilis etc. 1582.
 C. F. v. Schlichtegroll: Sacher-Masoch und der Masochismus 1626.
 Schmeichler L.: Beiträge zur Augenheilkunde 1100.
 Schmidt Ad. und Strasburger: Die Faeces des Menschen etc. 1048.
 Schmidt Benno: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Chirurgie 1160.
 Schmidt L., Friedheim L., Lamhofer A. und Donat J.: Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 746.
 Schmidt R.: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes etc. 124.
 Schmidt-Rimpler: Augenheilkunde 2087.
 Schrötter L. v.: Erkrankungen der Gefäße 553.
 Schrötter, v.: Casuistik des Fremdkörpers in den Luftwegen 2036.
 Seitz C.: Lehrbuch der Kinderheilkunde 1708.
 Sommer R.: Diagnostik der Geisteskrankheiten 1745.
 Sonderegger: Vorposten der Gesundheitspflege 2130.
 Stetter: Grenzen der Otochirurgie 2282.
 Triboulet und Mathieu: L'alcool et l'alcoolisme 1294.
 Trumpp Josef: Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst Intubation 1387.
 Unger L.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1627.
 Urbantschitsch V.: Lehrbuch der Ohrenheilkunde 697.
 Veit J.: Handbuch der Gynäkologie 840.
 Vierordt O.: Diagnostik innerer Krankheiten 602.
 Vorstädter L.: Synoptische Tafeln zur Diagnostik der Herzklappenfehler 1101.
 Wasiliew: Die Traumen der männlichen Harnröhre 1502.
 Weyl, Nocht und Schwarz: Oeffentliche Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten 1246.
 Windscheid: Die Prophylaxis in der Nervenheilkunde 78.
 Wittgenstein: Physikalisch-diätetische Behandlung der Magenkrankheiten 1836.
 Zuckerkandl O.: Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre 942.
 Zuntz und Schumburg: Physiologie des Marsches 1245.

IV. Verhandlungen ärztlicher Vereine und Congresses.

- Aus englischen Gesellschaften 35, 217, 319, 607, 705, 754, 1213, 1432, 1592, 2138, 2341.
 Aus französischen Gesellschaften 132, 218, 320, 511, 1008, 1255, 1593, 1672, 2044, 2290.
 Aus italienischen Gesellschaften 219, 513, 1059, 1349, 1751, 2046, 2235.
 Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands 133, 370, 559, 660, 706, 1009, 1351, 1590, 1632, 1750, 1996, 2233, 2291.
 XXIX. Congreß für innere Medicin in Berlin 797, 850, 896, 947, 1004, 1056, 1105, 1211, 1251, 1298, 1346, 1391.
 30. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 750, 801, 852, 949, 1006, 1057, 1162, 1253, 1348, 1392, 1429, 1472, 1509, 1551.
 Gesellschaft für innere Medicin in Wien 2231, 2384.
 XIII. internationaler medicinischer Congreß 82, 181, 418, 509 (14 Allg. mil. Ztg.), 557, 605, 658, 703, 752, 1431, 1552, 1589, 1630, 1670.
 K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 323, 373, 465, 515, 612, 804, 1993, 2094, 2387.
 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen 34, 180, 266, 369.
 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte 1795, 1842, 1896, 1944, 1991, 2041, 2134, 2187, 2225, 2287, 2333, 2381, 2429.
 Wiener medicinischer Club 84, 221, 268, 321, 420, 466, 561, 610, 951.
 Wiener medicinisches Doctorencollegium 2091, 2137, 2189, 2228.

Allgemeine Militärärztliche Zeitung.

A. Autoren.

- Calinette, Lille, 14.
 Chanaz und Koch K. R., Berlin, 7.
 Clarae, Paris, 14.
 Firkel, Liege, 14.
 Majewski Konrad, Innsbruck, 26.
 Majewski Konrad, St. Pölten, 9.
 Marchoux, Paris, 15.
 Meyer, Berlin, 11.
 Morgenroth, Tientsin, 28.
 Port Julius, 12.
 Schumburg, Hannover, 27.
 Simonin, Paris, 17.
 Stuckert, Karlsruhe, 22.
 Thöle, Frankfurt a. O., 22.
 Ziemann Hans, Kamerun, 1.

B. Sachregister:

- | | | |
|---|---|--|
| <i>Alwin v. Coler</i> † 30. | <i>Ileus</i> durch Faserkrebs bei einem 20jährigen Soldaten, 22. | <i>Schußverletzungen</i> , Ein Beitrag zu den ... der Leber 22. |
| <i>Chef des militärärztlichen Officierscorps</i> einst und jetzt 28. | <i>Infanteriegeschosse</i> , Ueber die explosionsartige Wirkung moderner . . . 7. | <i>Schwarzwasserfieber</i> , Pathogenese und Prophylaxe des . . . 14. |
| <i>Das November-Avancement</i> der k. u. k. Militärärzte 30. | <i>Kriegsverbandwesen</i> , Reform des . . . 13. | — Ueber das . . . 1. |
| <i>Dysenterie</i> , Aetiologie der . . . bei den Armeen im Felde 17. | <i>Malariaerkrankungen</i> in Tientsin, 28. | <i>Silberwundbehandlung</i> , Die . . . bei der deutschen Marine in China 11. |
| <i>Ewald-Stier</i> , Verhütung von Geisteskrankheiten in der Armee, 28. | <i>Militärärztliches vom Transvaalkriege</i> 3, 17. | <i>Tetanus</i> , Prophylaxe des . . . 14. |
| <i>Feldsanitätswesens</i> , Offene Fragen des . . . 26. | <i>Nährwerth der Soldatenkost</i> 27. | <i>W. Roth's Jahresbericht</i> über die Leistungen auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens 13. |
| | <i>Sanitätstechnische Experimentalstudien im Terrain</i> 9. | |



Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber endemische Syphilis der Gegenwart. Von Hofrath Prof. NEUMANN in Wien. — Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr. A. BUM und M. HERZ in Wien. Ueber traumatische Muskelverknöcherungen. Von Dr. ROBERT GRÜNBAUM, Assistenten des Institutes. — **Revue.** Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens. — **Referate.** SOAGO (Wien): Zur Diagnose der Aneurysmen der Aorta und der Arteria anonyma und über die Behandlung derselben mit subcutanen Gelatineinjectionen. — HANS CURSCHMANN (Leipzig): Ueber Cystitis typhosa. — B. S. SCHULTZE (Jena): Dammschutz. — KELLER (Baden): Die Bedeutung der Gewürze für die Verdauung. — MEYER (Gotha): Ueber die Anwendung von entzündungserregenden Mitteln bei der Wundbehandlung. — C. HERXHEIMER und R. HILDEBRAND (Frankfurt): Ueber Xeroderma pigmentosum. — CHIARI (Prag): Ueber Myelitis suppurativa bei Bronchiektasie. — SALTJKOW (Charkow): Zur Kenntniß der Ascariidosis hepatis. — **Literarische Anzeigen.** Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Klinisch-experimentelle Untersuchungen von Dr. LEOPOLD CASPER, Privatdocent an der Universität, und Dr. PAUL FRIEDRICH RICHTER, Assistent der III. med. Klinik in Berlin. — Grundriß der inneren Medicin für Studierende und praktische Aerzte. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Prof. Dr. TH. BIEDERT. — **Feuilleton.** Beiträge zur socialen Medicin. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — **Kleine Mittheilungen.** ROSE'S Diabetesmilch. — Ueber die Verwendbarkeit der Milchthermophore bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge. — Behandlung der Epididymitis. — Zur Prophylaxe der Syphilis und des Herpes tonsurans in den Barbierstuben. — Behandlung der Pneumonie. — Spickmethode. — Einfluß von Lecithin auf den Stoffwechsel. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 72. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.* Gehalten vom 16.—22. September 1900. *Aus den Abtheilungen.* (Orig.-Ber.) XII. — *Aus englischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Zur Jahres- und Jahrhundertwende. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber endemische Syphilis der Gegenwart.

Von Hofrath Prof. Neumann in Wien.

Was wir gegenwärtig als endemische Syphilis bezeichnen, führte bekanntlich verschiedene Namen, wie Radesyge (Schweden und Norwegen), Sibbens oder Sivvens Morbus, Dithmarsicus, jütländisches Syphiloid, curländisches, litthauisches Syphilid, Mal de St. Euphemie, Maladie de Chavanne-Lure, Pian de Nérac, Falcadina, Skerljevo, Frenjak (Bosnien, Hercegovina und Serbien), Boala (Rumänien und Bulgarien) etc. Mit diesen Namen wurden jedoch lange nicht bloß syphilitische Affectionen bezeichnet. Vielmehr galten die Radesyge, der Sibbens, das jütländische Syphiloid, als von der Syphilis verschiedene, der Skerljevo bis in die Mitte unseres Jahrhunderts als Krankheit sui generis. Mit der genauen Untersuchung der fraglichen endemischen Affectionen, dem Fortschritte der Dermatologie, der Erweiterung und Vertiefung der Kenntniß der Syphilis, gelang es auch hier Klarheit zu schaffen. Die Radesyge erwies sich bei exacter Untersuchung als tertiäre Syphilis; der Sibbens wurde von BELL als mit Scabies combinirte schwere Syphilisform erklärt, die sich bei einer armen, unwissenden, der ärztlichen Behandlung sich entziehenden Bevölkerung oft rasch extragenital verbreitete; ebenso erwiesen sich die anderen als selbständige endemische Krankheiten betrachteten Affectionen theils als mit Syphilis combinirte oder bloß als syphilitische Krankheiten. Während jedoch der nosologische Charakter, die territoriale Verbreitung und Frequenz aller vorgenannten, in den civilisirten Staaten herrschenden Syphilisendemien vollkommen festgestellt ist, läßt sich dies von dem uns speciell interessirenden Skerljevo, der that-

sächlich ein Sammelname vieler Krankheiten ist, nicht behaupten. Eine Thatsache, die umso bemerkenswerther, als die Endemie in dem croatisch-dalmatinischen Gebiete vom Ende des vorigen Jahrhunderts (1790) datirt, die Krankheit sich derart rasch verbreitet und eine solche Intensität hatte, daß in Portorè ein eigenes Spital zur Aufnahme der Skerljevokranken errichtet wurde. Zu Beginn des laufenden Jahrhunderts wurde Dr. MASICH von der Regierung beordert, Erhebungen über Skerljevo zu machen. Bereits dieser Arzt sprach sich für die syphilitische Natur des Leidens aus und empfahl eine Mercurialbehandlung. Damals waren nach einer approximativen Schätzung über 28% der Einwohner des durchseuchten Gebietes mit Skerljevo behaftet. Die von MASICH vorgeschlagene Behandlung, beziehungsweise die von ihm angeregten Maßregeln wurden zum Theile gar nicht, zum Theile nur sehr mangelhaft durchgeführt. Im Jahre 1816 hatte CAMBIERI die Skerljevokranken durchwegs einer mercuriellen Behandlung unterworfen und diese zur Normaltherapie der Skerljevo erhoben. Da jedoch im übrigen an den Verhältnissen im Gebiete der Endemie nichts geändert wurde, konnte sie nicht nur nicht eingedämmt werden, sondern verbreitete sich stetig in demselben und über dasselbe hinaus. Im Laufe der Zeit gestalteten sich die Verhältnisse derart, daß die Regierung sich bemüßigt sah, Dr. v. PERNHOFER nach Portorè zu senden, um über die Skerljevokrankheit eingehend Untersuchung zu pflegen. Dr. v. PERNHOFER fand in dem überfüllten Spitale außer Syphilis verschiedene Hautkrankheiten, welche er der richtig gestellten Diagnose gemäß behandelte, der Heilung oder Besserung zuführte, wodurch viele Kranken ihrem Berufe zurückgegeben und das Spital entlastet wurde. Da keine weiteren Maßregeln zur Eindämmung der Krankheit ergriffen wurden, konnte die Mission Dr. v. PERNHOFER'S nur einen vorübergehenden Erfolg haben. Später hatte die Re-

gierung den seither verstorbenen H. AUSPITZ mit der Mission betraut, betreffs des Skerljevo eingehend Erhebungen zu pflegen und über diese Ergebnisse zu berichten. AUSPITZ hatte einen kurzen Bericht dem h. Ministerium erstattet, im Anhang desselben einige Anträge unterbreitet und einen detaillirten wissenschaftlichen Bericht in Aussicht gestellt. Aber auch AUSPITZ' Mission, hatte aus Gründen, auf die wir nicht eingehen, die Verhältnisse kaum zum Bessern gewendet. Speciell an der croatisch-bosnischen Grenze, wo die culturellen und wirthschaftlichen Zustände nur einen sehr geringen Fortschritt machten, die Bevölkerung im Pauperismus verharret, die Wohnstätten, in welchen die Insassen zusammengepfercht sind, ungesund und unrein sind, Unwissenheit, Aberglaube und Unsitte eingewurzelt herrschen, Genitalaffectionen aus Scheu und Prüderie, namentlich bei Weibern, gar nicht oder bestenfalls von Curpfuschern behandelt werden, hat die Syphilis ungemein um sich gegriffen. Wie der Comitatsarzt des Modrus-Fiumaner Comitates Dr. LJUDEVIT BRODSKY in Ogulin an den meiner Klinik zugetheilten Fregattenarzt Dr. HUGO ZECHMEISTER über dessen Anfrage mittheilte, sind in einem winzigen Flecken siebzehn Skerljevofälle von ihm consignirt worden. Es bietet dies wenigstens einen approximativen Maßstab zur Beurtheilung der Frequenz der Syphilis in dem in Rede stehenden Gelände. Nun ist aber nebst den vorhin angeführten, die Verbreitung der Syphilis begünstigenden Factoren, der aus Unkenntniß der Natur und Schmerzlosigkeit des Leidens, der Möglichkeit, die gewohnte Arbeit zu verrichten, entspringenden Acht- und Sorglosigkeit, die Massenmigration der Feldarbeiter und -arbeiterinnen, und der bei Straßen-, Brücken-, Eisenbahn- und anderen Bauten beschäftigten Arbeitermassen, als ein die Syphilis überaus mächtig propagirender Factor in vollem Maße zu beachten. Zur Actualität gelangen diese Factoren durch den von den beiderseitigen Regierungen beschlossenen Bahnbau von Schabatz nach Doboj und Bugojno-Arzano zum Anschluß an die bosnische Linie, indem an diesen Strecken Arbeiter aus den in Rede stehenden Gebieten voraussichtlich beschäftigt werden. Es bedarf keiner weiteren Darlegung, wie dringend es ist, der in diesen Gebieten herrschenden endemischen Syphilis mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu steuern. Es wäre sehr verfehlt damit zu warten, bis diese Bevölkerung durch Vollendung der beschlossenen Eisenbahnlinien in den weiten Verkehr mit den übrigen Ländern der Monarchie einbezogen und die Syphilis auch in diesen sich verbreiten, beziehungsweise vermehren wird.

In Bosnien und der Herzegowina habe ich im Auftrage des gemeinsamen Finanzministeriums in den Jahren 1892, 1894 und 1897 die endemischen syphilitischen und nicht-syphilitischen Dermatosen untersucht, so daß gegenwärtig die territoriale Verbreitung, Frequenz und die Formen der endemischen Syphilis durchwegs festgestellt sind. Bei der ersten Visitation waren aus verschiedenen Gebieten beider Länder 336 Individuen (darunter 229, d. i. 68·1% Mohammedaner, 57, d. i. rund 17% Griechisch-Katholische, und 50, d. i. 14·8% Katholiken) als syphiliskrank constatirt. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die mohammedanische Bevölkerung bei weitem nicht die Hälfte der ganzen Bevölkerung Bosniens ausmacht, und von der christlichen die griechisch-katholische die römisch-katholische an Zahl weit übertrifft. Von den 334 Syphiliskranken waren 121, d. i. 36%, mit recenten und 215, d. i. 64% mit Spätformen behaftet. Das Alter war bei 243 ausgewiesen, davon entfielen auf die

Altersstufen von	1—10 Jahren	10, d. i.	5·2%
"	" 11—20	" 18, "	" 7·3%
"	" 21—30	" 73, "	" 30·0%
"	" 31—40	" 66, "	" 66·0%
"	" 41—50	" 42, "	" 18·0%
"	über 50 Jahre alt waren	31, "	" 12·5%

Betreffs der Krankheitsdauer lagen die Daten von 167 Kranken vor. Dieselbe betrug

"	in 32 Fällen, d. i.	9·2%	1 Jahr
"	6 " " "	3·6%	1—2 Jahre
"	12 " " "	7·2%	2—3 "
"	21 " " "	12·5%	3—5 "
"	60 " " "	35·9%	5—10 "
"	36 " " "	21·6%	über 10 Jahre.

Man ersieht hieraus, daß in großem und charakteristischem Gegensatz zu dem in civilisirten Gebieten allgemein herrschenden Verhältnisse, wo die Frequenz der recenten Formen die der Spätformen weit überragt, hier umgekehrt die Frequenz der Spätformen nahezu doppelt so groß ist als die der recenten. Damit im Zusammenhang steht die Krankheitsdauer, während die Altersstufen keine merkliche Abweichung von denen in den civilisirten Gebieten darbieten. Bezüglich der Formen waren von den recenten die schweren papulösen und pustulösen stärker vertreten als die leichten Flecken- und anderen Syphilide.

Von den Spätformen war die Localisation von 164 Fällen verzeichnet, welche sich folgendermaßen vertheilen:

a)	Allgemeine Decke	72 Fälle, d. i.	43·9%
b)	Rachengebilde	40 " " "	24·4%
c)	Nase	37 " " "	22·6%
d)	Röhrenknochen	7 " " "	4·3%
e)	Genitale	4 " " "	2·4%
f)	Augen	2 " " "	1·2%
g)	Zunge	2 " " "	1·2%

Diese Fälle erhielten durch die während meiner späteren Anwesenheit in Bosnien durchgeführten Untersuchung von 845 Kranken einen Zuwachs und eine Vervollständigung, und ist die Gesamtzahl in der folgenden, die verschiedenen Syphilisformen specificirenden Tabelle enthalten.

Unter 71 Fällen recenter Syphilis waren:

Exanthema mac. et papulatum	22 Fälle
Roseola annulata	6 "
Papulae oris	2 "
tonsillarum	9 "
multipl.	7 "
Psoriasis mucosae oris	25 "

Summe 71 Fälle

Bemerkenswerth ist die relativ große Ziffer der Psoriasis der Mundschleimhaut.

Von den Spätformen fanden sich 265 Fälle vor; darunter:

Gummata cutanea	52 Fälle
" palati mollis	66 "
Ulcera serpiginosa	21 "
Perforatio septi narium	19 "
Defectus ossium narium	66 "
Gumma linguae	1 "
" Pharyngis	11 "
" Testis	1 "
Periostitis specifica	26 "
Tophi	2 "

Summe 265 Fälle

Das Alter der Kranken war in 203 Fällen ausgewiesen; nach der Prävalenz der Formen gruppiert, entfielen von den

a) Erkrankungen der Nase, des Rachens und inclusive Larynx auf die Altersstufen zwischen dem

10—20 Lebensjahre	11 Fälle
21—30	12 "
31—40	19 "
41—50	17 "
51—60	20 "
61—70 und darüber	5 "

Summe 84 Fälle

b) Serpiginöse Formen auf die Altersstufe zwischen:

10—20 Lebensjahren . . .	6 Fälle
21—30 . . .	22 „
31—40 . . .	16 „
41—50 . . .	15 „
51—60 . . .	15 „
61—70 Jahren und darüber	3 „

Summe 77 Fälle

c) Knochenaffectionen auf die Altersstufen unter dem

10. Lebensjahre . . .	1 Fall, vom
10.—20.	7 Fälle
21.—30.	7 „
31.—40.	16 „
41.—50.	5 „
51.—60.	4 „
61.—70.	2 „

Summe 42 Fälle

Wenn wir diese Tabellen, welche uns die Formen und die relative Frequenz der endemischen Syphilis ersehen lassen, einer kritischen Prüfung unterziehen, fällt, abgesehen von dem bereits erwähnten Ueberwiegen der Spätformen, welche theils aus der unterlassenen oder schlechten Behandlung, theils aus den allgemeinen Verhältnissen, in welchen die Bevölkerung des Occupationsgebietes früher lebte, unschwer zu erklären ist, die enorme Zahl der gummösen und ulcerösen Affectionen an der allgemeinen Decke, ferner die der Nase und des weichen Gaumens auf. Die ersteren betragen respective 19.62% und 29.05%, zusammen 48.67%, die letzteren rund respective 32% und 25% der Gesamtsumme der Spätformen. Hierin besteht eine der hervorstechendsten Abweichungen der endemischen Syphilis von der Syphilis in den Culturstaaten. Während nämlich in den letzteren die Spätformen namentlich an der allgemeinen Decke gegenüber den receniten in bedeutender Minderheit verbleiben, so daß die Tertiärformen im Maximum etwas über 20%, bei uns ca. 6%, betragen, finden wir das gerade Gegentheil in den in Rede stehenden Ländern. In Frequenz, Ex- und Intensität stehen die Spätformen (der gedachten Organe) an erster Stelle. Wir begegnen hier Formen, wie sie nach der Beschreibung TARNOWSKY'S in Rußland vorkommen: Weite Hautstrecken, infolge vorausgegangener ulceröser Processe in charakteristische Narben transformirt, an deren Peripherie in breiter Zone kaum zählbare, zumeist erbsengroße Knoten in die Haut gebettet sind. Bei vielen Kranken fand ich die Haut des Rückens, der Brust, der Extremitäten in straffes constringirendes Narbengewebe verwandelt und durch den Verlust der Elasticität der Haut die Function der betroffenen Organe in hohem Grade beeinträchtigt.

Zur Illustration führe ich folgende Fälle an:

1. An einem 32jährigen Tagelöhner ist der größte Theil der Haut, zumal die Streckseiten der Extremitäten, mit ringförmigen, größtentheils confluirenden dunkel- bis braunrothen Flecken dicht besetzt, zwischen diesen finden sich zahlreiche erbsen- bis nußgroße runde oder rundliche resistente, derb elastische Knoten in die Haut gebettet. Letztere ist an der Volarfläche beider Hände atrophisch, glänzend, straff constringirt, dermaßen, daß die Hände nicht flachgestreckt werden können. Aehnliche Veränderungen zeigt die Gesichtshaut, in der sich zahlreiche kleine Knötchen vorfinden. Am linken Auge das Sehvermögen durch vollständigen Pupillarschluß aufgehoben. Die Krankheit bestand 17 Jahre.

2. An einem anderen Kranken ist die ganze Gesichtshaut in eine Narbe verwandelt. Die fehlende Nase gleichfalls durch eine flache Narbe substituirt, welche über die durch Atrophie zugrunde gegangenen Lippen sich erstreckte. Durch Constriction war die Mundöffnung auf die Dimension eines Zehnhellerstückes reducirt, durch welche die Nahrung mühsam in die Mundhöhle befördert wurde; ebenso waren die Augenlider in Narben transformirt.

(Schluß folgt.)

*Aus dem Institute für Mechanotherapie der
DDr. A. Bum und M. Herz in Wien.*

Ueber traumatische Muskelverknöcherungen.

Von Dr. Robert Grünbaum, Assistenten des Institutes. *)

Das Auftreten von Knochenneubildungen in Muskeln ist kein häufiges Vorkommniß. Solche Verknöcherungen bilden sich manchmal im Anschluß an Fracturen, wenn es zur Entwicklung eines sogenannten Callus luxurians (VAN HEEREN) kommt, der mächtige, bis tief in die Musculatur hineinragende Knochenmassen producirt, ebenso wenn scharfe Bruchenden oder einzelne, in das Muskelfleisch hineingetriebene Knochenfragmente zu wuchern beginnen oder ein Muskelbauch in die Bruchspalte eingeklemmt und von den Callusmassen durchwachsen wird. Dieser neugebildete Knochen hat einen spongiösen Bau, ragt oft dornartig in die Musculatur, verfällt aber häufig der Resorption. Auch das Periost kann ohne Betheiligung des Knochens Ausgangspunkt einer Knochenneubildung werden, die zum größten Theile innerhalb der Muskeln gelegen ist. Aber alle diese Fälle werden mit Unrecht als Myositis ossificans bezeichnet. Denn unter knochenbildender Muskelentzündung verstehen wir Krankheitsprocesse, bei denen an der Knochenbildung ausschließlich das Muskelgewebe betheiligt ist. Man kann dabei zwei Krankheitsbilder, die in gewisser Hinsicht ähnlich, in anderer strenge geschieden sind, wohl unterscheiden, die Myositis ossificans traumatica und die Myositis ossificans progressiva. Die letztere wurde zuerst durch TESTELIN, DANBRESSI, HAWKINS, WILKINSON bekannt, dann von MÜNCHMEYER genauer beschrieben. Sie ist dadurch charakterisirt, daß theils im Anschluß an leichte Traumen, in einzelnen Fällen angeblich auch nach Erkältungen und beträchtlichen Muskelanstrengungen, theils ohne äußere Veranlassung in den Muskeln, dem intermusculären Bindegewebe, den Fascien, Sehnen teigige, wenig schmerzhaft Schwellungen auftreten, denen sich unter Abnahme der Schwellung eine Knochenbildung anschließt. Die Krankheit beginnt in der Jugend, oft schon im Kindesalter, am häufigsten in den Nacken-, Rücken- und Thoraxmuskeln und Fascien und verbreitet sich von da aus über den ganzen Körper. Indem der Proceß jahrelang unter zeitweiligen Stillständen fortschreitet, kann schließlich ein großer Theil der genannten Gewebe verknöchern. Man findet dann überall leisten- oder spangenartige, zuweilen strahlige, knorrige Körper in die Muskeln eingebettet. Mit der Verknöcherung erfolgt eine zunehmende Verkürzung der erkrankten Muskeln. Die Bewegungen der Glieder, der Wirbelsäule, des Kopfes werden immer mehr gehemmt und schließlich durch Bildung fester Verbindungen zwischen den Gelenken aufgehoben. Dadurch entstehen fixirte Skoliozen, Caput obstipum, Ankylosen an den Extremitäten. Breitet sich die Neubildung auf die Brustmuskeln aus, so wird die Athmung gehindert, durch Verknöcherung der Kaumuskeln der Unterkiefer fixirt. Die mimischen Muskeln, die Zunge, der Kehlkopf, das Zwerchfell, das Herz und die Sphinkteren blieben in den bisher beobachteten Fällen verschont. Häufig sitzt der neu gebildete Knochen schon bei seiner ersten Entwicklung den Skelettheilen auf, bildet also Exostosen, zuweilen sind einzelne Knochen zugleich hyperostotisch. Es läßt sich dann eine scharfe Grenze gegen die Fälle multipler Exostosenbildung ohne Betheiligung der Muskeln nicht ziehen. Die Knochenneubildung hat ihren Sitz im intermusculären Bindegewebe, sie erfolgt nach dem Typus der periostalen Knochenwucherung. Die Muskelfasern selbst verhalten sich ganz passiv. Sie werden vom neugebildeten Knochen verdrängt, durch die Fixirung der Gelenke außer Function gesetzt und verfallen der einfachen und fettigen Degeneration. Die Krankheit ist selten; es sind kaum 50 Fälle bekannt.

*) Nach einem in der Sitzung des „Wiener med. Club“ am 5. December 1900 gehaltenen Vortrage.

Während mit der Myositis ossificans progressiva Traumen nur in sehr vage Beziehungen gebracht werden können, spielen Verletzungen bei der Entstehung der isolirt im Muskel auftretenden Ossificationen eine bedeutende Rolle. Man kann bei der Myositis ossificans traumatica zwei Hauptgruppen unterscheiden, die nach oft sich wiederholenden leichten Irritationen und die nach einmaligen schwereren Traumen sich bildenden Verknöcherungen. Zur ersten Gruppe gehören die Fälle von Reit- und Exerzierknochen und Aehnliches. Die veranlassende Ursache sind häufig wiederkehrende, wenn auch an sich unbedeutende Reizungen, die zu Sugillationen und Schwellungen der Weichteile führen und in einzelnen Fällen Knochenbildung veranlassen. So das häufige Anschlagen des Gewehrlaufes gegen den Oberarm, der Säbelkuppel gegen den Oberschenkel, die häufigen Quetschungen beim Reiten. Diese Bildungen sind nicht sehr selten. HASSE fand sie unter 600 in Abrichtung begriffenen Recruten 18mal. Hingegen sind die Literaturangaben über Verknöcherungen nach einmaligem Trauma ziemlich spärlich, so daß jeder einzelne Fall eine gewisse Beachtung verdient.

1. Fall. Dem 54jähr. Maschinenheizer K. L. fiel am 16. August 1900, während er bei einer Dampfdreschmaschine beschäftigt war, ein schweres Brett aus einer Höhe von 4—5 Metern gegen den rechten Oberschenkel. Er verspürte sofort einen starken Schmerz in seinem Bein, verlor das Bewußtsein und kam erst nach einer halben Stunde wieder zu sich. Bei der Betrachtung seines Beines bemerkte er eine kleine Hautwunde am Oberschenkel, die er sich selbst verband, und eine geringfügige Schwellung. Da er nur geringe Schmerzen verspürte, setzte er seine Arbeit fort. Noch am selben Tage nahmen die Schmerzen etwas zu und der Oberschenkel schwell beträchtlich an, besonders an der vorderen und äußeren Fläche. Nach einigen Tagen zeigten sich hier bläuliche und grünlichgelbe Verfärbungen. Er machte sich kalte Umschläge, ohne seine Arbeit zu unterbrechen oder einen Arzt zu consultiren. In der nächsten Zeit nahm die Geschwulst etwas an Größe ab, die Schmerzen waren erträglich, nur eine Steifigkeit im Kniegelenke machte sich immer stärker fühlbar, so daß er sich beim Gehen eines Stockes bediente. Nach ungefähr 3 Wochen bemerkte er, während er sich selbst den Oberschenkel einrieb, daß die Geschwulst jetzt viel härter sei wie früher. Diese „Verhärtung“ nahm in der nächsten Zeit noch zu. Da sich auch die Schmerzen bei Bewegungen steigerten und die Bewegungsfähigkeit im Kniegelenke weiter abnahm, ließ er sich in den Krankenstand aufnehmen. Bei der ersten Untersuchung am 28. September findet sich die Mitte des Oberschenkels an der Streckseite von einer Geschwulst eingenommen, über welcher die Haut vollkommen unverändert ist. Nur an der Außenseite liegt eine kleine, 3 Cm. lange, bogenförmige Narbe, ganz oberflächlich, vollkommen frei beweglich und mit der Geschwulst nicht zusammenhängend. Die Anschwellung ist ungefähr 20 Cm. lang, 7 Cm. breit und fast 2 Cm. hoch. Sie hat eine knochenharte Consistenz und liegt innerhalb der Streckermusculatur. Zwischen Haut und Tumor fühlt man, wenn man den Patienten auffordert, das Bein zu heben, eine dünne Schichte von Musculatur. Die Oberfläche ist uneben, höckerig, die Gestalt schalenförmig nach oben und unten etwas zugespitzt. Die Geschwulst reicht bis 4 Querfinger nahe an das Kniegelenk und ist stufenförmig gegen den Femur abgesetzt. Dieselbe ist nur wenig druckempfindlich und in sehr geringem Umfange verschieblich. Die Excursionsfähigkeit des Kniegelenkes ist eingeschränkt. Patient kann das Bein bis etwa 80° activ beugen; wird die Beugung forcirt, so treten im Tumor heftige Schmerzen auf. Die Streckung ist activ und passiv fast vollkommen. Auf Grund dieses Befundes wird die Diagnose auf Myositis ossificans traumatica im Quadriceps gestellt. Die von Dr. SCHICK am 2. October aufgenommene Roentgenphotographie (s. Fig.) ergibt die Bestätigung dieser Diagnose und läßt ganz deutlich erkennen, daß die Contouren des Femur und seines Periostes vollkommen scharf und unverändert sind, daß es sich also wirklich um eine Knochenneubildung im Muskel, nicht um Knochenbildung, ausgehend vom Femur und seinem Perioste, handelt. Da Patient die Vornahme einer Operation verweigert, so wird er

mit warmen Bädern, Massage und Gymnastik behandelt. Im Verlaufe dieser Behandlung zeigt die Geschwulst keine Veränderung ihrer Größe, die Consistenz nimmt etwas zu und die Verschieblichkeit des Tumors gegen den Femur geht verloren, so daß er jetzt mit demselben fest verwachsen erscheint. Die Schmerzen bei Bewegungen werden geringer und die Beweglichkeit im Kniegelenke hat zugenommen. Patient kann jetzt das Bein bis zum rechten Winkel activ beugen, die passive Beweglichkeit ist um



5—10° größer. Die später am 16. und 26. November von Dr. KAISER aufgenommenen Roentgenbilder zeigen, daß die Contouren des Femurs noch vollständig frei sind, die Geschwulst, deren Schatten jetzt viel dunkler wie bei der ersten Aufnahme erscheint, also mit dem Knochen sicher nicht zusammenhängt. Auch die sorgfältig von allen Seiten vorgenommene Durchleuchtung läßt nirgends einen Zusammenhang zwischen beiden erkennen.

Im 2. Falle handelte es sich um einen 31jähr. Kaufmann M. S., welcher vor 3½ Monaten mit nach hinten gebogenem linken Arme auf den Rücken gefallen war und sich eine schwere Contusion des linken Armes zugezogen hatte. Der Arm schwell nach dem Unfälle beträchtlich an und war sehr schmerzhaft. Die Geschwulst zeigte in den nächsten Tagen bläuliche und grünlichgelbe Verfärbungen. Er wurde mit kalten Umschlägen und mit Bindeneinwicklungen behandelt. Die Geschwulst verschwand in den nächsten Wochen vollständig, nur entwickelte sich allmählig eine Functionsbehinderung des Ellbogengelenkes. Bei der Untersuchung fand sich an der Beugeseite des Oberarmes nahe der Gelenklinie im Brachialis internus eine taubeneigroße Geschwulst von länglich runder Gestalt, mit einer stumpfen Spitze nach oben, ziemlich glatter Oberfläche und knochenharter Consistenz, auf Druck etwas empfindlich, nicht verschieblich. Die Haut darüber vollkommen unverändert. Ich stellte die Diagnose auf ein Osteom im Brachialis internus. Im Aktinogramme, von Dr. KIENBÖCK aufgenommen, fand sich an der Stelle der Geschwulst ein dunkler Knochenschatten, der mit dem Humerusknochen und seinem Perioste nicht zusammenhängt. Die Contouren der letzteren sind vollkommen intact und unverändert. Da der Verletzte in seinem Berufe nicht wesentlich behindert ist, verweigert er, sich die Geschwulst operativ entfernen

zu lassen. Es werden ihm daher nur warme Bäder und zwecks Mobilisirung des Ellbogengelenkes fleißige active und passive Bewegungen derselben empfohlen.

In der ganzen mir zugänglichen Literatur konnte ich nur 33 Fälle von wahrer Knochenbildung im Muskel auffinden, was gewiß für die Seltenheit der Befunde spricht. Trotz eines sehr reichen Materiales an Unfallverletzten (1000—1200 im Jahre) ist der obige Fall erst der zweite, den ich im Laufe der letzten 3½ Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Von diesen 35 Fällen betreffen 15 den Quadriceps, 10 den Brachialis internus, 3 den Ileopectus, 2 den Biceps und je 1 Fall den Triceps, Digastricus, Adductor longus, Gluteus maximus und das Diaphragma. Mit Ausnahme von 6 Fällen, bei denen fünfmal ein Trauma nicht erwähnt, einmal mit Bestimmtheit auszuschließen ist, waren fast immer schwere Contusionen die veranlassende Ursache, in 12 Fällen ein Hufschlag. Der Krankheitsverlauf ist stets fast identisch. Nach einer heftigen Contusion bildet sich eine schmerzhaftige Schwellung und Sugillation des betroffenen Muskels, mit subcutaner Zertrümmerung der Musculatur, Zerreißen von Gefäßen mit Bildung eines beträchtlichen Blutextravasates. Während in der Uebersahl der Fälle sich diese Veränderungen vollständig rückbilden, kommt es in einzelnen Fällen zu einer intensiven Schwielenbildung. Dieselbe nimmt immer mehr und mehr an Consistenz zu und fühlt sich schließlich knochenhart an. Diese Knochenneubildung entsteht in sehr kurzer Zeit, innerhalb weniger Wochen. In einem von SCHUCHARDT beobachteten Falle konnte die Knochenbildung schon am 19. Tage nach der Verletzung mit Sicherheit constatirt werden. In der Regel beachten die Betroffenen anfangs ihren Unfall gar nicht, gehen ihrer gewöhnlichen Beschäftigung weiter nach und wenden sich erst an einen Arzt, wenn sie die harte Geschwulst entdecken oder Functionstörungen der benachbarten Gelenke eintreten, bedingt durch die mit der Ossification gleichzeitig einhergehenden Verluste an Muskelsubstanz.

Warum es in vereinzelt Fällen, und in welchen Fällen es zur Bildung einer Knochengeschwulst im Muskel kommt, wird sich nicht mit Sicherheit entscheiden lassen. Das Bindegewebe entwickelt auf jeden Reiz, welcher Art er auch sei, immer indifferenten Granulationszellen. Was aber die spezifische Ursache dafür ist, daß sich auf einen bekannten oder unbekanntem Reiz bald ein Fibrom, bald ein Enchondrom, ein anderesmal ein Sarkom oder ein Osteom bildet, ist nicht bekannt. CAHEN denkt an eine Störung der Knochenanlage als veranlassendes Moment und stützt sich hiebei auf die COHNHEIM'sche Theorie der embryonalen Keimanlagen mit Rücksicht darauf, daß in einzelnen Fällen auch andere Entwicklungsanomalien, wie Mikrodactylie (HELPERICH), gleichzeitig beobachtet wurden. Ein einmaliges Trauma bei der Myositis traumatica oder wiederholte mechanische Insulte bei den Berufsosteomen stören die Gleichgewichtsverhältnisse der verschiedenen Gewebsarten und regen dadurch die Entwicklung der vorhandenen Keimanlage an. ZIEGLER nimmt eine aus der Entwicklungszeit stammende örtliche Disposition des Bindegewebes in den Muskeln, Fascien, Sehnen, Bändern zur Knochenneubildung an. Diese Gewebe besitzen angeborener Weise Fähigkeiten, die sonst dem Perioste zukommen, also eine Diathese zur Knochenbildung. Ihm schließt sich BIRCH-HIRSCHFELD an. DÜMS schiebt dem Blutextravasate die wichtigste Rolle zu und begründet seine Annahme mit den Experimenten PIROGOFF's. Derselbe hat den experimentellen Beweis erbracht, daß bei subcutanen Muskel- und Sehnenzerreißen das entstandene Extravasat für die Regeneration der zerrissenen Gewebe von der allergrößten Bedeutung ist. Es handle sich aber wahrscheinlich nicht um eine directe Betheiligung der zelligen, in das Coagulum eingeschlossenen Bestandtheile des Blutes an der auf die Verletzung folgenden Gewebsneubildung, sondern es komme nur die reizende Beschaffenheit des Blutcoagulums in Betracht, das, ähnlich wie der Sequester bei

der Nekrose, den neoplastischen Proceß anregt und unterhält (VOLKMANN). Daß es zur Neubildung von Knochengewebe kommt, das zu erklären bedarf es noch eines weiteren Factors, den man als eine „locale und individuelle Disposition“ bezeichnen könnte, ohne dadurch das eigentliche Wesen des Processes klarer zu machen. Für einzelne Fälle gibt DÜMS die Möglichkeit eines periostalen Ursprunges zu, wenn durch die Verletzung Theile des Periostes abgerissen oder Knochenstückchen in die Musculatur versprengt werden. Entgegen dieser Annahme liegen Experimente von MARKUS vor, der Versuche machte, an den Adductoren von Leichen durch starke Extension Sehnentheile von ihrer Insertion abzureißen, ohne daß es ihm gelang, hiebei auch das Periost zu verletzen. SEYDELER glaubt, daß es sich bei den Muskelosteomen um ähnliche Prozesse handelt wie bei den subcutanen Muskelrupturen, indem bei ersteren das Umwandlungsproduct des Blutextravasates oder der Ersatz eines Muskeldefectes auf verschiedenen Stufen der Entwicklung stehen bleiben kann und die Geschwulstbildung so den Charakter einmal eines Fibroms, ein anderesmal eines Enchondroms etc. annehmen könnte. Diese Hypothese wird dadurch hinfällig, daß das den Muskeldefect ausfüllende plastische Material niemals zu Knorpel oder Knochen wird, wenn nicht andere Ursachen hinzutreten. Die Muskelkörperchen bilden immer wieder nur contractile Substanz. SCHUH schreibt den Coagulis eine active Rolle bei der Gewebsneubildung zu. Dieselben organisiren sich und verfallen dann einem Ossificationsproceße. RASMUSSEN und BERTHIER nehmen für alle Fälle einen periostalen Ursprung an.

Ebenso schwankend ist die Meinung der Autoren darüber, ob es sich in diesen Fällen um einen Entzündungsproceß oder um eine Neubildung handelt, ob für diese Erkrankung der Name „Myositis ossificans“ oder „Osteom des Muskels“ der richtigere ist. VIRCHOW und die meisten älteren Autoren neigen sich der Ansicht zu, daß die Myositis ossificans in der Mitte zwischen Entzündung und Geschwulstbildung steht, ohne daß sich eine scharfe Grenze finden läßt. Die meisten der neueren Autoren, so MAYS, HELPERICH, SCHUCHARDT, ZIEGLER, BIRCH-HIRSCHFELD, CAHEN u. A., halten den Proceß für keinen entzündlichen, sondern für einen wahren Wucherungsvorgang. GRAWITZ und SALMAN treten für den entzündlichen Charakter der Myositis ein. Die Entscheidung über diese Frage kann nur die mikroskopische Untersuchung bringen. Es liegt wohl eine größere Anzahl von mikroskopischen Befunden vor. Dieselben geben aber kein einheitliches Bild, sondern lassen sich zum Theil für die Annahme einer Entzündung, zum Theil für die eines Neoplasmas verwerthen. Das hängt wohl damit zusammen, daß diese Untersuchungen meist in späteren und verschiedenen Stadien der Entwicklung der Geschwulst gemacht wurden und infolge dessen auch verschiedene Bilder liefern. Erst wenn eine größere Anzahl von Untersuchungen aus den frühesten Stadien dieser Erkrankung vorliegen wird, kann diese Frage entschieden werden. Die Schwierigkeit liegt darin, daß die Patienten der Erkrankung in ihrer ersten Entwicklung in der Regel keine Aufmerksamkeit schenken und erst den Arzt consultiren, wenn der Tumor bereits eine bedeutende Größe erreicht hat. CAHEN hatte Gelegenheit, das Recidiv eines Osteoms, das sich nach Exstirpation des primären Tumors in der Narbe entwickelte und frühzeitig operirt wurde, mikroskopisch zu untersuchen, und diese Präparate verdienen für die Entscheidung der Frage die höchste Beachtung, weil sie aus einem sehr frühen Entwicklungsstadium stammen. Auf dem Querschnitte dieser Präparate zeigte sich als Hauptbestandtheil fibrilläres Bindegewebe mit vielen Gefäßen und reichlicher Pigmentation. Muskelgewebe konnte nirgends gefunden werden, dagegen im Bindegewebe zerstreut vereinzelte Verknocherungen. Es ließen sich deutlich drei Schichten abgrenzen. Die erste umfaßte eine dichte Anhäufung von stark gewucherten Bindegewebszellen, die zweite war von kleinzelligem hyalinen

Knorpel gebildet, der durch Einsenkung von Gefäßen mit Riesenzellen in die dritte Schichte, in Knochen übergeführt wurde. Knochen und Knorpel gehen vielfach ohne scharfe Grenzen in einander über. Die Zellen werden kleiner und schmaler, verlieren ihre Kapseln, die Zwischensubstanz wird dichter. Man sieht in den jungen Knochenbälkchen hie und da noch große Knorpelzellen. Außer dieser Knochenneubildung durch Osteoplasten geht auch auf metaplastischem Wege die Verknöcherung vor sich. Im Beginne der Erkrankung herrscht der Typus der endochondralen, später der periostalen Knochenbildung vor. Irgend welche Befunde, die für die begründete Annahme eines Entzündungsprocesses sprechen, waren nicht zu erkennen. In allen untersuchten Fällen stand die Entwicklung des Neoplasmas mit einer starken Wucherung des Bindegewebes in directem Zusammenhange. Diese Thatsache wurde zuerst von VIRCHOW hervorgehoben und von allen späteren Autoren bestätigt. Ich selbst möchte mich der Annahme zuneigen, daß es sich bei der Myositis ossificans traumatica um eine wahre Geschwulstbildung handelt, und diese Anschauung damit begründen, daß die Mehrzahl der mikroskopischen Präparate, namentlich, die aus frühen Entwicklungsstadien stammenden, dafür sprechen, ebenso wie die klinischen Erfahrungen: der Mangel jeglicher Entzündungserscheinungen, das Auftreten von localen Recidiven und die scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung.

Differentialdiagnostisch macht die Erkennung dieser Erkrankung keine besonderen Schwierigkeiten. Es kommen dabei in Betracht die Myositis ossificans progressiva, Myositis syphilitica, Muskelenchondrome und Fibrome, Exostosen und einfache Muskelschwien. Mit der ausgebildeten Form der Myositis ossificans progressiva ist eine Verwechslung nicht möglich, wohl aber im Beginne der Entwicklung. Nur beginnt dieselbe in der Regel in der Rücken- und Nackenmuskulatur, während die Myositis ossificans traumatica begreiflicher Weise jene Muskeln befällt, welche der Einwirkung äußerer Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt sind, wie die Muskeln der Extremitäten. Die Anamnese, der Effect einer specifischen Behandlung und das Fehlen der knöchernen Resistenz charakterisiren die Myositis syphilitica. Enchondrome und Fibrome kommen wegen der sehr großen Seltenheit kaum in Betracht. Gegenüber den Exostosen und der einfachen Muskelschwiele ergibt das Roentgenbild die unterscheidenden Merkmale, das Fehlen des dunklen Knochen-schattens in dem einen und den Zusammenhang mit den Skeletknochen in dem anderen Falle. Wenn auf dem Bilde die Contouren der Skeletknochen vollständig intact sind und daneben noch neugebildeter Knochen liegt, dann handelt es sich um ein Osteom der Weichteile.

Die Prognose dieser Geschwülste ist günstig zu stellen. Sie erreichen keine besondere Größe und nehmen niemals die Charaktere einer malignen Neubildung an.

Die Therapie kann nur in einer operativen Entfernung des neugebildeten Knochens bestehen. TIMAN hat angeblich ohne operativen Eingriff bei 2 Fällen von Reitknochen in dem einen Falle vollkommene Heilung, im anderen Falle Besserung erzielt. Ebenso will RASMUSSEN in 2 Fällen spontane Rückbildung beobachtet haben, doch scheint es sich in seinen Fällen um einfache traumatische Muskelschwien gehandelt zu haben. Sind die Schmerzen bedeutend und die durch die Geschwulst bedingten Functionsstörungen beträchtlich, so ist eine Operation wohl indicirt. Dieselbe geht in der Mehrzahl der Fälle leicht vor sich, besonders wenn die Neubildung scharf begrenzt ist und mit dem Perioste des darunterliegenden Knochens gar nicht oder nur in geringem Umfange verwachsen ist. Schwieriger wird dieselbe, wenn flächenhafte Verwachsungen bestehen und der Tumor scharf aus der Muskulatur ausgelöst werden muß. HELFERICH stellt für die Operation folgende Forderungen auf:

1. Daß nicht allein die Knochenanschwellung, sondern womöglich die anatomische Region, der Muskel in ganzer

Dicke, extirpirt werde, mindestens aber so weit, als nur die geringsten Ausläufer der eigenthümlichen schwierigen Veränderung im Muskel sich finden.

2. Daß das scheinbar normale Periost wenigstens 1 Cm. breit in der Umgebung der am Knochen haftenden Knochenanschwellung mitextirpirt werde.

3. Daß der bloßliegende Knochen nach dem Wegbrechen der Geschwulst und der Entfernung des Periostes nicht nur geglättet, sondern durch flaches Wegmeißeln bis tief in die compacte Rinde hinein von allem Pathologischen befreit werde.

Nur durch solch rigoroses Vorgehen sollen sich Recidive vermeiden lassen. Ich halte aber diese Forderungen HELFERICH'S und CAHEN'S, ohne Schonung der Muskulatur und des Knochens möglichst radical vorzugehen, für nicht berechtigt. Denn locale Recidive sind nur in den seltensten Fällen beobachtet worden und das günstige functionelle Resultat der Operation hängt wesentlich von der Schonung und Erhaltung der betroffenen Muskulatur ab.

Literatur: A. W. OTTO, Seltene Beobachtungen, zur Anatomie, Physiologie und Pathologie gehörig, 1816, Heft 1. — SCHUB, Pathologie u. Therapie der Pseudoplasmen, 1854. — BILLROTH, „Deutsche Klinik“, 1855, Nr. 27. — ROKITANSKY, Pathologische Anatomie, 1856, Bd. 2. — PITHA, „Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien“, 1863. — MÜNCHMEYER, „Zeitschrift für rationelle Medicin“, 1869, Bd. 34. — PODRATZKY, „Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien“, 1873. — TIMAN, „Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1877. — MAYS, „VIRCHOW'S Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“, 1878, Bd. 74. — SEYDELER, „Deutsche militärärztliche Zeitschrift“, 1879. — PITHA-BILLROTH, Handbuch, B1. 2. — VIRCHOW, Die krankhaften Geschwülste, 1864. — VIRCHOW, Cellularpathologie. — BILLROTH-WINIWARTER, Chirurgische Pathologie u. Therapie. — EBSTEIN, „VIRCHOW'S Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“, Bd. 51. — RAMMSTEDT, „Archiv für Entwicklungsmechanik“, Bd. 7. — LUDWIG, „Deutsche militärärztliche Zeitschrift“, 1886. — WEINLECHNER, „Wiener med. Blätter“, 1883. — KONETSCHKE, „Wiener Med. Presse“, 1882. — MEINHOLD, „Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1887. — DÜMS, ebenda 1887. — HELFERICH, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1887. — ZIEGLER, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. — BIRCH-HIRSCHFELD, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. — ADRIEN-SCHMIT, „Revue de Chirurgie“, 1890. — CAHEN, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, 1891. — SCHUCHARDT, „Deutsche Chirurgie“, Bd. 28. — GRAWITZ, Atlas der pathologischen Gewebelehre, 1893. — BUSCH, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 10. — MARKUS, „Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris“, 1894. — FRIEDBERG, Pathologie und Therapie der Muskellähmung, 1862. — WILKINSON, „The London Med. Gazette“, 1846, Bd. 3. — GIBNEY, „New York Med. Rec.“, 1875. — GERBER, Inaugural-Dissertation, Würzburg 1875. — TESTELIN u. DANBRESSI in SCHMIDT'S Jahrbücher der in- und ausländischen Med., 1840, Bd. 25. — MINKIEWICZ, VIRCHOW'S Archiv, Bd. 41. — RASMUSSEN, Hospital Tidende, R. III., Bd. 1. — RATHKE, „Archiv für Entwicklungsmechanik der Organismen“, B1. 2. — HONSELL, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1893, Bd. 22. — STEMPER, Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, 1898, Bd. 3. — LEXER, Archiv für klinische Chirurgie, 1895, SALMAN, Inaugural-Dissertation, Berlin 1894. — BREMIG, Inaugural-Dissertation, Greifswald 1897. — BERTHIER, „Archiv de médecine expériment.“, 1894. — RAMMSTEDT, Referat in den VIRCHOW-HIRSCH'Schen Jahresberichten, 1898. — SALMAN, „Deutsche militärärztl. Zeitschrift“, 1898. — REGNIER, „Presse médicale“, 1899. — ROTHSCHILD, Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1900. — RAMMSTEDT, „Archiv für klinische Chirurgie“, 1900. — ELBOGEN, „Der Militärarzt“, 1900.

Revue.

Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens.

ALBU A., Die Tetanie Magenkranker („Samml. klin. Vorträge“, N. F., Nr. 254). — ALBU A. und KOCH M., Klinisches und Anatomisches zur Lehre vom Magensaftflusse („VIRCHOW'S Archiv“, Bd. 157, S. 1). — BADE P., Eine neue Methode der Roentgenphotographie des Magens („D. med. Wschr.“, 1899, Nr. 38). — BASCH S., Beitrag zur Kenntniß der gastrischen Krisen („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. V, H. 1, 1899). — BEDDIES u. TISCHLER, Verdaulichkeit versch. Eiweißnahrung etc. („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. VI, H. 3, 1900). — BOURGET (La sem. médic. Juli 1900, und „Therap. Monatshefte“, 1900, Nr. 7). — BROWN W. H., A case of acute paralytic dilatation of the stomach („Lancet“, 1899, Oct.). — BUSCH M., Ueber Myasthenia gastrica („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. VI, H. 3, 1900). — COHNHEIM, Zur klin.-mikr. Diagnostik der nichtpylorischen Magencarcinome. Festschr. f. JUL. LAZARUS, 1899. — CRONER W., Die Frühdiagnose des Magencarcinoms etc. („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. V, H. 3.). — DIEULAFOY, Gastrite ulcéreuse pneumococcique etc. („Presse médicale“, 1899, Nov. 11). — EDEL P. u. VOLHARD F., Ueber die QUEIROLS'Sche Methode zur Bestimmung der Magengrenzen („D. med. Wschr.“, 1900, 30. Aug.). — EINHORN M., Ueber eine neue Magendouche („D.

med. Wschr.", 1900, Nr. 5). — ELSNER, Der Einfluß der Menstruation auf die Thätigkeit des Magens („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. V, H. 4, 1899). — FINLAYSON, Case of sarcoma of the stomach. etc. („Brit. med. Journ.", 1899, Dec. 2). — FRIEDBERGER E., Ueber das Verhalten des Urins bei Erkrankungen des Magens („Deutsch. Arch. f. klin. Med.", Bd. 65, H. 5 u. 6). — GILLESPIE, Edinburg 1900, Oliver and Boyd. — GRON, Coma ved cancer ventriculi („Norsk mag. for Læjevid.", 1899, Nr. 9). — GUILLEMOT, L'estomac biloculaire („Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.", 1899, Nr. 75). — HADENFELDT, Ueber totale Pylorusstenose nach Laugenätzung („Münch. med. Wschr.", 1900, Nr. 7). — HANSY, Ein Fall von angeborener stenosirender Pylorushypertrophie („Wt. kl. Wschr.", 1900, Nr. 10). — HEMMETER J. C., The early diagnosis of cancer of the stomach. („Med. record", Oct. 1899). — HIRSCHFELD W., Ueber periton. Adhäsionen durch Ulc. ventr. etc. („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.", Bd. VI, H. 3). — CHR. JÜRGENSEN und J. JUSTESSEN, Experimentelle Untersuchungen über die Salzsäureausscheidung des menschlichen Magens bei verschiedener Nahrung („Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie", Bd. III, S. 541). — KELLOG, Moulds in the stomach. („New York med. News", 1900, July). — KROKIEWICZ A., Das Verhalten des Blutes im Verlaufe von Magencarcinom („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. VI, 1900, H. 1). — MARTIUS F., Ueber Pflege und diätetische Behandlung Magenkranker mit besonderer Berücksichtigung der Achylia gastrica („Zeitschr. f. Krankenpflege", Mai 1900). — MELCHIOR F. A., Ueber Carcinoma ventriculi. Diss. Amsterdam, 1899. — MEYER A., Diät und Salzsäuresecretion („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. VI, 1900, H. 3). — PFAUNDLER M., Ueber eine neue Methode zur klinischen Funktionsprüfung des Magens und deren phys. Ergebnisse („Deutsch. Arch. f. kl. Med.", Bd. 65, H. 3 u. 4). — PICKARDT M., Ueber die ration. Verwendung des Papain bei Erkrankungen des Magens („Therapie d. Gegenwart", 1900, Nr. 5). — RICHTER A., Ueber nervöse Complicationen der chronischen Gastritis („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. VI, 1900, H. 2). — Derselbe, Zur Technik der Magenspülung („Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie", Bd. IV, H. 2). — RIEGEL F., Ueber den Einfluß des Morphiums auf die Magensaftsecretion. — Derselbe, Zur Prüfung der secr. Kräfte des Magens („Münch. med. Wschr.", 1899, Nr. 45). — ROSENHEIM, Ueber stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde („Berl. kl. Wochenschr.", 1899, Nr. 32). — ROTH, Zur Frage der Pepsinabsonderung bei Erkrankungen des Magens („Zeitschr. f. kl. Med.", Bd. 39, S. 1). — ROUX J. CH., Recherches sur les viciations de sensibilité gastrique („Revue de médecine", 1899, Nov.). — SANSONI L., Ueber die Gastritis ulc. chronica anachlorhydrica („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. VI, H. 1, 1900). — SCHIFF A., Beitr. zur Phys. u. Path. der Pepsinsecretion und zur medicamentösen Beeinflussbarkeit der Magensaftsecretion durch Atropin und Pilocarpin. — SCHOFF, Ein Trichobezoar im Magen („W. kl. Wschr.", 1899, Nr. 46). — SCHREUER M. und RIEGEL A., Ueber die Bedeutung des Kauactes für die Magensaftsecretion („Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther.", 1900, Bd. IV, H. 6). — SCHÜLER L., Die semiotische Bedeutung der Kohlehydratverdauung für die Diagnostik der Hyperaciditas gastrica. — SIMBRIGER F., Ein Fall von Magentetanie („Prager med. Wschr.", 1899, Nr. 38, 40 u. 43). — SIMMONDS, Tuberculose des Magens. — SPIVAK („D. med. Wschr.", 1900, 7. Juni). — STRAUSS, Ueber Eiter im Magen („Berl. kl. Wschr.", 1899, Nr. 40). — VITTORIO, Un caso di gastrite ulcerosa cronica anacloridrica („Clin. med. ital.", 1899, Nr. 12). — VOLT F., Ueber den Werth der Albumosen und Peptone für die Ernährung („Münch. med. Wschr.", 1899, Nr. 5).

Von den Fortschritten, welche medicinische Technik und medicinische Diagnostik, insbesondere aber die Therapie im Laufe der letzten Jahre erfahren haben, ist auch die Lehre von den Erkrankungen des Magens nicht unberührt geblieben. Hier vielleicht mehr noch als auf anderen Gebieten medicinischen Wissens treffen vorwärtsstrebende Disciplinen zusammen, hier finden sich Berührungspunkte der experimentellen und der klinischen Forschung, deren jede einen Theil des Errungenen mit Recht als ihr Eigenthum betrachten darf. Aus dem Vielen, das die Literatur der beiden letzten Jahre an Lesenswerthem und Wissenswerthem geboten, sei hier Einiges, das Bemerkenswerthe, im Auszuge wiedergegeben.

In seiner Abhandlung „über Myasthenia gastrica“ bezeichnet BUSCH als „Myasthenia“ die primäre, durch Nerveneinfluß oder andere Ursachen verschuldete Muskelschwäche des Magens, als Atonie die Muskelschwäche mit Verlust der Elasticität, z. B. bei Pylorusverengung. Dieselbe ist nicht nur ätiologisch, sondern auch anatomisch von der Myasthenie geschieden, denn sie bildet sich in der Regel an einer compensatorisch-hypertrophischen Musculatur aus und zeigt außerdem in Ausnahmefällen Fett- und Colloidentartung der Muskelemente. Myasthenie ist also eine der Ursachen der Insufficienz, Atonie eine ihrer Folgen.

Myasthenie geht stets mit einer Vergrößerung des Magens einher, weil die Innervationsstörung, welche der Myasthenie zugrunde liegt, eine schwächere Contraction der Muskelfasern und somit eine Verlängerung derselben bedingt; ein myasthenischer Magen ist nicht nothwendig auch gleichzeitig insufficient.

Einen Fall von acuter Magendilatation beschreibt BROWN. Dieselbe trat bei einem 55jährigen Nephritiker 48 Stunden ante mortem in bestem Wohlbefinden unter intensivem Leibschermerze

und starkem, später wieder nachlassendem Erbrechen auf. Die Temperatur war subnormal. Es bestand Anurie; der mit dem Katheter aus der Blase entnommene Harn war blutuntermischt. Operation und Incision des geblähnten Magens brachten keine Erleichterung. Veränderungen am Pylorus waren nicht vorhanden.

Als ulceröse hämorrhagische Pneumokokkengastritis beschreibt DIEULAFOY Veränderungen von Seiten des Magens im Verlaufe einer Pneumonie oder einer allgemeinen Pneumokokkeninvasion. In derartigen Fällen ist die Magenschleimhaut Sitz einer Menge kleiner hämorrhagischer Erosionen, in denen sich reichlich Pneumokokken finden. Diese Gastritis bedingt während des Lebens Magenschmerzen, Nausea, Erbrechen, Hämatemesis. Letzteres kann sehr beträchtlich sein und sich sehr häufig wiederholen. D. glaubt, daß diese Pneumokokkenerosionen leicht heilen. Doch gibt es Umstände, unter denen sich der beginnende ulceröse Proceß nicht aufhalten läßt und in die classische Form des einfachen Ulcus rotundum übergeht.

Gastritis ulcerosa chronica anachlorhydrica nennt SANSONI eine Affection der Magenschleimhaut, bei der mehrfache oberflächliche Ulcerationen aufzutreten pflegen, die meistens in Tiefe nicht über die Schleimhaut hinaus gehen, jedoch imponirende Hämatemesen und vielleicht auch Perforation herbeiführen können. Zu dieser letzteren Form dürften auch die von DIEULAFOY unter dem Namen Exulceratio simplex beschriebenen Fälle, die hämorrhagischen Erosionen und wahrscheinlich viele der von den Autoren beschriebenen Fälle von Magengeschwür mit Hypo- oder Anachlorhydrie gehören. Einen ähnlichen Fall beschrieb VITTORIO.

Die Pathologie des Sanduhrmagens besprach GUILLEMOT. Die Sanduhrform kann angeboren und erworben sein. Die Deformation kommt durch Narben, Verwachsungen mit Nachbarorganen, Torsionen etc. zustande. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt. Der biloculäre Magen besteht aus 2, durch eine Furche oder einen wirklichen Canal getrennte Taschen, deren Dimensionen und Formen variiren können. Die Sanduhrform bleibt oft symptomlos.

Im allgemeinen hat man jedoch klinisch 2 Phasen zu unterscheiden: 1. mit Symptomen der ulcerösen Gastritis, 2. nach Ausbildung der Läsion mit Symptomen der mesogastrischen Stenose. In beiden bestehen meist die gleichen functionellen Störungen, wie sie beim Ulcus auftreten. Die zweite ist charakterisirt durch die gastrische Stase, welche nicht nur durch die Verengung, sondern auch durch den mangelhaften Muskeltonus, die Adhärenzen, bedingt ist.

Der Verlauf der Affection ist meist chronisch und führt zu erheblicher Kachexie durch Inanition und zum Tode in 2—10 und mehr Jahren. Acute, oft febrile Anfälle können zwischendurch auftreten durch neue Ulcera, durch Perigastritis, Torsion der Pylorustasche etc. Sobald functionelle oder physikalische Symptome den Verdacht auf Sanduhrform lenken, muß die Aufblähung des Magens vorgenommen werden. Durch sie ist man imstande, Grad und Sitz der Verengung, etwaige Verwachsungen zu vermuthen; die Entscheidung, freilich ob sie angeboren oder erworben, ist unmöglich. Eine Therapie kann einzig auf chirurgischer Intervention beruhen.

EDEL und VOLHARD haben die QUEIROLO'sche Methode zur Bestimmung der Magengrenze einer Nachprüfung unterzogen. Der Apparat QUEIROLO'S besteht in einem durch eine kleine Blase verschlossenen Magenschlauche; dessen freies Ende, mit 2 Schläuchen armirt, steht auf der einen Seite mit einer gewöhnlichen MAREY'schen Trommel, auf der anderen Seite, durch einen Hahn verschließbar, mit der Außenluft in Verbindung. Nach Einführung des Schlauches wird Luft durch das freie Schlauchende eingeblasen, wodurch das Bläschen gebläht und die Trommelmembran gespannt wird. QUEIROLO percutirt nun mit der Fingerkuppe leicht das Abdomen und beobachtet die Schreibfeder des Tambours, die ausschlägt, sobald der Finger den Magen, in Ruhe verharret, sobald er den Darm trifft.

Nach E. und V. gibt die einfache Methode der CO₂-Aufblähung des Magens die gleichen Resultate wie die complicirte Methode QUEIROLO'S.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

SORGO (Wien): Zur Diagnose der Aneurysmen der Aorta und der Arteria anonyma und über die Behandlung derselben mit subcutanen Gelatine-injectionen.

Unter 34 Fällen von Aneurysma der Aorta trat 13mal Gerinnung im Aneurysma ein, 21mal blieb dieselbe aus. („Zeitschr. f. klin. Med.“, 1900, Bd. 32, H. 1 und 2.) In den 13 erfolgreich injicirten Fällen handelte es sich durchgehends um circumscripte sackförmige Aneurysmen; unter den 21 erfolglos behandelten befinden sich vier sichere und ein wahrscheinlicher Fall von sackförmiger Erweiterung. Es ist also unter 18 Fällen von sackförmigem Aneurysma 13mal Gerinnung erzeugt worden, unter 16 Fällen von diffuser Dilatation dieselbe jedesmal ausgeblieben. S. machte die Injection mit einer 150 Grm. fassenden und mit einer weitkalibrigen Injectionsnadel armirten Spritze. Um den Injectionschmerz zu lindern, wurde die Haut vorher nach SCHLEICH infiltrirt. Als Injectionsstellen kamen Oberschenkel und Abdomen zur Verwendung, erstere ausschließlich bei Patienten, die wegen Dyspnoe eine sitzende Körperlage im Bette einnehmen mußten. Die Patienten blieben während der ganzen Behandlungsdauer im Bette und wurden womöglich ausschließlich auf Milchdiät gesetzt. Die injicirte Menge betrug meist 100—150 Ccm. einer zumeist 4—5%igen Lösung; nur bei den ersten 1—2 Injectionen wurden niedere Concentrationen (1—2%) gewählt. Die Intervalle zwischen den einzelnen Injectionen betragen 3—5 Tage.

In vielen Fällen von Blutungen der verschiedensten Provenienz tritt nach S. ziemlich häufig nach localer oder subcutaner Application von Gelatinelösung Hämostase ein.

Es ist ungewiß, ob die Gerinnung im aneurysmatischen Sacke und die Blutstillung Folge der Gelatinebehandlung sind, weil bei Aneurysma der Effect möglicherweise durch das diätetische Regime und die ruhige Körperlage bedingt sein kann, weil in vielen Fällen eine hämostatische Wirkung ausbleibt; hauptsächlich weil uns bis heute noch jeder experimentelle Beweis für die coagulirende Wirkung subcutaner Gelatineinjectionen fehlt. — Die Injectionen sind ungefährlich, auch bei höherer Concentration der Lösung, strenge Asepsis vorausgesetzt. Nierenaffectionen sind keine Contraindication für innere Verabreichung der Gelatine; bezüglich der subcutanen Injectionen ist diese Frage noch offen.

Aus den diagnostischen Schlußfolgerungen S.'s sei schließlich noch eine Handhabe zur Diagnose eines Aneurysma der Anonyma erwähnt: Bei Gegenwart eines diastolischen Geräusches mit dem Maximum seiner Intensität nach aufwärts vom 2. Intercostalraum und Vorhandensein von Celerität des Pulses (eventuell Tönen der Arterien und Capillarpuls) ausschließlich im Gefäßbezirke der Anonyma dürfte die Diagnose eines Aneurysma der Anonyma sehr wahrscheinlich erscheinen.

BRAUN.

HANS CURSCHMANN (Leipzig): Ueber Cystitis typhosa.

Es ist schon seit längerer Zeit bekannt, daß Typhuskranke die specifischen Krankheitserreger nicht nur mit den Fäces ausscheiden; man hat dieselben in der letzten Zeit relativ oft auch im Harne der Patienten nachweisen können, u. zw. ergibt sich aus der Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Statistiken, daß in 15—30% aller Typhusfälle die specifischen Bacillen im Harn gefunden werden. Fast alle Autoren vertreten die Ansicht, daß eine Verknüpfung der Typhusbacterienausscheidung mit einer bestehenden einfach febrilen oder durch Nephritis bedingten Albuminurie vorhanden ist. Bei dieser relativen Häufigkeit und der unter Umständen recht langen Dauer der Typhusbacteriurie muß man sich wundern, daß es selten zu einer secundären Erkrankung der Harnwege, speciell der Blase kommt. Verf. theilt die Krankengeschichten von 6 Fällen von Cystitis mit, in denen zweifellos der durch die Nieren ausgeschiedene EBERTH-Bacillus als alleiniger Erreger der eitrigen Entzündung anzusehen ist. („Münchener med. Wochenschr.“, 16. October 1900.) Die Beobachtung dieser, sowie der

spärlichen, von anderen Autoren publicirten Fälle lehrt, daß eine einfache Bacteriurie dem Auftreten der Cystitis vorangehen muß. Die Frage, warum der Typhusbacillus, der in der Mehrzahl der Fälle beim Passiren der Blase keine Schädigung derselben hervorruft, in einzelnen Fällen eine ausgesprochene Cystitis bewirken kann, ist schwierig und vorläufig noch nicht entschieden. Unter den mitgetheilten 3 Fällen waren nur bei einem allgemeine und örtlich prädisponirende Momente nachweisbar. Eine abnorm starke Virulenz der Typhusbacillen konnte in den mitgetheilten Fällen nicht nachgewiesen werden. Die Betrachtung der klinischen Erscheinungen zeigt, daß die subjectiven Beschwerden in allen Fällen relativ gering waren. Auf die Cystitis zurückzuführende Temperaturerscheinungen wurden in keinem Fall beobachtet. Der Harn war stets von saurer Reaction, ganz so wie bei der durch Colibacillen hervorgerufenen Cystitis, das trübe Aussehen und das weißliche Sediment entsprachen dem Befunde bei anderen Cystitisformen. Die bacteriologische Untersuchung ergab constant das ausschließliche Vorhandensein von Typhusbacillen, die Agglutinationsreaction fiel positiv aus. Der Cystitis typhosa ging constant Albuminurie voraus, welche aber in keinem Fall über das Maß der febrilen Albuminurie sich erhob, Ergriffensein anderer Abschnitte der Harnwege war nicht nachweisbar. Die typhöse Blasenentzündung kann unter Umständen leichter verlaufen und geringeren Mitteln weichen, als die Staphylo- oder Streptokokkencystitis, aber es gibt auch Fälle mit protrahirtem Verlauf. Die Prognose ist quoad sanationem günstig und nur durch die Möglichkeit eines protrahirten, hartnäckigen Verlaufes einigermaßen getrübt.

Bei der Behandlung kommt man gewöhnlich mit milden, bei der Cystitis längst bewährten Medicamenten, Fachingerwasser, Salol, Fol. uvae ursi, vollständig aus, nur in einem Fall waren Blasenspülungen mit schwacher Höllesteinlösung nöthig. Nach HOUSTON SMITH ist das Urotropin ein Specificum gegen Cystitis typhosa, auch empfiehlt der genannte Autor das Mittel als Prophylacticum gegen Bacteriurie.

M. K.

B. S. SCHULTZE (Jena): Dammschutz.

In einem Vortrag vor Hebammen bespricht der Altmeister der Gynäkologie die Lehre des Dammschutzes, die auch für den Arzt von fundamentaler Bedeutung ist (Sammlung klin. Vorträge Nr. 278, Juli 1900).

Damit der Schädel keinen größeren Umfang als nöthig in die Schamöffnung stellt, ist vor allem darauf zu achten, daß zuerst das Hinterhaupt ganz unterm Schambogen hervortrete, bevor der Vorderkopf über den Damm hervorrollt. Geschieht dies nicht von selbst, dann setzen wir zwei Finger auf den schon geborenen Abschnitt des Hinterhauptes und drücken — am erfolgreichsten im Beginne einer Wehe — fest abwärts in der Richtung gegen den Damm. Die Regel, daß der Nacken dem Schambogen fest anliegen muß, während Gesicht und Stirn über den Damm treten, gilt auch für den nachfolgenden Kopf. Die zweite Hauptaufgabe ist, den Durchtritt des Kopfes zu verlangsamen, um die Dehnbarkeit der Schamöffnung möglichst zur Geltung zu bringen. Eine dritte, für Erhaltung des Dammes wichtige Regel bezieht sich auf die Gefahr, welche dadurch begründet ist, daß die Wehen das Kind in eine andere Richtung treiben, als jene, in der es die Geschlechtstheile der Mutter verlassen kann. Hier empfiehlt SCH. aufs wärmste, ein Rollkissen unter die Lendengegend zu legen; dadurch werde auch bei straffem Damm das Hinterhaupt leichter unterm Schambogen geboren, bevor der Scheitel über den Damm zu rollen beginnt, und zweitens stehe dann die hintere Wand der Scheide und des Vorhofes von vornherein schräger der Richtung der austreibenden Kraft gegenüber, so daß der Damm weniger senkrecht vom Druck des andrängenden Kopfes getroffen wird.

Die sogenannte Unterstüzung des Dammes, welche allgemein geübt wird, verwirft der Autor. Sie bezweckt Zurückhalten des Kopfes, Verlangsamung seines Austretens; das geschieht erfolgreicher direct mit den gegen den Kopf angestemmtten Fingern. Zweitens will man durch Unterstüzung des Dammes das Hinterhaupt nach vorn drücken, damit der Nacken im Schambogen gut anliegen bleibt; das besorgt der Damm in ausreichender Weise

durch seine eigene Straffheit. Dagegen hat dieser Dammschutz drei wesentliche Nachtheile. Wenn zu früh gegen den Damm gedrückt wird, verhindert man das Hinterhaupt vollkommen, unterm Schambogen hervorzutreten; der Damm wird ferner schon durch den Druck, den er von innen her durch den Kopf erleidet, blutarm und zerreißlicher. Es entstehen drittens durch kräftigen Druck des Hinterhauptes gegen den Schambogen größere Verletzungen in der vorderen Peripherie der Schamöffnung.

SCH. zieht auch die Rückenlage unbedingt vor. Daß beim Durchtritt der Schultern nicht selten der Damm zerreißt, der den Kopf unversehrt durchtreten ließ, erklärt sich daraus, daß jetzt die Wirbelsäule seitlich und also weiter rückwärts verläuft, daß die Schultern weit weniger der Führungslinie folgen können als der Kopf, und daß der Damm, der eben dem Kopf den Durchtritt mit starker Dehnung gestattet hat, jetzt schlaff und nicht imstande ist, die vordere Schulter dem Schambogen anzudrücken. Darum ist es beim Durchtritt der Schultern wohl zweckmäßig, den Damm zu unterstützen, d. h. vom Damm aus einen mäßigen Gegendruck gegen die vordere Beckenwand hin zu üben.

Nicht in allen Fällen liegt es in unserer Macht, einer Dammverletzung vorzubeugen; z. B. bei ungewöhnlicher Größe des Kindes, bei abnormer Enge der Schamspalten, bei älteren Erstgebärenden, bei ungünstigen Einstellungen des Schädels u. s. w. Um den Dammriß zu vermeiden, machen wir, wenn eben das Schamlippenbändchen einreißt (nicht früher!), Einschnitte in der Richtung nach den Sitzbeinhöckern. Die Hebamme kann bei der großen Zahl von Geburten, bei denen sie allein intervenirt, oft Dammrisse nicht vermeiden; ein Vorwurf trifft sie aber nur, wenn sie einen erfolgten Dammriß übersehen hat, oder wenn sie einen gemerkten Dammriß nicht meldet. Die Naht des frischen Risses ist unbedingt vorzunehmen, da er unmittelbare Gefahren im Wochenbette bringen kann, ferner oft erst nach Jahren hervortretende irreparable Nachtheile verursacht.

FISCHER.

KELLER (Baden): Die Bedeutung der Gewürze für die Verdauung.

Die Genußmittel, Würze und Gewürze, üben auf Verdauung und Ernährung eine mächtige Wirkung aus, selbst wenn sie in den Speisen nur in Spuren enthalten sind. Nicht die einzelne Würze ist nothwendig zur Verdauung, aber ein Theil der Gesamtheit ist so unentbehrlich wie die Nährstoffe selbst. Der Nährwerth eines Nahrungsmittels hängt von seinem passiven und seinem activen Verhalten dem Verdauungscanal gegenüber ab. Zum passiven Verhalten gehören die Löslichkeit und Resorbirbarkeit der in ihm enthaltenen Nährstoffe, zum activen seine Einwirkung auf den Verdauungscanal. Die Gewürze und Würzen besorgen diese Wirkung: sie machen erst den Nährwerth der Nährstoffe aus. Aber auch auf Gehirn, Herz, Lunge, Nieren und andere Organe wirken die Gewürze ein; im ganzen Körper treten Störungen auf, wenn sie unrichtig gebraucht oder entzogen werden. Zweifellos liegt in den Genußmitteln Würzen und Gewürzen ebenso eine Quelle für Nerven-erregungen, ohne welche eine gedeihliche Entwicklung und Function des gesammten Organismus unmöglich ist, wie ohne Gesichtssinn, Gehör und Tastempfindung. Die durch Gewürze und Würzen bedingten Nervenreize sind aber für die geordnete Thätigkeit des vegetativen Systems des Körpers, besonders des Verdauungsschlauches, ebenso nothwendig wie Gelenk- und Muskelsinn für die willkürliche, coordinirende Bewegung, das Gehör für die Sprache, überhaupt wie die höheren Sinne für die Existenz des Nervenrohres oder animalischen Theilen des Körpers.

Aus diesen Betrachtungen („Zeitschr. f. Krankenpflege“, 1900, Nr. 8) ergeben sich wichtige Konsequenzen für die Krankenpflege. Wenn schon das Nervensystem des Gesunden an die durch die Nahrung vermittelten Nervenreize hohe Ansprüche stellt, so leuchtet es ein, daß diese Reize bei der Krankenpflege eine ganz besondere Berücksichtigung verlangen. Die Reize, durch Genußmittel, Würzen und Gewürze hervorgebracht, sollen die Thätigkeit der Verdauungsorgane anfeuern und anregen; sie dürfen also nicht zu schwach, aber auch nicht zu stark sein. Sie sollen vor allem vielseitig sein, die Ernährung muß abwechselnd sein, denn nur, wenn das Essen

dem Kranken schmeckt, wird er dasselbe auch richtig verdauen, weil nur dann der Verdauungstractus in der richtigen Weise reagirt durch entsprechende Absonderung von Verdauungssäften, geregelte Peristaltik u. s. w. Der Eiweißgehalt eines Nährpräparates macht noch lange nicht seinen Nährwerth aus. N.

MEYER (Gotha): Ueber die Anwendung von entzündungserregenden Mitteln bei der Wundbehandlung.

Der Zweck der modernen Wundbehandlung war die Erzielung einer vollständig reactionslosen Vereinigung der durchtrennten Gewebe, und der Weg, auf dem dieses Ziel verfolgt wurde, ist die Asepsis. Nun haben die neueren bakteriologischen Untersuchungen erwiesen, daß es eine „absolute Asepsis“ nicht gibt, daß man nur eine relative Keimarmuth, keine Keimfreiheit der Wunden erzielen kann. Da es aber an manchen Körperstellen nicht möglich ist, auch nur annähernd Keimarmuth herzustellen, und außerdem bei alten und geschwächten Individuen die Resultate der Asepsie keine glänzenden sind, vertritt Verf. die Ansicht („Centrbl. f. Chir.“, 1900, Nr. 82), daß die Wundbehandlung einer gewissen Modification dahin bedürfe, daß man die Körpergewebe der verwundeten Stelle insoweit verändert, daß auch sie einen activen Antheil an der Abwehr der in die Wunde gelangten Bakterien nehmen. Zu diesem Zwecke trachtet M. in der Umgebung der Wunde eine leichte aseptische Entzündung (keine Eiterung) zu erzeugen und benutzt zu diesem Zwecke Jodtinctur, die zum Einpinseln der Umgebung der Naht verwendet wird. Bei der Ausführung der Naht und der übrigen Manipulationen ist die peinlichste Asepsis nothwendig.

Bei verunreinigten und mykotischen Wunden sowie bei eiternden Höhlenwunden gewissenhafter Leute verwendet Verf. Verbände mit essigsaurer Thonerde, welche nach seiner Ansicht sowohl der Forderung der Asepsis, als auch der Erzeugung eines Entzündungsreifes Rechnung tragen.

Mit diesem Verfahren glaubt Verf. die Wundmykosen, wo sie sich zeigten, auf kleine Stellen zu beschränken und zum schnelleren Ablauf zu bringen.

ERDHEIM.

K. HERXHEIMER und R. HILDEBRAND (Frankfurt): Ueber Xeroderma pigmentosum.

Es handelt sich den Autoren einmal um die Beantwortung der Frage, ob das Xeroderma pigmentosum nach der vollen Entfaltung der Symptome zum frühzeitigen Ende führt, oder ob derartig Erkrankte trotz Entwicklung von Tumoren, wenn sie auf Behandlung oder spontan wieder schwinden, doch ohne erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens ein hohes Alter erreichen können und zweitens, welche prognostische Bedeutung dem frühzeitigen Auftreten von Carcinom beizumessen ist? Beide Fragen werden an der Hand dreier einschlägiger Fälle („Münchener Med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 32) dahin beantwortet, daß das Xeroderma pigmentosum den Kranken von Jugend an bis ins hohe Alter (70 Jahre) begleiten kann, und daß auch bei frühzeitigem Auftreten von Carcinomen die Prognose keine ungünstige sein muß.

Zum Schlusse glauben die Autoren eine Analogie zwischen den Carcinomen des Xeroderma und den Roentgenulcerationen muthmaßen zu dürfen, eine Muthmaßung, die sich allerdings bloß darauf stützt, daß beide Affectionen wuchern und hartnäckig sind. Auch sonst läßt sich aus den geschilderten drei Fällen nur entnehmen, daß sie eine Bestätigung der bisher für den Verlauf des Xeroderms geltenden Erfahrungen sind, insofern als Ausnahmen nur die Regel festigen.

DEUTSCH.

CHIARI (Prag): Ueber Myelitis suppurativa bei Bronchiektasie.

Den bisher publicirten 14 Fällen von Myelitis suppurativa fügt Verf. noch einen weiteren Fall, der bei Bronchiektasie zur Beobachtung kam, an. Aus dem ausführlich mitgetheilten mikroskopischen Befund des vorgefundenen Kleinhirnsabscesses, der Meningitis und Myelitis, ist die Anwesenheit von Fadenbakterien hervorzuheben, die zu Büscheln angeordnet waren und sich nach

GRAM färbten; Keulenbildung war bei ihnen nicht nachweisbar. Eine sichere Identifizierung derselben ist unmöglich, da sie in den aus dem Eiter angelegten Culturen nicht gefunden wurden, doch faßt Verf. sie als eine Streptothrixart auf, die entweder dem Genus *Aktinomyces direct* angehört oder wenigstens sehr nahesteht. Zum Vergleiche wurden Präparate von unzweifelhaft aktinomykotischen Abscessen des Gehirns herangezogen, auf Grund deren Verf. es für das Wahrscheinlichste halten möchte, daß auch die in dem geschilderten Falle gefundenen Fadenbüschel dem *Aktinomyces* zugehören. Verf. kommt daher zu folgendem Schlusse: „Jedenfalls fordert dieser Fall dazu auf, in bei Bronchiektasien vorkommenden Abscessen des Centralnervensystemes, die ganz so wie gewöhnliche Abscesse aussehen können, an die eventuelle Gegenwart von *Aktinomyces* zu denken und danach eigens zu suchen. Vielleicht läge darin eine Erklärung für die von NOTHNAGEL angenommene besondere Affinität zwischen dem bei der Bronchiektasie gebildeten Gifte und der Abscedirung im Centralnervensysteme, da ja bekannt ist, daß die Abscesse im Gehirne nicht selten durch *Aktinomyces* bedingt sind und weiter bronchiektatische Cavernen leicht den Entwicklungsort für den *Aktinomyces* abgeben können.“ Als Stütze für diese Auffassung führt Verf. einen Fall von Hirnabsceß bei Bronchiektasie an, bei welchem sich im Hirnabsceß und in der Wand der Bronchiektasien dieselben zu Büscheln angeordneten Fäden fanden, wie in dem ersten Fall, so daß in diesem Falle „die secundäre Infection des Centralnervensystems mit den Fadenbüscheln von der Bronchiektasie aus zweifellos genannt werden muß“. Culturen wurden in diesem Falle nicht angelegt. („Zeitschrift für Heilkunde“, Bd. 21, H. 10.) Dr. S—.

SALTYKOW (Charkow): Zur Kenntniß der *Ascaridosis hepatis*.

In einer im CHIARI'schen Institute in Prag ausgeführten Arbeit („Zeitschrift für Heilkunde“, Bd. 21, H. 10) berichtet Verf. über 2 Fälle von Leberabscessen, die durch Einwanderung von *Ascariden* in die Leber hervorgerufen worden waren. Aus der Literatur konnte S. 58 Fälle zusammenstellen, in welchen bei der Obduction *Ascariden* in der Leber gefunden wurden; in 18 dieser Fälle kam es zur Entstehung von Leberabscessen. Verf. konnte in seinen Fällen eine eingehende histologische Untersuchung vornehmen; aus dem mitgetheilten Befunde sei als interessantes Detail hervorgehoben, daß S. in einem Falle die Zerstörung der *Ascarideneier* durch die Eiterkörperchen verfolgen konnte. Was die Entstehung der Abscesse anlangt, so glaubt Verf. nicht, daß die *Ascariden* eine so hochgradige eitrige Einschmelzung, wie sie in der Leber beobachtet wurde, bewirken könnten, sondern daß dieselbe durch Mitschleppen von Mikroorganismen aus dem Darmlumen seitens der *Ascariden* zustande käme. Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Klinisch-experimentelle Untersuchungen von Dr. Leopold Casper, Privatdocent an der Universität, und Dr. Paul Friedrich Richter, Assistent der III. med. Klinik in Berlin. Mit Holzschnitten. Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg.

Zwei Momente sind es, welche in jüngster Zeit die Diagnostik der Nierenkrankheiten mächtig gefördert haben: die Ausgestaltung der Ureterensondirung und die gerade in die letzten Jahre fallenden Fortschritte der physikalischen Chemie. Das vorliegende, aus der Feder zweier tüchtiger, literarisch erprobter Forscher auf diesem Gebiete stammende Buch besitzt daher durchaus actuellen Werth, zumal dessen klinischer Theil durch Untersuchungen an den Stationen KÖNIG'S, KÜMMEL'S und ROTTER'S in Berlin und Hamburg wohl fundirt ist.

Die Vorlage zeichnet sich durch übersichtliche Anordnung des schwierigen Stoffes aus; der erste Abschnitt bespricht die Aufgaben der functionellen Diagnostik im Allgemeinen und der Nierendiagnostik im Besonderen, der zweite die Bedeutung der

functionellen Nierendiagnostik für die Chirurgie unter ausführlicher Darstellung der Untersuchungsmethoden und eingehender Berücksichtigung der Literatur. Die weiteren Capitel behandeln die Methoden der functionellen Nierendiagnostik, die Bestimmung der Nierensufficienz im Allgemeinen und die Functionsbestimmung jeder Niere zutreffend, und geben ein klares Bild der schönen Untersuchungsergebnisse der Autoren. Behufs Bestimmung der Niereninsufficienz wird als „einzige, theoretisch begründete Methode“ die Feststellung der moleculären Blutzconcentration (KORÁNYI) empfohlen. Eine functionelle Nierendiagnostik ist nur aus dem mit Hilfe des Ureterenkatheterismus gewonnenen Harn möglich, wobei als beweiskräftige Methoden die quantitative Bestimmung einzelner chemischer Bestandtheile des getrennt aufgefangenen Nierensecrets, insbesondere des Stickstoffes, die Bestimmung der moleculären Concentration des Secretes jeder Niere und die quantitative Bestimmung der nach Phloridzinjection in jeder Niere ausgeschiedenen Zuckermengen ganz besonders hervorgehoben werden.

Das trefflich ausgestattete Werk ist mit großem Fleiße und auf Grund eines stattlichen Materials bearbeitet und wird nicht nur bei den Fachcollegen der Autoren, sondern auch bei den Praktikern allenthalben warmem Interesse begegnen. R—1.

Grundriß der inneren Medicin für Studierende und praktische Aerzte. Von Dr. Max Kahane in Wien. Mit 65 Abbildungen. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

Die Durchsicht der in den letzten Jahren erschienenen Compendien, Repetitorien und Grundrisse der inneren Medicin ergibt zumeist ein ziemlich unbefriedigendes Resultat. Was dem medicinischen Leser in derartigen Büchern geboten wird, ist oft nichts anderes als ein knapper und durch seine Knappheit auch unzureichender Auszug eines oder mehrerer besserer, zur Unkenntlichkeit verstümmelter Werke, ein andermal die Tradirung falscher und unausrottbar scheinender Vorstellungen, die sich in geänderter Form nur allzugern als „modern“ gehalten, ein drittesmal eine wahllose Compilation von theils veralteten und theils noch geltenden Anschauungen und Lehren. Den vorliegenden „Grundriß der inneren Medicin“ unterscheidet von allen Werken ähnlichen Inhaltes und gleichen Zweckes vor allem anderen seine unleugbare Originalität und die geradezu imponirende Beherrschung des ungeheuren Stoffes. Dies erhellt schon aus der Anlage des Ganzen. Voran stehen die Erkrankungen der Athmungsorgane und der Circulationsorgane, ihnen folgen die Erkrankungen der Verdauungs- und der Harnorgane. Die — sit venia verbo — facultativ nervösen Erkrankungen der männlichen Sexualorgane leiten uns ungezwungen zu den Erkrankungen des Nervensystems. Den Blutdrüsen- und Constitutionskrankheiten reihen sich logisch am Schlusse die Infectionskrankheiten und die Intoxicationen an.

Wenn man von dem jüngsten Werke KAHANE'S behauptet, es stelle einen in knappen Zügen gehaltenen Grundriß der inneren Medicin dar, dann ist damit nicht zugleich gesagt, es sei auch flüchtig gehalten, etwa in der Art der von manchen Studierenden bloß zum Zwecke des Examens benutzten Repetitorien. Hier wird die Knappheit zu einem Vorzuge, sie ist nichts anderes als Gedanken-Oekonomie, weise Beschränkung ohne Vernachlässigung des Nothwendigen. Die oft vorkommenden, wichtigeren Krankheitsformen sind demzufolge ausführlich behandelt worden, seltenere Erkrankungen in großen scharfen Zügen trefflich skizzirt. Seinen Gedankengang festhaltend, hat KAHANE die Therapie eingehender berücksichtigt, als dies z. B. LIEBERMEISTER in seinem „Grundriß“ gethan, und auch den physikalischen Heilmethoden den ihnen unstreitig gebührenden Platz in seinem Werke angewiesen. Die Receptformeln bieten nur Erprobtes und Bewährtes, damit auch Brauchbares.

Den Stilisten KAHANE zeigen uns die allgemeinen Bemerkungen, welche jedes größere Capitel einleiten; sie sind der anatomischen und physiologischen Recapitulation gewidmet und dürften zumal dem österreichischen Studenten, dem die neue Rigorosenordnung vor Ablegung der Prüfungen aus den praktischen Fächern

die Recapitulation der theoretischen Disciplinen vorschreibt, überaus willkommen sein. Den Stilisten und Meister der Darstellung zeigen uns auch die speciellen Capitel, die nicht bloße Zusammenstellungen und Aneinanderreihungen einzelner Daten sind, sondern durchaus gelungene Versuche, zusammenhängende, anschauliche, leicht verständliche und leicht faßliche Bilder von Krankheitstypen zu liefern. Eigene Erfahrungen und selbst gesammelte Beobachtungen des Autors erhöhen den Werth des Werkes in entschiedenem Maße. Allenthalben auf dem Boden der Medicin von heute zutage fußend, ist KAHANE in einem Capitel, den „Erkrankungen der Blutdrüsen“, allen seinen Vorgängern auf gleichem Gebiete weit vorausgeeilt.

Seine Absicht, ein klares und vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes unserer Wissenschaft zu liefern, hat der Autor sicherlich vollkommen erreicht. Sein „Grundriß der inneren Medicin“ ehrt nicht bloß ihn, sondern auch die Wiener medicinische Schule, aus der in neuerer Zeit kein Buch dieser Art hervorgegangen ist.

BRAUN.

Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Prof. Dr. Ph. Biedert. Mit 12 Abbildungen und einer farbigen Tafel. Vierte, ganz neu bearbeitete Auflage. Stuttgart 1900, Ferdinand Enke.

Die neue Auflage des BIEDERT'schen Buches trägt, wie die vorigen, den Fortschritten auf dem Gebiete der Säuglingsernährung Rechnung. Das BIEDERT'sche Werk ist gleichsam eine Chronik der letzten zwei Decennien, die von Auflage zu Auflage einen Rückblick über die seither gewonnenen Fortschritte auf dem Gebiete der Säuglingsernährung bietet. Die vierte Auflage ist in manchen Capiteln ganz umgearbeitet, das Buch selbst bedeutend bereichert.

Ueber die Bedeutung des Werkes ein Wort zu verlieren, wäre trivial. Es ist ein Monument. Es zu kennen, aufmerksam gelesen zu haben, ist Pflicht jedes Arztes.

NEURATH.

Feuilleton.

Beiträge zur socialen Medicin.

Von Dr. Max Kahane in Wien.

Wäre das Arbeitsgebiet der socialen Medicin auch nur auf das Gebiet der Tuberculose, Syphilis und des Alkoholismus beschränkt, so wäre es noch immer gewaltig genug, um nur durch Zusammenwirken der besten Kräfte gefördert werden zu können und unter allen Umständen für die sociale Medicin den Rang einer selbständigen Wissenschaft beanspruchen zu dürfen. Aber wenn wir an dem Kriterium der Socialkrankheiten alle jene Krankheiten vereinigen, welche dem Besitzstande der menschlichen Gesellschaft an Leben und Gesundheit dauernd schweren Abbruch thun, dadurch das Volkswohl und Volksvermögen, in letzter Instanz auch die Zukunft der Menschheit schwer zu schädigen vermögen, so lassen sich neben Tuberculose, Syphilis, Alkoholismus, noch andere Krankheiten und Krankheitsgruppen anführen, welche mit vollem Recht zu den Socialkrankheiten gezählt werden dürfen und an verhängnißvoller Bedeutung nicht weit hinter den angeführten größten Feinden des Menschengeschlechtes zurückstehen. Es sind dies die Neurosen, bezw. Psychoneurosen und Psychosen. Es wäre fast überflüssig, alle jene Motive anzuführen, welche zu dem Schlusse berechtigen, daß wir es hiebei mit socialen Schädigungen von größter Tragweite zu thun haben. Ist ja doch die Ansicht weit verbreitet, daß unser ganzes Zeitalter ein „nervöses“ ist, d. h. daß die functionellen Erkrankungen des Gesamtnervensystems eine so gewaltige Verbreitung zeigen, daß sie der Culturmenschheit ihr Siegel tief aufgeprägt haben und man schließlich so weit geht, den neurotischen Menschen nicht als pathologische Erscheinung, sondern als den Repräsentanten unseres Zeitalters zu betrachten, und völlige Gesundheit und Unversehrtheit des Nervensystems als kaum begreifliche Ausnahme anzustaunen. Man hat sich gewöhnt, die „Nervosität“ der heutigen Culturmenschheit als etwas Selbstverständliches anzunehmen und durch die rasche, fast unheimlich rasche Entwicklung unserer technischen Cultur (denn an geistiger Cultur war uns das Zeitalter von Kant, Goethe, Schiller, Beethoven etc. vielleicht doch zum mindesten ebenbürtig), durch den mit Aufgebot aller Kräfte geführten Daseinskampf, durch aufreibende Genüsse, die allein dem „modernen“ Menschen als erstrebenswerth erscheinen, zu erklären. Diese bestechende Erklärung ist fast allgemein acceptirt — denn es ist kein Zweifel, daß Ueberanstrengung des Nervensystems an Arbeit und Genuß zu einer schweren Schädigung desselben führen muß. Aber so eigentlich streng wissenschaftlich untersucht ist die Sache doch noch nicht, es sind bestehende Schlagworte, die wir immer wieder zu hören bekommen, so daß wir an sie glauben, ohne einen Beweis zu verlangen oder auch überhaupt als erforderlich zu betrachten. Die sociale Medicin hätte die große, nur durch Zusammenwirken aller Kräfte zu lösende Aufgabe, festzustellen, und

zwar in wissenschaftlich unwiderleglicher Weise festzustellen, ob 1. die Neurosen, bezw. Psychoneurosen in unserer Zeit tatsächlich eine so gewaltige Verbreitung gefunden haben, wie nie zuvor — und man also tatsächlich das Recht hat, von einem „nervösen“ Zeitalter zu sprechen, 2. ob die außerordentliche Verbreitung der Neurosen und Psychoneurosen — vorausgesetzt, daß sie tatsächlich besteht — mit den gewaltigen Fortschritten unserer technischen Cultur (Telegraph, Telephon etc.), ferner mit dem heftigen, erbarmungslos geführten Daseinskampf, sowie mit den momentan das Nervensystem heftig stimulirenden, dafür aber später umso sicherer zerrüttenden Genüssen unserer Zeit zusammenhängt. Es kann hier nur wiederholt werden, daß vieles in bejahendem Sinne spricht, aber daß der exacte Beweis noch erbracht werden muß. Eines ist sicher, daß die wahre Bedeutung und Tragweite der Neurosen, bezw. Psychoneurosen nur von der socialen Medicin gewürdigt werden können, denn die herrschende individuelle Medicin (wenn diese Bezeichnung gestattet ist), welche auf die anatomischen Veränderungen das Hauptgewicht gelegt, vermag den Neurosen nicht gerecht zu werden, bei welchen eben das Fehlen anatomischer Veränderungen — wenigstens solcher, die wir mit unseren Hilfsmitteln nachzuweisen vermögen, als wesentliches Kriterium gilt. Auch ist es ja bekannt, daß die Neurosen — vor allem die Psychoneurosen, die wir hier im Auge haben (Hysterie, Neurasthenie, Angst- und Zwangneurose) — das Leben nicht unmittelbar gefährden, daß noch bei vielen Aerzten, namentlich der älteren Schule — vielleicht deshalb, weil sie selbst aus einem nicht nervösen Zeitalter stammen — die „Nervosität“ als ein Zustand gilt, der der Beachtung durch den Arzt nicht recht würdig ist, und ein „Nervöser“ entweder durch mehr oder minder wohlwollenden Spott, bezw. Geringschätzung seiner mannigfaltigen Beschwerden oder die stereotype Kaltwassercur am besten wieder gesund zu machen ist. Bei dieser Betrachtungsweise schaut für die Erkenntniß der socialen Bedeutung der Psychoneurosen nicht viel heraus — denn es ist klar, daß die individuelle Medicin, welche eigentlich nur den als krank gelten läßt, der schwere anatomische Veränderungen oder zum mindesten objectiv wahrnehmbare klinische Symptome aufweist, zu einer Geringschätzung der Bedeutung der Neurosen, sowohl vom anatomischen, als vom klinischen Gesichtspunkte aus führen muß. Die sociale Medicin ist glücklicherweise durch solche Velleitäten nicht gebunden. Sie hat sich die Frage vorzulegen: Vermögen die Psychoneurosen den Besitzstand der Menschheit an Gesundheit und Arbeitsfähigkeit empfindlich zu schädigen? und falls diese Frage bejahend beantwortet werden kann, die Ursachen dieser Schädigung zu ergründen und nach jenen Mitteln zu suchen, durch welche diese Schädigung dort, wo sie bereits eingetreten ist, beseitigt, dort, wo sie noch nicht eingetreten ist, verhütet werden kann. Wenn wir nun auch, wie bereits erwähnt wurde, noch keine streng exacten Daten über die wirkliche Verbreitung der Neurosen besitzen, noch auch ohneweiters die Frage beantworten können, ob die angenommene Verbreitung der Neurosen in unserem Zeitalter mit den bereits mehrfach erwähnten Factoren zusammen-

hängt, so ist doch eine Frage bejahend zu beantworten, nämlich die, ob die Neurosen imstande sind, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wesentlich zu beeinträchtigen. Es ist kein Zweifel, daß z. B. die Neurasthenie, welche als wahre typische Zeitkrankheit eben betrachtet wird, die Arbeitsfähigkeit des Einzelnen ganz beträchtlich zu beeinträchtigen vermag, und falls die Angabe über ihre außerordentliche Verbreitung in unserer Zeit richtig ist, auch den Besitzstand der menschlichen Gesellschaft an Arbeitsfähigkeit empfindlich zu schädigen imstande ist. Insbesondere ist es der Besitzstand an Lebensfreude — an einem Factor, der von größter Tragweite ist, aber vom cellular-pathologischen Standpunkt aus kaum recht gewürdigt werden kann, aber doch für die Fortentwicklung der Menschheit von größter Bedeutung ist —, der durch die Psychoneurosen in ganz empfindlicher Weise beeinträchtigt wird. Denn allen Psychoneurosen gemeinsam ist das Dominiren von Unlustgefühlen, der Verlust der im höchsten Grade schöpferisch wirkenden, das wahre Arcanum für die Erhaltung des Nervensystems darstellenden Freude an der Natur und Kunst, somit an Allem, was das menschliche Leben, bei all der Qual und dem Jammer, die ihm inhärent, lobenswerth erscheinen läßt. Und hier führt uns die Betrachtung auf ein Gebiet, welches freilich nicht in die Medicin gehört, sowie wir sie heute auffassen, aber im Zeitalter der socialen Medicin ein wichtiges Problem sein wird, nämlich zu unserer „modernen Kunst“. Es kann nicht der leiseste Zweifel darüber bestehen, daß vieles, was sich unter dem Namen „moderne Kunst“ gibt — wobei wir sowohl Schriftthum als bildende Kunst im Auge behalten wollen — einen „neurotischen“ Zug trägt, d. h. daß die Schöpfer dieser „Kunstwerke“ entweder Neurotiker sind, oder, was vielleicht auch nicht ausgeschlossen ist; mit Neurosen posiren.

Es ist hier nicht der Ort, auf dieses soviel umstrittene Gebiet weitläufiger einzugehen, auch ist ja noch nicht die Ansicht durchgedrungen, daß auch der Arzt hier ein Wörtchen mitzusprechen hat; aber die Behauptung muß festgehalten werden, daß unser modernes Schaffen auf dem Gebiete der Literatur und der bildenden Kunst einen pathologischen, u. zw. neurotischen Zug trägt, d. h. daß jene Werke, welche jetzt im Vordergrund stehen, nicht aus den erhabenen schöpferischen Lustgefühlen, die wohl einen Shakespeare und Michelangelo bei der Schaffung ihrer Werke erfüllten und sich als erhebende Lustgefühle bei jenen kundgaben, die diese Werke genossen, entstanden sind. Man muß vielmehr den Eindruck gewinnen, daß diese sinnlos stammelnden, oft zum Typus des Gallimathias sich steigernden Verse, daß diese schwindstüchtigen, mit violetten Fäulnißflecken bedeckten, mit unmöglichen Haarfarben und Formen ausgestatteten Gestalten, welche nun das schönste Werk der Schöpfung, den Frauenleib, repräsentiren sollen, aus heftigen, neurotisch bedingten Unlustgefühlen entstanden sind und auch nur Unlustgefühle zu erregen vermögen. — Die Thatsache, daß eine solche Kunstrichtung sich breitmacht, gegenwärtig zweifellos im Vordergrund steht, ist vom Standpunkt der socialen Medicin aus von hohem Interesse, sie spricht nämlich — wenn auch nicht im Sinne eines exacten, mathematischen Beweises — dafür, daß in unserem Zeitalter ein neurotischer Zug vorherrscht, daß wenigstens ein großer Theil der geistig arbeitenden Kreise unter dem Bann der Neurose steht, was sich theils im Schaffen, theils im Erfassen und Empfangen der pathologischen Kunst kundgibt. Es ist diese Erscheinung ebenso ein Symptom der Neurose, wie alle die Symptome, die wir eben in den Lehrbüchern verzeichnet finden, wo der Gegenstand eben nicht vom generellen, sondern vom individuellen Standpunkt aus betrachtet wird.

Das, was über die Neurosen gesagt wurde, das gilt wohl in noch höherem Maße für die Psychosen. Auch hier finden wir die Anschauung, daß die Psychosen gerade in unserem Zeitalter eine ganz gewaltige Zunahme erfahren haben, auch hier finden wir als Ursache den zerrüttenden Daseinskampf, die Unmäßigkeit im Genusse angeführt, und auch hier müssen wir sagen, daß die Fragen, welche bei den Neurosen aufgeworfen werden, auch bei den Psychosen ihrer Beantwortung harren, u. zw. durch die sociale Medicin. Es ist kein Zweifel, daß die Psychosen den Besitzstand

der Menschheit an Lebens- und Arbeitsfähigkeit in gewissem Sinne auch hinsichtlich ihrer Zukunft empfindlich schädigen, und daß die Psychosen, ebenso wie die Neurosen, unter allen Umständen sehr wichtige Capitel der socialen Medicin darstellen.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Rose's Diabetesmilch** berichtet SANDMEYER („Berl. klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 44) Folgendes: Die Diabetesmilch ist absolut zuckerfrei, von geringem Eiweißgehalt, von hohem Fettgehalt, von angenehmem Geschmack. Ursprünglich enthielt diese Milch etwa 5% Fett, das aber später auf 10% erhöht worden ist. Die Diabetesmilch ist synthetisch aus den Grundstoffen der animalischen Milch mit Ausschluß des Milchzuckers aufgebaut. Die genauere Analyse derselben ergibt für die 5% Milch: Fett 4.96%, Eiweiß (Casein 62.5% + Albumin 37.5%) 1.14%. Für die 10%: Fett 9.98, Eiweiß 2.29%. Ferner in beiden an Mineralstoffen je 0.17%, sonstige N-freie Substanzen 1.24%. Die Diabetesmilch stellt ein vollmundiges sahneartiges Getränk dar, von aromatischem, schwach süßlichem Geschmack. Kühl getrunken, schmeckt sie am besten. In dieser Form wurde sie von fast allen Patienten anstandslos Monate hindurch zu $\frac{1}{2}$ bis 1 Liter täglich getrunken. In manchen Fällen genügten kleine Zusätze von Cognac, Thee oder Cacao (etwa 5 Grm. auf $\frac{1}{4}$ Liter Milch) für die Durchführung einer Milchcur. Die Diabetesmilch erscheint indicirt in allen Fällen von Diabetes, bei denen es nur darauf ankommt, das Körpergewicht der Patienten zu heben, ferner in allen schweren Fällen, bei denen die Kohlehydrate erheblich einzuschränken sind, weiter bei Kindern, bei Complicationen mit Nephritis, Gicht, Erkrankung des Herzens, Gefäßsystems.

— Ueber die **Verwendbarkeit der Milchthermophore bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge** und in der Krankenpflege berichtet MARKL („D. Krankenpflege-Ztg.“, 1900, Nr. 10). In jüngster Zeit wurden zur Warmhaltung, bezw. Erwärmung der Milch sogenannte Milchthermophore auf den Markt gebracht. Dies sind Apparate, welche es ermöglichen, die darin aufbewahrten Flüssigkeiten stundenlang in einer höheren Temperatur zu halten. Das Princip der Thermophore besteht darin, daß essigsäures Natrium, mit welchem doppelwandige, an der Außenseite mit einem schlechten Wärmeleiter geschützte Gefäße gefüllt werden, bei kurzdauernder Erhitzung in seinem Krystallwasser schmilzt und dabei Wärme bindet, welche das Salz bei seinem Zurückkrystallisiren wieder abgibt. Wenn man nun in den Binnenraum des Thermophorgefäßes einen zweiten Behälter mit einer Flüssigkeit einbringt, so wird dieselbe nach kurzer Zeit die Temperatur des Thermophors aufnehmen und diese so lange beibehalten, bis eben die Zurückkrystallisation des Natriumacetats vollendet ist. Diese Eigenschaft der Thermophore wurde für die Aufbewahrung von Kindermilch ausgenützt. Versuche M.'s zeigen, daß im Thermophor aufbewahrte Milch an Keimen nicht zunimmt, sondern daß ihr Keimgehalt innerhalb der ersten 6 Stunden regelmäßig abnimmt, und daß selbst nach 8 Stunden die Milch im Thermophor keimärmer war als eine bei 15° C. aufbewahrte. Auf Grund dieser Versuche ist die Benützung der Thermophore zur Erhaltung keimarmer Milch zu empfehlen.

— Die **Behandlung der Epididymitis** mit heißen Kataplasmen empfiehlt BENDER („D. Aerzte-Ztg.“, 1900, Nr. 24). Man legt dieselben auf die Testikel und den Samenstrang gleich von Beginn der Affection an auf. Man füllt kleine Säckchen mit Leinsamenmehl und erneuert die Kataplasmen recht häufig. Der Kranke liegt, das Scrotum ist erhöht, die Kataplasmen sollen keinen zu starken Druck auf die Testikel ausüben. Manchmal kommt durch den Einfluß der zu stark und zu lange einwirkenden Wärme ein mehr oder minder starkes Scrotalödem zustande; dasselbe ist bedeutungslos, man möge aber den Kranken vorher auf diese Eventualität aufmerksam machen. Die Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis die Epididymis auf Druck nur noch sehr wenig empfindlich ist. Dann geht man zu feuchten Umschlägen über, die in der üblichen Weise angewandt werden. Läßt man den Kranken aufstehen, so ist für ein gutes Suspensorium zu sorgen. Unter

dieser Behandlung verläuft die Heilung rascher als nach Compression des Scrotums oder nach Anwendung von Eis. B. sah nach derselben chronische Indurationen nicht auftreten, welche nach der üblichen Behandlung so häufig sind.

— Zur **Prohylaxe der Syphilis und des Herpes tonsurans** (Sycosis parasitaria) in den Barbierstuben empfiehlt BEHMANN („Derm. Centralbl.“, Oct. 1900, Nr. 1) Reinigung des Kopfes mit Bürsten und besonders Rollbürsten in Barbier- und Friseurläden überhaupt zu unterlassen und dieselbe nur vermittelt Staubkämme vorzunehmen. Ferner müßten die Barbier und Friseur dazu angehalten werden, oberflächliche, weiter nicht stark blutende Verletzungen beim Rasiren mit weißer Präcipitatsalbe einzureiben. Bei größeren blutenden Schnitten sollte die Blutung zuerst durch Sublimatgaze oder -watte gestillt werden und dann die Präcipitatsalbe eingegeben werden. Gegen die Infection mit Trichophyton tonsurans hat sich Verf. bis jetzt dadurch zu schützen gesucht, daß er sich Kinn und Wangen nach dem Rasiren mit Bay-Rum waschen und denselben nicht abtrocknen, sondern nur abfächeln ließ.

— In der **Behandlung der Pneumonie** geht PAFFRATH („D. med. Ztg.“, 1900, Nr. 42) oftmals in folgender Weise vor. Er hat nach Verabreichung einer Combination von Opium mit Antifebrin in vielen Fällen schwerster Pneumonien überraschend günstige Resultate erzielt. Er hält diese Combination für ein Coupirungs- und Heilmittel der Pneumonie. In frischen Fällen läßt er 3- bis 4stündlich 0.4—0.5 Antifebrin mit 0.25—0.30 Pulvis Doveri nehmen (Tag und Nacht bis zum Nachlaß des Fiebers.) Beginnt das Fieber zu fallen, so wartet Verf. mit der Darreichung des Pulvers, bis 38° wieder überschritten sind. Ist aber die Normaltemperatur erreicht, dann wird das Medicament ausgesetzt. Niemals hat P. angeblich bei dieser Medication Collaps oder sonstige schlimme Folgen beobachtet. Er hält die schwächende und depressive Wirkung des unbeeinflussten Fiebers auf das Herz für größer und verderblicher als die des Medicaments. Reines Opium in Verbindung mit Antifebrin wirkt weniger günstig als das Opium in der Mischung des Pulvis Doveri. (Die Angaben und Erfahrungen P.'s sind derzeit noch vereinzelt und unbestätigt. Der praktische Arzt thut gut, die klinische Prüfung des nicht einwandfrei erscheinenden Verfahrens abzuwarten, ehe er es selbst in seinen Medicationsschatz übernimmt.)

— Die **Spickmethode** von UNNA, die sich als die sicherste und schonendste Methode zur Beseitigung der Lupusreste und Lupusrecidive erwiesen, hat eine kleine technische Verbesserung erfahren („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1900, Bd. 31, Nr. 7. — „Berl. klin. Woch.“). Den Anlaß zu derselben gab der Umstand, daß die Spickhölzer aus der Hand verschiedener Tischler nicht von derselben Güte hervorgingen; sie waren häufig nicht fein und nicht hart genug. Dieses brachte UNNA auf den Gedanken, die von der Natur in so reicher Auswahl gelieferten Stacheln und Dornen zum Spicken zu verwenden. Unter den einheimischen Stacheln bewährten sich dazu ausgezeichnet die der Stachelbeere. Sie sind stielrund, äußerst spitz und haben gerade die gewünschte Größe, um bequem mit den Fingern gefaßt und doch noch 2 bis 4 Mm. tief in die Haut versenkt werden zu können. Alle diese natürlichen Spickhölzer sind bei weitem härter und fester als die früher vom Tischler präparierten. Es kommt bei ihnen nicht vor, daß ein zu langer Aufenthalt im Liquor stibii chlorati sie macerirt und beim Gebrauche abbrechen läßt. Im Gegentheil ist ein längerer Aufenthalt in der Aetzflüssigkeit nöthig, um eine genügende Menge derselben aufzusaugen. Eine besondere Sterilisation der Stacheln ist wegen der Imprägnierung unnöthig.

— Den **Einfluß** von subcutan injicirtem **Lecithin auf den Stoffwechsel** untersuchten DESGREZ und ALY ZAKY an Meer-schweinchen („Cont. rend. d. l. Soc. d. Biol.“, 1900, pag. 795. — „Berl. klin. Woch.“). Die Thiere erhielten alle 8—10 Tage eine Einspritzung von Lecithin, gelöst in sterilem Olivenöl. Es wurde durchweg ein günstiger Einfluß beobachtet, der sich in einer beträchtlichen Vermehrung des Gesamttstickstoffes im Urin, einer reichlicheren Bindung von Phosphor und einer merklichen Zunahme des Körpergewichts äußerte.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.

Gehalten vom 16.—22. September 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XII.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

V. WINCKEL (München): **Ueber Struma suprarenalis** (mit Demonstrationen).

v. W. referirt über einen von ihm operirten Fall von Struma suprarenalis, die wegen ihres tiefen Sitzes im Abdomen und wegen ihrer großen Beweglichkeit eine langgestielte Ovarialcyste vorgetauscht hatte. Urmittelbar nach Oeffnen des Abdomens wurde die Diagnose richtig gestellt. Die Ausschälung des Tumors nach Spaltung des hinteren Peritonealblattes gelang ziemlich leicht.

Seitdem hat nun v. W. bei den Sectionen sein Augenmerk auf Abnormitäten der Nebennieren gerichtet und gefunden, daß bei Mißbildungen, insbesondere bei Meningokelen, bei Anencephalie, Kranioschisis und Rhachischisis die Nieren und Nebennieren vielfach mißgestaltet sind. Die Mißbildung besteht in einseitigem Mangel des einen oder anderen oder beider Organe, in mehr weniger mangelhafter Ausbildung oder in Verlagerung derselben.

Sehr anschauliche, nach Präparaten angefertigte Abbildungen illustriren die mannigfachen Entwicklungsanomalien.

Frennd (Straßburg) berichtet über einen ähnlichen, von ihm operirten Fall, der durch die Demonstration v. Winckel's gut verständlich wird.

Schatz (Rostock) bemerkt: Mißgestaltete Früchte zeigen so häufig auch Mißbildungen der Genitalien, daß es sich fragt, ob nicht aus Mißbildung der Genitalien ein gewisser Wahrscheinlichkeitsschluß auf Abnormitäten auch der Nebennieren zu ziehen ist.

STOECKEL (Bonn): **Ueber Atmokaussis und Zestokaussis** (mit Demonstrationen).

Dem PINCUS'schen Apparat haften hinsichtlich der Technik noch manche Mängel an. Eine vorhergehende Dilatation ist nothwendig. Bettruhe rationell. Die Domäne für die Atmokaussis bilden die uncomplicirten Blutungen, bei denen eine bestimmte locale Ursache fehlt, also die zu starken menstruellen, die klimakterischen und die auf Hämophilie beruhenden. Vorbedingung für den Erfolg ist die gute Contractionsfähigkeit des Uterus. Irrationell ist die Atmokaussis bei Myomen, weil die Uteruscontractionen unregelmäßig und mangelhaft sind, dann auch weil die Myome eine hochgradige Gestaltsveränderung des Uteruscavums bewirken, so daß rein mechanisch eine Berührung aller Stellen der Uterusinnenfläche mit dem Dampf verhindert wird. Unbedingt zu verwerfen ist die Atmokaussis beim Abortus, hier liefern die Curette und Tamponade ausgezeichnete Resultate. Bei der Gonorrhoe ist eine desinficirende Wirkung der Atmokaussis zweifelhaft, weil eine Tiefenwirkung bei der allein in Betracht kommenden kurzen Anwendungsdauer fehlt. Bei der Dysmennorrhoe ist die Anwendung der Atmokaussis auch nicht berechtigt, weil hier die vorauszuschickende Dilatation das bessernde Moment ist.

Schlutius hat die Construction des Kessels, der Dampfzuleitung und des Katheters modificirt und erzielt nun mit seinem Apparat eine gleichmäßig tiefe und allenthalben verbreitete Verödung des Endometriums. Er meint, daß die Vaporisation bis dato nicht in jeder Hand, nicht mit jedem Instrumentarium und nicht in allen Fällen heilbringend sei.

Fritsch hat in einigen Fällen von klimakterischen Blutungen Dauererfolge gesehen. Auch er hält die Atmokaussis nur bei uncomplicirten Blutungen für indicirt.

Fehling fragt nach den Dauerresultaten nach Anwendung der Atmokaussis. Sind sie nicht besser als bei einfacher Ausschabung, so ist letztere der Atmokaussis vorzuziehen.

Cramer schiekt der Vaporisation die Dilatation, Ausschabung und Tamponade des Uterus voraus. Ist das Uteruscavum auf diese Weise frei gemacht von Blut und Schleim, dann steht der Ausbreitung des Dampfes kein Hinderniß mehr entgegen.

RISSMANN (Osnabrück): Ueber Unterbindungs- und Nahtmaterial (Demonstration).

Er hält an Stelle des Catgut von unseren Schlachthieren für verwerthbar: 1. die Strecksehne am Unterschenkel des Pferdes, 2. den Nervus vagus, 3. das Leberzwerchfellband älterer Ochsen. Die genannten Materialien haben den Vortheil größerer Stärke und haben nicht den ekelhaften Fäulnißproceß des Catgut durchzumachen, sind somit frei von Toxinen und Ptomainen.

VEIT (Leiden): Zur Anatomie der Placenta.

V. legt mikroskopische Präparate und Photographien vor von einer frühzeitigen Tubargravidität, die er bei lebendem, sich noch bewegendem Fötus ohne Ruptur der Tube operirt hat. In den Venen der Tube finden sich Chorionzotten. Er hält diesen Vorgang, der auch von anderer Seite, aber seines Wissens nur an abgestorbenen Schwangerschaften gefunden wurde, für einen sehr bemerkenswerthen und bei Tubenschwangerschaft häufiger vorkommenden. Er nennt diesen Vorgang Zottendeportation.

Die Photographien hat er so hergestellt, daß er das mikroskopische Präparat direct mit dem Skioptikon projecirte und nun das projecirte Bild mit einer gewöhnlichen Camera aufnahm.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Royal Medical and Chirurgical Society.**BOWLER und TURNER: Ruptur des Oesophagus infolge von Erbrechen.**

Mittheilung eines Falles, wo bei einer 62jährigen Frau, welche Abführpillen genommen hatte, wiederholtes Erbrechen auftrat, zu dem sich schwerer Collaps und heftige Schmerzen im Epigastrium zugesellten. Auch traten beim Schlucken überaus heftige Schmerzen auf. Mit dem Auftreten der Schmerzen und des Collapses hatte das Erbrechen vollständig aufgehört. Es wurde an die Möglichkeit einer Perforation des Magens gedacht und Narkotica verordnet, die aber nur von vorübergehender Wirkung waren. Schließlich trat Hautemphysem am Halse auf, welches sich auch auf die Haut des Gesichtes ausdehnte, einige Stunden später Exitus.

Die Obduction ergab einen Längsriß im Oesophagus, knapp über dem Zwerchfell, Erguß in die linke Pleura, linksseitigen Pneumothorax, Exsudation im Mediastinum, Hautemphysem an der Brust und am Halse. Fälle von Oesophagusruptur sind nicht ganz so selten als man gewöhnlich annimmt, nur wird der Zustand bei Obductionen öfters übersehen, bezw. mit postmortaler Erweichung verwechselt. Solche Fälle sind der operativen Behandlung zugänglich, da es möglich ist, den Oesophagus im hinteren Mediastinalraum bloßzulegen, ohne ein lebenswichtiges Organ zu verletzen. Naht der Rupturstelle und Drainage des hinteren Mediastinums sind durchaus ausführbare Eingriffe.

Rolleston berichtet über einen Fall von periösophagealem Absceß bei einem 30jährigen Mann, welcher unter heftigen Brustschmerzen und den Zeichen eines Pleuraergusses erkrankte und innerhalb 48 Stunden zugrunde ging. Es wurde eine mit dem Oesophagus communicirende Absceßhöhle im hinteren Mediastinum vorgefunden. Der häufigere Sitz der Ruptur im unteren Drittel des Oesophagus, während der schwächste Theil der Wand knapp unterhalb des Pharynx sich befindet, ist daraus zu erklären, daß die Wand des unteren Drittels nur Längsmusculatur besitzt, ferner die Prädispositionsstelle für den Sitz von Geschwüren bildet.

Stanley Boyd berichtet über zwei Fälle von Oesophagusruptur, wo charakteristische Erscheinungen, namentlich Pneumothorax und Hautemphysem, vollständig fehlten.

Medical Society of London.**P. J. FREYER: Eine neue Methode der perinealen Prostatektomie.**

Die Vortheile der neuen Methode bestehen darin, daß die zunächst vorgenommene äußere Urethrotomie die Einführung eines Fingers in die Harnblase gestattet. Gleichzeitig wird ein Finger in das Rectum eingeführt, und man ist dann durch die Palpation in der Lage, die Gestalt, Härte und Größe des Prostatatumors auf das Genaueste zu beurtheilen. Man kann ferner mit dem Finger den vergrößerten Seitenlappen in die ischio-rectale Schnittwunde herabdrängen, ohne daß die tiefen und oft gefährlichen Einschnitte

der DITTEL'schen Operation nothwendig wären. Wenn der Tumor in die Wunde herabgedrängt ist, so kann man die Kapsel mit Leichtigkeit incidiren und den Tumor leicht exstirpiren. Der in die Blase eingeführte Finger gestattet zu fühlen, wann sich die schneidenden Instrumente der ersteren nähern, und so eine Verletzung der Blase zu verhüten, wodurch die Gefahren der Infection und Fistelbildung vermieden werden. Vom Tumor läßt man nur eine ganz dünne Schichte als Unterlage der Schleimhaut der Blase und der Pars prostatica zurück. In die perineale Harnröhrenwunde wird ein dickes Drain eingeführt, durch welches der Harn vollständig abfließt, so daß eine septische Infection der Wunde dadurch verhütet werden kann. Der Nachtheil des Verfahrens liegt, so wie bei allen anderen, in der Einschränkung der Indication. Dieselbe ist z. B. in Fällen, wo es sich um Vergrößerung des Mittellappens handelt, nicht anwendbar, ferner bei sehr fettleibigen Patienten und bei sehr großen Prostatatumoren, weil in diesen Fällen die Umgreifung der ganzen Geschwulst mit dem Finger unmöglich werden kann.

Mansell Moullin bemerkt, daß die suprapubische und perineale Prostatektomie sich deshalb nicht eingebürgert haben, weil andere Verfahren zur Erzielung der Atrophie des vergrößerten Organes angegeben wurden, bis das von Mc GILL angegebene Verfahren der suprapubischen Prostatektomie größeren Anklang fand. Immerhin sind die Indicationen der Prostatektomie eingeschränkt und beziehen sich nur auf Fälle mit Vergrößerung der Seitenlappen. Die Mortalität beträgt 14–15%, aber nur deshalb, weil die Operation gewöhnlich zu lange hinausgeschoben wird, wenn die Schleimhaut der Blase bereits die tiefgehendsten pathologischen Veränderungen aufweist.

Swinford Edwards bemerkt, daß das vom Vortr. beschriebene Verfahren der Prostataexstirpation eine Combination von pararectalem Schnitt mit Urethrotomia externa darstellt. Bei intravesicalen Prostatatumoren ist das Verfahren von Mc GILL vorzuziehen, welches zwar gefährlicher, aber in seiner Wirkung radicaler ist.

Notizen.

Wien, 31. December 1900.

Zur Jahres- und Jahrhundertwende.

Mit dem Glockenschlag Zwölf der heutigen Sylvesternacht ist die große Frage entschieden, welche in den letzten Jahren die Gemüther der Zeitgenossen so lebhaft bewegte und Gegenstand eingehendster Erörterungen und Debatten war. Nunmehr wird der hartnäckigste Skeptiker nicht in Abrede stellen, daß mit diesem Glockenschlage Zwölf das XIX. Jahrhundert in der Zeiten Abgrund versunken ist und das XX. Jahrhundert aus dem Schoße der Ewigkeit sich losgerungen hat. Aber an wahrhaft enthusiastischer Begrüßung wird es ihm doch fehlen, weil es eben von der großen Mehrzahl der ungeduldigen Culturmenschheit — die das Warten nicht vertragen kann — bereits vor einem Jahre begrüßt wurde, trotzdem Astronomen und Chronologen mit dem Aufgebot überzeugenden Beweismaterials den wahren Beginn des XX. Jahrhunderts auf den 1. Januar 1901 verlegten. Bei all diesem Streit um Jahrhundert und Jahrhundertwende zeigt es sich so recht deutlich, wie gering eigentlich die Bedeutung dieser kalendarischen Vorgänge ist, wenn nicht eben zufällig gewaltige historische Ereignisse, erschütternde sociale Umwälzungen, epochemachende Errungenschaften auf dem Gebiete der geistigen und technischen Cultur mit solcher Jahrhundertwende coincidiren. Etwas wahrhaft Großes, Vernichtendes oder Erhebendes hat sich im Zeitpunkt der Jahrhundertwende nicht zugetragen — es sei denn, daß man den China- und Transvaalkrieg in dieser Beleuchtung erblickt. Trüb und verdrossen — von des Zukunftsgeankens Blässe angekränkt — tritt die Culturmenschheit an die Schwelle des neuen Jahrhunderts, aber für sie paßt nicht das herrliche SCHILLER'sche Wort „Wie schön stehst du, o Mensch, an des Jahrhunderts Neige“ — denn es ist nach dem gewaltigen technisch-naturwissenschaftlichen Aufschwung, den das XIX. Jahrhundert uns brachte, eine Art Rückschlag eingetreten, ein Zug des Zweifels durchzieht die Menschheit, des Zweifels an einer frohen, verheißenden Zukunft. Wie weit dieser Pessimismus im Allgemeinen berechtigt ist, bleibe dahingestellt,

aber wenn sich das Stiefkind unserer heutigen Gesellschaft — der ärztliche Stand — in einer Stimmung des trübsten Pessimismus befindet, so wird man ihm wahrhaftig nicht Unrecht geben können. Denn die seit Jahren von diesem Stand gestellte Frage — ob es denn überhaupt noch schlechter werden könne — ist von jedem Jahre in bejahendem Sinne beantwortet worden —, es ist noch jedes Jahr schlechter geworden, obwohl man es kaum mehr für möglich gehalten hatte, und — so schrecklich es auch klingen mag — es wird noch schlechter werden; denn alle die Factoren, welche dahin wirken, daß der ärztliche Stand hinsichtlich seiner socialen Stellung und materiellen Lage immer tiefer herabgeleitet, sind noch in voller Kraft und Wirksamkeit, die Aerzte selbst noch nicht stark genug, um all den feindlichen Mächten im Kampfe gewachsen zu sein. Erst dann, wenn die Lage des Aertztestandes so verzweifelt sein wird, daß die Aerzte nichts, aber auch gar nichts mehr zu verlieren haben — und von dieser Zeit trennt uns nur ein Zeitraum von wenigen Jahren — werden gemeinsame Noth und gemeinsames Elend gleich Hammerschlägen die Aerzteschaft zu einer festen, compacten Masse verdichtet haben, und erst dann wird die Morgenröthe einer besseren Zukunft, die wohl erst den Kindern, vielleicht auch erst den Enkeln der heutigen Aertztegeneration zu Gute kommen wird, am Horizont erscheinen. Bis dahin bleibt nichts Anderes übrig, als der Ruf nach Einigung, der immer und immer wiederholt werden muß, bis auch mit Hilfe der gemeinsamen Noth eine Organisation geschaffen sein wird, welche gleich der macedonischen Phalanx unwiderstehlich ist. Es wird sich erst eine ungeheure Erbitterung über das erlittene Unrecht, welches einem Stande angethan wird, der dort, wo es sich um die Erfüllung der edelsten Menschenpflichten handelte, stets in erster Reihe zu finden war, bei welchem die größte Entsagung und Aufopferung für das Wohl anderer stets das erste Gebot war — anhäufen müssen, bevor die Aerzteschaft jenen Schrei um das Recht auf das Leben wird hören lassen, welcher dann nicht mehr ungehört verhallen wird. In unserer Zeit scheint nur trotziges, ungebührliches Fordern Aussicht auf einigen Erfolg zu haben; wer nur sein Recht fordert, kann leicht in dem wüsten Lärm des Daseinskampfes überhört werden. Zu diesen Bescheidenen und Gerechten gehört auch der Aertztestand, der als Lohn für ein an Mühen und Entsagungen überreiches Leben nichts Anderes verlangt als das sichere Brot für sich und die Seinen. Aber man hört vorläufig nichts davon, daß ihm diese bescheidene Bitte gewährt wird. Dem Arzt wird sein Brot recht knapp zugeschnitten, so knapp, daß er nicht mehr allzuweit vom Hunger entfernt ist — und wenn man sich staunend fragt, wieso das möglich ist, so kommt man nach einiger Ueberlegung zu dem Resultat, daß der ärztliche Stand selbst es ist, der sich sein Brot so knapp macht, u. zw. in einem Uebermaß falsch verstandener Humanität. Während sonst in unserem Wirtschaftsleben der Grundsatz herrscht, daß jede Arbeit ihren Lohn finden müsse, ist ärztliche Arbeit in reichlichem Ausmaß für jedermann, der es richtig und schlaun anzustellen weiß, unentgeltlich zu haben, u. zw. in den Polikliniken, Ambulatorien etc., welche, als wohlthätige Einrichtungen für die wahren Enterbten des Schicksals bestimmt, in der unglücklichsten Weise von Leuten mißbraucht werden, denen es ihre Mittel wahrhaftig gestatten würden, die ärztliche Arbeit gebührend zu entlohnen. Es ist eigentlich bei der großen Leichtigkeit, mit der sich jedermann, wenn er es klug anzufangen weiß, die unentgeltliche ärztliche Arbeit verschaffen kann, zu verwundern, daß die ärztliche Arbeit überhaupt noch ihren Lohn findet. Man sieht es ja so deutlich, daß der Arzt, den sein Schicksal in eine Großstadt oder in eine Millionenstadt verschlagen hat, am schwersten zu ringen, am bittersten zu leiden hat, weil hier ja an den verschiedensten Stellen für jedermann unentgeltliche ärztliche Arbeit geleistet wird. Die Enunciationen

der jüngsten Zeit zeigen deutlich, daß jetzt die ganze Aerzteschaft von der Ueberzeugung durchdrungen ist, daß ihr durch den Mißbrauch der Polikliniken, Ambulatorien etc. ein ebenso gewaltiger, als ungerechtfertigter materieller Schaden zugefügt und ihre Existenz vielleicht noch mehr bedroht wird als durch die Krankencassen — denn Casse heißt erbärmlich entlohnte, aber doch entlohnte Arbeit, die — zum mindesten in den genossenschaftlichen Krankencassen — von wirthschaftlich Schwachen in Anspruch genommen wird: Ambulatorien aber heißt gar nicht entlohnte, oft mißbrauchte, von wirthschaftlich günstiger Situirten in Anspruch genommene ärztliche Arbeit.

Dabei ist der wahren Humanität und der Gerechtigkeit im gleichen Maße Rechnung getragen, und wenn sich die Menschheit an den Gedanken gewöhnt haben wird, daß ärztliche Arbeit dasselbe, wenn nicht ein höheres Recht auf Entlohnung besitzt wie andere redliche, im Dienste der Menschheit verrichtete Arbeit, dann wird auch für die Aerzte eine neue, bessere Zeit anbrechen; dann werden sie, im Bewußtsein, daß ihren bescheidenen Forderungen nach Sicherung ihrer materiellen Existenz endlich Rechnung getragen ist, mit frischer Kraft und neuem Muthe an die Lösung der schweren Aufgaben ihres Standes herantreten und durch rastlose Arbeit im Dienste des Volkswohls die Bedeutung, welche dem ärztlichen Stand im modernen Culturstaat zukommt, deutlich hervortreten lassen.

Wien, 5. Januar 1901.

(Ein Aertztestrike.) Die Subalternärzte des Krakauer Allgemeinen Krankenhauses, die wegen Nichtberücksichtigung ihrer berechtigten Forderungen seitens des galizischen Landesauschusses beschlossen hatten, ihre Thätigkeit am 31. December 1900, 12 Uhr Nachts, einzustellen, haben über Intervention des Landmarschalls die Ausführung dieses Beschlusses vertagt, nachdem ihnen Berücksichtigung ihrer Wünsche zugesagt worden ist. Die Ankündigung des „Ausstandes“ der Krakauer Spitalsärzte hat nicht verfehlt, die Oeffentlichkeit zu beschäftigen. Also nicht nur Arbeiter — sagte man — auch Aerzte striken, das ist doch unwürdig! Man hat es ihnen recht übel genommen, den jungen Collegen des Krakauer Krankenhauses, daß sie es endlich müde wurden, für Hungerlöhne ihren anstrengenden und verantwortungsvollen Dienstpflichten zu obliegen; man hat sie getadelt, weil sie sich satt essen wollten; man hat sich gewundert, weil die Apostel der Humanität auch daran zu denken wagten, daß auch sie Menschen sind. Man wird sich noch öfter wundern. Schon haben die Hilfsärzte des Lemberger großen Krankenhauses den Beschluß gefaßt, in den Ausstand zu treten, und das neue Jahrhundert dürfte noch oft das Schauspiel erleben, daß auch das gebildete Proletariat sein Recht auf entsprechend entlohnte Arbeit demonstrativ geltend macht. Die mächtige wirthschaftliche Bewegung der letzten Jahrzehnte hat auch die Aerzteschaft berührt; an Stelle des zierlich gekleideten Arztes der Rococozeit, der mit schamhaftem Erröthen das ihm discret in die Hand gedrückte „Honorar“ einstrich, tritt der theoretisch und praktisch wohl ausgestattete moderne Jünger AESCULAPS, der nach langjährigem, schwerem Studium, nach vieljähriger praktischer Bethätigung am Krankenbette sich seines Könnens, aber auch des Rechtes bewußt ist, für seine Leistung jene Entlohnung zu fordern, die ihm und den Seinen eine menschenwürdige Existenz ermöglichen soll. Die Oeffentlichkeit, die Stadt, das Reich, sie haben die Enunciation gehört, welche der jüngsten Allgemeinen Aertzteversammlung zu Wien weittragende Bedeutung verliehen hat; Publicum und Regierung, sie haben sie wohl verstanden. Auch der inzwischen beigelegte Strike der Krakauer Spitalsärzte spricht eine deutliche Sprache. Niemand hat das Recht, sie absichtlich mißzuverstehen.

(Auszeichnungen.) Der Districtsarzt in Hösting Dr. EDUARD FISCHER erhielt den Titel eines kaiserlichen Rathes; der Universitätsdocent Dr. MAURUS SZATARDI in Budapest das goldene Verdienstkreuz mit der Krone; Dr. HERMANN ISAAC in Berlin ist

von der Wiener dermatologischen Gesellschaft zum correspondirenden Mitglied gewählt worden.

(Eine Vereinigung zur Abhaltung von Fortbildungscursen für praktische Aerzte) ist — wie wir aus Berlin erfahren — daselbst am 17. December ins Leben getreten. Sie hat sich das Ziel gesetzt, durch die Abhaltung von unentgeltlichen Cursen für die Weiterbildung der praktischen Aerzte zu wirken. Die einzelnen Fortbildungscurse sollen unter Zugrundelegung klinischer Demonstrationen eine Uebersicht über die betreffende Disciplin geben, wobei insbesondere die neueren Fortschritte Berücksichtigung finden werden. Zur Theilnahme an den Cursen ist jeder in Berlin und Umgegend practicirende Arzt gegen Lösung einer nicht übertragbaren Karte berechtigt. Für dieselbe wird zur Deckung der Bureaukosten eine Einschreibgebühr von 2 Mk. pro Kurs erhoben.

(Medicinische Gesellschaft in Japan.) In Kyoto besteht — wie wir dem „Reichs-Medicinal-Anzeiger“ entnehmen — bereits seit elf Jahren eine medicinische Gesellschaft, die heute 591 Mitglieder zählt. Die Gesellschaft hat sich die Förderung der Humanität und die Verbesserung der Verhältnisse des ärztlichen Standes zum Ziele gemacht, dient selbstlos den gesundheitlichen Interessen des Staates und der Stadt und hat durch ihre Rathschläge und vorgeschlagenen Maßnahmen Kyoto in letzter Zeit vor Einbruch der Pest bewahrt. Die Gesellschaft versammelt sich monatlich einmal, um die Fortschritte der Medicin entgegenzunehmen und discutirt über neue Medicamente und Erfindungen auf medicinischem Gebiete; sie besitzt ein monatlich erscheinendes publicistisches Organ. Japan hat 2 Universitäten, fünf med. Akademien und eine sogenannte medicinische praktische, vom Staate autorisirte Schule, woselbst die Gesellschaft praktische Course abhält.

(Alkoholverbrauch in Deutschland und Frankreich.) In Deutschland werden nach der amtlichen Statistik jährlich 3·4 Liter reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung verbraucht („Monatsschr. f. Unfallhkd.“). Nicht viel höher, nämlich auf 4·5 Liter, stellt sich der Jahresverbrauch in Frankreich. Während aber in Deutschland eine zwar langsame, aber doch stetige Abnahme des Alkoholverbrauchs sich bemerkbar machte — 1889 stellte sich der Verbrauch noch auf 4·7, 1892 auf 4·5 Liter pro Kopf — hat in Frankreich der Alkoholismus in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Im Jahre 1855 betrug nach der „Hygien. Rundschau“ der Jahresverbrauch in Frankreich, für 100% Alkohol berechnet, nur 1·5 Liter auf den Kopf der Bevölkerung, 1873 2·59 und jetzt 4·5, was 22·16 Litern des gewöhnlichen Branntweins entspricht. Unter den Städten steht Rouen an der Spitze, wo auf den Einwohner 17 Liter 100%igen Alkohols im Jahre kommen; in Paris beträgt die Zahl 8 Liter. Während in Deutschland die Verbreitung des Bieres viel zur Verminderung des Branntweintrinkens beigetragen hat, ist in Frankreich der Alkoholverbrauch in den Weinbau treibenden Departements am geringsten, auch wird hier vorwiegend nur der aus dem Wein selbst gewonnene Branntwein getrunken.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. December 1900 wurden in den Civilspitälern Wiens 6540 Personen behandelt. Hievon wurden 1200 entlassen; 166 sind gestorben (12·15% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 77, Scharlach 81, Masern 951, Keuchhusten 53, Rothlauf 29, Wochenbettfieber 4, Rötheln 1, Mumps 71, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 649 Personen gestorben (+ 23 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. JOHANN NATTERER, gewesener Gemeinderath, Ritter des Franz Joseph-Ordens, im Alter von 80 Jahren; in Leitmeritz der em. Stadtarzt, kaiserl. Rath Dr. JOSEF QUOICKA, Besitzer des goldenen Verdienstkreuzes mit der Krone, 87 Jahre alt; in Sarajewo der Stadtarzt von Zenica Dr. ROBERT LÖFFLER im jugendlichen Alter von 28 Jahren.

Eingesendet.

Die Alleinfabrication der **Prof. Dr. Angerer-Pastillen mit Sublimat** hat nur die Adler-Apotheke, München, Sendlingerstraße 13.

Der unwahren Behauptung des Herrn J. ASTHAUSEN trete ich hiemit entschieden entgegen, mit dem Bemerkten, daß ich denselben wegen unlauteren Wettbewerbs bereits belangt habe.

In dem Prozesse gegen ASTHAUSEN ist durch den Erfinder bereits erwiesen, daß nur die Adler-Apotheke das Recht der Alleinfabrication der Prof. Dr. ANGERER-Pastillen mit Sublimat hat.

Bitte deshalb nur Prof. Dr. ANGERER-Sublimatpastillen aus der Adler-Apotheke, München, zu verlangen.

Adler Apotheke, München.

Ich bitte doch gegen das unlautere Vorgehen des J. ASTHAUSEN in geziemender Weise vorgehen zu wollen, und mich in meinem rechtmäßigen Besitz freundlichst zu unterstützen.

Hochachtend

M. Emmel.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Vulpius O., Der heutige Stand der Skoliosenbehandlung. München 1900, Seitz & Schauer.

Prausnitz W., Grundzüge der Hygiene. 5. erweiterte und vermehrte Auflage. München 1901, J. F. Lehmann. — M. 7.—

Bollinger O., Atlas und Grundriß der pathologischen Anatomie. 1. Band, 2. Auflage München 1901, J. F. Lehmann. — M. 12.—

Zuckerkindl O., Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. 2. Auflage. München 1901, J. F. Lehmann. — M. 12.—

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung

Montag den 7. Januar 1901, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenhurmstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dir. Dr. GERSUNY.

Programm:

Prim. Doc. Dr. J. SCHNITZLER: Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung.

Verantwortlicher Redacteur: Doцент Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der chem. Fabrik **Knoll & Co.** in **Ludwigshafen a. Rh.** über **Codein**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI
GISSHÜBLER
reiner
natürlicher
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke

Wien, IX., Garnisongasse 4.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Phosphorleberthran. Von Prof. Dr. Max Kassowitz. — Ueber endemische Syphilis der Gegenwart. Von Hofrath Prof. Neumann in Wien. — **Revue.** Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens. — **Referate.** LIEBLEIN (Prag): Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose. — A. LOEWY und M. PICKARDT (Berlin): Ueber die Bedeutung reinen Pflanzeneiweißes für die Ernährung. — JULIUS EMIL FÖLKL (Wien): Klinisch-therapeutische Versuche mit „Fersan“. — NILS SJÖBRING (Lund, Schweden): Ueber die Mikroorganismen in den Geschwülsten. (Zweite Mittheilung.) — DRIGALSKI (Berlin): Zur Wirkung der Lichtwärmestrahlen. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Prophylaxe. Von NOBILING-JANKAU. Abth. IX: Die Prophylaxe in der Nervenheilkunde. Von Privatdocent Dr. WINDSCHEID in Leipzig. — Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere für Aerzte und Studirende. Von Prof. Dr. Ludwig Edinger, Arzt in Frankfurt a. M. — **Feuilleton.** Ein Betrug an der Wissenschaft. — **Kleine Mittheilungen.** Gekreuzte Vernähung des Vagus und Hypoglossus. — Airoil in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten. — Behandlung des Pruritus senilis. — Dormiol und Hedonal. — Eine Anweisung zur subcutanen Injection des Jodipin. — Sapolan. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XX. — *Wiener medicinischer Club.* (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** Ein Facultätsgutachten. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Phosphorleberthran.

Von Prof. Dr. Max Kassowitz.*)

Manche der geehrten Anwesenden erinnern sich wohl der lebhaften, stellenweise hitzigen Discussion, welche im Jahre 1885 mehrere Sitzungsabende unserer Gesellschaft in Anspruch genommen hat. Es handelte sich damals um die Phosphorbehandlung der Rachitis, über deren Erfolge ich zum erstenmale im Herbst 1883 auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Freiburg berichtet hatte, und über welche ein Jahr später in einer eigens diesem Gegenstande gewidmeten Sitzung der pädiatrischen Section der Naturforscherversammlung in Magdeburg verhandelt worden war. Hier hatte sich die große Majorität der Redner im günstigsten Sinne über die neue Behandlungsmethode ausgesprochen, und auch in der Fachpresse waren bereits mehrfache, zum Theil enthusiastisch lautende Berichte von Seite hervorragender Kinderärzte und Kliniker erschienen. Auch in der besagten Discussion in unserer Gesellschaft konnten mehrere Redner, nämlich EISENSCHITZ, dann die beiden seither verstorbenen Dozenten HERZ und FÜRTH, welche damals Kinderabtheilungen an der allgemeinen Poliklinik besaßen, und v. GENSER, der später an unserem Ambulatorium thätig war, über sehr günstige Erfahrungen berichten. Anders HRYNTSCHAK und MONTI. Der erstere bemängelte zunächst meine Theorie der Rachitis und der Phosphorwirkung und behauptete dann, er habe unter 24 Fällen, die er bei MONTI behandelt habe, nur sechsmal günstige, die anderen Male dagegen zweifelhafte oder negative

Resultate gehabt. Im Laufe der Discussion, in welcher die Auseinandersetzungen von HRYNTSCHAK ziemlich scharf kritisiert worden waren, kam ihm dann MONTI zu Hilfe. Aber zur allgemeinen Ueberraschung begann er seine Rede mit einer entschiedenen Desavouirung seines ehemaligen Assistenten. Der Inhalt seines Vortrages — so sagte er — sei ihm erst durch die medicinischen Blätter bekannt geworden, er sei also seiner Auseinandersetzung vollkommen fremd und müsse ihm die volle Verantwortung sowohl für seine theoretischen, als auch klinischen Betrachtungen überlassen.¹⁾ Erst nachdem MONTI diesen Act der reinlichen Scheidung vollzogen hatte, ging er zu einer Kritik meiner casuistischen Mittheilungen über, die ungefähr darauf hinauslief, daß eine rasche Heilung der Craniotabes, ein schnelles Schließen der über die normale Zeit offenen Fontanelle, eventuell das gleichzeitige Verschwinden des Stimmritzenkrampfes gar nichts für die Wirksamkeit des Phosphors beweise, wenn man nicht durch fortlaufende Messungen der Körperlänge, des Kopf- und Brustumfanges etc. den Nachweis führen könne, daß das Verhältniß dieser Ziffern zu einander der Norm entspreche; und ebenso wenig begnügte er sich mit der von mir und anderen beobachteten auffallenden Besserung des Allgemeinbefindens und des Appetites, sondern er bestand darauf, daß das Kind auch alsbald das seinem Alter entsprechende Körpergewicht erreiche. In meiner Erwiderung zeigte ich, wie ungerecht und willkürlich ein solches Verlangen sei, und sagte am Schlusse meiner Ausführungen vorher, daß die Phosphortherapie trotz MONTI's Gegnerschaft zu einer immer allgemeineren Anwendung und Anerkennung gelangen werde.

Diese Prognose ist, wie Ihnen bekannt ist, wörtlich in Erfüllung gegangen. Die unmöglichen Postulate von MONTI

*) Nach einem am 14. December 1900 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte gehaltenen Vortrage.

¹⁾ Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 30. April 1885.

wurden ignorirt, dagegen häuften sich fort und fort aus aller Herren Länder die Publicationen über glänzende Heilerfolge bei der Rachitis, alle meine damaligen Behauptungen wurden der Reihe nach von zahlreichen wohlaccreditirten Beobachtern verificirt, und man kann wohl ohne Uebertreibung behaupten, daß der Phosphorleberthran in der von mir angegebenen Concentration von einem Centigramm Phosphor auf hundert Gramm Oel zu den am meisten verschriebenen Receptformeln gehört.

Aber nicht nur bei ungezählten Tausenden von rachitischen Kindern wird dieses Medicament alljährlich verwendet — an unserer Anstalt allein wurden bis Ende 1899 nicht weniger als 95.000 derartige Fälle protokollarisch verzeichnet —, sondern diese Zusammensetzung hat sich auch bei der Osteomalacie auf das beste bewährt. Zwar hatte schon Professor BUSCH in Bonn infolge der Experimente von WEGNER in zwei Fällen von Osteomalacie Phosphorpillen mit sehr gutem Erfolge angewendet, aber seine Mittheilung wurde nicht beachtet, und erst durch die von allen Seiten gemeldeten vortrefflichen Erfolge bei der Rachitis wurde man wieder veranlaßt, auch bei der Osteomalacie von diesem Mittel Gebrauch zu machen. Auch diesmal ging die Initiative von Wien aus, indem zuerst STERNBERG und dann LATZKO über auffallend gute Heilerfolge berichteten, denen sich dann auch andere Beobachter (WEIL, ECKSTEIN, FISCHER, KOSMINSKI, RISSMANN, KRAJEWSKA etc.) angeschlossen haben.

Bei beiden Krankheiten wird der Phosphor zumeist in Leberthran verabreicht. Die Gründe, warum ich nach anfänglichen Versuchen mit Olivenöl und Mandelöl schließlich zum Leberthran als Lösungsmittel des Phosphors übergegangen bin, sind ziemlich naheliegend. Die Pflanzenfette sind schwer verdaulich — nicht selten geben die Mütter ihren kleinen Kindern Mandelöl als Abführmittel —, während es durch vielfältige Erfahrungen bekannt ist, daß Leberthran selbst in größeren Mengen resorbirt wird und keine vermehrte Peristaltik herbeiführt. In der That habe ich bald gesehen, daß der Phosphorleberthran vortrefflich tolerirt wird, und dieselbe Erfahrung haben offenbar auch die anderen gemacht, weil dieses Mittel sonst sicher nicht jene große Popularität bei Aerzten und Laien erlangt hätte, deren es sich heute thatsächlich erfreut. Aber diese große Beliebtheit hat den Phosphorleberthran doch nicht vor mannigfachen Anfechtungen bewahren können, und mit diesen will ich mich nun mit Ihrer Erlaubniß heute Abend beschäftigen.

Die erste Bemängelung erfuhr der Phosphorleberthran durch RAUDNITZ in Prag, welcher im Jahre 1886 behauptete, daß aus einer Lösung, welche nur ein halbes Centigramm auf 100 enthält, der Phosphor schon nach 1—3 Tagen als weißer kleinblättriger Niederschlag herausfalle und auf den Boden des Gefäßes sich niederschlage, so daß die Kinder den Leberthran ohne Phosphor einzunehmen und zum Schlusse der Gefahr ausgesetzt sind, den giftigen Bodensatz auf einmal zu bekommen. Nun wußte ich aber aus vielfachen Versuchen, daß nicht nur ein Centigramm, sondern ein ganzes Gramm Phosphor sich in 100 Grm. Oel vollständig löst und auch gelöst bleibt, und ebenso hatte ich mich selbstverständlich früher in unzähligen Fällen überzeugt, daß in dem gewöhnlichen, von mir verwendeten und empfohlenen Phosphorleberthran auch nach Wochen nicht eine Spur eines Niederschlages bemerkbar ist. Zum Ueberfluß ließ ich mir noch einmal Phosphorlösungen in Mandelöl, Olivenöl, Lipanin und Leberthran anfertigen und demonstirte an ihnen nach Monaten und Jahren in meiner Vorlesung, daß von dem angebliehen Niederschlage gar nichts zu sehen ist. Ich richtete demnach an RAUDNITZ in der „Medicinischen Wochenschrift“ die Aufforderung, er möge doch einen Phosphorleberthran, aus welchem der Phosphor als Bodensatz herausgefallen ist, öffentlich demonstrieren und der Begutachtung durch eine chemische Autorität unterziehen. Dieser Aufforderung konnte RAUDNITZ selbstverständlich nicht nachkommen, und nachdem

überdies seine Behauptung durch ESCHERICH, SOLTSMANN und WICHMANN als eine irrthümliche bezeichnet worden war, ist niemals mehr von einem Herausfallen des Phosphors aus dem Leberthran die Rede gewesen.

Der Angriff von RAUDNITZ veranlaßte mich aber doch, etwas näher auf die Frage der Haltbarkeit der öligen Phosphorlösungen einzugehen, und ich beschloß daher, Prüfungen mittelst der Leuchtprobe von MITSCHERLICH vornehmen zu lassen. Diese Probe besteht bekanntlich darin, daß durch die phosphorhaltige Flüssigkeit Wasserdämpfe geleitet werden, welche den Phosphor in flüchtigem Zustande mitreißen, wobei der letztere sich in dem Glaskühler unter deutlich erkennbarem Leuchten condensirt. Auf mein Ersuchen hat sich nun Herr Dr. KOBLER, jetzt Director des Landesospitals in Sarajevo, der damals an unserer Anstalt thätig und zugleich auch im Laboratorium von Hofrath LUDWIG mit chemischen Arbeiten beschäftigt war, bereit erklärt, diese Proben vorzunehmen, und zwar geschah dies unter der Aufsicht von Professor Julius MAUTHNER, der damals als Assistent an der obgenannten Anstalt thätig war. Zu diesen Untersuchungen wurden Phosphorleberthran (0·01 auf 100) und Phosphorlipaninemulsion (derselben Concentration) verwendet, u. zw. wurde eine Flasche von jeder Zusammensetzung sogleich und eine andere nach einem und nach zwei Monaten geprüft. In jedem Falle hatte sich die Reaction mit vollster Deutlichkeit gezeigt. Da nun eine Flasche Oel in längstens drei Wochen verbraucht wird, so war nunmehr ein Zweifel über die Haltbarkeit des Medicamentes innerhalb derjenigen Grenzen, die für die Praxis in Frage kommen, nicht mehr möglich, und ich hielt daher diese Frage für definitiv erledigt.

Ich war daher nicht wenig überrascht, als ich im letzten Frühjahr von mehreren Seiten auf einen Passus in der damals bei URBAN & SCHWARZENBERG erschienenen „Rachitis“ von MONTI aufmerksam gemacht wurde, welcher folgendermaßen lautet:

„Zu den angeführten üblichen Verschreibungen des Phosphors muß zunächst bemerkt werden, daß derselbe einer der flüchtigsten Körper ist, und wenn man z. B. von obigen Lösungen in 100 Grm. Leberthran einem Kinde täglich 1—2 Kaffeelöffel voll bis zum Verbrauche gibt, dasselbe mit den letzten Partien gar keinen Phosphor mehr bekommt. Die diesbezüglichen sehr interessanten Versuche HRYNTSCHAK'S haben ergeben, daß in derartigen Lösungen nach 8—10 Tagen nur mehr geringe Spuren von Phosphor vorhanden sind.“²⁾

Etwas später liest man aber auch noch folgende Sätze:

„Von vielen Seiten wurde dem Phosphor eine sichere Wirkung auf Spasmus glottidis und Tetanie nachgerühmt. Wir haben schon gezeigt, daß diese Krämpfe meist toxischen Producten des Darminhalts ihre Entstehung verdanken. Es ist nicht abzusehen, wie da der Phosphor eine Wirkung entfalten soll. Ich kann auf Grundlage meiner Erfahrungen mit aller Entschiedenheit behaupten, daß, wenn in solchen Fällen die toxischen Erscheinungen von Seite des Darmtractus nicht durch eine entsprechende Therapie beseitigt werden, der genau nach den von den Anhängern dieser Therapie gegebenen Vorschriften verabreichte Phosphor ohne die geringste Wirkung bleibt. Wenn man bedenkt, daß bei der üblichen Verschreibung mit Leberthran sich der Phosphor binnen wenigen Tagen verflüchtigt, und dem Kinde successive immer geringere, ja höchst minimale Dosen zugeführt werden, so muß man über die Aufstellung derartiger Behauptungen wirklich staunen.“

²⁾ Es wird also in einem Athem behauptet, daß die letzten Partien gar keinen Phosphor enthalten, und dann wieder, daß nur geringe Spuren vorhanden sind. Die Exactheit ist jedenfalls nicht die hervorragendste Eigenschaft dieser Aussprüche.

Zu diesen Sätzen habe ich zunächst zu bemerken, daß der Stimmritzenkrampf sehr häufig bei vollkommen normal verdauenden Kindern beobachtet wird, daß er am häufigsten im Winter und besonders im Frühjahr vorkommt, wo bekanntlich die Darmaffectionen der Kinder viel seltener sind, als in der warmen Jahreszeit, daß er dagegen gerade zur Zeit der Sommerdiarrhoeen fast vollständig verschwindet. Ferner ist es immerhin auffallend, daß gerade die prompte, schon nach wenigen Tagen bemerkbare Wirkung des Phosphors fast von allen Beobachtern, zum Theile geradezu mit enthusiastischen Worten, hervorgehoben wird³⁾, daß also diese Wirkung zu einer Zeit auftritt, wo selbst nach MONTI der Phosphor noch im Oele enthalten ist, und daß es demnach vollkommen räthselhaft bleibt, warum diese Wirkung gerade bei MONTI ausgeblieben sein soll, wenn er wirklich das Mittel in Anwendung gezogen hat. Was aber den pharmakologischen Theil seiner Ausführungen anlangt, so ergibt sich das folgende interessante Verhältniß:

In einem im Jahre 1890 erschienenen Aufsätze „Zur Theorie und Behandlung der Rachitis“, der sicher auch MONTI nicht unbekannt geblieben ist, habe ich mich auf die früher erwähnten, in Gegenwart von Professor MAUTHNER gemachten Leuchtproben berufen. Jetzt ist aber MAUTHNER Vorstand des chemischen Laboratoriums an der allgemeinen Poliklinik und zugleich Vicedirector dieser Anstalt, deren Director Professor MONTI ist. Wenn nun der letztere die Absicht hatte, in der oben citirten Weise Behauptungen über die rasche Verflüchtigung des Phosphors aus dem öligen Vehikel aufzustellen, welche dem Resultate jener Leuchtproben direct widersprachen, so hätte er meines Erachtens bei diesem hervorragenden Chemiker, mit dem er in fortwährender Fühlung steht, anfragen müssen, wie es sich damals mit seinen Versuchen verhalten habe, und ob er es wirklich für möglich halte, daß sich der gelöste Phosphor im Verlaufe einer Woche verflüchtige. Mir hat noch jeder Chemiker, dem ich diese Frage vorlegte, geantwortet, daß dies von vornherein kaum denkbar sei, weil sich zwar der Phosphor an der Luft verflüchtigt, nicht aber das Oel, in dem er gelöst ist. Auch MAUTHNER hätte wahrscheinlich diese Antwort ertheilt und wäre außerdem in der Lage gewesen, auf die in seiner Gegenwart gemachten Leuchtproben zu verweisen. Aber MONTI hat es vorgezogen, sich auf die „interessanten Versuche“ von HRYNTSCHAK⁴⁾ zu berufen, für dessen theoretische und klinische Betrachtungen er damals jede Verantwortung von sich wies, während er jetzt, nach 15 Jahren, die volle Verantwortung für die chemischen Untersuchungen übernimmt, welche der Nichtchemiker HRYNTSCHAK vorgenommen haben soll.

Aber wo, wann und wie wurden diese Untersuchungen gemacht? Ich konnte mich nicht erinnern, daß HRYNTSCHAK in der damaligen Discussion irgend etwas in dieser Richtung vorgebracht hätte, und von einer späteren Publication war mir nichts bekannt. In seinem damaligen Vortrage sagte er nur, daß die Kinder einen halben Centigramm Phosphor in 50 Grm. Emulsion (also nicht in Leberthran) erhielten, daß sie davon zwei Kaffeelöffel per Tag verbrauchen sollten, daß sie alle 8 Tage erscheinen mußten, und daß er sich von der Richtigkeit der Expedition in der Apotheke des Herrn GROHS des öfteren persönlich über-

zeugt habe. Von einer Verflüchtigung des Phosphors und von einem Nachweise, daß in dem Medicamente nach 8 bis 10 Tagen nur geringe Spuren oder gar kein Phosphor mehr enthalten sei, ist in dem ganzen Vortrage nirgends die Rede und konnte eigentlich auch nicht die Rede sein, weil von 50 Grm. Emulsion, wenn davon täglich zwei Kaffeelöffel gegeben werden, nach 8 Tagen gar nichts mehr übrig ist, ganz gewiß aber nicht so viel, daß man damit vergleichende Untersuchungen über den Phosphorgehalt anstellen könnte.

Um das Räthsel zu lösen, wandte ich mich brieflich an HRYNTSCHAK und fragte ihn, ob er die „interessanten“ Versuche, auf die sich MONTI beruft, irgendwo veröffentlicht habe, und wenn nicht, nach welcher Methode er seine Untersuchungen vorgenommen habe. Darauf erhielt ich zunächst keine Antwort, und erst als ich meine Anfrage in einem recommandirten Schreiben wiederholte, wurde mir folgender Bescheid zu Theil.

„Ich habe die interessanten, zumeist negativen Versuche nicht weiter veröffentlicht. Sie ergaben theils fast gänzlich Fehlen, theils auffallende Verminderung des Phosphorgehaltes im Vergleich mit dem ursprünglichen Gehalte. Die Bestimmung geschah theils durch Geruch (sic!), theils durch die Leuchtprobe im Dunkeln mit Benützung von Wasserdämpfen.“

Ich enthalte mich jeden Commentars zu dieser Antwort und füge nur hinzu, daß in dem Briefe nicht angegeben ist, wann diese Untersuchungen gemacht wurden, in welchem Laboratorium, an wie großen Quantitäten, unter welchen Cautelen etc. Ich frage nur, ob diese Versuche, welche das ihnen von MONTI und HRYNTSCHAK gleichlautend beigelegte Epitheton „interessant“ wohl nur durch das tiefe Mysterium verdienen, mit dem sie umgeben sind, wirklich Prof. MONTI zu seinen früher citirten Aussprüchen legitimiren konnten; und noch berechtigter scheint mir die Frage, ob er sie als Gegengewicht gegen die von bewährten Chemikern in einem Universitätslaboratorium vorgenommenen Proben in die Wagschale werfen durfte. Ich glaube, die Antwort auf diese Frage kann für Niemanden auch nur einen Augenblick zweifelhaft sein.

Trotzdem beschloß ich im Interesse der Sache, neue Beweise für die Haltbarkeit des Phosphorleberthrans herbeizuschaffen, und zwar diesmal auf dem Wege der quantitativen Bestimmung des Phosphorgehaltes in einem frisch bereiteten Phosphorleberthran, und dann in einer zweiten Flasche, welche genau 2 Monate lang unverkorkt geblieben war.

Zur Bereitung des Phosphorleberthrans dient in unserer Anstaltsapotheke eine concentrirtere Lösung von 0.2 Phosphor in 100 Grm. Mandelöl, welche in 5 Grm. Oel 1 Ctgrm. Phosphor enthält. Werden nun 5 Grm. dieser Lösung zu 95 Grm. Leberthran zugesetzt, so hat man das gewünschte Medicament mit dem Gehalt von einem Centigramm Phosphor. Die Bereitung der Mutterlösung geschieht aber in der Weise, daß man ein Stückchen Phosphor unter Wasser mit der Scheere abschneidet, dasselbe mit Filtrirpapier oberflächlich trocknet — bei vollständiger Trocknung könnte es sich entzünden —, dieses Stückchen wird dann in eine gewogene Menge Mandelöl eingetragen, dann wird noch einmal gewogen, um das Gewicht des Phosphorstückchens zu bestimmen, und nun wird so viel Mandelöl zugefügt, bis das Verhältniß von 2 pro Mille hergestellt ist. Hierauf wird das Oel zur rascheren Lösung des Phosphors auf dem Wasserbade erwärmt, die Lösung filtrirt und in einer dunkeln Flasche an einem dunkeln Orte aufbewahrt. Nach derselben Methode, die ich und SOLTSMANN bereits vor vielen Jahren empfohlen haben, wird auch das officinelle Phosphoröl bereitet, welches die neueste österreichische Pharmacopoe vorschreibt, nur daß sie statt 2 Decigramm in 100 Oel 1 Decigramm., also eines pro mille, verlangt.

Wegen der quantitativen Bestimmung des Phosphorgehaltes in den beiden Flaschen Phosphorleberthran wandte ich mich an Herrn Dr. ADOLF JOLLES, welcher die große Freundlichkeit hatte, sich im Interesse der Sache dieser Mühewaltung

³⁾ In dem officiellen Bericht über die Verhandlungen der pädiatrischen Section der diesjährigen Naturforscherversammlung zu Aachen (im 52. Bande des Jahrbuchs für Kinderheilkunde, S. 652) ist gesagt, daß „alle Redner ohne Ausnahme für die vorzügliche Wirkung des Phosphors beim Stimmritzenkrampf eintraten“; und Docent FISCHL in Prag schreibt in seiner Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters (S. 180): „Die Wirkung des Phosphors ist in der überwiegend großen Mehrzahl der Fälle eine ganz ausgezeichnete und muß gegenüber den nervösen Erscheinungen der Rachitis geradezu zauberhaft genannt werden.“ Diese Aeußerungen sind aber gefallen, nachdem bereits MONTI sein neuestes Anathema über die Phosphortherapie ausgesprochen hat.

⁴⁾ Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte vom 10. April 1885, pag. 183.

zu unterziehen. Auch hier wurden durch den Leberthran Wasserdämpfe geleitet, nachdem er mit etwas Weinsäure angesäuert worden war; die überdestillirenden Phosphordämpfe gehen dann durch einen gläsernen Kühler, in dessen kugeligem Theile sie sichtbar werden; von dort gelangen sie in eine Silberlösung, von wo etwa nicht zurückgehaltene Theile in einen anschließenden Kolben mit concentrirter Salpetersäure geleitet werden. Ist die Hauptmenge des Phosphors überdestillirt, so wird dann noch durch eine Stunde eine mäßige Menge Wasserdampf durchgeleitet. Dann wird die Flüssigkeit in beiden Kolben vereinigt, in ein Becherglas gebracht, die Kolben werden mit destillirtem Wasser nachgespült, das Becherglas wird erwärmt, das Silber mit Salzsäure gefällt, so lange digerirt, bis es zusammenballt, und hierauf filtrirt; der Niederschlag wird mit salpetersäurehaltigem Wasser bis zur Chlorfreiheit gewaschen, das Silber eingengt, abkühlen gelassen und solange mit Ammoniak versetzt, bis es schwach danach riecht, hierauf mit Magnesiainmixtur gefällt und 24 Stunden stehen gelassen; der filtrirte, mit Ammoniak chlorfrei gewaschene Niederschlag wird getrocknet, verascht und so lange geglüht, bis er vollkommen weiß erscheint, schließlich wird die phosphorsaure Magnesia gewogen und daraus der Gehalt an Phosphor berechnet.

Dabei ergab sich folgendes Resultat:

Analyse vom 12. März 1900: In 100 Grm. Leberthran 8.39 Mgrm. Phosphor.

Analyse vom 12. Mai 1900: In 100 Grm. Leberthran 8.26 Mgrm. Phosphor.

Es zeigte sich also auf der einen Seite, daß der frisch bereitete Phosphorleberthran statt 10 Mgrm. Phosphor nur 8.39 Mgrm. enthielt, daß aber nach 2 Monaten der Unterschied so gering war, daß er sich noch innerhalb der Fehlergrenzen der Analyse bewegte. Im schlimmsten Falle wären aber in diesen 2 Monaten $1\frac{1}{2}\%$ der anfangs vorhandenen Dosis verloren gegangen.

Daß aber gleich in der ersten Analyse etwas weniger als die beabsichtigte Dosis von Phosphor vorhanden war, dürfte von mehreren Momenten abhängen.

1. Wird zur Wägung des Phosphors und des Oeles nicht die analytische, sondern die Apothekerwaage verwendet.

2. Ist es nach dem früher Gesagten nicht zu vermeiden, daß mit dem Phosphor auch etwas Wasser mitgewogen wird, weil ein vollständiges Abtrocknen wegen der Gefahr der Selbstentzündung ausgeschlossen ist.

3. Ist der käufliche Phosphor kein chemisch reiner Körper, sondern enthält, wenn auch in sehr geringen Mengen, gewisse Beimengungen, z. B. Spuren von Schwefel und Arsenik (Pharmacopoea germanica, 1873).

4. Sind auch mechanische Verunreinigungen, welche ebenfalls bei der Filtration der Mutterlösung auf dem Filter zurückbleiben, nicht ausgeschlossen, weil der Vorgang der Fabrication unter anderem ein Durchpressen des Destillates durch Leder oder porösen Stein verlangt.

5. Endlich können sich bei dem unter Wasser aufbewahrten Phosphor an der Oberfläche niedere Sauerstoffverbindungen des Phosphors oder selbst amorpher Phosphor gebildet haben, welche dann in dem Destillate fehlen.

Durch dieses geringe Manco wird aber selbstverständlich die Wirkung des Phosphorleberthrans ebensowenig alterirt, als etwa die Digitalistherapie dadurch illusorisch würde, wenn Jemand nachgewiesen hätte, daß in einer Flasche Infusum digitalis, trotz gleicher Verschreibung, etwas weniger Digitalin enthalten ist als in einer anderen. Außerdem habe ich in meiner ausführlicheren Publication über die Phosphorbehandlung der Rachitis (im VII. Bande der „Zeitschrift für klin. Medicin“) ausdrücklich angegeben, daß die Dosis von einem halben Milligramm pro die bloß die mittlere zwischen einem Minimum und einem Maximum bedeutet, indem ich auch bei einem Viertel Milligramm pro die noch deutliche Heilwirkung,

und andererseits bei einem ganzen Milligramm noch keine schädliche Nebenwirkung gesehen habe. Das kleine Minus, welches die quantitative Bestimmung des Phosphorgehaltes gleich von Anfang an nachgewiesen hat, besitzt also für die praktische Verwerthung des Mittels nicht die geringste Bedeutung. Dagegen ist nunmehr durch diese vergleichende Analyse vollkommen sichergestellt, daß im Verlaufe von 2 Monaten aus dem Leberthran selbst bei offener Flasche entweder nichts oder eine so minimale Menge verloren geht, daß sie für die Praxis gar nicht in Betracht kommt; und ich erwarte nunmehr mit Bestimmtheit, daß Niemand wieder eine Discussion über die Haltbarkeit der phosphorhaltigen Medicamente eröffnen wird, ohne neuerliche quantitative Bestimmungen des Phosphors vorgenommen zu haben.

Um eine solche controlirende Analyse zu provociren, habe ich am 21. Juni 1900 ein Schreiben an Professor MONTI gerichtet, in welchem ich ihm den Vorschlag machte, er möge eine derartige Untersuchung durch Prof. MAUTHNER vornehmen lassen und dann die von diesem Fachmann gewonnenen Resultate veröffentlichen. Leider ist dies bisher nicht geschehen, und ich habe auf meinen, selbstverständlich in der urbansten Form abgefaßten Brief nicht einmal eine Antwort erhalten.

Bevor ich aber Prof. MONTI verlasse und mich dem neuesten Gegner des Phosphorleberthrans, Prof. ZWEIFEL in Leipzig, zuwende, möchte ich mich noch ein wenig mit den von MONTI für die Rachitis empfohlenen Behandlungsmethoden beschäftigen, und zwar besonders in dem Sinne, ob er an die von ihm befürworteten Therapien ebenfalls jenen strengen Maßstab anlegt, den er vor 15 Jahren gegenüber der Phosphortherapie für angemessen gehalten hat, und den er auch jetzt noch in der erwähnten Schrift beizubehalten für gut findet. Da hören wir z. B. über den Leberthran:

„Den ersten Platz nimmt der Leberthran ein. Da Säuglinge gewöhnlich den puren Leberthran nicht tragen, verschreibt man in einer Mixtur 5—20 Grm. Oleum jecoris aselli mit Pulvis gummi arab. und Aqua fontis zu einer Colatur von 100 Grm. Davon sollen täglich 3 Eßlöffel voll gegeben werden.“

Wie viel Leberthran bekommt nun das rachitische Kind nach dieser Vorschrift? Da die Flasche ungefähr in 3 Tagen verbraucht wäre, bekäme es bei der kleinsten Dosis nicht ganz 2 Grm. pro die, im Mittel etwa 3—4 Grm., während nach unserer Vorschrift jedes Kind mindestens 5 Grm. Leberthran täglich erhält. Nehmen wir nun einen Augenblick wirklich an, der Phosphor verflüchtige sich nach und nach aus dem Leberthran — was, wie wir wissen, sicher nicht der Fall ist —, so bekäme das kranke Kind nach unserer Vorschrift noch immer dasjenige Mittel in mehr als genügender Dosis, welchem MONTI unter allen den ersten Rang einräumt. Daran hat er offenbar nicht gedacht, als er seinen Feldzug gegen den Phosphorleberthran eröffnet und dessen Heilwirkung in Abrede gestellt hat. Noch weniger ist es ihm aber eingefallen, uns zu sagen, wie rasch sein erstclassiges Heilmittel die weichen Schädelknochen hart macht, wie schnell die Mixtura jecoris aselli den Stimmritzenkrampf heilt und die anderen rachitischen Erscheinungen zum Schwinden bringt; und am allerwenigsten hat er offenbar daran gedacht, uns an concreten Beispielen zu demonstrieren, wie unter dem Gebrauche von 2—6 Grm. Leberthran und der entsprechenden Menge Gummischleim pro die sich sofort die normalen Gewichtszahlen und Körpermaße herstellen, was er doch bekanntlich von einem Mittel, das die Rachitis bekämpfen soll, fordert. Vielleicht kann ich diese Lücke ausfüllen, indem ich auf Grund vielfacher Erfahrungen bestimmt versichere, daß man mit Leberthran allein auch nicht ein einziges Symptom der Rachitis zum Schwinden bringt, geschweige denn jene unmöglichen Wirkungen erzielt, die MONTI von dem Phosphorleberthran verlangt.

Ueber die Einwirkung des Sidonal bei Gicht.

Von

Geh. Sanitätsrath **Dr. Mylius** in Rathenow.

Aufmerksam gemacht durch einen in der Med. Woche vom 12. März d. J. enthaltenen Aufsatz über „ein neues Gichtmittel“ und ermutigt durch die dieses Präparat empfehlenden Worte des Herrn Geheimraths von Leyden, habe ich im letzten Sommer mehrfache Versuche mit dem von der Firma Benno Jaffé und Darmstaedter in Berlin, Martinikenfelde, producirten „Sidonal“ (Piperacinum chinicum) angestellt, welche ein überraschend günstiges Resultat geliefert und selbst in denjenigen Fällen, in denen alle bisherigen Mittel im Stiche liessen, eine fast sofort eintretende Besserung, eine bedeutende Abkürzung des gichtischen Anfalls und ein dieser entsprechendes Nachlassen der Schmerzen herbeigeführt haben.

In der acuten Form der Gichtanfälle, welche früher 3—4 Wochen bis zur Wiedergenesung in Anspruch nahmen, pflegte schon nach etwa 4 Tagen bei dem Gebrauche von 5—8 g des Mittels pro Tag eine derartige Besserung einzutreten, dass die Patienten das Bett verlassen und ohne fremde Beihülfe Gehversuche ohne grössere Schmerzen vornehmen und beim Weitergebrauche des Sidonal — aber nur in der kleineren Dosis — nach 7 bis 8 Tagen sich als hergestellt betrachten konnten. Ausser der Linderung der Schmerzen konnte in allen Fällen eine in die Augen fallende Abkürzung des Verlaufs der Krankheit und der Gebrauchsunfähigkeit der Glieder constatirt werden.

In der chronisch verlaufenden Gicht war ebenfalls eine nach Verabreichung des Sidonal sofort eintretende Verminderung aller lästigen Beschwerden zu constatiren, und schon nach wenigen Tagen fühlten die Patienten sich wieder hergestellt, nachdem die Anschwellungen und die Schmerzen verschwunden, sogar lange bestehende Tophi kleiner geworden waren.

Auch bin ich in der Lage gewesen, mit dem Mittel Gichtanfälle in der Art gewissermassen zu coupiren, indem ich gleich bei den ersten auftretenden Symptomen, die einem Anfalle vorherzugehen pflegten (Schmerzen in den Zehen, Kniegelenken oder in der Fersengegend) täglich 5 g des Sidonal nehmen liess und beobachten konnte, wie bereits nach 1—2 Tagen alle Krankheitserscheinungen rasch zu verschwinden pflegten, so dass also ein eigentlicher Gichtanfall gar nicht erst zum Ausbruch kam und die Patienten ihrem Berufe nicht entzogen zu werden brauchten.

Für diese Fälle könnte man in dem Sidonal fast ein Prophylacticum gegen Gicht erblicken.

Ein weiterer Vorzug dieses Mittels vor allen übrigen bisher empfohlenen scheint mir noch darin zu liegen, dass bei dem Gebrauche desselben, sogar nach den grösseren Dosen, nicht die geringsten Nebenwirkungen eintreten, was man beim Gebrauche der Salicylpräparate, des Uridicin und der Laville'schen Tropfen nicht gerade behaupten kann; und besonders muss noch hervorgehoben werden, dass der Appetit bei dem Gebrauche des Sidonal sich in der Regel noch zu heben und in günstiger Weise beeinflusst zu werden pflegt.

Ich gestatte mir, hierzu noch einiger Fälle aus meiner Praxis zu gedenken, aus denen

die prompte Wirkung des Sidonal unzweifelhaft hervorgeht:

Herr Gutsbesitzer B., 65 Jahre alt, litt seit etwa 20 Jahren an 3—4 mal im Jahre auftretenden heftigen Gichtanfällen, besonders in den Zehen und Kniegelenken. Bei jedem einzelnen Anfall brachte er 3—4 Wochen, ein Mal sogar 6 Wochen zu. Alle nur anwendbaren Mittel wurden versucht, ohne dass eine wesentliche Linderung oder Abkürzung der Anfälle sich ermöglichen liess. Dabei beobachtete B. auch in der anfallsfreien Zeit die peinlichste Diät, trank weder Wein noch Bier und verlor an Körpergewicht in kurzer Zeit 10 kg. In jedem Jahre hatte er Wiesbaden oder Karlsbad gebraucht, aber trotzdem traten die Gichtanfälle unverändert auf, im Jahre 1899 sogar 14 Tage nach seiner Rückkehr aus Wiesbaden. Als im März d. J. sich wieder die ersten Vorboten eines Gichtanfalles einstellten, gebrauchte er das Sidonal und zwar mit so eclatanter Wirkung, dass nicht allein der sich vorbereitende Anfall in wenigen Tagen überwunden war, sondern dass auch bis Mitte October nicht ein einziger Ausbruch der Gicht wieder eingetreten ist. Sobald sich nämlich die dem Kranken genau bekannten Vorboten eines Gichtanfalls zeigten, nahm er mehrere Tage hintereinander je 5 g Sidonal und spürte nach 2—3 Tagen nichts mehr von irgend welchen Beschwerden.

Dass dieser Erfolg allein dem Mittel zuzuschreiben ist, ist unzweifelhaft, da Pat. ausser ihm überhaupt kein Arzneimittel gebraucht und sich seit dem März nicht einmal den geringsten Zwang in Bezug auf Diät auferlegt hat.

Ein 2. Fall betraf eine ca. 40 Jahre alte, ziemlich starke Dame, die seit etwa 5 Jahren an Gicht gelitten hatte. Karlsbad, Wiesbaden und Gastein hatten wohl eine schnelle Abnahme der Residuen früherer Gichtanfälle bewirkt, aber nicht verhindern können, dass sich bald wieder neue Anfälle zeigten, die ebenso heftig auftraten wie die früheren. So trat trotz aller sorgfältigen Diät und anderer Verhaltensmaassregeln im April d. J. abermals ein Gichtanfall auf, der zweite in diesem Jahre, der

eben so heftig zu verlaufen drohte, wie die früheren. Sie bekam gleich am 2. Tage der Krankheit 8 g und vom nächsten Tage ab je 5 g Sidonal 4 Tage lang. Die Wirkung war so überraschend, dass sie bereits am 5. Tage wieder an einem Stock gehen konnte, während Anschwellungen und Schmerzen sie soweit verlassen hatten, dass sie über nichts weiter mehr zu klagen hatte, als über eine noch zurückgebliebene Steifigkeit und Unbeholfenheit in den Füssen und Kniegelenken, die aber auch nach kurzer Zeit verschwanden.

Auch an mir selbst habe ich die vorzügliche Einwirkung des Sidonals erproben können, wenn die Gichtanfälle, von denen ich früher öfters und in heftiger Weise heimgesucht wurde, sich anschickten, mich wieder ans Bett zu fesseln. Sobald ich die ersten Anzeichen von dem Herannahen des Feindes spürte, schickte sich derselbe nach Gebrauch des Sidonals sofort zum Rückzuge an, ohne dass ich in der Ausübung meines Berufs gestört wurde. Nach 2 Tagen waren fast alle Symptome wieder verschwunden.

Diese Wahrnehmungen veranlassten mich, das Sidonal auch bei acutem Gelenkrheumatismus zu versuchen und es in Fällen zu geben, in denen es noch zweifelhaft war, ob sich dieser oder Gicht entwickeln würde. Jedoch habe ich in dieser Krankheit nicht den geringsten Erfolg gesehen, so dass es fast scheint, als ob ex juvantibus schon eine frühe Unterscheidung zwischen beiden Affectionen durch Sidonal möglich sein könnte.

Leider ist bis jetzt die Höhe des Preises der Anwendung des Mittels ein Hinderniss gewesen.

Mögen diese Bemerkungen eine Anregung für die Collegen sein, weitere Versuche mit dem Sidonal zu machen.

Zum Glück hat er aber noch ein anderes Mittel in der Reserve, welches er in derselben Schrift mit folgenden Worten anpreist:

„Viel mächtiger als Phosphor wirken beim rachitischen Kinde kleine Dosen von Chlornatrium.“

Dieser Satz hat für mich zwei große Ueberraschungen gebracht. Erstens habe ich nach allem, was vorhergegangen ist, geglaubt, daß MONTI den Phosphor bei der Rachitis für wirkungslos hält, und nun hören wir auf einmal, daß derselbe zwar mächtig wirkt, daß er aber von den kleinen Dosen von Chlornatrium in der Mächtigkeit der Wirkung noch übertroffen wird. Ob MONTI dies wirklich gemeint hat, als er diesen Satz niederschrieb, will ich natürlich nicht beschwören; aber gesagt ist es darin sicher, und zwar mit den unzweideutigsten Worten. Die zweite Ueberraschung brachte mir aber die Behauptung, daß kleine Dosen Kochsalz eine mächtige Wirkung auf die Rachitis und ihre Folgeerscheinungen ausüben. Denn man sollte doch glauben, daß Jemand, der eine so verblüffende Behauptung aufstellt, zugleich auch die klinischen Beobachtungen mittheilt, aus denen er dieselbe deducirt. Ganz besonders aber von einem Autor, der die rasche Besserung aller rachitischen Erscheinungen unter Phosphor so lange für werthlos und nicht beweisend erklärt, als man nicht durch Wägungen und Messungen bewiesen hat, daß die normalen Zahlenverhältnisse hergestellt sind, hätte man erwarten müssen, daß er uns eine lange Reihe von nach seinem System angestellten Beobachtungen vorführt, an denen wir die mächtige Wirkung seiner Therapie auf die rachitischen Erscheinungen und außerdem auch noch auf Körperlänge, Schädelumfang etc. wahrnehmen könnten. Aber von alledem ist weder in einer früheren Publication, noch in der „Einzeldarstellung“ der Rachitis, welcher der obige Satz entnommen ist, auch nur mit einem Sterbenswörtchen die Rede, sondern alles, was wir über dieses mächtige Mittel an Thatsächlichem vernehmen, ist in folgendem kurzen Passus zusammengefaßt:

„Chlornatrium übt eine günstige Wirkung auf die Magen- und Darmverdauung, hebt den Stoffwechsel und ist bei längerer, gleichzeitiger, entsprechender, diätetischer Behandlung gewiß ein schätzenswerthes Unterstützungsmittel. Man gibt es in 1—2%iger Lösung allein, oder bei anämischen Kindern, wie bei Scrophulose in Verbindung mit Eisen.“

Und wirklich findet man später ein Recept, in welchem 2 Grm. Natrium chloratum in 90 Grm. Wasser mit Syrup etc. lege artis verschrieben und mit der Signatur: „Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll“ versehen ist. Kochsalz zum internen Gebrauch aus der Apotheke verschrieben — das muß in der That eine so mächtige Wirkung erzielen, daß damit eine andere Therapie unmöglich concurriren kann.⁵⁾

(Schluß folgt.)

Ueber endemische Syphilis der Gegenwart.

Von **Hofrath Prof. Neumann** in Wien.

(Schluß.)

Geben uns diese Fälle ein Bild, an dem man die Folgezustände decennienlanger, destructiver, cutaner Syphilisproccesse mit gleichzeitiger, einmal in dem krankhaft veränderten

⁵⁾ Ich habe mich lange dagegen gestraubt, zu glauben, daß es sich wirklich um Kochsalz handelt, welches als mächtiges Mittel gegen Rachitis und Stimmritzenkrampf in kleinen, genau abzuwägenden Dosen in einem Recept verschrieben werden soll, und als ich gar das mächtige Mittel mit der chemischen Formel ClN geschrieben sah (pag. 409), glaubte ich einen Moment, daß es sich um eine mir unbekannt gebliebene Chlorstickstoffverbindung handle. Da aber wieder ausdrücklich „Natrium chloratum“ verschrieben ist und außerdem für rachitische Kinder nach Ablauf von 4 Monaten „eine salzreiche Beinahrung, zunächst gesalzene, gute Kindsuppe“ angerathen wird, so mußte ich endlich meine Zweifel fallen lassen. Nur stiegen mir wieder Bedenken auf, ob nicht bei der Verabreichung von salzreicher Beinahrung neben dem genau dosirten, aus der Apotheke verschriebenen Chlornatrium die Gefahr vorliegt, daß am Ende die Maximaldosis dieses mächtig wirkenden Mittels überschritten wird.

Herde selbst, das anderemal dicht neben demselben in Entwicklung begriffener gummöser Knoten gewahren, so bieten uns die folgenden Fälle ein Bild des floriden Destructionsprocesses an einer Localisation und in einer Ausdehnung, wie wir selbe hierzulande unter vielen Hunderten von Fällen nur hin und wieder einmal zu Gesicht bekommen. So finden wir am Gesäß, über der Sacralgegend, den Vorder- und Seitenflächen der Extremitäten, über den Schulterblättern, dem Nacken, neben durch Narben substituirt, in manchen Fällen großen Hautdefecten Pigmentflecke und Narben geringerer Dimension und verschiedenen Ursprungs: ausgedehnte, mehr oder minder tiefgreifende, stellenweise confluirende, eigenthümlich figurirte und gruppirte Hautgeschwüre. Wohl kann man auch anderwärts an denselben Körperstellen die diversen Formen syphilitischer Geschwüre beobachten, aber bei den in Rede stehenden gewahrt man sofort, daß sie, von der ungewöhnlichen Ausdehnung abgesehen, an Stellen sitzen, an denen bei vernachlässigter Reinigung des Körpers, scabiösen, oder pediculösen Individuen die meisten Excoriationen der Haut sich vorfinden. Man erkennt, daß diese Ulcerationen nicht durchwegs ein Product des Syphilisprocesses allein bilden, sondern zum Theile accidentellen, äußerlichen ätiologischen Factoren, der durch Excoriationen begünstigten Invasion pyogener Bacterien, also einer Mischinfection, ihre Entstehung verdanken. Ich halte es für angezeigt, hier auf eine in pathogenetischer Beziehung bemerkenswerthe Ansicht TARNOWSKY'S¹⁾ über „Syphilis maligna“ zu verweisen. Dieser Autor erklärt nämlich: „Die Syphilis ändert ihren Verlauf und äußert sich in besonderen schweren Formen infolge gleichzeitiger Infection des Organismus mit der Syphilis und pyogenen Kokken.“

Eine solche gleichzeitige Einwirkung zweier pathogener Ursachen kann entweder bei der primären Manifestation der syphilitischen Ansteckung stattfinden, oder sich im Verlauf der secundären oder tertiären Krankheitsperiode einstellen.

Wenn die gemischte Infection im Beginne der syphilitischen Erkrankung stattfindet, so manifestirt sie sich in ausgeprägtester Weise und bewirkt einen eigenthümlichen weiteren Verlauf der Krankheit.“

Bereits „die primäre Sklerose bietet von Anfang an rasche Ulceration dar, sie wird phagedänisch. Einem solchen phagedänischen primären syphilitischen Geschwür folgt eine verhältnißmäßig kurze sogenannte zweite Incubationsperiode von 3—5 Wochen nach. Dann manifestirt sich nach einem heftigen Eruptionsfieber ein polymorphes pustulöses Syphilid in Gestalt des sogenannten Ekthyma superficiale et profundum, rupieforme, Impetigo und sogar Rupia.“

Bei einer sorgfältigen Beobachtung sämtlicher Entwicklungsphasen dieser polymorphen Syphilide gewahrt man in der Haut außer den gewöhnlichen Flecken des syphilitischen Erythem und trockenen Papeln erbsengroße Knötchen. Dieselben zeigen im Beginn den Charakter entzündlicher Herde; die Haut über ihnen röthet sich rasch, die Röthe verbreitet sich allmählig ohne scharfe Grenze auf die Umgebung. Sie sind etwas schmerzhaft, erweichen verhältnißmäßig rasch (in 2—4 Tagen) und sondern beim Aufbruch einen mit geringen Mengen Detritus untermischten Eiter ab. Hierauf entwickelt sich eine dunkelbraune Kruste, die bei reichlicherer Absonderung weggespült wird und eine „ulcerirte Fläche entblößt“.

„In manchen Fällen, die ohne Behandlung bleiben oder unter ungünstigen Verhältnissen verlaufen (gibt TARNOWSKY weiter an), was beiläufig bemerkt, auch bei einem namhaften Theil der von mir untersuchten Kranken zutrifft, erreichen die Geschwüre ungeheure Dimensionen bis 5—6 Cm. im Durchmesser, das Gewebe an ihrer Basis ist gangränescirt, die Absonderung wird übelriechend, ichorös, um sie herum entsteht ein breiter, etwas erhöhter und scharf abgegrenzter Saum syphilitischen Infiltrates.“

¹⁾ Vortrag am internationalen Congreß der Dermatologen in London

Die meisten der sogenannten späten impetiginösen Syphilide, d. h. der confluierenden eitrig-ulcerösen Syphilide der secundären Periode entstehen nach TARNOWSKY aus solchen rasch abscedirenden zusammengehäuften, eitrig-syphilitischen Knoten.

Die von den DDr. WLAJEW und TSCHISTJAKOW bei allen Kranken TARNOWSKY'S ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen ergaben in den eitrig-syphilitischen Knoten ausschließlich *Staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*. Dieser Auffassung gemäß sind die eitrig-ulcerösen Syphilisprocese das Resultat einer Mischinfection von Syphilisvirus und Eiterkokkeninfection des Blutes, i. e. einer Pyämie im eigentlichen Sinne des Wortes. Im Hinblick auf den allgemein anerkannten Lehrsatz der Bakteriologie, demgemäß, Ausnahmen abgerechnet, Eiterungen immer durch pyogene Bakterien erzeugt werden, ist wohl nicht zu bezweifeln, daß die Variola und Impetigo syphilitica, die Rupia, kurz die eitrigen, bezw. eitrig-ulcerösen Syphilisaffecte unter Concurrenz der ubiquitären pyogenen Bakterien, also unter combinirter Einwirkung des Syphilisregens und dieser Bakterien entstehen. In dieser Weise entstandenen syphilitischen Verschwärungen, bezw. Verschwärungsprocessen begegnen wir jedoch nicht bloß an der Haut, und auch ohne die von TARNOWSKY geschilderte Qualität des syphilitischen Initialaffectes. Daß die vorhin angeführten ausgedehnten Verschwärungen der allgemeinen Decke nicht unter Intercurrenz einer Pyämie entstanden sind, unterliegt keinem Zweifel. Eine über viele Jahre sich erstreckende Dauer einer pyämischen Infection der Blutmasse ist nach allen unsern Erfahrungen mit einem Allgemeinbefinden, wie es die von mir beobachteten Kranken darboten, selbst dann unvereinbar, wenn die pyämische Infection schubweise stattfindet. Wir können demnach schon aus dem Gesamtzustand der Kranken mit voller Sicherheit schließen, daß, obschon auch diese Prozesse aus einer Mischinfection gleicher Erreger resultiren, sie doch in einer ganz anderen Weise sich entwickelten.

Die Haut dieser Kranken, deren Behausung nicht selten ein aus Holz und lose gefügten Lehmziegeln, ohne Schornstein und häufig auch ohne Fenster bestehender Bau ist, die in einer einzigen engen Ubiocation mit sämmtlichen Familiengliedern, nicht selten auch mit dem Vieh, auf einer am Fußboden gebräuteten Decke, ohne die Kleidung abzulegen schlafen, ist durch die Plage des massenhaften Ungeziefers an den oben angegebenen Körperregionen, oft über syphilitische Efflorescenzen oder gummösen Knoten, enorm excoriirt. Diese Excoriationen, bezw. excoriirten Syphilisefflorescenzen und Knoten bilden ebensoviele offene Invasionspforten für pyogene Bakterien, und gehen, wie dies bei verwahrlosten syphilitischen Individuen häufig im Frühstadium vorkommt, in syphilitische Geschwüre über.

Erwägen wir die Folgen der gänzlichen Unterlassung oder einer entsprechenden ärztlichen Behandlung, der Unterlassung der primitivsten Leibesreinigung, der perennirenden Wirkungen äußerer Schädlichkeiten aller Art, und der Insulte der afficirten Körperstellen, ferner das spätere Hinzutreten von cutanen erweichenden und ulcerirenden Gummen, die infolge der Dürftigkeit und der vieljährigen constitutionellen Krankheit depravirte Ernährung, sowie den durch diese begünstigten Gewebszerfall, dann gelangen wir zu einer klaren Erkenntniß dieser in Bezug auf Localisation, enorme Ausdehnung, Gruppierung und Configuration eigen gearteten endemischen Hautsyphilis, wie sie die Abbildungen zeigen. Es ist hiemit zur Genüge erwiesen, daß es sich betreffs des Ursprungs auch in unseren Fällen um Producte einer Mischinfection von Syphilisvirus und pyogenen Bakterien, aber nicht einer Pyämie im eigentlichen Sinne dieses Begriffes handelt, sondern hinsichtlich der letzteren um localisirte Herdinfectionen durch Eiterkokken.

Nächst der allgemeinen Decke erscheinen Mund- und Rachenhöhle und die Nase am häufigsten und schwersten

afficirt. Wenn ich bezüglich der weitaus überwiegenden Spätformen und deren Folgezuständen hervorhebe, daß sie die hierzulande vorkommenden in den potenzirtesten Graden repräsentiren, glaube ich im allgemeinen sie zutreffend charakterisirt zu haben.

Die Affectionen der Gebilde der Mund- und Rachenhöhle anlangend, habe ich gummöse Prozesse des Gaumens, speciell seines weichen Theiles in solcher Frequenz, Ex- und Intensität fast nirgends anderswo gesehen. Gummöse Infiltration und umschriebene Knoten, in den verschiedenen Phasen, ausgelebte Perforationen des Gaumens, Narben verschiedenster Dimension und Form, mit leistenförmig vorspringenden, strahlig verlaufenden Falten oder einem Filament ähnlich, Canellirung der einen oder beider Hälften des hinteren Randes des Velum, Destruction des letzteren bis auf einen ungleich breiten Streifen, Verwachsung des stehen gebliebenen Theiles oder der losgetrennten Uvula mit der hinteren Rachenwand, gummöse Geschwüre und Narben dieser, Difformität des hinteren Abschnittes der Mund- und Rachenhöhle, Stenose des Isthmus infolge von Schrumpfung und Constriction der defecten und in Narben verwandelten Gaumenbögen, wie der Mandeln, zählen hier zu den gewöhnlichen Syphiliserscheinungen.

Den Ausgangspunkt der Erkrankungen des weichen Gaumens, des Isthmus und Rachens bildet, wie ich beiläufig bemerken möchte, zumeist der hintere Abschnitt des Bodens der Nasenhöhle, wo permanent so viele Factoren zur Erzeugung ulceröser Prozesse zusammenwirken.

Noch häufiger als die soeben angeführten sind die wegen ihrer Auffälligkeit, der argen Entstellung, wohl auch der Stigmatisirung halber bei uns mit Recht gefürchteten und ziemlich raren, spätluetischen Nasenaffectionen. Sie betragen 32.1% der von mir untersuchten spätluetischen Syphilismanifestationen. Stellt man dieser Ziffer beispielsweise die auf meiner Klinik beobachteten gegenüber, wo unter 1048 Fällen von spätsyphilitischen Affectionen 88, d. i. 8.4% auf Affectionen der Nase entfallen, so wird der enorme Unterschied in der Frequenz dieser Affectionen ersichtlich. Von einer Darstellung der den vorgefundenen pathologischen Zuständen der Nase zugrunde gelegenen Syphilisprocese glaube ich absehen zu können, da sie essentiell nichts Eigenthümliches aufwiesen.

In den anderen Balkanländern, Serbien, Bulgarien, Rumänien, Montenegro, welche eine Jahrhunderte lange gemeinsame Geschichte haben, gleiche culturelle und volkswirtschaftliche Verhältnisse herrschten, in den Lebensbedingungen gerade derjenigen Schichten der Bevölkerung, in denen die endemische Syphilis auch in diesen Ländern am meisten verbreitet ist, keine nennenswerthe Verschiedenheit obwaltet, verhält es sich mit der endemischen Syphilis ebenso wie in Bosnien und der Herzegowina zur Zeitperiode unmittelbar nach der Occupation. Wenigstens konnte ich mich im Verlaufe von einer mehr als 40jährigen ärztlichen Thätigkeit an den nach Wien zum Zwecke der Heilung ihres Leidens zugereisten Kranken überzeugen, daß Form und Intensität der Syphilis von den in den occupirten Provinzen vorkommenden Fällen sich nicht unterscheiden. Wir besitzen von den genannten Balkanländern theils keine, theils nur eine dürftige und rückständige Sanitätsstatistik, welche keine halbwegs verläßlichen Anhaltspunkte über die Frequenz der Syphilis überhaupt zu bieten vermöchte. Wir wissen nur, daß in Rumänien, Serbien und Bulgarien die Syphilis eine sehr hohe Frequenz hat, und in den erstgenannten Ländern, zumal Serbien, in mehreren Gebieten endemisch ist. In Bosnien und der Herzegowina wird die Bekämpfung der Krankheit, Dank der energischen, zielbewußten sanitären Einrichtung, mit Erfolg angestrebt (s. Jahresbericht des Landesspitals in Sarajevo, Abtheilung Dr. Glück).

In Bezug auf den Charakter bietet die endemische Syphilis in diesen Ländern, wenigstens nach meinen eigenen

Beobachtungen und den Beschreibungen der dortigen Aerzte, keine Verschiedenheit von der im Occupationsgebiete.

In Rußland ist, die enorme territoriale Ausdehnung des Reiches völlig berücksichtigt, nach der maßgebenden Angabe TARNOWSKY'S die Syphilis in ungemein vielen Gebieten endemisch. Die Ostseeprovinzen Esthland, Livland, Curland und Litthauen zählen bekanntlich zu den ältesten endemischen Syphilisgebieten. Es ist bezeichnend, daß die Krankheit hier den Namen „Syphilis insontium“ führt. Im Jahre 1892 bis 1893 litten in Livland bei einer Bevölkerung von 1.200.000 Seelen, 5350 Personen an Syphilis, d. i. 0.44% der Gesamtbevölkerung, darunter an primärer und secundärer Syphilis 2986 Männer, 1135 Frauen und 169 Kinder, zusammen 4290; an tertiärer Syphilis 678 Männer, 333 Frauen und 49 Kinder, zusammen 1060 Personen, d. i. 19.8% der Gesamtzahl der Syphilitischen¹⁾ und mehr als dreimal so viel wie bei uns. Thatsächlich bilden in dem russischen Reiche die Garnisonsorte, welche bei dem großen Präsenzstande der Armee (560.000 Combattanten im Jahre 1900) sehr zahlreich sind und Prostituirte en masse beherbergen, ebenso viele endemische Syphilisherde; letzteres gilt auch für die großen Industrialorte, welche mit den Garnisonsorten Centralherde bilden, von denen aus die Syphilis über das weite Reich sich verbreitet.

Fassen wir nun die Formen der endemischen Syphilis, und zwar die reinen, d. i. mit keiner anderen Dermatose combinirten, in Bezug auf den nosologischen Charakter ins Auge, so finden wir keine, welche nicht auch in der pandemischen Syphilis vertreten wäre. Wir können demnach nicht behaupten, daß die reine endemische Syphilis irgend eine ihr eigenthümliche Form besitzt. Die Abweichungen, welche sie in dieser Richtung aufweist, sind, wie aus der vorangehenden Darstellung ersichtlich, accidentell, nicht in der Natur der Krankheit selbst, sondern in äußeren Einflüssen gelegen, deren wir bereits gedacht.

Durch die Combination der endemischen Syphilis mit Ekzem, Scrophulose, Lupus, Tuberculose und anderen Hautkrankheiten kommen unter dem Zusammenwirken der oben erwähnten äußeren Einflüsse hybride Formen zustande, welche das Krankheitsbild in der äußeren Erscheinung, die Verlaufsweise, die Reaction auf die specifische Behandlung dermaßen verändern, daß der syphilitische Charakter verdunkelt ist und die Annahme einer Krankheit sui generis erklärlich erscheint. Erwägt man, daß in mehreren der fraglichen Gebiete auch Lepra vorkommt, daß eine Combination der Syphilis mit Lepra daselbst keineswegs ausgeschlossen ist, wird es begreiflich, daß beispielsweise bei den Untersuchungen des Skerljevo ein Fachmann von der Capacität eines AUSPITZ auf Krankheitsformen stieß, welche er nach seinem Berichte erst nach wiederholter und eindringlicher Beobachtung diagnosticiren zu können erklärte. Müssen wir doch auch in manchen Fällen zur vollkommenen Sicherstellung der klinischen Diagnose an die histologische, bezw. bakteriologische Untersuchung recurriren. So sind wir bei manchen Geschwüren der Gebilde der Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes bei syphilitischen Antecedentien bisweilen außer Stande, aus dem klinischen Befunde allein zu entscheiden, ob wir es mit einer syphilitischen oder tuberculösen Affection, oder selbst einem ulcerirendem Cancroid zu thun haben. Dasselbe kann auch an gewissen Gebieten der allgemeinen Decke sich ereignen. Denken wir uns hiezu die Pellagra, welche ja ebenfalls mit der Syphilis combinirt sein kann, wird es verständlich, daß man über die Skerljevokrankheit bis heute nicht völlig klar ist.

Anlangend die Transmission, wurde speciell bei der endemischen Syphilis mehrseitig behauptet, daß sie hereditär nicht bloß von den Eltern, sondern von den Großeltern, ja selbst noch von früheren Ascendenten auf die Descendenz übergehe. Aber alle Fälle, welche dies beweisen sollten,

zeigten Lücken in der Beobachtung, und vermochten der Kritik nicht Stand zu halten. Wenn wir von den Folgen der langjährigen constitutionellen Krankheit der Eltern oder eines derselben nach dem vollkommenen Erlöschen der specifischen Erscheinungen auf die Nachkommenschaft, welche die Syphilis auch mit anderen Krankheiten theilt, absehen, gibt es auch bei der endemischen Syphilis keinen Atavismus, das ist keinen Uebergang der Syphilis von den Großeltern auf die Enkel. Nach meinen in dieser Richtung genauen Erhebungen handelte es sich in den in Frage kommenden Fällen um zumeist in der Kindheit extragenital entstandene, nichtbehandelte, durch schlechte Wohnungs- und Nahrungsverhältnisse, Verwahrlosung, ungünstig beeinflusste Contact-Syphilis. Im Allgemeinen aber steht es außer Zweifel, daß der Atavismus bei der endemischen Syphilis zur Geltung gelangt, und zwar in der Weise, daß die Nachkommenschaft von mit endemischer Syphilis behaftet gewesenen Ascendenten, der gesunden Descendenz gesunder Eltern an Kraftfülle, physischer Leistungsfähigkeit durchwegs nicht gleichwerthig ist. Die Deteriorirung selbst eines kräftigen Menschenschlages durch diese permanente constitutionelle Krankheit ist eine feststehende Thatsache. Dadurch tangirt sie in bedrohlicher Weise die Existenz der Völker und Staaten und verdient eine ungleich größere Beachtung als ihr in vielen Gebieten bisher zu Theil wurde. Es muß auch nachdrücklich betont werden, daß die Welt- und Großstädte, die Hafenstädte, Industrialorte, effectiv endemische Syphilisherde sind, von denen aus bei dem stetig zunehmenden Verkehr, der immer weiter und weiter sich erstreckenden Bahnverbindungen, die Syphilis sich progressiv verbreitet und gleich der Tuberculose zur Volkskrankheit zu werden droht. Wenn in den Culturstaaten, ungeachtet der großen Zahl der Aerzte, der im Ganzen auf einem höheren Bildungsniveau stehenden und deshalb auf ihre physische Gesundheit mehr bedachten Bevölkerung die Syphilis nicht nur nicht eingedämmt wird, sondern zunimmt, liegt dies unanfechtbar zum großen Theile in der Unzulänglichkeit der Präventivmaßregeln. Vom ärztlichen Standpunkte ist es völlig unzulässig, die Sachlage als ein unabwendbares Geschick, dem die Bevölkerung verfallen ist, zu betrachten. Wenn man infectiöse Krankheiten, weil sie sehr rasch sich verbreiten, die überwiegende Zahl der ihnen verfallenen Kranken rasch tödten, die Cholera und die Pest nicht bloß einzudämmen vermag, sondern auch eindämmt, ist dies mit Erfolg bei der Syphilis sicher nicht unmöglich. In den civilisirten Staaten ist die Eindämmung durch die bloße ärztliche Behandlung, wie nicht besonders dargelegt zu werden braucht, nicht zu erreichen. Wie dies geschehen könne, ist von vielen Fachmännern fast aller Länder Europas und von mir an verschiedenen Stellen, und ausführlich in meinem Werke erörtert worden, so daß ich hierauf, um Wiederholungen zu vermeiden, verweise. Einige der vorgeschlagenen Maßregeln mögen jedoch im Hinblick auf die vielen, nicht zugänglichen Arbeiten erwähnt werden: 1. Den Prostituirten ist während der Dauer des condylo-matösen Stadiums die Ausübung ihres Gewerbes zu inhibiren und eine Contravention entsprechend zu ahnden.

2. Häufige Untersuchung der Bediensteten beiderlei Geschlechtes in den gewerblichen und Fabriksetablissemments durch fachmännisch gebildete Genossenschafts- und Fabriksärzte.

3. Errichtung einer ausreichenden Anzahl von Spitälern zur Aufnahme der Syphilitischen, Errichtung von Ambulatorien und Armenapotheken. Gleichstellung der in den Spitälern verpflegten Syphilitischen mit den übrigen Kranken in Bezug auf die Kosten und Einhebung derselben, Bezahlung der Verpflegskosten, bezw. Behandlung von Cassen- und Vereinsmitgliedern seitens der Genossenschaften, Vereine, Krankencassen u. s. w.

4. Internationale Regelung der Prostitution und Prophylaxe der Syphilis.

¹⁾ Syphilis. NEUMANN, Specielle Pathologie und Therapie von NOTHNAGEL, 1899, II. Aufl., 37.

In den culturell und wirthschaftlich zurückgebliebenen Gebieten, den Balkanländern und Rußland, stehen der Eindämmung der endemischen Syphilis, wie aus dem bereits Dargelegten erhellt, anders geartete Hindernisse entgegen. Noch weniger als in den civilisirten Ländern kann sie *brevi manu* bewerkstelligt werden, erfordert einer lange Zeit fortgesetzten, ununterbrochenen, zielbewußten, energischen Arbeit und großer Mittel. Bildung der Massen, Creirung von Kindergärten, in denen die Kinder zur Reinlichkeit, Ordnung angehalten werden und Lebensart lernen, Unterricht in der populären Hygiene, Curse für Hebammen, Volksbäder, Krankenanstalten, eine entsprechende Anzahl staatlich besoldeter Aerzte, Hebung der ökonomischen Verhältnisse, Linderung des Pauperismus.

Revue.

Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens.

(Fortsetzung.)

Als empfehlenswerthes Manuale der chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden und der physikalischen Therapie des Magens kann das Büchlein von GILLESPIE „A manual of modern gastric methods“ bezeichnet werden.

Eine neue Methode der Roentgenphotographie des Magens hat BADE angegeben. Er beobachtete an Föten, daß nach Aufblähung des Magens das negative Bild in der Magen-gegend einen dunklen Schatten zeigte. Dasselbe gelang auch beim Lebenden. Die Versuche BADE'S sind sicherlich der weiteren Prüfung und Fortsetzung werth.

SPIVAK beschrieb ein Verfahren zur Selbstaufblähung des Magens. Das distale Ende des eingeführten Magenrohres wird umgebogen und neben dem proximalen Endstücke in den Mund des Kranken eingeführt. Da der Lippenschluß oft nicht fest genug ist, bohrt SP. in den Theil des Schlauches, der sich im Munde des Kranken befindet, ein Loch; das distale Ende wird abgeklemmt.

Der Druckpunkt im Epigastrium bei Dyspeptikern, bei Ulcus und Carcinoma ventriculi entspricht immer dem Plexus solaris (ROUX). Dieser Autor stellte mittelst eines Aesthesimeters fest, daß die Momente, welche die Empfindlichkeit im Bereiche dieses Druckpunktes vermehren, peripherischen und centralen Ursprunges sein können. Zu den ersteren gehören alle Reize, welche den Magen oder die Abdominalorgane treffen; zu den letzteren muß man alle Depressionen und Erregungen des Nervensystems rechnen, wie körperliche Ueberanstrengung, Aerger, Kummer, Gemüths-erregungen. Man muß annehmen, daß dieses Symptom, welches vor allen anderen in dem klinischen Bild einer Magenaffection in den Vordergrund tritt, auf eine Hyperästhesie der Magenschleimhaut zurückzuführen ist, diese ist die notwendige Vorbedingung dafür, daß der Kranke Schmerzen empfindet. Die überschüssig abgesonderte freie Salzsäure, der zu lange Aufenthalt der Speisen im Magen, sind Factoren, die erst in zweiter Reihe dazu beitragen, das klinische Bild des Magenschmerzes hervortreten zu lassen.

Nervöse Complicationen der chronischen Gastritis gelangen nicht nur bei Neurasthenikern, sondern auch bei sonst Nervengesunden bisweilen zur Beobachtung. Es führt nämlich die die abnormen Gährvorgänge begleitende Gasentwicklung Steigerung der motorischen Function und reflectorisch nervöse Symptome herbei. In leichteren Fällen werden Präcordialangst, Herzklopfen, Athemnoth, Ohrensausen beobachtet, in schwereren kann diese Luft- und Gas-aufblähung des Magens sogar Cardiospasmus bedingen, wie dies aus zwei von R. mitgetheilten Beobachtungen mit Sicherheit hervorzugehen scheint.

Bei 7000 Untersuchungen des Mageninhaltes fand KELLOG 457mal Schimmelpilze im Magen, 32mal bei einfacher Dyspepsie, 176mal bei Hyperpepsie und 249mal bei ausgesprochener Hypo-

pepsie. Die Pilze waren *Oidium lactis*, *Aspergillus fumigatus* und *flavescens*. — Ein Trichobezoar, einen vollkommenen Abguß des Magens darstellend, hat SCHOPF operativ erfolgreich entfernt. — Den Zusammenhang von Gastrektasie und Traumen, die Aetiologie der Magenerweiterung im allgemeinen und ihr Verhältniß zur Atonie und zum Magensaftfluß erörterte COHNHEIM:

Nach Traumen der Magen-gegend kann es durch Ulcus oder Perigastritis zu Gastrektasien kommen; die acuten Dilatationen nach Trauma sind als hochsitzender Ileus aufzufassen. — Auch chronische Traumen (Druck) können die gleiche Folge herbeiführen. Echter Magensaftfluß ist Folge einer relativen Pylorus- oder Duodenalstenose.

Viele Gastrektasien sind Folgen eines wiederholten Pylorospasmus nach Ulcus pylori cum hyperchlorhydria und sind heilbar. Chronische Ektasie durch primäre Muskelschwäche ist unwahrscheinlich. Ektasie ist Folge eines localen Processes am Magenausgange, Atonie Theilerscheinung einer allgemeinen Constitutionskrankheit; zwischen beiden besteht kein gradueller, sondern ein principieller Unterschied.

Aus den klinischen und anatomischen Untersuchungen zur Lehre vom Magensaftfluß von ALBU und KOCH geht hervor, daß die im Magensaftfluß gefundenen Veränderungen secundärer Natur sind. Durch Reizung der Magennerven (bei Neurasthenie und chronischen Intoxicationen) kommt es zunächst zu Drüsenhyperplasie, schließlich durch die constante Anwesenheit von Säure zu interstitiell-atrophischen Zuständen. Intermittirender Magensaftfluß ist nur eine Vorstufe oder zeitweise Erscheinungsform des chronischen Magensaftflusses; ein „periodischer“ Magensaftfluß existirt nicht. Wahrscheinlich sind (wie auch im vorliegenden Falle) Magensaft und Salzsäure dauernd im Ueberschusse vorhanden und lösen einen Anfall erst aus bei Einwirkung irgend einer Gelegenheitsursache (Diätfehler, psychische Affecte u. dgl. m.). In den Fällen von echtem intermittirenden Magensaftfluße handelt es sich stets um Crises gastriques, Initialsymptome der Tabes.

Die Frage, ob es eine angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter gebe, erörtert ROSENHEIM: Die angeborene Pylorusstenose kommt mit Sicherheit vor, ist aber allerdings eine sehr seltene Erkrankung. Was die Frage der gutartigen stenosirenden Pylorushypertrophie an sich betrifft, so glaubt R. nicht — wie viele andere Autoren — daß der primäre Proceß die Gastritis sei, die ihrerseits durch Schleimhautwucherungen zur Pylorushypertrophie führe, vielmehr ist das Vorhandensein einer angeborenen Pylorusenge die notwendige Voraussetzung für die Entstehung der Krankheit. Dieselbe bedingt erst secundär die allmähliche Entwicklung einer Muskelhypertrophie, die dann durch irgend welche Complicationen, insbesondere entzündliche Processe, zu dem schweren Krankheitsbild der stenosirenden Pylorushypertrophie führt. Daher erscheint auch letztere Bezeichnung geeigneter als der Name: Stenosirende Gastritis.

Einen Fall von angeborener stenosirender Pylorushypertrophie beschrieb auch HANSY; es wurde mit Erfolg die Gastroenterostomie ausgeführt.

Totale Pylorusstenose nach Lungenätzung hat HADENFELDT beobachtet. Ein 7jähriger Knabe hatte nach dem Trinken von Lauge zunächst Erscheinungen von Strictura oesophagi geboten; bald darauf trat Brechneigung und sichtliche Abmagerung ein. Bei der Laparotomie zeigte sich der ganze Bauch ausgefüllt durch eine prall gespannte Blase von papierdünner Wand, die sich als der Magen erwies und nach der Entleerung des Inhaltes von mindestens 5 Litern bis annähernd zur gewöhnlichen Größe zusammenzog. Der Pylorus war durch Granulationsgewebe völlig verlegt. Nach Herstellung einer Verbindung zwischen Magen und Darm erholte sich der Kranke bald vollständig. Die Geringfügigkeit des Erbrechens führt H. auf die Annahme einer Art Klappenventil am Magenmunde zurück, vielleicht abhängig von der Narbe in der Speiseröhre, das wohl Nahrungsaufnahme, aber nicht Erbrechen gestattete.

Peritoneale Adhäsionen nach Ulcus ventriculi kommen nach HIRSCHFELD in folgender Weise zustande: In der Umgebung des Ulcus trat fibrinöse Exsudation ein; die Darmbe-

wegungen vertheilen das Fibrin; da jedoch, wo diese Bewegungen gering sind, bleibt das Fibrin liegen und wird organisirt. Die Adhäsionen bedingen starke Schmerzen.

Die Frühdiagnose des Magencarcinoms und ihre Bedeutung für die Therapie erörtert CRONER: Wir besitzen kein spezifisches Zeichen für Magenkrebs; Fehlen von freier Salzsäure und Vorhandensein von Milchsäure sind keine spezifischen Merkmale.

Die mikroskopische Untersuchung des Magensaftes gibt keinen wesentlichen Aufschluß. Die fadenförmigen Bakterien gehören zur Milchsäure. Sarcine kommt meist bei salzsäurehaltigem Magensaft vor, sowohl bei gutartigen als bei bösartigen Erkrankungen.

Motilitätsstörung findet sich frühzeitig bei Carcinomen, welche ihren Sitz am Pylorus haben. Das einzige Heilmittel ist die Total-exstirpation. Dieselbe muß vorgeschlagen werden, wenn ein in der Gegend des Pylorus sitzender frei beweglicher Tumor angenommen wird und keine Metastasen vermuthet werden. Ohne fühlbaren Tumor ist eine Probeincision nur in wenigen Ausnahmefällen gestattet.

Von einer beabsichtigten Pylorusresection ist abzusehen, wenn sich die Geschwulst nach Eröffnung der Bauchhöhle als zu groß oder als zu adhärent erweist, oder wenn Metastasen gefunden werden. In solchen Fällen ist die Gastroenterostomie sofort anzuschließen.

Außerdem ist die Gastroenterostomie nur bei Vorhandensein erheblicher Stagnationsstörungen zu empfehlen.

Das gleiche Thema behandelt HEMMETER, nach dessen Meinung es nur zwei Methoden gibt, eine wirkliche Frühdiagnose des Magencarcinoms zu stellen.

Die eine ist die Probepylorotomie, welche in allen Fällen ausgeführt werden soll, in welchen eine Magenerkrankung verbunden ist mit raschem Kräfteverfall, Abwesenheit von freier Salzsäure, Herabsetzung der Proteidverdauung unter 30% und Gegenwart von Milchsäure oder zahlreichen OPPLER-BOAS'schen Bacillen.

Die andere ist die von H. empfohlene „Curetting“ der Magenschleimhaut und der Befund von Tumorpartikeln oder wenigstens von karyokinetischen Vorgängen in den durch das Verfahren gewonnenen Zellgruppen. Die Curetting wird ausgeführt durch Hin- und Herbewegung eines weichen Magenschlauches mit einer lateralen und einer endständigen Oeffnung. Die Procedur soll am Morgen vor dem Frühstück bei leerem Magen ausgeführt werden und soll, von geübten Händen ausgeführt, ganz gefahrlos sein. (Es dürften sich wohl nicht alle Pathologen zu der Ansicht H.'s bekehren lassen. Ref.)

Der Dissertation von MELCHIOR über Magencarcinom sind keinerlei wesentlich neue Gesichtspunkte zu entnehmen.

Einen Fall von Coma und Tod, als Obductionsbefund nichts anderes als ein kleines Magencarcinom beschrieb GRON.

Als wichtigsten Befund zur klinisch-mikroskopischen Diagnostik des nichtpylorischen Magencarcinoms bezeichnet COBNHEIM die Entwicklung von Amöben und Flagellaten in dem Mageninhalt und das Vorkommen von Eiter im fötid oder nicht fötid riechenden Mageninhalt. Den letzteren Befund bestätigt an der Hand eines beobachteten Krankheitsfalles auch STRAUSS.

FINLAYSON hat bei einem 3½ Jahre alten Kinde als Todesursache in nekropsia ein Sarkom der hinteren Magenwand gefunden. Der Tumor war 1·8 Cm. dick, 3 Cm. lang, 2·5 bis 4·5 Cm. breit.

Ein Fall von Tuberculose des Magens, von SIMMONDS publicirt, wurde bereits in dieser Zeitschrift referirt (1900, Nr. 16).

Das Verhalten des Blutes bei Carcinoma ventriculi hat KROKIEWICZ geprüft. Er fand keinerlei sichere charakteristische Merkmale. Vor allem ist das Mißverhältniß zwischen Blutveränderungen und dem Grade der Cachexie auffällig.

Die Zahl der Erythrocyten in 1 Cmm. schwankte zwischen 1,856.000 und 6,360.000, der Hämoglobingehalt zwischen 30 und 90%. Hohe Zahlen der Erythrocyten und relativ hoher Hämoglobingehalt, welche sich im Verlaufe des Magenkrebses stabil er-

halten, sprechen für einen secundären Neubildungsproceß auf dem Peritoneum. Verdauungsleukocytose wurde nur in 4 Fällen gefunden. Fast in allen Fällen konnte verminderte Alkalescenz des Blutes beobachtet werden. (Schluß folgt.)

Referate.

LIEBLEIN (Prag): Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose.

Obwohl experimentell nachgewiesen wurde, daß Jodkalium die Aktinomycespilze nicht tödtet, indem aus den Eitermassen von Patienten, die monatelang mit Jodkalium behandelt wurden, Reinculturen von Aktinomycespilzen gezüchtet werden konnten, auch dann noch, wenn man dem Nährboden Jodtinctur zusetzte — kann doch der günstige Einfluß der Jodkalithherapie auf menschliche Aktinomykose nicht geleugnet werden. Es wird angenommen, daß das Jodkalium die den Pilz enthaltenden Herde zur raschen Einschmelzung bringt und den Durchbruch fördert, die Aktinomykose in die „offene“, günstigere Form umwandelt; das Jodkali befördere dann weiter die Granulationsbildung aus der Tiefe, so daß die Pilze verhältnißmäßig rasch, ohne abgetödtet zu werden, aus dem Körper eliminirt werden.

Verf. berichtet („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 28, H. 1) von Aktinomykosen, die unter Jodkalibehandlung ohne eingreifende chirurgische Therapie geheilt wurden. Es handelte sich größtentheils um Hals- und Gesichtsaktinomykose, und die operativen Eingriffe bestanden bloß in Incision der unter Jodkalibehandlung durch Einschmelzung des erkrankten Gewebes sich rasch bildenden Abscesse (ohne Excochleation).

Die an der Klinik übliche Art der Darreichung des Jodkaliums ist folgende: Der Kranke bekommt anfangs 1—2 Grm. Jodkalium in Pulverform oder in Lösung, und wenn er sich an das Medicament gewöhnt hat, wird die Dosis gesteigert. Mehr als 3—5 Grm. täglich zu verabreichen, ist gewöhnlich nicht nothwendig. Außerdem wird die erkrankte Körpergegend mit Compressen bedeckt gehalten, die in 10% Jodkaliumlösung getaucht sind. Man muß vielfach mit den Beschwerden kämpfen, welche das Jodkalium als solches verursacht; in diesem Falle muß die Dosis verkleinert oder das Mittel ganz ausgesetzt werden. In solchen Fällen empfiehlt sich jene Form der Jodkalidarreichung, bei welcher der Pat. an drei aufeinanderfolgenden Tagen 1—2—3 Grm. erhält und hierauf durch 3 Tage mit dem Mittel pausirt wird. Die Dauer der Behandlung ist je nach der Intensität des Processes verschieden; je länger die Darreichung dauert, desto günstiger ist es für den Pat., es empfiehlt sich daher dringend, auch nach der Heilung längere Zeit mit der Medication fortzusetzen. In der Literatur sind Fälle bekannt, wo bis zu 4000 Grm. Jodkali ohne Schädigung des Organismus genommen wurden.

Nach Durchsicht der Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, daß durch die Jodkalithherapie die Fälle von Hals- und Gesichtsaktinomykose am günstigsten beeinflusst werden, weniger die Fälle von Darmaktinomykose, am wenigsten die Aktinomykose der Lungen und des Thorax. Aber auch in denjenigen Fällen, wo die Jodkalidarreichung keine Heilung erzielte, hat sie insofern einen günstigen Einfluß auf den Proceß, als sie die Krankheit beschränkt und daher die nachfolgende Operation viel weniger eingreifend gestaltet. Von diesem Standpunkte aus würde sich in jedem Falle von Aktinomykose vor der Operation eine vorbereitende Jodkalicur empfehlen.

Ein besonderer Vortheil der Jodkalithherapie ist, daß sie ausgedehnte Narben erspart, ein Vortheil, der bei Gesichtsaktinomykose nicht genug hoch veranschlagt werden kann. ERDHEIM.

A. LOEWY und M. PICKARDT (Berlin): Ueber die Bedeutung reinen Pflanzeiweißes für die Ernährung.

Die Frage nach der Verwerthbarkeit des pflanzlichen Eiweißes im thierischen Haushalt ist noch eine offene. Im Allgemeinen scheint die Meinung noch weit verbreitet zu sein, daß vegetabilisches Ei-

weiß principiell dem animalen nachstehe. Zweifellos ist, daß das Pflanzenweiß sich mit dem animalischen nicht messen kann, da seine Ausnutzung eine geringere ist. Anders liegt die Frage jedoch bei Benutzung der rein dargestellten Eiweißsubstanz, die aus den Pflanzenzellen isolirt, den Verdauungssäften so zugänglich ist wie das thierische Eiweiß.

Die Autoren traten an die Lösung dieser Frage an der Hand eines Präparates namens „Roborat“ heran, das aus Getreidesamen bei niedriger Temperatur gewonnen wird („Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 51).

Roborat ist ein gelbweißes, staubförmig feines, geruch- und fast geschmackloses Pulver, das in kaltem Wasser wenig löslich ist, dessen Löslichkeit mit steigender Temperatur zunimmt, das in Wasser leicht quillt und mit wenig Wasser verrührt einen geschmacklosen oder entfernt an Haferbrei erinnernden Brei bildet.

Es enthält: Stickstoff 13·27%, woraus sich, wenn man den conventionellen Factor von 6·25 zugrunde legt, an Eiweißsubstanz 83% des lufttrockenen Präparates ergeben würde; Wasser 11·9%, ätherlösliche Stoffe 2·91%, Asche 1·25%. Danach würde ein Rest von circa 1% vorhanden sein. — Eine besondere Bestimmung des Gesamtphosphors — organischen plus anorganischen — ergab nach der A. NEUMANN'schen Methode 0·65%. Im Aetherextract fanden sich 0·02% auf Lecithin zu beziehenden organischen Phosphors.

Das ungefähr eine Procent stickstoffreicher Substanz, das als Rest bei unseren Analysen verblieb, besteht zum Theil aus Amylum, das vom Eiweiß bei der Herstellung nicht vollkommen getrennt wurde; demgemäß sieht man bei mikroskopischer Prüfung im Gesichtsfelde wenige sich mit Jod bläuende Stärkekörnchen. Zucker konnte man quantitativ nicht nachweisen.

Bezüglich der Natur des vorliegenden Eiweißes konnten L. u. P. durch das von POSNER vorgeschlagene Färbeverfahren mit Triacid feststellen, daß es sich um Protoplasma — nicht um mit basischen Farben sich tingirendes Kerneiweiß handelt.

Das Präparat steht somit mit den besten Eiweißpräparaten auf einer Linie. Mit diesem Präparat wurde nun ein zehntägiger Stoffwechselversuch ausgeführt.

Das Resultat befestigt die Anschauung, daß rein dargestelltes vegetabilisches Eiweiß genau so vom Organismus ausgenutzt wird wie das thierische. Ist im einzelnen Fall die Ausnutzung eine schlechtere, so liegt die Schuld an den Darstellungsmethoden, wie ja auch thierisches Eiweiß durch fehlerhafte Darstellung schlecht ausnutzbar gemacht werden kann. L.

JULIUS EMIL FÖLKL (Wien): **Klinisch-therapeutische Versuche mit „Fersan“.**

Das Fersan wird in folgender Weise gewonnen: Frisches Rinderblut wird mit dem doppelten Volumen einer 1%igen Kochsalzlösung centrifugirt, wodurch die cellularen Elemente vom Serum, mithin den regressiven Stoffwechselproducten, getrennt werden. Die Blutkörperchenmasse wird mit Aether ausgeschüttelt und hierauf mit concentrirter Salzsäure behandelt. Hierbei wird das Eiweiß der Erythrocyten gespalten, und fällt ein eisen- und phosphorhaltiger Eiweißkörper aus, welcher von dem in Lösung befindlichen Histon abfiltrirt, mit Alkohol gewaschen und endlich im Vacuum getrocknet wird, und der dann ein feines braunes Pulver darstellt. Das Fersan ist bezüglich seiner Zusammensetzung ein Acidalbumin, welches dem Haematogen BUNGE's nahestehend, das gesammte Eisen und den Phosphor der Erythrocyten in organisch gebundener Form enthält („Münch. med. Woch.“, 30. October 1900). Eine Reihe von Versuchen hat den hohen Nährwerth des Fersan für Menschen und Thiere ergeben. Verf. hat seine Versuche mit Fersan vorwiegend an poliklinischem Material angestellt und in den meisten Fällen von jeder anderweitigen Medication und besonderen Diätvorschriften abgesehen. In der großen Mehrzahl der Fälle wurde das Fersan in Lösung genommen, was umso leichter durchführbar war, als sich das Fersan in kaltem Wasser nahezu vollständig löst. Der Geschmack des Mittels ist nicht unangenehm, selbst

Kinder nehmen die Fersanmilch, welche in Farbe und Geschmack am meisten dem Cacao ähnlich ist, ohne Widerstreben. In einzelnen Fällen wurde das Fersan in Oblaten, bezw. Pastillen ordinirt. Verf. berichtet über 19 Fälle, darunter solche von Chlorose, secundärer Anämie, Spitzencatarrh, Spitzeninfiltration, Atonia ventriculi, Neurasthenie, Hysterie etc. Die Dosis betrug 3, bezw. 6, 8, 10, 12, 13, 16 Kaffeelöffel pro die. Aus den mitgetheilten Beobachtungen ergibt es sich, daß das Fersan den Hämoglobingehalt des Blutes sowie die Zahl der Erythrocyten ungemein rasch zu heben vermag. Daß diese Beeinflussung der Blutzusammensetzung vorzugsweise auf Rechnung des Präparates zu setzen ist, geht in unzweideutiger Weise aus dem Verhalten jener Kranken hervor, deren Nahrung durch eine Reihe von Tagen auf Fersanmilch beschränkt war. Ebenso rasch erfolgte eine wesentliche Gewichtszunahme, die bei unveränderter Kost und Lebensführung zu Gunsten des Fersan spricht. Die ungewöhnliche Besserung, die gleichzeitig im subjectiven Wohlbefinden aller der Fersantherapie zugeführten Patienten eintrat, wäre vielleicht auf die den Tonus des Centralnervensystems hebende Wirkung des dem Präparate eigenen hohen Phosphorgehaltes zurückzuführen. In allen zur Beobachtung gelangten Fällen wurde das Fersan ohne alle Beschwerden von Seiten des Magendarmtractes vertragen, auch schwanden durch gastrointestinale Atonie bedingte Symptome im Laufe der Fersanbehandlung, der anfänglich fast stets darniederliegende Appetit hob sich rasch, die Fäces nahmen normale Farbe und Beschaffenheit an.

Der Umstand, daß trotz der oft großen Fersandosin (80 bis 100 Grm. pro die) die Verdauung keine Störung erlitt, dürfte außer durch die hohe Resorbirbarkeit, auch durch die Bakterienfreiheit des Mittels zu erklären sein. Bei Hämoptoikern traten nach Fersandarreichung keine neuen Anfälle auf. Das Fersan ist frei von Extractivstoffen und kann daher auch bei Nephritikern und Urtikern angewendet werden. Es ist ein allen Anforderungen hervorragend entsprechendes Eiweißnährpräparat, das infolge seines hohen Gehaltes an organisch gebundenem Eisen und Phosphor speciell bei Chlorosen und secundären Anämien aller Art berechnete Anwendung erfahren wird. M. K.

NILS SJÖBRING (Lund, Schweden): **Ueber die Mikroorganismen in den Geschwülsten.** (Zweite Mittheilung.)

Verf., der bereits vor zehn Jahren Untersuchungen über dieses Thema angestellt und veröffentlicht hatte, berichtet in vorliegender Mittheilung („Centralbl. für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 27, Nr. 4) über die Ergebnisse seiner inzwischen andauernd fortgesetzten Forschungen. Versuche, Geschwulstgewebe auf Thiere (Hunde, Kaninchen und Meerschweinchen) zu übertragen, fielen negativ aus. Die eingebrachten Geschwulststückchen waren nach kurzer Zeit abgestorben, in ihrer Umgebung kam es zu einer fortschreitenden Bindegewebsneubildung, die, wie Verf. sagt, „ein fibrosarkomähnliches Gefüge zeigte“. Gleich hier sei bemerkt, daß von dieser Ausdruck sehr unglücklich gewählt erscheint, da zwischen einer bindegewebigen Schwielen — und um eine solche dürfte es sich jedenfalls gehandelt haben — und einem Fibrosarkom ein tiefgreifender Unterschied besteht. Neben den Thierversuchen stellte Verf. auch Culturversuche aus Carcinomen an und bediente sich hierbei eines besonders zusammengesetzten Nährbodens, der unter anderen Bestandtheilen auch menschliches Fett enthielt; Verf. ging nämlich von der Erwägung aus, daß das Nährsubstrat dem zu züchtenden Mikroorganismus jene Lebensbedingungen bieten müsse, die er in den Zellen des Organismus finde. Unter Berücksichtigung „der Umsetzungen, die in den Organen, wo die Carcinome am häufigsten vorkommen, stattfinden“, kam eben Verf. zu dem Schlusse, daß der Nährboden Fette oder deren Derivate enthalten müsse. Auf diesem Nährboden hat nun SJÖBRING aus 30 Tumoren verschiedener Art (Carcinomen, Sarkomen, Ovarialkystomen, Strumen, Uterusmyomen) Mikroorganismen gezüchtet, die er eingehend beschreibt. Die Culturen, die aus Hautcarcinomen angelegt wurden, zeigten oft kein Wachsthum; Verf. glaubt, daß es mehrere Species der von ihm gezüchteten Mikroorganismen gibt, und hält

dieselben für Rhizopoden. Mit diesen Culturen wurden an acht weißen Mäusen Infectionsversuche angestellt, von denen vier „unwiderleglich positiv“ ausfielen. Eine Maus wurde an der medialen Seite eines Hinterschenkels mit einer 14tägigen Cultur eines Mammacarcinoms subcutan geimpft. Nach drei Monaten bildete sich an der Impfstelle ein „regelrechtes Cylinderzellencarcinom“. Auffallend ist auch der dritte positive Versuch: Eine Maus, die mit einer einen Monat alten Cultur aus einem Cystoma ovarii colloides intraperitoneal geimpft worden war, bekam ein von dem Nebenhoden ausgehendes multiloculäres Colloidkystom. Verf. ist geneigt, diesen Versuchen eine entscheidende Bedeutung beizumessen, „weil die entstandenen Geschwülste unanfechtbar epithelialer Herkunft, nach der Impfung aufgetreten und von den epithelialen Gebilden an der Impfstelle ausgegangen sind“. Eine genauere Beschreibung der experimentell gewonnenen Tumoren ist noch ausständig; in allen Fällen waren die „aus den menschlichen Geschwülsten bekannten Schmarotzerformen“ aufzufinden.

So vielversprechend diese Mittheilungen auch sein mögen, so kommen wir denselben doch sehr, sehr skeptisch entgegen, sind doch analoge Befunde wiederholt erhoben, allerdings anders gedeutet worden, um in kürzester Zeit widerlegt zu werden. Wir glauben, daß auch dieser Arbeit ein gleiches Schicksal beschieden sein wird.

Dr. S.

DRIGALSKI (Berlin): **Zur Wirkung der Lichtwärmestrahlen.**

Außer dem bei FINSSEN's Lichttherapie verwendeten Sonnen- und elektrischen Bogenlichte findet auch das elektrische Glühlicht im sogenannten Lichtbade therapeutische Verwendung. Verf. studirte nun die Wirkung des Glühlichtes auf mit Milzbrand infectirte Versuchsthiere und kam hiebei zu dem Ergebnisse („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 27, H. 22/23), daß die vom Licht ausgehenden Wärmestrahlen sehr different und durch solche anderer Provenienz nicht zu ersetzen seien; „man wird daher die therapeutische Verwendung dieser Componente des gemischten Lichtes nicht gut, wie V. es will, von dem Begriffe der eigentlichen Lichttherapie trennen können. Die Versuchsergebnisse des Verf. ermuntern nicht zur Anwendung der Lichtwärmestrahlen bei frischeren infectiösen Processen, wie es zur Zeit vielfach (z. B. bei Tuberculose) geschieht. Im Einklange hiemit steht, daß auch WINTERNITZ das Wärmestrahlenbad nur für chronische, hauptsächlich dyskrasische Processe empfiehlt. Bei Anwendung desselben auch nur für kürzere Zeit ist, wie die Versuche des Verf. lehren, Vorsicht geboten; bisher wurde nach Angabe des Verf. nur die Ungefährlichkeit dieser Schwitzbäder betont.“

Dr. S.—

Feuilleton.

Ein Betrug an der Wissenschaft.

Ein Zufall spielt mir ein bereits vor mehreren Jahren erschienenen Büchlein*) in die Hände, das von einem wissenschaftlichen Schwindel berichtet, der mich als so eigen- und neuartig frappirt, daß ich mir nicht versagen kann, die Leser damit bekannt zu machen — übrigens auch schon deshalb, weil es sich dabei um eine vielumstrittene Frage von hervorragender praktischer Bedeutung handelt: um die Schutzimpfung gegen Blattern.

In den 70er und 80er Jahren frohlockten die Gegner der Kuhpockenimpfung ganz besonders, und zwar ob der großartigen statistischen Bekräftigung ihrer Anschauungen durch den angesehenen Oberarzt der Oesterr. Staatseisenbahngesellschaft Dr. LEANDER KELLER. In bedeutenden ärztlichen Zeitschriften hatte nämlich dieser Mann aus seinem Wirkungskreise wiederholt statistische Aufzeichnungen veröffentlicht (betreffend die Jahre 1872—74), welche, wenn

*) Die Pockenstatistik der Oesterr. Staatsbahngesellschaft. Von Dr. JOSEF KÖRÖSI, Braunschweig 1896, Vieweg.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Prophylaxe. Von **Nobiling-Jankau**: Abth. IX: Die Prophylaxe in der Nervenheilkunde. Von **Privatdocent Dr. Windscheid** in Leipzig. München 1900, Seitz & Schauer.

Wie wenig wir darüber wissen, das zeigt das 47 Seiten umfassende Elaborat. Die Bekämpfung der nervösen Disposition — der Hauptursache für das Entstehen einer Nervenerkrankung — wird auf den ersten 15 Seiten durch die Darstellung hygienischer Lebensführung, der Abhärtungsbestrebungen auf körperlichem und geistigem Gebiet, des Maßes beruflicher Arbeit und durch Namhaftmachen eingelebter Mißbräuche behandelt. Ein weiteres Gebiet der Prophylaxe ist die Arteriosklerose und die acquirirte Syphilis. Bei der Arteriosklerose vermeide man Fluxion zum Gehirn; Schlafen mit erhöhtem Haupt, Verhüten von feuchten Füßen und Durchnässung, Vermeiden kalter Uebergießungen, angestrenzter geistiger oder körperlicher Arbeit, Abstinenz von Alkohol, Kaffee, Thee und Theaterbesuch, Umgehen von directer Bestrahlung der Sonne oder künstlichen Lichtes, keine engen Hemdkrägen, Unterlassen von Actionen der Bauchpresse — entsprechen dieser Vorsicht. Gegen alle anderen Krankheiten gibt es keine rechte Prophylaxe, individuelle Prophylaxe gegen die einzelnen Krankheiten schon gar nicht, da Abhängigkeit einzelner Nervenerkrankungen von bestimmten Schädigungen unserer Lebenshaltung noch nicht festgestellt ist.

ERBEN.

Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere für Aerzte und Studirende. Von **Prof. Dr. Ludwig Edinger**, Arzt in Frankfurt a. M. Sechste, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 295 Abbildungen und 2 Tafeln. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel.

Ursprünglich als eine Einführung in die Lehre vom Baue des Centralnervensystems geplant, ist das vorliegende Buch in den 15 Jahren seines Lebens zu einer in ihrer Art einzig dastehenden vergleichenden Anatomie des Centralnervensystems geworden. Die günstige Vorhersage, mit der wir vor 3 Jahren beim Erscheinen der fünften Auflage diesen Versuch begrüßten, ist voll eingetroffen. Das Studium der vergleichenden Gehirn-anatomie hat sich als nothwendig und fruchtbringend erwiesen, und mit Stolz kann E. von sich sagen, daß er durch sein Buch bei den Aerzten das Interesse für ein ihnen sonst fernliegendes Gebiet erweckt hat. Die neue Auflage zeigt überall, daß der Autor bemüht ist, die Resultate seiner eigenen Untersuchungen ebenso wie die anderer Forscher zu verwerthen und so in seinen Vorlesungen ein getreues Bild von dem Wissen unserer Zeit über das Gehirn und seinen feineren Aufbau zu geben.

Fe.

sie richtig waren, die Impfung als völlig werthlos, die Revaccination sogar als geradezu schädlich darthun mußten. Ja — wenn! In Wirklichkeit jedoch waren sie nicht nur objectiv falsch, sondern sogar willkürlich gefälscht. Das Verdienst, den Betrug KELLER's aufgedeckt und dessen Handgreiflichkeit unwiderleglich nachgewiesen zu haben, gebührt dem Verfasser der in Rede stehenden Schrift, dem weltberühmten Statistiker KÖRÖSI. Hören wir! Es ist eine merkwürdige, interessante Geschichte.

Die Impfgegner hatten stets behauptet, die überall vorkommenden impffreundlichen statistischen Berichte seien werthlos, weil die Säuglinge und die Kinder bis zum zweiten Lebensjahr nicht weggelassen werden, diese Altersklassen aber ohnehin die größte Sterblichkeit aufweisen, ihre Ungeimpftheit daher nicht maßgebend sei. KELLER war nun — wenigstens auf dem europäischen Festlande — der erste, der eine Statistik lieferte, welche scheinbar der übrigens ganz gerechten Forderung entsprach, daß die Altersklassen unterschieden werden mögen. Auch sonst bildeten die KELLER'schen Berichte in statistischer Hinsicht einen großen Fortschritt gegen die bis dahin üblich gewesene Art der Pockenstatistik. Aus seinen Daten nun ließ sich entnehmen, daß unter den Blatternkranken des Personales der genannten großen Bahngesellschaft im Alter von

2—3 Jahren 31·25% der Geimpften und nur 18·89% der Ungeimpften starben; für die Altersstufen von 3—4, 4—5 und 5—10 Jahren waren die Ziffern 21·98, 20, 18·84% Geimpfte und bloß 16·83, 14·29, 8·90% Ungeimpfte. Noch schlimmer stand es mit den Revaccinirten: hier stieg die Sterblichkeit im Alter von 4—5, 5—10 und 15—20 Jahren sogar auf 40, 20 und 28·57%! Kein Wunder, daß der Jubel der Impfgegner gewaltig war.

Da ereignete es sich 1886, daß KÖRÖSI, der sich für die gesammte Impfstatistik ganz besonders interessirte und ihr völlig parteilos gegenüberstand, sich mit ihrer kritischen Prüfung zu beschäftigen begann und daher eine gründliche Quellenforschung unternahm. Er wandte sich selbstverständlich auch an KELLER, erfuhr aber, dieser sei inzwischen gestorben. Langwierige amtliche und private Erkundigungen mußten KÖRÖSI auf die Vermuthung bringen, daß KELLER's Originalmaterial nicht mehr vorhanden sei. Allein unser Forscher ließ sich nicht abschrecken, sondern setzte sich mit jenen acht von den betreffenden Bahnärzten der KELLER'schen Zeit (KELLER war schon 1875 in Pension gegangen), die damals — 1887 war's inzwischen geworden — noch lebten, in Verbindung. Naturgemäß erwartete der Ahnungslose seitens der Bahnärzte eine vollkommene Bestätigung der KELLER'schen Zahlen; indessen wurde ihm zu seinem lebhaften Staunen klar, daß der einstige Oberarzt „die Originalangaben der Bahnärzte in tendenziöser Richtung verändert hatte. Nur auf so unstatthafte Weise war er zu seinen impffindlichen Ergebnissen gelangt, während die ihm vorgelegten Originalberichte in Wirklichkeit eine glänzende Rechtfertigung des Impfschutzes bedeuteten!“

Um mit seiner unangenehmen Entdeckung in der Öffentlichkeit auftreten zu können, suchte KÖRÖSI nach schlagenden, kräftigen Beweisen. Als er nach unsäglicher Mühe solche erlangt und dann einen einschlägigen Aufsatz in einer reichsdeutschen medicinischen Zeitschrift hatte erscheinen lassen, verhielten sich die Impfgegner längere Zeit mäuschenstill. KÖRÖSI legte klar dar, daß die Grundlagen, auf denen KELLER gearbeitet hatte, ohnehin schon völlig unverläßlich waren, also von einem gewissenhaften Oberarzt nun und nimmer hätten benutzt werden dürfen, daß er aber auch geradezu nur um die Nutzlosigkeit der Impfung zu „beweisen“, „auf Schritt und Tritt vor Entstellung der Wahrheit nicht zurückschreckte“, . . . „die ihm eingesandten Angaben gewaltsam entstellte.“ Während z. B. aus der Bergwerksniederlassung Steierdorf der betreffenden Bahngesellschaft der Arzt an KELLER berichtet hatte, daß von den geimpften Blatternkranken nur 4%, von den ungeimpften aber 33 $\frac{1}{3}$ % gestorben seien, erscheint die letztere Ziffer bei KELLER durch Fälschung der Ziffer 38 auf 68 als bloß 20%. Ganz ähnlich verfuhr der sonderbare Heilige überall. Der Washingtoner internationale Congreß, dem KÖRÖSI ein Jahr später seine Untersuchungsergebnisse vorlegte, zollte ihm seine Anerkennung und erklärte KELLER für einen Betrüger.

Trotzdem rührten die Impfgegner, denen KÖRÖSI Sonderabdrücke seiner Enthüllungen zugeschickt hatte, viele Jahre lang keinen Finger. Erst 1891 und 1892 machten sie Angriffe auf den gewissenhaften Statistiker, erklärten KELLER für den einzigen glaubwürdigen Impfforscher und forderten, daß die Bahngesellschaft, welche allein competent sei, sich in der Sache vernehmen lasse; nur amtlichen, nicht aber privaten Untersuchungen wollten sie Glauben schenken. Jetzt ruhte KÖRÖSI, ärgerlich gemacht, nicht eher, als bis das Präsidium der Gesellschaft den betreffenden Beamten officiell Auftrag gab, der Angelegenheit nachzugehen. Und da geschah etwas Unerwartetes: das verloren geglaubte Originalactenmaterial wurde in einem Winkel des Archivs gefunden. Das Personal arbeitete es auf und der Chefarzt Dr. STÖHR begleitete die Ergebnisse mit einer Denkschrift. Es zeigte sich, daß KELLER's Zusammenstellungen überhaupt nicht amtlich — d. h. weder von der Direction angeordnet, noch zu ihrer Kenntniß gelangt — waren, ja sogar vielen der Bahnärzte unbekannt blieben und als bloße Privatarbeit in seinem Privatverlag erschien. In den Manuscripten der Berichte waren die einzelnen Fälschungen deutlich zu erkennen, so daß die Mittheilungen jener acht Bahnärzte an KÖRÖSI volle Bestätigung fanden. Einige der Aerzte gestanden übrigens sogar, angesichts der bekannten Impfgegnerschaft des Oberarztes schon von

vornherein auf die Thatsachen einen leisen Druck ausgeübt zu haben!! KELLER war endgiltig abgethan und seine Anhänger konnten sich nicht mehr auf die Autorität der Staatseisenbahngesellschaft berufen; wären sie der einstigen Aufforderung KÖRÖSI's, sich mit den Bahnärzten in Verbindung zu setzen, nachgekommen, so würden sie längst Gewißheit erlangt haben — aber sie hüteten sich, das zu thun und überhaupt einen ernsten, correcten Schritt zur Ehrenrettung ihres unehrlichen Gesinnungsgenossen zu unternehmen; vielmehr beschränkten sie sich darauf, KÖRÖSI zu verdächtigen, er greife einen Verstorbenen an, sei selber unverläßlich u. s. w.

Ueber die Arbeitsmethode KELLER's schreibt KÖRÖSI u. A.: „Die Anzahl der Mittel, statistische Thatsachen in tendenziöser Weise zu corrigiren, ist eine ziemlich große. . . Da unser Mann in dieser Beziehung nicht wählerisch war und ihm alle Wege paßten, wenn sie nur die Schutzkraft der Impfung herabsetzten, ist es nicht zu verwundern, wenn seine Arbeit eine beinahe vollständige Mustersammlung aller Mittel bietet.“ In Szegedin, wo von vier erkrankten Geimpften keiner starb, läßt KELLER einen sterben. In Kolin starb von sechs Geimpften 1=16·6%, KELLER macht daraus 2=50%! In Köbölkut starb ein Zehntel der erkrankten Geimpften, K. fälscht das auf ein Sechstel. Er ging noch weiter, indem er nie erkrankte Geimpfte sterben, nie erkrankte Ungeimpfte genesen ließ und dagegen verstorbene Ungeimpfte kurzweg unterdrückte oder — noch einfacher und zweckmäßiger — für Geimpfte ausgab! In Szegedin, wo kein Ungeimpfter erkrankte, fügte er den vier erkrankten Geimpften eigenmächtig zwei Ungeimpfte hinzu und ließ sie genesen. In Grubach starb ein Ungeimpfter, K. machte aber daraus einen Geimpften. In Raudnitz ließ er nur zwei von den vier erkrankten Geimpften gesunden, während in Wirklichkeit alle vier davonkamen. Noch viel ärger trieb diese Leuchte der Wissenschaft es mit den mehrmals Geimpften (Revaccinirten); in Wien und Stadlau z. B. läßt er — schon allzu plump — dreimal soviel Revaccinirte als Ungeimpfte erkranken und von letzteren keinen einzigen, von ersteren jedoch ein volles Drittel umkommen!! Wo der Bahnarzt den Impfstand als unbekannt bezeichnet, trägt KELLER willkürlich ein „revaccinirt“ ins Protokoll ein und verurtheilt stets einen Theil dieser fingirten Wiedergeimpften zum Tode!

Man kann ein grundsätzlicher Impfgegner sein; das darf jedoch nicht hindern, der Wahrheit die Ehre zu geben, die gewissenlose Irreführung der wissenschaftlichen Welt in einer so hochwichtigen Lebensfrage aufs Schärfste zu verurtheilen und dem unparteiischen KÖRÖSI zuzustimmen, wenn er sagt: „Welch klägliche Farce! . . . Welche Stirne gehört dazu, trotz vollen Schuldbewußtseins als Prophet einer neuen Wahrheit aufzutreten und von seinen Fälschungen hochtrabend zu verkünden, „sein Material sei höchst vollständig und sorgfältig gesammelt, mit der größten Unparteilichkeit zusammengestellt und aufs Gewissenhafteste geordnet, vollkommen correct und der Wahrheit entsprechend!“

L. K.

Kleine Mittheilungen.

— Versuche über **gekreuzte Vernähung des Vagus und Hypoglossus** machten CALUGARANEU und HENRI („Journ. d. l. Phys. et d. l. Path. génér.“, Bd. 12, pag. 709, 1900. — „Berl. klin. Woch.“). Sie durchschnitt bei drei Hunden die Nerven und vernähten das centrale Ende des Vagus mit dem peripheren des Hypoglossus und umgekehrt. Die Function des Hypoglossus trat in allen drei Fällen, die des Vagus in einem gar nicht, im zweiten theilweise und im dritten vollkommen wieder ein. In diesem letzten Falle ergab nicht nur die Reizung des peripheren Vagusendes Herzstillstand und Sinken des Blutdruckes, sondern es hatte auch die Durchschneidung des Vagusendes Pulsbeschleunigung und Steigen des Blutdruckes zur Folge. Es scheint also, als ob vom Centrum des Hypoglossus in der Medulla oblongata aus durch die Fasern des Hypoglossus ein dauernder tonischer Einfluß auf das Herz ausgeübt worden sei.

— Ueber **Airol in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten** berichtet MARTIN FRIEDLÄNDER („Deutsche Aerzte Zeitung“, 1900, Nr. 23). F. hat das Airol bei harten und weichen Schaakern, bei Herpes praeputialis, Balanitis, Erosionen am Cervix etc. bewährt

gefunden und empfiehlt eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhoe mit Airol. Er verfährt folgendermaßen: Nachdem der Patient urinirt hat, um die oberflächlich sitzenden Gonokokken aus der Harnröhre zu entfernen und nach der Spülung den Urin längere Zeit halten zu können, wird der Irrigator mit einem halben Liter kalten Wassers gefüllt (bei Benützung von warmem Wasser geht die Zersetzung schon im Irrigator vor sich), dann werden unter fortwährendem Umrühren mit einem Glasstabe 2·5—5·0 Airol hinzugefügt, der Irrigator einen Meter hoch vom Schoße des Pat. gemessen, aufgehängt und die Emulsion vermittelt der bekannten JANET'schen Ansatzstücke in die Urethra gelassen. Die jedesmal eingelassene Menge wird durch Zudrücken des Orificium kurze Zeit in der Harnröhre belassen und fließt dann leicht röhlich gefärbt wieder ab, ein Zeichen, daß Abspaltung von Jod in der Harnröhre vor sich gegangen ist. Auf diese Weise wird täglich $\frac{1}{2}$ Liter der Emulsion durchgespült. Den Patienten wird außerdem Zinc. sulfocarbolic. Tannin oder Resorein zu Injectionen verordnet. Nicht rascher heilt Airol die Gonorrhoe, aber sicherer. Die erste Spülung ist schmerzhaft, die weiteren nicht.

— Zur **Behandlung des Pruritus senilis** berichtet A. JAENICKE („Centralbl. f. inn. Med.“ — „Centralbl. f. Therapie.“). J. läßt die Haut der Kranken mit einer Bürste abreiben, bis die oberen Schichten der Epidermis in Form eines feinen Staubes entfernt sind. Die Entfernung der oberen verhornten Schichten läßt sich 4—5 Tage lang bewerkstelligen; die Procedur dauert 10 bis 20 Minuten, und zwar in den ersten Tagen zwei- bis dreimal, in den nachfolgenden nur einmal. Später wird eine Pause von 1 bis 2 Tagen eingeschaltet, um den Erfolg nicht zu verderben. Längere Pausen sind nicht angezeigt, wenn man das Heilresultat nicht in Frage stellen will. Zwischendurch Bäder nehmen lassen, war ebenfalls von schlimmen Folgen begleitet, obwohl die Kranken während des Badens sich sehr wohl fühlten. Wird die Haut in den ersten Tagen nach dem Bürsten noch mit Alkohol bestrichen und läßt man den letzteren verdunsten, so wird der Erfolg noch mehr erhöht. Darüber hinaus jedoch schadet die Alkoholanwendung. Für die späteren Tage eignet sich besonders gut die Einfettung der Haut mit Schweinefett oder Lanolin.

— Ueber **Dormiol und Hedonal** berichtet TENDLAU („Fortschritte der Medicin“, 1900, Nr. 44). Das Dormiol war von der chemischen Fabrik Kalle & Co. in 10%iger wässriger Lösung, sowie in Gelatine kapseln à 0·5 Grm. zur Verfügung gestellt worden. T. wandte das Mittel bei Schlaflosigkeit aus verschiedenen Ursachen, wie Alkoholismus, kachektischen Zuständen, großen Schmerzen, Neurasthenie und Hysterie, Herzleiden und während der Convalescenz nach acuten Infectiouskrankheiten an und gab es in Dosen von 0·5—2·0 Grm. Einige Patienten beklagten sich über den unangenehmen, süßlichen Geschmack, die meisten nahmen es ohne Beschwerden. Die Erfolge waren sehr verschieden. Bei Schlaflosigkeit infolge großer Schmerzen ließ das Mittel in kleinen Dosen völlig im Stiche. Gaben von 1·5—2·0 Grm. riefen einen kurz währenden Schlaf hervor, der jedoch nicht so lange anhielt, wie er nach gleichen Dosen von Chloralhydrat, Trional und Amylenhydrat beobachtet wurde. Dagegen stellten sich die häufig nach den letztgenannten Mitteln auftretenden Nachwirkungen, wie Eingeklemmtheit und Schmerzen im Kopfe, Uebelkeit und ähnliches nicht ein. Bei einigen schweren Fällen von Alkoholismus und Delirium potatorum blieb das Dormiol wirkungslos, doch halfen hier auch nur große Dosen von Chloralhydrat in Verbindung mit Morphium. Günstige Erfolge ließen sich bei leichteren Formen der Agrypnie, hauptsächlich bei der Schlaflosigkeit von Neurasthenikern und Hysterischen erzielen. Es stellte sich hier in der Regel nach Gaben von 1·0—1·5 Grm. ein mehrere Stunden währender tiefer Schlaf ein, so daß diese Arten von Schlaflosigkeit wohl die geeignetste Indication für die Verabreichung des Dormiols sein dürften. Vortheilhaft erwies sich das Präparat auch bei Herzkranken, wo von einer Darreichung des Chloralhydrats Abstand genommen wurde. Das Hedonal wird in Pulverform verabreicht. Die Dosis betrug meist 2 Grm. Die Wirksamkeit des Präparates war im Allgemeinen unsicher. Bei Agrypnie infolge großer Schmerzen etc. sah T. keinen Erfolg. Günstige Besultate wurden auch hier wieder

bei Neurasthenikern und Hysterischen gefunden. Ueble Nachwirkungen traten nach der Einnahme des Hedonals niemals auf, abgesehen von der gesteigerten Diurese und dem damit verbundenen nächtlichen Urindränge.

— Eine **Anweisung zur subcutanen Injection des Jodipin** gibt KLINGMÜLLER („Berl. klin. Woch.“, Nr. 55). Das Jodipin, welches 25% Jod enthält, wird subcutan in die Glutäalgegend injicirt, und zwar täglich 20 Cem. 10 Tage hintereinander. Vorheriges Erwärmen des Präparates auf Körpertemperatur ist rathsam. Diese Durchschnittsdosis von 20 Cem. kann nach Belieben geändert werden. Es empfiehlt sich, eine Spritze mit weiter Ausströmungsöffnung und weiter Cantile zu gebrauchen, weil sich das Präparat wegen seiner syrupartigen dicken Beschaffenheit nur schwer und langsam einspritzen läßt. Zur bequemen Handhabung ist es angenehm, wenn die Spritze mit einem Querbalken versehen ist, damit die den Stempel herunterdrückende Hand daran eine Stütze hat. Die Cantile soll 5—7 Cm. lang sein, damit man möglichst schräg zur Hautoberfläche einstechen und jene weit vorschieben kann. Umso besser schließt sich nach dem Herausziehen der Cantile der Stichcanal, der mit einem gutklebenden Pflaster zu bedecken ist, um nachheriges Herausfließen des Jodipins zu verhindern. Intramusculäre Injectionen sind zu vermeiden, weil dabei oft ein größeres Spannungsgefühl und stärkerer Druckschmerz auftritt. Um der Gefahr vorzubeugen, daß man eine Vene injicirt, ist es rathsam, nach dem Einstechen die Spritze von der Cantile abzunehmen und zu warten, ob Blut herausfließt.

— In der Wiener dermatologischen Gesellschaft berichtete MRAČEK über ein von ihm in die Therapie eingeführtes neues Mittel, das **Sapolan**, hergestellt von der chemischen Fabrik Dr. JEAN ZIBELL, Wien. Das Sapolan enthält $2\frac{1}{2}$ Theile eines speciell extrahirten und fractionirt destillirten Naphthaproductes, $1\frac{1}{2}$ Theile Lanolin und 3—4% Seife zur Verleihung einer größeren Consistenz. Seine Eigenschaften sind: Es ist vollkommen säurefrei, dunkelbraun, von Salbenconsistenz, etwas naphthaähnlichem Geruch, und läßt sich sehr gut in die Haut verreiben. Seine Anwendung betraf: Acutes Ekzem, speciell arteficielles (5 Fälle), chronisches Ekzem, Pruritus cutaneus senilis, Impetigo contagiosa, Ekthymata, sämmtlich mit rasch nachweisbarem Erfolge. In vielen Fällen von Scabies als Nachcur nach Naphthol- oder Schwefelbehandlung gegen restirendes Ekzem, bei Dermatitiden und in einem Falle von Urticaria wurde das Sapolan gleichfalls mit gutem Erfolge angewandt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XX.

Abtheilung für Chirurgie.

Pathologie und Behandlung der Leberabscesse.

HACHE (Bayreuth): Vortr. hält die freie Incision für äußerst gefährlich. Er hat 2 seiner Operirten an Peritonitis verloren. Verwachsungen sind eine Ausnahme, wenn man frühzeitig operirt. Die Sterilität des Eiters ist nicht immer constant. Die beste Methode, die Peritonitis zu vermeiden, scheint ihm eine breite Incision der Bauchwand und Annäherung der Leber an die Bauchwunde zu sein, entweder ohne oder mit einer vorhergegangenen Punction des Abscesses. Wenn ein sehr voluminöser Absceß die Wahl läßt zwischen einer intercostalen oder epigastrischen Incision, so glaubt er die letztere vorziehen zu müssen. Mit der Punction wird man auch einen ziemlich voluminösen Absceß nicht immer treffen. Von seinen 49 Operirten sind 7 gestorben; 4 an einem Rückfall und die 3 anderen an Peritonitis, von denen eine schon vor der Operation bestanden hatte.

SÉGALE (Genoa): Eine neue Art der Blutstillung bei der Leber durch eine besonders befestigte Naht.

Redner glaubt, daß die Blutungen bei der Leberresection auf eine unvollkommene Technik und auf eine Unverläßlichkeit unserer blutstillenden Mittel in Rücksicht auf die anatomische Structur des außerordentlich gefäßreichen und lockeren Organes zurückzuführen sind. Er ist daher der Meinung, daß man das directe Fassen der blutenden Gefäße vermeiden, und die Blutung vielmehr durch eine gleichmäßige und constante Compression hintanhaltend muß. Zu diesem Zwecke zieht er auf einen Catgutfaden kleine Röllchen aus Ebenholz oder Elfenbein so fest auf, daß sie einen ganzen, biegsamen Stab zu bilden scheinen, legt diese nach der Naht der Leberwunde in einem Abstand von ungefähr 1 Cm. rings um die Naht herum und zieht sie mit mehreren Catgutschlingen, die durch die Dicke der Lebersubstanz hindurchgehen, fest an, so daß sie nun imstande sind, einen gleichmäßigen Druck auf die Wundflächen auszuüben.

Splenektomie.

JONNESCO (Bukarest): Vortr. hat 32mal die Splenektomie gemacht, 28mal wegen Milzvergrößerung nach Sumpffieber, 3mal wegen leukämischer Milzvergrößerung und 1mal wegen Milzchococcus. Nach diesen Erfahrungen ist er zu folgenden Schlüssen gelangt: Die Splenektomie ist contraindicirt bei leukämischer Hypertrophie der Milz, auch dann, wenn der allgemeine und locale Zustand zufriedenstellend sind. Alle drei Operirten sind ohne irgend welche Complication ihrem leukämischen Leiden erlegen. Bei den Hydatidencysten der Milz ist die Exstirpation das rationelle Verfahren. Bei der Malaria milz ist die Exstirpation immer gerechtfertigt, doch unter Beobachtung der Contraindicationen, welche sind: 1. Cirrhose und überhaupt atrophische Zustände der Leber, 2. ausgedehnte parietale Verwachsungen, 3. starker Ascites, 4. schlechter Allgemeinzustand mit Erkrankungen der Eingeweide. Leichte Lebervergrößerung, mäßiger Ascites, selbst ausgesprochene Kachexie, Alter der Patienten und Umfang der Milz sind keine Contraindicationen. Die Operation ist natürlich um so leichter und besser ausführbar, je mobiler die Milz ist. Die fixirte Milz macht die Blutstillung schwer, aber doch immer möglich. Die postoperativen Complicationen sind am häufigsten Lungencongestionen, die zur Pneumonie führen können. Außerdem Pericarditis, Pleuritis, Peritonitis und secundäre Blutungen. Nach jeder fieberlosen Milz-exstirpation beobachtet man eine Hypertoxicität des Urins, die 3 bis 4 Jahre andauern kann. Der therapeutische Effect der Exstirpation der Malaria milz ist ein ausgezeichneter. Die Fieberanfälle verschwinden, der Allgemeinzustand wird rapide besser, die Malaria-kachexie schreitet nicht weiter vor, der Ascites wird geheilt. Vier Operirte hat er nach 4, 3½, 3 und 2 Jahren wiedergesehen, die vollkommen geheilt waren. Die Zahl der rothen Blutkörperchen wächst schnell von 2—3 auf 5—6 Millionen, die der weißen geht zur Norm zurück.

MICHAJLOWSKY (Sofia): Vortr. berichtet ebenfalls über 16 Beobachtungen von Exstirpation der Malaria milz, eine Exstirpation wegen hämorrhagischer Cyste nach Trauma.

Er betont ebenfalls die relative Gutartigkeit der Milz-exstirpation, ihre glänzenden Resultate, den Schwund der kachektischen Symptome nach der Operation und stellt diesen Resultaten die Machtlosigkeit der internen Therapie gegenüber. Für die Operation wählt er gern den Mediansehnitt, der stets am vortheilhaftesten ist, sei es, daß die Milz verwachsen, fixirt, mobil oder verlagert ist.

Als postoperative Complication hat er unmittelbar nachher eine Temperatursteigerung beobachtet, die auf eine Pleuropneumonie zurückzuführen war. Zu den Indicationen, resp. Contraindicationen der Operation möchte er noch hinzufügen, daß Schwangerschaft von der Exstirpation nicht abhalten soll. Er hat eine Frau im 5. Monate der Gravidität operirt, ohne daß letztere gestört worden wäre. Von seinen 16 Operirten starb nur einer an linksseitiger Pleuropneumonie. Die Exstirpation der Milz ist nach seinem Dafürhalten das rationelle Verfahren bei der Milzvergrößerung nach Malaria.

MICHAUX (Paris): Die Cholecystektomie in Rücksicht auf ihre unmittelbaren und späteren Resultate.

Von 50 Operationen an den Gallenwegen hat er 32mal bei einfacher Calculose der nicht inficirten Blase mit verdickten Wänden die Exstirpation derselben vorgenommen. 28 Heilungen und vier Todesfälle. 6mal hat er die Choledochotomie mit der Cholecystektomie ausgeführt. Dreimal treten dabei in den ersten 24 Stunden Herzanfälle auf, die mit dem Gallenausfluß sistirten. Der Gallenfluß dauerte bis zu 3½ Monat trotz Unterbindung des Ductus cysticus. M. glaubt, daß dieser Gallenfluß von der unteren Fläche der Leber oder von einem Vas aberrans kommt. Nach der Operation sind hin und wieder noch kleine Steinchen, die wahrscheinlich in der Nachbarschaft geblieben waren, abgegangen. Jedesmal ist eine große Besserung in dem Allgemeinzustande der Patienten eingetreten, die stets ein Jahr und länger dauerte. Die Cholecystektomie gibt bessere Resultate als die Cholecystotomie.

REYNÉS (Marseille): Gallensteinkrankung mit den Symptomen einer Appendicitis. Transhepatische Cholecystotomie.

Eine Frau von 60 Jahren erkrankte unter allen Zeichen einer recidivirenden Appendicitis. Die Operation deckte eine Eitermasse auf, die vom Coecum bis zur unteren Leberfläche sich erstreckte, die mit der Gallenblase und den angrenzenden Eingeweiden in undurchdringbare Verwachsungen eingebettet war. Nach Erweiterung des Bauchschnittes nach oben Punction in die Richtung der Gallenblase von der Leberconvexität aus. Der Trocart stieß auf eine Menge kleinster Steinchen, wie wenn man ihn in Eis einbohrte. Spaltung der Leber in der Richtung des Trocarts, so weit daß eine Auslöfflung der Gallenblase und Drainage derselben gemacht werden konnte. Eine analoge Form der Erkrankung hat TERRIER 1895 publicirt.

JONNESCO (Bukarest): Die chirurgische Behandlung der Hydatidencysten der Leber.

Vortr. bespricht die 4 verschiedenen Arten des chirurgischen Vorgehens: die Punction mit oder ohne Injection von antiparasitären Flüssigkeiten, die sogenannte Marsupialisation, die Incision mit Ausräumung und Naht der Cyste, die Enucleation und Exstirpation. Die letzte Operation ist so selten ausführbar, daß man sie nur ausnahmsweise wird anwenden können. Die Punction ist gefährlich und unsicher. Die Operation der Wahl soll die Incision der Cyste, die Ausräumung ihres Inhaltes, die Entfernung des serösen Inhaltes und Naht-Drainage sein. Keine Tamponade, keine Befestigung an der Bauchwand. Weder Umfang noch Inhalt sollte von dieser Operation abhalten. J. hat sechs Fälle von Faustgröße bis zu einem Durchmesser von 30 Cm. operirt, alle mit Erfolg. In einem Falle einer enormen Cyste der Leber mit galligem Inhalt, der nie eine Contraindication bieten soll, hat er gleich die rechte tuberculöse Niere mit fortgenommen. Der Patient ist geheilt worden.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 2. Januar 1901.

Administrative Sitzung.

Vorsitz: Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER.

Dr. Zappert erstattet folgenden Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Clubs im abgelaufenen Jahre. Es fanden im abgelaufenen Jahre 13 Sitzungen, darunter eine im Institut für Radiotherapie des Herrn Doc. Dr. E. SCHIFF statt. Vorträge wurden im Ganzen 20 abgehalten. Davon entfielen auf innere Medicin 5, auf Nervenheilkunde 5, auf Syphilidologie 1, auf Radiodiagnostik und Therapie 2, auf Frauenkrankheiten 1, auf Urinuntersuchung 2, auf Blutuntersuchung 1, auf Therapie 3. Daran theiligten sich folgende Herren: A. JOLLES mit 4, R. BECK, PAULI mit je 2, A. BASS, DEUTSCH, EISENMENGER, Doc. HERZ, R. KIENBÖCK, Prof. LANG, W. MAGER, Prof. REDLICH, Doc. E. SCHIFF, Doc. H. SCHLESINGER, W. SCHLESINGER, HEINR. WOLF mit je einem Vortrage.

Demonstrationen fanden 26 statt. Davon entfielen auf die innere Medicin 4, auf Nervenkrankheiten 9, auf Muskelerkrankungen (excl. Syphilis) 3, auf syphilitische Affectionen 3, auf Augenkrankheiten 1, auf Ohrenkrankheiten 1, auf Radiographie 4, auf therapeutische Instrumente 1. Dieselben vertheilten sich auf folgende Herren: R. KIENBÖCK 4, GRÜNBAUM 3, HOLZKNECHT, NEURATH, L. SPITZER je 2, BONDI, DONATH, ERBEN, FLESCHE, THEODOR FUCHS, Doc. VICT. HAMMERSCHLAG, LATZKO, J. MÜLLER (Karlsbad), NOSSAL

Doc. H. SCHLESINGER, A. SCHREIBER, ERW. STRANSKY, Doc. CARL ULLMANN je 1 Demonstration.

Doc. Dr. Herm. Schlesinger berichtet über den Vermögensstand des Vereines. Der „Wiener medicinische Club“ verfügt derzeit über ein Vermögen von 1682 K 33 h. Im abgelaufenen Jahre betragen die Einnahmen 828 K, die Ausgaben 408 K.

Als neue Mitglieder wurden aufgenommen: Dr. RUDOLF BECK, Dr. CARL PEZZOLI, Dr. RUDOLF REITLER.

Neuwahl des Ausschusses.

Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER erklärt, Zeitmangels wegen eine Wiederwahl als Präses nicht annehmen zu können. Die Wahl ergab: Doc. Dr. MAX HERZ, Präses; Assistent Dr. E. v. CZYHLARZ, Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER, Dr. JUL. ZAPPERT, Ausschußmitglieder.

Notizen.

Wien, 12. Januar 1901.

Ein Facultätsgutachten.

Vor wenigen Tagen hat in Wien eine Gerichtsverhandlung gegen einen im Berufe ergrauten, als tüchtig und gewissenhaft bekannten praktischen Arzt stattgefunden, die in Laien- und Aerztekreisen großes Aufsehen erregt hat. Der Arzt wird zu einer Frau gerufen, die kurz zuvor geboren hat. Sie blutet. Der Arzt will etwaige Eihautreste entfernen, geht mit der SCHULTZE'schen Zange ein und zieht Gebilde hervor, die er als Darmschlingen erkennt. Er tamponirt, hüllt die Frau in ein großes Tuch und läßt sie mittelst Krankenwagens in das nächste Krankenhaus transportieren. Bei der Uebertragung der Kranken in das Bett prolabiren Darmschlingen, und es ereignet sich, daß ein Krankenträger auf eine der Schlingen tritt. Die Frau wird sofort operirt und stirbt am 3. Tage an Peritonitis. Gegen den Arzt wird die Anklage nach § 356 (Kunstfehler) erhoben. Die Gutachten der Sachverständigen entlasten den Arzt zum Theil, in toto das wegen der besonderen Wichtigkeit des Falles eingeholte Gutachten der Wiener medicinischen Facultät, welches die Thatsache, daß der Angeklagte nicht sofort erkannte, er habe den Darm touchirt, einen leicht zu begehenden Irrthum nennt und auch die Unterlassung der Anlegung einer T-Binde sowie der Befestigung des umgelegten Tuches durch Nadeln als eine durch die große Aufregung des Arztes entschuldbare Unrichtigkeit bezeichnet. Der Arzt wurde verurtheilt, jedoch nicht wegen Kunstfehlers (§ 356), sondern lediglich auf Grund des bekannten Kautschukparagraphen 335 (Uebertretung gegen die Sicherheit des Lebens). Strafausmaß zwei Monate einfachen Arrests.

Was das große Aufsehen in diesem Falle rechtfertigt, ist die Polemik, welche der Vertreter der Staatsanwaltschaft gegen das den Angeklagten exculpierende Facultätsgutachten führte. Mit selbst an dieser Stelle ungewöhnlicher Schärfe suchte der Staatsanwalt das Gutachten der höchsten wissenschaftlichen Instanz jeder Superiorität vor sonstigen gerichtsarztlichen Gutachten zu entkleiden, erklärte, auch das Facultätsgutachten unterliege ebenso der Beurtheilung des Gerichtes wie die Entscheidung über eventuelle Unwissenheit des Angeklagten und warf im Laufe seines Plaidoyers dem Gutachten der Facultät mangelnde Logik und inneren Widerspruch sowie Ueberschreitung der dem Gutachten gezogenen Grenzen vor. Die Facultät hat vor dem Staatsanwalt nicht bestanden.

Und doch sollte man meinen, daß nur der vielerfahrene Fachmann, der auf der Höhe der Wissenschaft und ärztlichen Kunst stehende Gelehrte berufen sein kann, zu entscheiden, wo die Grenze gesteckt ist zwischen Unwissenheit, Fahrlässigkeit und entschuldbarem Irrthum. Ihm, dem Meister, muß der Laie — und dies ist hier auch der Staatsanwalt — glauben, auch wenn die äußeren Umstände des Falles ein Verschulden des Arztes dem Laienauge als vorhanden erscheinen lassen. Dem Verlangen nach Gerechtigkeit muß das Aufsuchen der Wahrheit vorhergehen. Wer sollte diese zu ergründen berufen sein, wenn nicht die Facultät, soweit die wissenschaftliche und ärztliche Seite der Frage zu beantworten ist? Und gehört die Entscheidung der Frage, inwieweit die Handlung oder Unterlassung eines Arztes vor dem Forum der Wissenschaft und ärztlichen Kunst zu entschuldigen

ist, nicht mit in die Competenz des ärztlichen Sachverständigen und vor Allem der Facultät?

Den zahlreichen Aerzten, die der Verhandlung beiwohnten, mußte die Divergenz der Anschauungen der Juristen über einzelne Details des Falles ebenso auffallen, wie die vielen Mißverständnisse, welche im Gerichtssaale zu Tage traten. Da ist es wieder der ärztliche Sachverständige und in erster Reihe die Facultät, die allein berufen sind, solche für die Erforschung der Wahrheit verhängnißvolle Mißverständnisse ärztlich-technischer Art durch ihre Gutachten im Keime zu ersticken. Werden diese Gutachten ihrer Autorität entkleidet, dann verlieren sie ihren processualen Werth. Der Arzt, den scheinbares Verschulden auf die Anklagebank geführt, der in einem Augenblick höchster Erregung fassungslos eine technische Unterlassung begangen, die er durch vielmonatliche Untersuchung gebüßt, er sollte nicht hinweisen dürfen auf die Meister seines Faches, die nach eingehender Prüfung des Falles, nach bestem Wissen und Gewissen zu der Ueberzeugung gelangt sind, nicht Leichtsinns, nicht Unwissenheit liege der Unterlassung zugrunde? Oder darf angenommen werden, die Facultät werde durch ihr Gutachten wirkliche Fahrlässigkeit, thatsächlich bewiesene Unwissenheit vor der gerechten Strafe zu schützen suchen? Mit Nichten! Das Gutachten der Facultät hat das volle Recht, die Anerkennung der Wissenschaft für sich zu fordern — aber auch die Achtung des Juristen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung sprach Dr. ARTHUR SCHIFF über „Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen“. Vortr. hat in interessanten und schönen Versuchen an dem Krankmateriale der Klinik CHROBAK die Angaben von FLIES der Nachprüfung unterzogen. FLIES hatte bekanntlich einen innigen Connex zwischen den „Genitalstellen der Nase“ und Erkrankungsvorgängen an den weiblichen Sexualorganen aufgefunden und angegeben, daß es möglich sei, Krankheitserscheinungen, wie z. B. Dysmenorrhoe, von der Nase aus curativ zu beeinflussen. SCHIFF hat nun die Resultate der Untersuchungen von FLIES vollinhaltlich bestätigen können. Die Nachprüfung erstreckte sich auf 47 Fälle von schwerer und Jahre lang andauernder Dysmenorrhoe, bei welchen die Schmerzen jedesmal tagelang angehalten hatten. Nach Anästhesirung der von FLIES als „Genitalstellen der Nase“ (vorderes Ende der unteren Muschel, Tubercula septi) bezeichneten Schleimhautpartien durch eine 20%ige Cocainlösung hörten in 35 der untersuchten Fälle die dysmenorrhoeischen Beschwerden mit einem Schlage vollkommen auf. Durch die Versuchsanordnung SCHIFF's ist jedwede suggestive Wirkung vollkommen ausgeschaltet. Gegen Allgemeinwirkung des Cocains sprach die geringe Menge Cocain, die zur Anwendung kam und das Ausbleiben der Wirkung, wenn die Nasenschleimhaut mit Auslassung der „Genitalstellen“ cocainisirt wurde. Nach Anästhesirung der Muschel sistirt der Schmerz im Hypogastrium, nach Anästhesirung des Tuberculum septi der Kreuzschmerz. SCH. hat 17 andere Fälle mit dysmenorrhoeischen Beschwerden zu menstruationsfreien Zeiten geätzt oder electrolytisch behandelt; in 12 Fällen sind die Schmerzen überhaupt nicht mehr wiedergekehrt. Von den auf die Cocainisirung nicht reagirenden Fällen betrafen 4 mechanische Dysmenorrhoeen, 2 leichte Adnexerkrankungen, 2 hysterische Individuen; von den reagirenden war bei 9 das Genitale normal, 15 hatten ausgesprochene, zum Theil schwere Genitalaffectionen. Mit diesem Verfahren gelingt es bisweilen auch, andere im Abdomen localisirte Schmerzen zu coupiren. An den „Genitalstellen“ finden sich bei Dysmenorrhoe außer Schwellungen keinerlei grobe Veränderungen, hingegen zumeist ausgesprochene Hyperästhesie. Der Umstand, daß bei den kranken Frauen Reizung der „Genitalstellen“ Schmerzen in den correspondirenden Unterleibspartien auslöst, spricht nach Ansicht SCH.'s zu Gunsten der Annahme, daß der Schmerz bei Dysmenorrhoe von den „Genitalstellen der Nase“ aus auf das Genitale projectirt wird. Die Discussion über den Vortrag SCHIFF's wurde auf die nächste Sitzung verschoben. — Am Anfange der Sitzung stellte Doc. Dr. OTTO ZUCKERKANDL einen alten Mann vor,

bei welchem er wegen Carcinom Resection der Harnblase erfolgreich vorgenommen hatte. Der Kranke vermag den Harn gegenwärtig 2 Stunden lang zu halten; der Harn ist vollkommen klar. Ferner demonstrierte ZUCKERKANDL Blasensteine, die er durch Blasenschnitt unter SCHLEICH'scher Anästhesie in Combination mit rectaler Antipyriminapplication entfernt hatte. Der Eingriff ist in dieser Form vollkommen schmerzlos. An der Discussion theilnahmen Prof. Dr. FRITSCH und Prof. Dr. WERTHEIM.

(Erhöhung der Verpflegskosten in den Krankenhäusern.) Laut Kundmachung der n.-ö. Statthalterei soll für das Jahr 1901 eine Erhöhung der Verpfleggebühren 3. Cl. in den Krankenhäusern erfolgen, da der Spitalsfonds unter den gegenwärtigen Verhältnissen den an ihn gestellten Anforderungen nicht nachzukommen vermag. Die Erhöhung soll 20% betragen. Der n.-ö. Landesausschuß, der sich in seiner Sitzung am 20. v. M. mit der Angelegenheit beschäftigte, hat sich mit Rücksicht auf die der Bevölkerung dadurch erwachsende Belastung in entschiedener Weise gegen jede Erhöhung der Verpfleggebühren ausgesprochen, weil seinem Ermessen zufolge eine Erhöhung der Verpfleggebühren vermieden werden könnte, wenn die staatliche Unterrichtsverwaltung die Beiträge für die Benützung des allgemeinen Krankenhauses zum Zwecke des medicinischen Unterrichtes in angemessener Weise erhöhen und insbesondere sich bereit finden würde, die Verpflegskosten für die zum Unterrichte verwendeten Kranken in derselben Weise, wie dies in Deutschland der Fall ist, zur Gänze auf das Unterrichtsetat zu übernehmen.

(Aus Breslau) wird uns geschrieben: Der „Fall NEISSER“, der vor mehr als Jahresfrist die wissenschaftliche und die Laienwelt in hohem Maße beschäftigt hat und bekanntlich Anlaß vieler Discussionen und heftiger Controversen gewesen ist, hat nunmehr auch sein gerichtliches Nachspiel erfahren. NEISSER erhielt von dem Disciplinarhof für nichtrichtliche Beamte einen Verweis und eine Geldbuße von 300 M. zuerkannt. Im Zusammenhang mit diesem Urtheil dürfte die folgende Verfügung des preussischen Cultusministers stehen: I. Die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten werden angewiesen, daß medicinische Eingriffe zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen für die rechtliche und sittliche Zulässigkeit vorliegen, doch unter allen Umständen ausgeschlossen sind, wenn 1. es sich um eine Person handelt, die noch minderjährig oder aus anderen Gründen nicht vollkommen geschäftsfähig ist; 2. die betreffende Person nicht ihre Zustimmung zu dem Eingriffe in unzweideutiger Weise erklärt hat; 3. dieser Erklärung nicht eine sachgemäße Belchrung über die aus dem Eingriffe möglicher Weise hervorgehenden nachtheiligen Folgen vorausgegangen ist. II. Zugleich wird bestimmt, daß 1. Eingriffe dieser Art nur von dem Vorsteher selbst oder mit besonderer Ermächtigung desselben vorgenommen werden dürfen; 2. bei jedem derartigen Eingriffe die Erfüllung der Voraussetzungen zu 1. Nr. 1—3 und II. Nr. 1 sowie alle näheren Umstände des Falles auf dem Krankenblatte zu vermerken sind. III. Die bestehenden Bestimmungen über medicinische Eingriffe zu diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken werden durch diese Anweisung nicht berührt.

(Ernennungen.) Der Polizei-Assistenzarzt Dr. MORIZ LANDESMANN im Stande der Wiener Polizei-Direction ist zum Polizei-Bezirksarzte, Dr. G. HOLZKNECHT zum gerichtlichen Sachverständigen im Roentgenfache ernannt worden.

(Militärärztliches.) Der Regimentsarzt I. Cl. Dr. ADALBERT TYLKA erhielt anlässlich seiner Uebernahme in den Landwehr-Ruhestand den Stabsarztes-Charakter.

(Aerztliche Stellenausschreibung im XVI. Jahrhundert.) Der „Canadian Practitioner and Review“ reproducirt eine Stellenausschreibung aus der Zeit Shakespeare's, die folgendermaßen lautet: Man sucht für eine Familie, die vielfachen Krankheiten ausgesetzt ist, eine seriöse und getreue Person, welche die Qualitäten eines Doctors, Chirurgen und Geburtshelfers besitzt, die imstande wäre, die Besorgung von Keller, Küche und Tafel zu übernehmen, und die auch im Frisiren und Perrückenmachen ihren Meister stellt. An jedem Sonntag müßte sie eine weihevollere Rede

halten und auch gelegentlich die Gebetübungen leiten. Eine hinreichende Bezahlung ist in Aussicht genommen. — Man sieht, die Anforderungen an den ärztlichen Stand sind sich zu allen Zeiten gleich geblieben, nur seine Entlohnung dürfte ehemals sicherlich eine bessere gewesen sein.

(Statistik.) Vom 30. December 1900 bis 5. Januar 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6734 Personen behandelt. Hievon wurden 1277 entlassen; 160 sind gestorben (13.4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 62, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 84, Scharlach 46, Masern 917, Keuchhusten 36, Rothlauf 33, Wochenbettfieber 5, Röheln 1, Mumps 43, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 677 Personen gestorben (+ 28 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. HEINRICH FRAENKEL im Alter von 34 Jahren; in Bozen der langjährige Director des dortigen Krankenhauses Dr. ANTON PROFANTER; in Görz der Oberarzt i. R. Dr. ANTON POGACNIK; in Holleschowitz der praktische Arzt Dr. STANISLAUS NOVOTNY; in Tours der Professor der Medicin Dr. DUCLOS, 78 Jahre alt; in Paris der berühmte Kliniker Professor Dr. E. POTAIN im Alter von 76 Jahren.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 14. Januar 1901, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Dr. JULIUS ZAPPERT: Ueber die Bedeutung ungewöhnlicher Initialsymptome bei tuberculöser Meningitis.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 16. Januar 1901, um 7 Uhr Abends,

im Hörsaal der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).

Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

I. Demonstrationen. (Angemeldet: Dr. RICHARD KARPLUS.)
II. Dr. L. FREUND: Die bisherigen Erfolge der sogenannten Roentgentherapie und ihre wahrscheinliche Ursache. (Mit Kranken- und Skioptikondemonstrationen.)

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Altmann F., Aerztliche Ehrengerichte etc. Berlin 1900, H. W. Müller. — M. 2.40.
Altschul Th., Hypnotismus und die Suggestion im Leben und in der Erziehung. Prag 1900, Fr. Huerpfer. — K. —.75.
Kayer R., Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Mit 121 Abbildungen. Berlin 1901, S. Karger. — M. 4.—.
Danziger Fritz, Die Entstehung und Ursache der Taubstummheit. Mit 22 Figuren im Text und 3 Tafeln. Frankfurt a. M. 1900, Johannes Alt. — M. 4.—.
Seitz Carl, Kurzgefaßtes Lehrbuch der Kinderheilkunde. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1901, S. KARGER — M. 10.80.
Bing A., Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde. München 1900, Seitz und Schauer.
Flatau S., Die Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten. München 1900, Seitz und Schauer.
Zuckermandl E., Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. II. Heft. Brust. In 48 Figuren mit erläuterndem Texte. Wien und Leipzig 1900, Wilhelm Braumüller. — K. 4.80.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der **vereinigten chemischen Werke, Act.-Ges., Berlin**, über die **Einwirkung des Sidonal bei Gicht**. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halb. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halb. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halb. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Centripetaler Irrthum und centrifugale Wahrheit. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT in Wien. — Ueber Phosphorleberthran. Von Prof. Dr. MAX KASSOWITZ. — **Referate.** BAYER (Prag): Ueber angeborene Leistenbruch. — E. WORMSER (Basel): Ueber spontane Gangrän der Beine im Wochenbette. — D. GERHARDT (Straßburg): Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken. — WALBAUM (Harburg): Zur Technik der Patellarreflexprüfung. — SESSOUS (Halle): Die therapeutische Verwendung des Jodipin. — LUZZATTO (Graz): Zur Aetiologie des Keuchhustens. — **Literarische Anzeigen.** Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe. Von Dr. RICHARD SCHMIDT. — Zur Geschichte der Prophylaxe. Von Dr. S. GOLDSCHMIDT: (NOBILING-JANKAU, Handbuch der Prophylaxe, Abth. XIII.) — **Feuilleton.** Die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts. Von Geh.-R. Prof. E. v. LEYDEN in Berlin. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Kenntniß und Behandlung der Anämien. — Ueber Blutstillung im Munde mittelst Gelatine. — Die Fensterresektion des Septum narium zur Heilung der Skoliosis septi. — Ueber den blutbildenden Werth mancher Schwermetalle. — Creosotal. — Gegen den äußerst quälenden Hustenreiz der Phthisiker. — Fermentative Diarrhöen der Neugeborenen. — Behandlung der Chlorose. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Centripetaler Irrthum und centrifugale Wahrheit.

Von **Prof. Dr. Moriz Benedikt** in Wien.

Alle geistliche und weltliche Autorität kann jene des berühmten Rechenmeisters Adam Riese nicht wettmachen, daß mit dem 1. Januar 1901 das XX. Jahrhundert beginnt, und deshalb fühle ich mich gereizt, an eine specielle Frage eine allgemeine Betrachtung über die Zukunft der Wissenschaft im XX. Jahrhundert anzustellen.

Vor wenigen Jahren hat ein geistreicher Wiener Jurist, EXNER, in seiner Rectoratsrede die Behauptung aufgestellt, das XX. Jahrhundert gehöre den Geisteswissenschaften, das heißt den Wissenschaften, die rein begrifflich arbeiten. Es war dies gewiß eigentlich nur ein Schmerzensschrei, der aus der Empfindung einer unhaltbaren Richtung in der Jurisprudenz hervorging, und von der sich offenbar der in ihr befangene Gelehrte durch einen Zukunftstrompetenstoß zu befreien suchte. Auch die Rechtswissenschaft kann keine rein begriffliche sein, weil sie sofort in Gefahr schwebt, sich von ihrer seelischen Grundlage zu entfernen und in das Bereich der Unvernunft durch Sophismen hineinzugerathen.

Die Rechtswissenschaft geht ja aus dem rechtlichen und sittlichen Bewußtsein der Menschheit hervor, welches die im Leben vorkommenden Conflicte der Interessen zu schlichten und zu ordnen sucht. Der Fortschritt der Rechtswissenschaft besteht darin, daß sie die bekannten Interessenconflicte immer besser in das vorhandene und in das sich verfeinernde und sich vertiefende Rechtsbewußtsein einordnet. Weiters tauchen immer neue Verhältnisse und somit Interessenconflicte auf, welche eine neue Einordnung in das Rechtsbewußtsein erheischen. Die Jurisprudenz muß

ebenfalls mit den Methoden der inductiven Wissenschaft durchtränkt werden, wobei sie den traditionellen Vortheil einer dialectisch verschärften Arbeit des Geistes mit Begriffen vor den Biologen voraus hat.

Viel eher dürfte die Weissagung für die biologischen Wissenschaften gelten, in denen die inductive Methode in der größeren Hälfte des XIX. Jahrhunderts zu ausschließlich überwiegend war. Sie werden sich auch mit dem begrifflichen Denken wieder mehr befreunden müssen.

Die Embryologie hat dieses Ziel noch am meisten erreicht. Aus ihr ist die evolutionistische Anschauung hervorgegangen, die eine bleibende Erweiterung und Vertiefung unserer obersten Erkenntniß darstellt. Wenn wir auch heute sagen müssen, daß die heutige extreme Spitze dieser Richtung, wie sie durch HAECKEL repräsentirt wird, nicht berechtigt ist, und daß die Geistesarbeit der alten hamitischen Völker, welche in der Schöpfungsgeschichte des alten Testaments niedergelegt ist, in vielen Beziehungen der Wahrheit näher kommt, so hat das aufgehäuften Materiale den nicht mehr wegzuschaffenden Nutzen gewährt, daß die Menschheit auf ein höheres Niveau der Erkenntniß gebracht worden ist.¹⁾

Auch die Anatomie ist heute auf einer solchen Höhe angekommen, daß man ihr baldigst die Rolle einer Geisteswissenschaft zuerkennen wird. In der Natur sind Form und Inhalt, Form und Leistung, Stoff und Leistung von einander untrennbare Begriffe, und besonders in der Knochenlehre haben die Arbeiten von ROUX, WOLFF und ALBERT die Grundlage für die Behandlung dieser Beziehungen geschaffen und so die biomechanische Darstellung ermöglicht. Mein Nachweis, daß die Natur auch in der Gestaltung der Lebewesen nur Geometrie treibt, wird es auch bald ermöglichen, die Morphologie als

¹⁾ Ich hoffe bald in der Lage zu sein, in einer Abhandlung „Adam und Eva in der Anthropologie“ einen Beitrag für den richtigen Standpunkt in der Frage der Schöpfung der einzelnen Species und der Racen innerhalb der Species liefern zu können.

geometrische Wissenschaft zu behandeln und aus den Formen die biologisch thätigen Kräfte zu formuliren. Es ist dies ein Vermächtniß an das XX. Jahrhundert, da heute mit wenigen Ausnahmen die Fachmänner die Bedeutung dieser Thatsachen und Methoden noch nicht erkannt haben.

Ich will hier übergehen, was geschehen muß, damit die Gewebelehre, die nur dem bewaffneten Auge zugänglich ist, und die Anatomie der krankhaften Zustände zur Höhe einer Geisteswissenschaft heranreifen; ich will aber einige Bemerkungen über die Leistungslehre der Organe (Physiologie) machen.

Heutzutage befinden sich die bedeutenden Physiologen in einem Zustande des Katzenjammers, weil sie erkannt haben, daß ihr Titanensturm mit den Waffen der Physik und Mechanik lange nicht ausgereicht hat, um in den Kern der Erkenntniß des Lebens einzudringen. Eine strengere Kritik der reinen Vernunft wird ferner in Zukunft verhindern müssen, daß die Versuche zu voreilig als Lösungen der complicirten Verhältnisse der Lebewesen betrachtet werden. Der Vorzug der Versuche in der Leistungslehre besteht ja darin, daß die Versuchenden einzelne Glieder aus den verwickelten Gleichungen der Biologie gesondert auf ihre Elemente und auf den Zusammenhang derselben mit den anderen Gliedern allmählig untersuchen können. Definitive Lösungen der complicirten Gleichungen sind aber seltener, als die jeweiligen Generationen annehmen.

Wir wollen uns nun mit den klinischen Wissenschaften als Geisteswissenschaften beschäftigen.

Bis in das XIX. Jahrhundert hinein war die Pathologie nur zu sehr „Geisteswissenschaft“, zu sehr speculativ; im XIX. Jahrhundert hat sie sich der Laboratoriumsarbeit so absolut unterworfen, daß sie eigentlich aufgehört hat, eine selbständige Quelle der Erkenntniß normaler Vorgänge zu werden, zu der sie so geeignet ist. Je mehr die Kliniker sich dem Laboratorium unterwarfen, desto mehr entfernten sie sich von ihrer Aufgabe, aus ihren Beobachtungen Probleme für die Leistungslehre herauszufinden, zu formuliren und zum Theile aus ihrem Beobachtungstoffe selbständig zu lösen. Je mehr ferner die Theoretiker auf die Richtung und auf die Laufbahn der Kliniker Einfluß nahmen, desto mehr wurde eigentlich vergessen, was eigentlich die Grundlage klinischer Begabung sei. Auf diese Grundlagen will ich hier eingehen.

Die oberste seelische Begabung, die wir vom Kliniker fordern, ist der aus Eindrucksfähigkeit (Impressionismus) hervorgehende Thatsächlichkeitsinn, das heißt, der Sinn, Thatsachen unabhängig von jeder Anschauung und von jeder Lehre zu erkennen. An diese Eigenschaft schließt sich die Gabe an, die Thatsachen voraussetzungslos (objectiv, sachlich) darzustellen und sie, wo es möglich ist, in die vorhandenen Erscheinungsreihen und theoretischen Kenntnisse einzuordnen. Es erzeugt in der Regel nur eine Scheinwissenschaft, wenn man ohne Kritik die vorhandenen unzureichenden theoretischen Kenntnisse als Grundlage für die klinische Erscheinung nimmt, ohne sich bewußt zu werden, wie viel noch fehlt, um die Erscheinungen wirklich verständlich zu machen und die Gesetze der Erscheinung zu begründen. Die klinischen Thatsachen sind, wie nicht oft genug wiederholt werden kann, Versuche der Natur, die mit einer Feinheit und Klarheit angestellt sind, deren die Laboratoriumsversuche häufig ermangeln, und der Kliniker, der geeignet ist, begrifflich zu denken, wird manches Problem besser und früher lösen können als der Mann des Laboratoriums. Nicht nur der Kliniker soll mit dem Manne des Laboratoriums kritisch und schöpferisch mehr Hand in Hand gehen, sondern auch der Mann des Laboratoriums mit dem Kliniker. Die Charge des klinischen Physiologen und physiologischen Klinikers soll wieder zu Ehren kommen. Der operirte Hund schweigt oder führt oft irre, wenn der Kranke schreiend die Wahrheit verkündet.

Ich habe diese Betrachtungen vorausgeschickt, um ein Problem, nämlich das der Theorie der ataktischen Erscheinungen bei der Tabes, besser beleuchten zu können²⁾. Es ist erst in der jüngsten Zeit von HERING jun. und STSCHERBAK³⁾ nachgewiesen worden, daß die Sensibilitätsstörungen für die ataktische Bewegungsstörung keine Rolle spielen. Die Physiologie hat daher ein halbes Jahrhundert gebraucht, um einen Satz zu erweisen, den ein Schüler SKODA's in ebensoviel Wochen oder selbst in ebensoviel Tagen zu lösen in der Lage war. Ich habe bereits im Jahre 1862 in einer Abhandlung „Lähmungsartige Motilitätsstörungen ohne eigentliche Paralyse“⁴⁾ den Satz von dem Zusammenhange der ataktischen Störung mit den Sensibilitätsstörungen widerlegt. Die klinische und therapeutische Beobachtung hat mit unzweifelhafter Sicherheit nachgewiesen, daß zwischen beiden keine Proportionalität besteht und sie daher von einander nicht abhängen können. Ich muß dies umsomehr betonen, als die neueren theoretischen Arbeiten, besonders der letztgenannten zwei Autoren, eine neuerliche Verwirrung in diese Frage zu bringen drohen.

Vor Allem möge betont werden, daß es nicht richtig ist, daß die ataktische Störung eine Coordinationsstörung, d. i. eine Störung der Zusammenlegung von Muskelzusammenziehungen ist, richtig ist nur, daß die ataktische Störung bei den willkürlichen coordinirten Bewegungen des Gehens, Stehens und Greifens zum Vorschein kommt. In der That aber kommt die ataktische Störung bei der betreffenden Erkrankung in jedem einzelnen Muskel zustande.

Zweitens wird von einer centripetalen Lähmung gesprochen, während die ataktische Bewegungsstörung einen Krampf durch Ausfall einer regulirenden Thätigkeit darstellt.

Die Herren haben erkannt, daß in den Hintersträngen zweierlei Innervationen verlaufen, eine die Empfindung leitende und eine die Bewegung regulirende. Die letztere ist höchstwahrscheinlich eine Hinterstrangklinhirnbahn. Sie haben sich nun vorgestellt, daß, wenn der Willensreiz den Muskel erreicht, dann auf centripetalem Wege eine Regulirung der Muskelthätigkeit zustande kommt. Das ist ein heller Unsinn von einer Art, die ein dialektisch geschulter Jurist nie begangen hätte.

Wenn die Regulirung dem Willensreiz nachfolgen würde, so würde der Gesunde immer zuerst eine ataktische Bewegung machen und dann erst eine regelrechte.

Es war mir aus dem Beobachtungsmateriale vor beinahe 40 Jahren klar, daß zugleich mit dem Willensreiz eine Innervation centrifugal, mindestens durch die zweitgenannte Hinterstrangbahn, höchst wahrscheinlich aber auch durch die hinteren Wurzeln ablaufen müsse, damit die Muskeln in der Weise so wie im normalen Zustande reagiren, und daß der Ausfall dieser regulirenden Innervation durch die Erkrankung der hinteren Wurzeln und der Hinterstränge die ataktische Störung zur Folge habe. Ich war glücklich, in den Untersuchungen von HARLES eine Stütze für diesen aus den klinischen Thatsachen zweifellos hervorgehenden Satz zu finden. Ich hoffe, daß die Physiologen der Zukunft nicht so spröde sein werden und die paradox erscheinenden Versuche und Versuchsergebnisse HARLES' bestätigen werden. Sie stimmen zu sehr mit den nothwendigen Schlüssen aus den klinischen Thatsachen überein, als daß sie falsch sein könnten.

Ich war natürlich damals wie alle Biologen in der Meinung befangen, daß die sensiblen Fasern nur centripetal leiten können, und ich nahm daher die Ausflucht zur Angabe, daß in den hinteren Wurzeln auch centrifugal leitende Fasern

²⁾ Ich habe diese Fragen erst jüngst in einer Broschüre: „Tabesfragen vom Standpunkte der Erfahrung und der Biomechanik“, Urban und Schwarzenberg, Wien und Berlin, besprochen. Ich sehe mich aber genöthigt, auf dieselben hier wieder zurückzukommen.

³⁾ S. „Neurolog. Centralbl.“, 1900, Nr. 23.

⁴⁾ „Wiener med. Woch.“, Nr. 44—48.

Hedonal.

FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & Co.,
ELBERFELD.

Unter den bislang bekannten Hypnoticis ist das von Schmiedeberg, von Jacksch u. A. empfohlene, durch seine Harmlosigkeit ausgezeichnete Aethylurethan infolge der zu geringen Intensität seiner Wirkung allmählich wieder verlassen worden. Versuche, durch Substitution anderer höherer Alkoholradikale, an Stelle des Aethyls, ein dem praktischen Bedürfnisse besser entsprechendes Urethan herzustellen, haben schliesslich im

Hedonal,

dem Methylpropylcarbinolurethan, (vom Schmelzpunkt 76°) einen Körper von erheblich stärkerer pharmakodynamischer Wirkung auffinden lassen. *Prof Dreser**) wies durch eingehende pharmakologische Versuche an verschiedenen Tierspecies nach, dass das Hedonal vom Magen aus ungefähr einer doppelten Chloralhydratdosis an hypnotischem Werte gleichkommt, dass es Atmung und Blutdruck nahezu unverändert lässt, die Temperatur nur in tiefer Narkose etwas herabsetzt, die Diurese dagegen, zumal wenn ein Flüssigkeitsvorrat im Organismus vorhanden ist, in bemerkenswerter Weise erhöht.

Für den menschlichen Organismus ist das Hedonal nach den übereinstimmenden Beobachtungen sämtlicher Prüfer (selbst in Gaben bis zu 8 gr.) als vollkommen unschädlich befunden worden, so dass die gebräuchliche Gabe von 2.0 gr. unter Umständen auch unbesorgt überschritten werden kann. Die hypnotische Wirkung tritt gewöhnlich 20—30 Minuten nach der Eingabe des Mittels ein. Der Schlaf hält bei einer Dosis von 2 gr. meist 7—8 Stunden an, ist ruhig, traumlos und erquickend und vor allem ein dem natürlichen gleichwertiger, daher die Patienten aus demselben ohne das Gefühl von Benommenheit erwachen. Die den Urethanen eigentümliche diuretische Wirkung beeinflusst bei richtiger Darreichung des Medikamentes, d. h. mit nicht zu viel Flüssigkeit, die Schlafwirkung in keiner Weise. Irgend welche Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Uebelkeiten, Mattigkeit, treten selbst bei länger fortgesetztem Gebrauche nicht in Erscheinung. Da das Hedonal im Organismus glatt zu Kohlensäure, Wasser und Harnstoff verbrennt, so ist jede cumulative Wirkung desselben ausgeschlossen.

*) Ueber ein Hypnoticum aus der Reihe der Urethane. Vortrag gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in München, September 1899.

Indicationen. Nach den bisher vorliegenden Berichten besteht die Wirkung des Hedonal bei einfacher, nicht complicierter Schlaflosigkeit, in erster Linie in den leichteren Formen nervöser Agrypnie bei Neurasthenie, Hypochondrie u. s. w. Auch bei Melancholie, Dysthymie, u. a. Depressionszuständen, hallucinatorischer Paranoia, allgemeiner Paralyse erweist es sich meist wirksam; weniger bei Hysterie, wo andere Hypnotica auch im Stich lassen.

In starken Erregungsstadien, bei Manie und Delirien, traumatischer Unruhe, ferner bei Schlaflosigkeit infolge Schmerzgefühls scheint das Mittel in den üblichen Dosen nicht auszureichen. In einem Fall acuter Puerperalpsychose, wo andere Mittel versagt hatten, führte es dagegen prompten Schlaf herbei.

Dosierung und Darreichung. Zur Erzielung eines sicheren Effektes sind in der Regel 1,5—2 gr. Hedonal erforderlich.

Der schwach an Menthol erinnernde Geschmack des Produktes, der von einzelnen Patienten vielleicht unangenehm empfunden werden könnte, macht sich nicht weiter störend bemerkbar, wenn das Mittel ungelöst, entweder in Oblaten oder einfach als trockenes Pulver genommen und mit einem Schluck Wasser — besser zimmt- oder pfefferminzwasserhaltiger Flüssigkeit — von der Zunge hinuntergespült wird.

Durch diese Darreichungsform wird überdies erreicht, dass die Zeitdauer der schlafmachenden Wirkung des Hedonal um ein Beträchtliches verlängert wird und die schwach diuretische Wirkung, welche bis zu einem gewissen Grade allen Urethanen eigen ist, kaum in Erscheinung tritt.

Sollte indessen doch die Darreichung des Hedonal in Lösung beliebt werden, wie wohl häufig bei Geisteskranken, dann dürfte sich, bei der verhältnismässig geringen Löslichkeit des Hedonal in Wasser (bei 37° zu cr. 1%), wo angängig, für diesen Zweck die Form eines Schlummerpunschkes empfehlen, da Alkohol die Lösung unterstützt. In diesem Falle müsste die Flüssigkeitszufuhr beschränkt, d. h. nicht grösser gewählt werden, als sie an den vorangegangenen Abenden als normal erkannt wurde. (Ein Kochen des Hedonal mit wässrigen Flüssigkeiten ist zu vermeiden, da die Verbindung mit Wasserdämpfen flüchtig ist!).

Auch die Applikation per clyisma kann für gewisse Fälle empfohlen werden.

Rp. Hedonal 1,5—2,0
d. t. dos. No. V.

S.: Schlafpulver.

Abends vor dem Zubettgehen 1 Pulver auf die Zunge zu schütten und mit einem Schluck Wasser hinabzuspülen.
(Eulenburger).

Rp. Hedonal 6,0

Spirit. vin. dilut. —

Syr. cinnamomi aa 30,0

Öl. carvi aeth. gtt. II

Dos. 1 Esslöffel (= 1,5 Hedonal) zu nehmen.

(Schüller).

Die bis jetzt vorliegenden Publikationen seien im folgenden auszugsweise wiedergegeben:

Aus der Klinik von Prof. Mendel in Berlin. — Dr. Schuster (Dtsch. Med. Wochenschr. 1900, No. 23) hat das Hedonal an 38 Patienten im ganzen 91 mal erprobt. Da die Einzelgabe von 1 g. nicht selten im Stich liess, wurde zumeist als Dosis 2 g. gewählt. Aus Zweckmässigkeitsgründen wurde Hedonal nicht in Lösung, sondern in Pulverform den Patienten gereicht, mit der Anweisung, einen Schluck Wasser zum Nachspülen zu nehmen. Das Mittel wurde bei organischen und funktionellen Nervenkrankheiten in Anwendung gezogen; ferner in 14 Fällen von Hysterie und 11 Fällen von Hypochondrie und Neurasthenie. Die übrigen Fälle beziehen sich auf Agrypnie aus verschiedenen Ursachen. In keinem einzigen Falle traten irgend welche Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Uebelkeit oder Mattigkeit ein, aber auch in keinem einzigen Falle wurde die Diurese in einer Weise gesteigert, dass dadurch eine Unterbrechung des Schlafes eingetreten wäre. Das Einschlafen geschah meist sehr schnell, längstens nach einer halben Stunde, und der Schlaf war zumeist ein „natürlicher und erquickender“ und betrug durchschnittlich 5–7 Stunden nach einer Dosis von 2 g. Einigmal wurde das Mittel in Dosen von 2 g. in Clysmata gegeben und zwar mit sehr promptem Erfolg.

In einem Falle wurde das Hedonal innerhalb 12 Tagen 10 mal à 2,0 g. gereicht, ohne dass am 10. Tage ein Nachlassen des Effektes constatiert worden wäre. Dass es sich bei der schlafmachenden Wirkung des Hedonal nicht allein etwa um einen suggestiven Effekt handelte, ergibt sich aus Versuchen, die Verfasser mit einem indifferenten Controllmittel anstellte.

Nicht angewandt wurde das Hedonal bei Schlaflosigkeit bedingt durch starke Schmerzen oder Erregungszustände, sondern nur bei der einfachen, nicht complicierten Schlaflosigkeit, wie sie im Gefolge von organischen und funktionellen Krankheiten vorkommen.

Prof. Eulenburg (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, No. 23) hat in ca. 50 Fällen das Hedonal bei Nervenkranken zur Anwendung gebracht. Für gewöhnlich erwies sich 1,0 g. als ausreichend, um die Kranken für die ganze Nacht oder wenigstens für die Zeit von 5–7 Stunden in Schlaf zu versetzen. Bei Patienten, die schon durch langen Gebrauch der verschiedensten Schlafmittel verwöhnt waren, wurde $1\frac{1}{2}$ –2 g. gegeben, bisweilen in Combination mit Trional (0,5 Trional und 1,0 g. Hedonal). Das Mittel wurde ausschliesslich in Pulverform verabreicht. Als Geschmackscorrigens diente aromatisches Zimmtwasser mit Zusatz einiger Tropfen Orangenöl. Mit einem Theelöffel voll dieser Flüssigkeit wurde das trockene Pulver von der Zunge heruntergespült. Die meisten Patienten mit leichterem, einfach neurasthenischer Agrypnie waren von dem Schlafmittel wenigstens für einige Zeit befriedigt. Ziemlich refraktär verhielten sich die Kranken mit manischen Exaltationszuständen, sowie auch diejenigen, bei denen die Schlaflosigkeit durch heftige Schmerzen bedingt war. Das Hedonal darf demnach als ein „verbessertes“, resp. verstärktes, d. h. in dreifach kleinerer Dosis wirksames Urethan angesprochen werden, das als schlafbeförderndes Mittel namentlich in leichteren Fällen von neurasthenischer Agrypnie selbst verlässlichen und intensiver wirkenden Hypnoticis gegenüber unter manchen Umständen den Vorzug verdient, zumal es offenbar frei von schädlichen Nebenwirkungen ist.

Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf (Geheimrat Dr. Sander), Therapeutische Monatsh. 1900, No. 7. Dr. Nawratzki und Dr. Arndt haben 600,0 g. Hedonal in 320 Einzelgaben, meist 2–3 g. in Pulverform, an 67 Kranke — 40 Männer und 27 Frauen — verabreicht. Die Patienten erwachten meist, wie aus natürlichem Schlafe, ohne Missbehagen. Unangenehme oder gar bedenkliche Nebenerscheinungen wurden nicht

Als besonders bequeme und billige Ordinationsform empfehlen wir unsere Hedonaltabletten à 0,5 g. und 1,0 g. in „Originalpackung“ zu 10, 25, 50, 100, etc. Stück. — Diese Tabletten zerfallen in Wasser leicht pulverförmig.

beobachtet, insbesondere keine Veränderungen des Pulses, der Respiration und der Temperatur, ebensowenig das Auftreten anormaler Harnbestandteile, selbst nicht bei längerer Anwendung, bis zu 16 Tagen hintereinander. Am besten bewährte das Mittel seine hypnotische Wirkung in den Fällen, wo es sich um Unruhen mässigen Grades handelte, bei Epileptikern, Imbecillen, Melancholischen, auch in etwas stärkeren Gaben (3 g.) bei Manischen. Die besten Erfolge zeigten sich bei Schlaflosigkeit der Potatoren. Hingegen verhielt sich das Hedonal, da ihm keine sedative Wirkung bei stärkeren Erregungszuständen zukommt, bei sehr unruhigen Paralytikern und Halluzinanten, ferner bei Hysterie und Schlaflosigkeit auf semiler Grundlage häufig refraktär.

In der letzten Sitzung der *Société de médecine mentale de Belgique* vom 28. April 1900 hat *Dr. Claus* (*La Belgique Médicale* 1900, Nr. 19) in einer vorläufigen Mitteilung die mit Hedonal bei verschiedenen Kranken im „*Asyle de Mortsel*“ gewonnenen Erfahrungen bekannt gegeben. Das Mittel hat sich ihm bei Geisteskranken auch in Fällen starker Aufregung brauchbar erwiesen. Allein es waren hierfür beträchtliche Gaben (4–5 g. pro dosi) erforderlich, die als trockenes Pulver mit einem Schluck Wasser sich indessen leicht nehmen liessen. Diese Mengen waren ganz unschädlich und hätten wohl noch erheblich überschritten werden können, ohne Nebenwirkungen hervorzurufen. Der Schlaf stellte sich nach einer halben Stunde ein und hielt 7–8 Stunden an.

In der Diskussion über diesen Gegenstand teilte auch *Dr. Crocq* die bei seinen ersten Versuchen im „*Asyle d'Uccle*“ erhaltenen Resultate mit. Er hat bisher die Dosis von 1–2 g. nicht überschritten und kann nur bestätigen, dass das Hedonal in den angegebenen Gaben bei nervöser Schlaflosigkeit vorzüglich wirkt, weniger bei Aufregungszuständen, bei denen es dem Trional nachzustehen schien.

Ausserdem liegen noch Publikationen über Hedonal vor:

- aus der k. k. II. psychiatr. Universitätsklinik (Prof. Dr. **Freih. v. Krafft-Ebing**) Wien von **Dr. A. Schüller**;
- aus der Rhein. Prov. Heil- u. Pflegeanstalt **Merzig** a. d. Saar (Dr. **A. Gottlob**) von **Dr. Neu**;
- aus der Rhein. Prov. Heil- u. Pflegeanstalt **Grafenberg** b. Düsseldorf (Sanitäts-Rat **Dr. J. Peretti**) von **Dr. Ennen**;
- aus der psychiatr. Abteilung des Ospedale Civico in Triest (Prim. **Dr. Canestrini**) von **Dr. E. Menz**;
- aus der I. medicin. Klinik der Universität **Budapest** (Prof. **Frh. v. Korányi**) von **Dr. H. Benedict**;
- aus der Privatheilanstalt für Nerven- und Gemütskranke (Prof. **Dr. Obersteiner**) **Döbling** b. **Wien** von **Dr. O. Lenz**;
- aus der Prov. Heil- u. Pflege-Anstalt in **Bonn** von **Dr. R. Förster**;
- aus dem Hospice **Guislain** in **Gent** von **Dr. L. De Moor**.
- aus der k. k. psychiatr. Universitätsklinik (Prof. **Dr. v. Wagner**) Wien von **Dr. E. Raimann**.

**Ausführliche Litteratur, sowie Proben stehen den Herren
Aerzten gratis zur Verfügung.**

verlaufen, welche die willkürlichen Muskelcontractionen in einer bestimmten Weise beeinflussen. Obwohl aber die Thatsache, daß in den hinteren Wurzeln auch centrifugal leitende, vasodilatatorische Fasern verlaufen, die ursprüngliche Größe der Paradoxie milderte, so hat dennoch meine Lehre weder bei den Physiologen, noch natürlich bei deren Vasallen, den Pathologen, Eingang gefunden.

Aber gerade die Thatsachen der Ataxie erzeugten in mir immer mehr und mehr die Ueberzeugung, daß die Lehre von der einseitigen Leitungsfähigkeit der Nerven falsch sei, und auf dem Congresse von Moskau (1897) konnte ich endlich den Satz formuliren, daß wir nicht nur unzweifelhafte Erscheinungen der doppelsinnigen Leitung in den Commissurfasern des Gehirnes kennen, sondern daß es überhaupt biomechanisch widersinnig sei, anzunehmen, daß den vollendetsten telegraphischen Leitungsapparaten in der Natur — den Nerven — die Eigenschaft fehle, nach beiden Richtungen zu leiten.

Dieser Lehre von der doppelsinnigen Leitung der Nerven wurde von Niemandem widersprochen, doch widerstrebt es der heutigen Generation von Physiologen und Pathologen, diesen grundlegenden Gedanken in ihre Berechnungen aufzunehmen. Es ist ein großes Vermächtniß für das XX. Jahrhundert, nicht bloß für die Neurophysiologie und die Neuro-pathologie, sondern auch für die Lösung aller Fragen der Lehre der Absonderung, der Ernährung und des Wachstums.

Es ist wohl eine schmerzliche Empfindung für die Männer des Laboratoriums, daß dieser fundamentale Satz aus der Krankenstube hervorging, und es ist möglich, daß die jetzige Generation darüber weiterhin hinweggeht; seine tief einschneidende Bedeutung sichert ihm eine baldige Zukunft. Er benöthigt vielleicht noch einen zweiten Vater, der das Zeugungsrecht für sich usurpirt.

Wien, am Neujahrstage 1901.

Ueber Phosphorleberthran.

Von **Professor Dr. Max Kassowitz.**

(Schluß.)

Nach dieser Abschweifung kehre ich wieder zum Phosphorleberthran zurück, und zwar zu der neuesten Bemängelung desselben durch ZWEIFEL, welcher in seiner Arbeit über „Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Rachitis“ behauptet, daß der Phosphorleberthran überhaupt keinen Phosphor enthält, weil dieser schon nach 1—2 Tagen nicht mehr als solcher nachzuweisen sei. Wir haben also bis jetzt von Seite der Gegner des Phosphorleberthrans schon drei verschiedene, einander direct widersprechende Behauptungen, nämlich die von RAUDNITZ, daß der Phosphor nach 2 bis 3 Tagen als weißes Pulver am Boden liegt, dann die von MONTI, welcher ihn im Verlaufe von 8—10 Tagen bis auf geringe Spuren nach außen entweichen läßt, und endlich die von ZWEIFEL, welcher gleich von vornherein keine Spur von Phosphor zu finden behauptet. Derselbe Körper kann sich aber unmöglich in demselben Vehikel zu Boden schlagen, allmählig durch den Flaschenhals entweichen und sich, wie ZWEIFEL behauptet, gleich von vornherein in Oxydationsproducte verwandeln.⁹⁾ Ist eine dieser Behauptungen richtig, dann sind die beiden anderen ganz sicher falsch. Nun wissen wir aber bereits, daß alle drei Behauptungen durch die Leuchtproben und durch die quantitative Analyse widerlegt sind, und ich werde sofort in der Lage sein, Ihnen weitere stringente Beweise für die absolute Unrichtigkeit dieser

⁹⁾ Trotzdem ist ZWEIFEL mit MONTI ganz zufrieden, obwohl er zugeben muß, daß dieser Autor etwas ganz anderes behauptet als er selbst. „Gleichviel, in dem einen, wie in dem anderen Falle ist halt kein Phosphor da.“ Das gemüthliche „halt“ ist offenbar auf den Wiener Ursprung der Phosphortherapie gemünzt.

Behauptungen zu liefern. Es kann uns also höchstens noch interessiren, auf welchem Wege der neueste Gegner des Phosphorleberthrans zu seiner falschen Behauptung gelangt ist, und es ist in der That von nicht geringem psychologischen Interesse, ihn auf seinem Irrwege zu begleiten.

ZWEIFEL geht von der irrthümlichen und leicht zu widerlegenden Annahme aus, daß die Rachitis auf einer mangelhaften Zufuhr von Kalksalzen zu den Knochen beruht. Es ist zwar von mir und anderen häufig genug darauf hingewiesen worden, daß eine vollkommen ausgeprägte Rachitis gar nicht selten bei normal verdauenden und blühend aussehenden Brustkindern beobachtet wird⁷⁾, während man andererseits gerade bei den jammervollsten Gestalten der durch chronische Dyspepsie atrophisch gewordenen Kinder sehr oft harte Knochen und ideal verknöcherte Schädel ohne eine Spur von Rachitis findet. Ebenso habe ich nachgewiesen und ist seitdem von allen Seiten bestätigt worden, daß die Häufigkeit und Schwere der Rachitis alljährlich im Laufe des Winters zunimmt und im März oder April ihren Höhepunkt erreicht, also zu einer Zeit, wo die Darmkatarrhe der Kinder viel seltener auftreten, während im Hochsommer, wo die letzteren geradezu epidemisch aufzutreten pflegen, die Rachitis in auffallender Weise abnimmt und im Herbst ihren tiefsten Stand erreicht, obwohl sie jetzt der Kalktheorie zufolge als Nachwirkung der Sommerdiarrhöen am häufigsten anzutreffen sein sollte. Alles dies konnte ZWEIFEL nicht unbekannt geblieben sein, weil es in meiner „Pathogenese der Rachitis“, die er in seinem Literaturverzeichnisse citirt, in ausführlicher Weise behandelt ist, und doch hat er es in seinem Buche vollständig ignorirt, um seiner Theorie keine Verlegenheiten zu bereiten. Eine gleiche Verlegenheit erwuchs ihm aber auch aus der Phosphortherapie, von welcher er selbst sagen muß, daß sie „in hohem Ansehen steht und fast von allen Kinderärzten angenommen wurde“. Denn wie soll eine Dosis von einem halben Milligramm Phosphor den Mangel an Kalksalzen in der Nahrung aufheben oder eine Verdauungsstörung, welche die Resorption der Kalksalze verhindert, wieder beseitigen. Da gab es nur ein: „Entweder oder.“ Entweder mußte ZWEIFEL seine Rachistheorie wieder aufgeben oder die Phosphortherapie mußte beseitigt werden; und nach dem berühmten Dictum von Nestroy: „Wenn einer von uns beiden sterben muß, dann, Freund, sei du es“, entschloß sich ZWEIFEL kurzweg zu der zweiten Alternative, und dabei ging er in folgender Weise vor.

Zunächst mußte der Begriff „Phosphorleberthran“ eine kleine Ummodellung erfahren. Der Phosphorleberthran, der nach meiner Angabe in der Praxis verwendet wird, enthält 1 Ctrgm. Phosphor auf 100 Grm. Leberthran, und er gibt, wie ich mich erst vor Kurzem selbst überzeugt habe, ein prachtvolles, durch mehrere Minuten anhaltendes Leuchten. Auch ZWEIFEL gibt ausdrücklich an, daß er bei der Destillation von einem Centigramm Phosphor in Mandelölemulsion jedesmal die Reaction auf Phosphor erhielt (pag. 103), und bei den Lösungen von einem und einem halben Centigramm, welche er sehr häufig untersuchte, bekam er sogar meistens eine „sehr starke“ oder eine „prachtvolle“ oder eine „prachtvolle, anhaltende und sehr starke“ Reaction. Einmal bekam er aber die Reaction sogar doppelt, indem er nach Beendigung der ersten Reaction durch bloßes Erhitzen

⁷⁾ Die nicht seltene Beobachtung, daß deutlich rachitische Kinder mit weichem Hinterhaupt, stark vergrößerter Stirnfontanelle, Rosenkranz etc. ein normales oder selbst übernormales Körpergewicht zeigen, spricht auch aus dem Grunde gegen jede nutritive Kalktheorie, weil alle Gewebe ohne Ausnahme reichlich Calcium enthalten und diesen Stoff bei ihrem Aufbau und ihrem Wachsthum absolut nicht entbehren können. Außerdem hat BRAUBACHER bei C. VOIT nachgewiesen, daß nur die Knochen der rachitischen Kinder, niemals aber die anderen Organe eine Verminderung ihres Kalkgehaltes nachweisen lassen („Zeitschr. f. Biol.“, IX. Bd.). Von diesem sehr wichtigen Nachweise, der die ganze Deduction ZWEIFEL's ad absurdum führt, hat aber dieser letztere keine Notiz genommen, obwohl er sonst in der Literatur über den Kalk sehr gut zu Hause ist.

von 1%iger Schwefelsäure aus den Resten des in dem Kühler zurückgebliebenen Phosphors noch einmal ein Leuchten erzielte. Da also mit dem eigentlichen Phosphorleberthran nichts anzufangen war, mußte ein anderer gefügigerer herbeigeschafft werden, und dazu boten jene Experimente die Handhabe, die ich seinerzeit zur Controle der WEGNER'schen Versuche angestellt hatte. Damals gab ich den Kaninchen genau nach WEGNER täglich eine Pille mit einem und einem halben Decimilligramm Phosphor (0.00015) und erzielte damit jene merkwürdigen Veränderungen an den wachsenden Röhrenknochen, jene Umwandlung der spongiösen Substanz in eine Compacta, welche die Basis meiner Rachitistherapie bildete. Obwohl nun ZWEIFEL meine verschiedenen Receptformeln mit einem Centigramm Phosphor reproducirt und außerdem (pag. 162) ausdrücklich sagt, daß die Kinder täglich ein halbes Milligramm Phosphor in einem Kaffeelöffel der Mixtur erhalten, überträgt er doch die Dosis von einem und einem halben Decimilligramm, die er selbst als die „Experimentirdosis“ — notabene für das Kaninchen! — bezeichnet, mit einer kühnen Wendung auf den für die Behandlung rachitischer Kinder bestimmten Phosphorleberthran, und zwar mit folgenden Worten:

„Um in der Erörterung leichter eine glatte Verständigung zu erzielen, wählte ich die kleinste in Betracht kommende Dosis, nämlich die Experimentirdosis von 0.00015 Grm. Phosphor, weil ich danach leichter durch Angabe des Factors der Multiplication genau sagen kann, wie viel ich zu den Destillationen verwendete“ (pag. 162).

Die für die Kaninchen bestimmte Experimentirdosis multiplicirte nun ZWEIFEL — aus Gründen, die mir vollständig räthselhaft geblieben sind — mit zehn, die aus dieser Multiplication resultirende Menge von einem und einem halben Milligramm löste er dann statt des von mir verordneten Centigramm in 100 Grm. Leberthran, oder, richtiger gesagt, er verschrieb ein Recept mit dieser Dosis, schickte es in verschiedene Apotheken, kümmerte sich gar nicht darum, wie sich der Apotheker mit der ihm gestellten, in der Praxis niemals vorkommenden Aufgabe abgefunden hat —, denn es ist gewiß noch Niemandem eingefallen, ein und ein halbes Milligramm, also die Dosis für drei Tage, in 100 Grm. Leberthran, welche nach meiner Verordnung für zwanzig Tage bestimmt sind, auflösen zu lassen —, dieses fast homöopathische Medicament wurde unter dem Titel „Phosphorleberthran“ der Leuchtprobe unterworfen, und da diese nur einigemal positiv, meist aber negativ ausgefallen ist, wurde feierlich der Stab über den Phosphorleberthran gebrochen, es wurde triumphirend verkündet: „Der Phosphorleberthran enthält keinen Phosphor“, alle „berühmten Aerzte“, welche mit Phosphor glänzende Heilungen bei Rachitis und Osteomalacie erzielt zu haben glaubten, hatten sich gründlich getäuscht, und — was offenbar die Hauptsache war — die Kalktheorie von ZWEIFEL war von der unbequemen Phosphorwirkung bei der Rachitis befreit.

Damit Sie aber nicht etwa glauben, daß ich übertreibe, will ich Ihnen den Triumphgesang ZWEIFEL's ad verbum citiren:

„Wenn man die überzeugten, lobsprudelnden Zustimmungen von einer so großen Zahl von berühmten Aerzten liest, so machen sich sehr gemischte Gefühle geltend. Eines Einwandes habe ich mich seit Langem und mit größtmöglicher Gewissenhaftigkeit erwehrt: ob ich mich nicht am Ende selbst in einer großen Täuschung bewege? Diesem bin ich begegnet durch die Phosphordestillationen, die ich innerhalb von 2 $\frac{1}{2}$ Jahren aufnahm, und bei denen ich immer aus anderen Apotheken und in anderen Verschreibungen den Phosphor mir verschaffte. Gegen den Einwand einer Selbsttäuschung meinerseits muß ich denn doch den Anspruch erheben, daß die von mir gebrachten Thatsachen von ganz anderer Beweiskraft sind, als alle klinischen Beobachtungen der von KASSOWITZ erwähnten Aerzte zusammengenommen. Für die Entscheidung einer wissenschaftlichen Thatsache gibt nicht die

Majorität den Ausschlag, sondern die Methode, bei welcher mehr Mathematik enthalten ist“ (pag. 163).

Daß aber in einer Methode auch zu viel Mathematik enthalten sein kann, dafür hat ZWEIFEL durch seine Berechnungen und Multiplicationen den vollen Beweis erbracht. Durch dieses Zuviel von Mathematik ist es ihm thatsächlich gelungen, in die einfachste Sache der Welt eine heillose Verwirrung hineinzutragen. War doch vor Kurzem in einem Referate über sein Buch wörtlich zu lesen, daß ZWEIFEL im Phosphorleberthran keine Spur von Phosphor nachweisen konnte, „auch wenn die zehnfache Dosis von Phosphor verschrieben war, als die von KASSOWITZ empfohlene“. Die zehnfache Dosis der von mir angegebenen betrüge aber 10 Ctgrm., während der „Phosphorleberthran“, mit dem ZWEIFEL öfter keine Leuchtprobe bekommen konnte, nur ein und ein halbes Milligramm, also ungefähr den siebzigsten Theil von 10 Ctgrm. enthielt. Das ist, wie Sie mir zugeben werden, immerhin ein kleiner Unterschied. Und doch ist der Referent, dem dieser Lapsus widerfahren ist, eigentlich zu entschuldigen, weil es wirklich eine Aufgabe ist, sich in den Ziffern und Decimalstellen von ZWEIFEL zurechtzufinden. Er weiß z. B. ganz gut, daß die Kinder ein halbes Milligramm in einer Dosis und pro die bekommen sollen (pag. 162), und doch bezeichnet er wieder (pag. 26) 0.00015, d. i. ein und ein halbes Zehntel Milligramm, als diejenige Dosis, „welche rachitische Kinder per os bekommen sollen“, und wundert sich, daß eine solche kleine Dosis aus dem Magen des Kindes in seine Circulation gelangen kann.⁵⁾ Er verwechselt also die Experimentirdosis für das Kaninchen mit der therapeutischen Dosis für das rachitische Kind, oder, mathematisch gesprochen, ein halbes Milligramm mit einem und einem halben Decimilligramm. Wenn aber der Autor selbst sich in seinen eigenen Ziffern nicht auskennt, dann ist es auch dem Referenten nicht zu verübeln, wenn er sich in denselben nicht zurechtfinden konnte.

Dabei ist es interessant, zu beobachten, wie dieser Autor, der die Methode mit viel Mathematik für sich allein in Anspruch zu nehmen scheint, der wahren Mathematik in der Chemie, nämlich der quantitativen Bestimmung mit Hilfe der Wage, consequent aus dem Wege geht. Er spricht oder schreibt fortwährend von Milligrammen, Zehntelmilligrammen und halben Zehntelmilligrammen, die in den Lösungen enthalten sind, aber diese minimalen Phosphormengen selbst abzuwägen oder in seiner Gegenwart abwägen zu lassen, daran hat der Besitzer der mathematischen Methode offenbar niemals gedacht. Seine ganze Mathematik bestand eben darin, daß er in seinen Recepten so und so viele Nullen nach dem Decimalpunkte hinsetzte, und es ist ihm offenbar niemals in den Sinn gekommen, daß mit jeder dieser Nullen auch die Schwierigkeit wächst, diese minimalen Mengen eines an der Luft sich entzündenden Körpers genau zu wägen.

In den „Additamenta“ zu der 7. Auflage der österreichischen Pharmacopoe vom Jahre 1900 heißt es bei den Vorschriften zur Bereitung des officinellen Phosphoröls:

„Da es unmöglich ist, ein Decigramm Phosphor genau abzuwägen, so wird man vortheilhaft folgenden Weg zur Bereitung des Phosphoröls einschlagen.“

ZWEIFEL verschreibt aber ganz gemächlich den 70. Theil jenes Quantums, von dem der Chemiker sagt, daß es unmöglich sei, ihn genau abzuwägen, kümmert sich nicht

⁵⁾ Daß übrigens eine so kleine Dosis wirklich, ohne oxydirt zu werden, aus dem Magen herauskommen kann, das hat WEGNER durch seine Versuche, welche ich in meinen Controlversuchen vollkommen bestätigen konnte, auf das unwiderleglichste bewiesen. Denn jene nicht nur mikroskopisch, sondern auch mit freiem Auge sichtbaren Veränderungen, welche die während der Phosphorfütterung apponirten Knochen theile erfahren, können, wie WEGNER nachgewiesen hat, nur durch den giftigen Phosphor, nicht aber durch seine Oxydationsproducte hervorgerufen werden. Außerdem hat aber WEGNER angegeben, daß die Knochenveränderung auch an den Knochen von Föten trächtiger Kaninchen nachweisbar ist, zu denen er also in nicht oxydirtem Zustande durch die Placenta gelangt sein mußte.

darum, ob der Apotheker das ihm aufgetragene pharmaceutische Kunststück wirklich versucht, oder ob er ein bereits vorhandenes Phosphoröl dazu benützt, fragt nicht, wie stark dieses Oel war, wie lange und an welchem Orte es aufbewahrt war, und auch die gewiß sehr auffällige Thatsache, daß er einigemale die Leuchtreaction bekommt und die anderen Male bei derselben Verschreibung nicht bekommt, und daß sie einigemale selbst bei der zehnfach stärkeren Dosis ausgeblieben und bei der zehnfach schwächeren Dosis eingetreten ist, alles das hat ihn nicht im mindesten stutzig gemacht und ihn nicht dazu gebracht, sich auch nur ein einzigesmal davon zu überzeugen, ob die verlangte Dosis auch wirklich in die Lösung gekommen ist.

Eine andere Methode, die Mathematik in dieser Frage wirklich zum Worte kommen zu lassen, hätte darin bestanden, sich durch die quantitative Bestimmung des Phosphors davon zu überzeugen, ob und wie viel von diesem Körper in dem „Phosphorleberthran“ enthalten war. Aber auch dies wurde ausdrücklich abgelehnt, und zwar mit folgenden Worten:

„Quantitative Bestimmungen des im verschriebenen Phosphorleberthran noch zurückbleibenden Phosphors durch Bestimmungen der destillirten phosphorigen Säure wollen wir Anderen überlassen.“⁹⁾

Nun, meine Herren, Sie wissen, daß wir von dieser Erlaubniß schon anticipando Gebrauch gemacht haben, und daß die analytische Wage entschieden gegen die mathematische Methode von ZWEIFEL ausgesagt hat.

Zu dieser mathematischen Methode scheint es überhaupt zu gehören, daß ZWEIFEL jeder Controle ostentativ aus dem Wege geht, obwohl er es für seine Losung ausgibt, „so viel als möglich jede Aeußerung zu beweisen“. Getreu dieser Losung schreibt er denn auch:

„Ebensowenig hatte ich es nöthig, von der SCHERER'schen Probe Gebrauch zu machen.“

Diese Probe besteht darin, daß man in ein ERLENMEYER'sches Kölbchen, welches die zu prüfende Flüssigkeit enthält, oben zwei Streifen Filtrirpapier aufhängt, von denen das eine in Silberlösung, das andere in Bleiacetat getaucht ist, worauf man die zu prüfende Flüssigkeit erhitzt. Ist Phosphor vorhanden, so wird durch die aufsteigenden Dämpfe das Silber reducirt und der Silberstreifen gebräunt, wogegen der andere Streifen weiß bleibt, zum Beweis, daß die Bräunung nicht durch Schwefeldämpfe hervor gebracht wurde.

Es ist nun gewiß in hohem Maße bezeichnend, daß jemand, der im Begriffe steht, auf Grund von einigen chemischen Versuchen, die ein widerspruchsvolles und zweifelhaftes Resultat ergeben haben, eine seit 15 Jahren in allgemeinem Gebrauche stehende und „von den berühmtesten Aerzten“ als überaus wirksam gerühmte Therapie zu stürzen oder wenigstens zu discreditiren, es nicht der Mühe werth gefunden hat, eine so einfache und leicht auszuführende Probe zur Controle seiner früheren widerspruchsvollen Resultate heranzuziehen. Ueberdies war es Herrn ZWEIFEL wohl bekannt, daß die auf meine Veranlassung von bewährten Chemikern vorgenommenen Leuchtproben im Gegensatz zu seinen Versuchen in allen Fällen und auch nach Monaten ein positives Resultat gehabt haben. denn mein Aufsatz „Phosphor bei Rachitis“, in welchem ich mich auf die Proben von KÖBLER und MAUTHNER berufen habe, ist in ZWEIFEL's Buche citirt. Wenn nichts anderes, so hätte doch dieser Umstand ihn dazu bewegen sollen, jede Gelegenheit zu einem Controlversuch mit Begierde zu ergreifen. Aber ZWEIFEL

⁹⁾ Während ZWEIFEL es für ausgemacht zu halten scheint, daß der Phosphor als phosphorige Säure überdestillirt, finde ich in dem offenbar sehr vollständigen und erschöpfenden Handbuch der anorganischen Chemie von O. DAMMER bei der Aufzählung der verschiedenen Bildungsarten der phosphorigen Säure (2. Bd., pag. 110) nicht ein Wort davon, daß dieselbe bei der Destillation des Phosphors gebildet wird. Da übrigens jeder Phosphor durch Destillation gewonnen wird, so ist es klar, daß der Phosphor als solcher überdestilliren muß.

kennt diese Probe, citirt sie und hält es trotz ihrer leichten Ausführbarkeit doch nicht für nöthig, von derselben Gebrauch zu machen.

Obwohl ich nun nach den mehrfachen, stets positiv ausgefallenen Leuchtproben und nach dem Ergebnisse der quantitativen Bestimmung viel eher berechtigt gewesen wäre, zu sagen, daß ich eine neuerliche Probe nicht mehr nöthig habe, zögerte ich doch keinen Augenblick, auch diese Probe in Anwendung zu ziehen, und dabei hat sich etwas höchst Interessantes herausgestellt.

Wurde in dem Kolben der gewöhnliche Phosphorleberthran (0.01 auf 100) erhitzt, so bräunte sich der mit Silbernitrat befeuchtete Streifen, während der Bleiessigstreifen unverändert blieb. Auch bei der Verwendung der zehnfach schwächeren Lösung von einem Milligramm auf 100 ergab sich eine deutliche, wenn auch schwächere Bräunung. Wir hätten also sicherlich, wenigstens formell, das Recht gehabt, auf Grund dieser Beobachtung zu sagen, daß die Probe in unserem Sinne ausgefallen ist, umsomehr, als JAKSCH in seinem Lehrbuch der Vergiftungen (in NOTHNAGEL's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie) behauptet, daß er mit der SCHERER'schen Probe wiederholt selbst in solchen Fällen ein positives Resultat gehabt habe, wo die Leuchtprobe versagt hatte. Zum Glück waren wir aber doch so vorsichtig, uns früher davon zu überzeugen, ob der Leberthran, dem kein Phosphor zugesetzt war, nicht ebenfalls eine Bräunung des Silberstreifens bewirkt, und diese Vorsicht hat sich nicht als überflüssig erwiesen. Sowohl Leberthran, als Lipanin geben nämlich ohne Zusatz von Phosphor eine Bräunung des Silbernitratstreifens, wenn auch etwas weniger stark als Phosphorleberthran, während diese Bräunung bei Mandelöl und Olivenöl ohne Phosphor vollständig ausbleibt. Was diese Verfärbung bewirkt, vermag ich allerdings nicht anzugeben, weil die Chemiker, die ich befragte, darüber selbst noch nicht im Reinen sind. Wahrscheinlich handelt es sich um Zersetzungsproducte der Fettsäuren (Aldehyde?), welche durch das Erhitzen entstehen und die Reduction des Silbers bewirken. Jedenfalls ist aber diese Probe nicht nur für unseren Fall unbrauchbar, sondern die von uns gemachte Erfahrung mahnt auch zur Vorsicht bei der Verwendung dieser Probe zu gerichtlichen Zwecken, weil sich gezeigt hat, daß die Reduction des Silbers auch bei Abwesenheit von Phosphor vor sich gehen kann.

Dennoch hat mir der Versuch mit der SCHERER'schen Probe insofern ein positives Resultat eingetragen, als ich nunmehr in den Besitz einer Reaction gelangt bin, welche auch den strengsten Anforderungen vollständig entspricht.

Unter den Chemikern, welche ich wegen der räthselhaften Bräunung des Silbernitratstreifens bei der Erhitzung von reinem Leberthran consultirte, war auch Herr GLÜCKSMANN, Director des Laboratoriums des österreichischen Apothekervereines. Dieser gewiegte Fachmann interessirte sich für diese Angelegenheit und war schon nach wenigen Tagen in der Lage, mir eine Phosphorprobe für phosphorhaltige Oele zu demonstrieren, die ich wegen ihrer überraschenden Einfachheit als das Ei des Columbus bezeichnen möchte.

Es handelte sich ihm darum, die Reaction mit Silbernitrat ohne Erhitzung des Oeles zu erzielen. Würde man aber die wässrige Lösung des salpetersauren Silbers direct dem Oele zusetzen, so würde sich eine Emulsion bilden, in der die durch die Reduction zu Phosphorsilber entstehende Färbung wenigstens in ihren feineren Nuancen nicht erkennbar wäre. Wenn man aber ein Lösungsmittel hätte, welches einerseits das Oel und andererseits die wässrige Silbernitratlösung ohne Trübung aufnahm, so müßte nicht nur die Verfärbung durch die eintretende Reaction deutlich sichtbar werden, sondern man könnte sogar bei dem Vergleich zweier Lösungen aus der stärkeren oder schwächeren Bräunung einen

Schluß ziehen auf die relative Menge des vorhandenen Phosphors.

Ein solches Lösungsmittel ist das Aceton. Löst man ein Volum von reinem Leberthran (ohne Phosphor) in neun Volumtheilen Aceton, so bekommt man eine vollkommen klare Lösung, und wenn man andererseits einem Cubikcentimeter Aceton einen Tropfen wässriger Silbernitratlösung zusetzt, so bleibt es ebenfalls klar und durchsichtig. Verbindet man nun diese beiden Flüssigkeiten mit einander, so erhält man eine klare Mischung ohne jede Spur einer Verfärbung. Nimmt man aber statt des reinen Leberthrans Phosphorleberthran von der üblichen Zusammensetzung (0.01 auf 100) und behandelt eine ganz geringe Menge davon, z. B. zwei Cubikcentimeter, in der oben angegebenen Weise, so bekommt man beim Zusatz der Acetonsilberlösung zu dem mit Aceton neunfach verdünnten Phosphorleberthran eine starke Trübung und beim Schütteln eine dunkelkaffeebraune Verfärbung der sich wieder klärenden Flüssigkeit, aus der sich später das Phosphorsilber als schwarzer Niederschlag absetzt. Auf diese Weise ist nun jeder Praktiker, der sich von der richtigen Bereitung eines von ihm verschriebenen Phosphoröls überzeugen will, sofort mit Benützung einer ganz kleinen Probe des Oels in der Lage, seine Neugier zu befriedigen, während er bisher nur die Wahl hatte, entweder das Medicament auf Treu und Glauben anzunehmen, oder unter Opferung der ganzen Flasche zu der immerhin umständlichen und nur in einem Laboratorium ausführbaren Leuchtprobe zu greifen.

Unsere neue Reaction ist aber so empfindlich, daß sie sich auch bei einer zehnfach schwächeren Lösung, also von einem Milligramm Phosphor in 100 Grm. Leberthran, in der markantesten Weise präsentirt, indem die Flüssigkeit nach Zusatz der Acetonsilberlösung eine gelbe Färbung annimmt. Dasselbe ist auch der Fall, wenn man die obige Lösung noch mit gleichen Theilen Leberthran versetzt, indem man auch hier noch eine deutliche Gelbfärbung im Vergleiche mit der Controlflüssigkeit erzielt. Da im letzteren Falle nur ein Cubikcentimeter Oel, also nur der hundertste Theil der ein Milligramm Phosphor enthaltenden Flasche nöthig ist, so ist die Probe imstande, ein Hunderttausendstel Milligramm Phosphor nachzuweisen. Selbstverständlich habe ich auch mit der schwächeren ZWEIFEL'schen Phosphorlösung, welche ein und ein halbes Milligramm Phosphor auf 100 enthält, die schönste Farbenreaction erzielt.

Nachdem ich mich nun bei den verschiedensten Phosphorlösungen (auch in Mandelöl und Lipanin) von dem regelmäßigen Auftreten der Reaction überzeugt hatte, erinnerte ich mich, daß ich auch gelegentlich der RAUDNITZ'schen Episode eine ganze Reihe der verschiedensten Phosphorlösungen in Leberthran, Oliven- und Mandelöl hatte anfertigen lassen, um an ihnen nach Monaten und Jahren das Fehlen des von RAUDNITZ geschilderten Niederschlages zu demonstrieren. Diese Flaschen, acht an der Zahl, fanden sich auch thatsächlich vor, sie tragen auf ihrer Etiquette die bezügliche Verschreibung, das Datum der Ausfertigung (27. October, 26. November und 11. December 1886) und außerdem die vorschriftsmäßige Unterschrift des Expedienten. Die Flüssigkeit war in allen Flaschen klar und äußerlich unverändert und unterschied sich von den jetzigen nur durch die etwas dunklere Färbung des Leberthrans, welche aber darauf zurückzuführen ist, daß damals keine lichtgelbe, sondern eine madeirafarbene Sorte verwendet wurde.¹⁰⁾ Natürlich beileite ich mich, unsere neue Reaction bei diesen netto 14 Jahre alten Phosphorölen und Phosphorleberthranen in Anwendung zu ziehen, und siehe da — die Reaction ergab genau dieselbe Färbung und später dasselbe schwarze Sediment von Phosphorsilber, wie die vor wenigen Tagen

¹⁰⁾ Diese Thatsache findet sich ausdrücklich vermerkt in meinem Aufsatz „Zur Theorie und Behandlung der Rachitis“ (im ersten Heft der von mir herausgegebenen Beiträge zur Kinderheilkunde, 1890).

angefertigten Phosphoröle derselben Concentration.¹¹⁾

Nach alledem wird Professor ZWEIFEL vielleicht selbst einsehen, daß er nicht wohl daran gethan hat, sich mit einigen einander widersprechenden Leuchtreactionen zufrieden zu geben, und sich statt der unbedingt gebotenen Controluntersuchungen lieber in gänzlich unhaltbare Hypothesen über die Ursache seiner mißglückten Reactionen einzuspinnen.

Er nimmt nämlich an, daß das Leuchten in einem Theile seiner Versuche deshalb ausgeblieben ist, weil die im Leberthran enthaltenen Fettsäuren den Phosphor in die ungiftige und nicht leuchtende phosphorige Säure verwandeln. Aber den Beweis dafür, daß etwas Aehnliches geschieht oder auch nur möglich ist, habe ich bei ZWEIFEL vergeblich gesucht. Es ist ihm dabei offenbar wieder eine kleine Verwechslung passiert. Weil nämlich unter jenen Stoffen, welche das Leuchten verhindern, neben Alkohol, Aether und Terpentinöl, die hier nicht in Betracht kommen, auch Fette und Fettsäuren genannt werden, folgert er daraus nicht etwa, wie die anderen, daß das Ausbleiben des Leuchtens in Gegenwart solcher Stoffe noch nicht das Fehlen des Phosphors in dem erhitzten Substrate beweist, weil die beim Erhitzen entstehenden Zersetzungsproducte das Leuchten verhindern können, sondern er schließt daraus das Umgekehrte, nämlich daß in dem Leberthran überhaupt kein Phosphor enthalten ist, weil dieser durch die bloße Gegenwart der Fettsäuren als solcher beseitigt wird. Für ihn ist es also einerlei, ob das Oel inclusive Fettsäuren und Phosphor behufs Destillirung des letzteren auf 280° erhitzt wird, oder ob Oel, Fettsäuren und Phosphor friedlich nebeneinander bei Zimmertemperatur belassen werden. Man sollte doch glauben, daß, bevor jemand sich dazu entschließt, eine solche vollkommen neue Behauptung aufzustellen, er wenigstens einen darauf bezüglichen Versuch anstellen wird. Aber daran hat ZWEIFEL offenbar gar nicht gedacht. Er stellt einfach die Behauptung auf, und damit hat es sein Bewenden.¹²⁾ Aber selbst aus seinen Leuchtversuchen hätte er schon die Unhaltbarkeit seiner Behauptung ableiten können. Er hat ja doch bei seinen Phosphorleberthranen, selbst wenn sie nur ein Siebentel der vorgeschriebenen Phosphordosis enthalten sollten, das Leuchten gesehen, obwohl doch jeder Leberthran Fettsäuren enthält; und andererseits ist ihm auch das Leuchten bei einer Verschreibung mit Olivenöl ausgeblieben (4. Versuch), obwohl das reine Olivenöl, wie es

¹¹⁾ Ich habe Herrn Hofrath ERNST LUDWIG, Vorstand des Laboratoriums für medicinische Chemie, gebeten, einige dieser Proben zu wiederholen. Er machte sie zuerst an reinem Leberthran mit negativem, dann an einer Flasche diesjährigen Phosphorleberthran und endlich an einer Flasche Phosphorleberthran, Jahrgang 1886, in beiden letzteren Fällen mit dem gleichen positiven Erfolg. Sein Urtheil lautete dahin, daß weder an der Verlässlichkeit der Methode, noch an dem Resultate gezweifelt werden könne. Er fügte hinzu, daß dies von vornherein nicht anders zu erwarten war, und erzählte einen Fall aus seiner Praxis als Gerichtschemiker, wo in dem Mageninhalt eines nach sechs Wochen exhumirten Kindes Phosphor durch die Leuchtreaction nachgewiesen werden konnte.

¹²⁾ Ich habe früher erwähnt, daß ich auch bei einer Lösung von Phosphor in Lipanin mit der GLÜCKSMANN'schen Probe ein positives Resultat bekommen habe, und auch nach zwei Wochen war die Reaction eine unverändert starke. Da aber Lipanin nichts anderes ist als Olivenöl mit einem Zusatz von 6% Fettsäuren, so ist damit der Beweis geliefert, daß der Phosphor auch in Gegenwart einer so großen Menge von Fettsäuren, wie er im Leberthran ganz ausgeschlossen ist, keine Verminderung erfährt. Es könnte aber vielleicht eingewendet werden, daß auch die phosphorige Säure das Silber reducirt, und daß daher dennoch der Phosphor ganz oder theilweise oxydirt worden sein kann. Um auch diesem Einwande zu begegnen, wurde die Phosphorlipaninlösung mit der doppelten Menge Wasser gut durchgeschüttelt und die dadurch entstehende Emulsion in einen Scheidetrichter gegossen. Als sich dann nach mehreren Tagen Oel und Wasser von einander geschieden hatten, wurde das Wasser und dann das Oel gesondert abgelassen. Da phosphorige Säure in Wasser sehr leicht löslich ist, müßte sie, wenn sie vorhanden wäre, in das Wasser übergehen, und dieses müßte dann die Silberreduction zeigen. Davon war aber absolut nichts zu sehen, während das Oel die gewöhnliche, sehr starke Fällung von Phosphorsilber zeigte, welche demnach nur auf Phosphor bezogen werden konnte.

den Apothekern vorgeschrieben ist, keine freien Fettsäuren enthalten darf. Anstatt daher selbst auf Grund seiner eigenen Hypothese aus der letztgenannten Thatsache den Schluß zu ziehen, daß das Ausbleiben des Leuchtens in dem fettsäurefreien Oel nur einen Grund gehabt haben kann, nämlich daß in dem Oel von vornherein kein Phosphor enthalten war, und daraus weiter zu schließen, daß auch beim Leberthran in den negativen Fällen derselbe Grund obgewaltet haben kann, hat er im directen Widerspruch mit seinen eigenen Beobachtungen angenommen, daß „die Oxydation des Phosphors nur durch längeres Verweilen in einem sauren, beziehungsweise ranzigen Oele vor sich gehe“ (pag. 160.) Soll man nun wirklich glauben, daß nicht nur die Leipziger Apotheker, sondern alle Apotheker der ganzen Welt, die jemals Phosphorleberthran zu therapeutischen Zwecken anzufertigen hatten, immer nur ranzige Oele in Anwendung gezogen haben? Das ist schon aus dem einfachen Grunde nicht denkbar, weil sie sich damit in einen strengen Gegensatz zu den ihnen gegebenen Vorschriften setzen würden. Die neueste deutsche Pharmakopoe vom Jahre 1900 verlangt ausdrücklich (pag. 266) einen blaßgelben Leberthran von nicht ranzigem Geruch und Geschmack, der ein mit Weingeist befeuchtetes blaues Lackmuspapier höchstens schwach röthet; und ähnliche Vorschriften finden sich auch in der Pharmacopoea austriaca, britannica u. s. w. In der That ist auch in den hiesigen Apotheken und Drogenhandlungen nur ein Leberthran zu bekommen, der diesen Vorschriften entspricht, und als wir uns absichtlich ein Oleum jecoris aselli fuscum verschaffen wollten, um zu sehen, ob der Phosphor in einem solchen ordinären fettsäurereichen Oele verschwinden würde, war ein solches Oel in der ganzen Stadt nicht aufzutreiben.¹³⁾ ZWEIFEL behauptet aber nicht nur ohne jede Berechtigung, daß die Fettsäuren den Phosphor bei Zimmertemperatur oxydiren, sondern er meint auch, daß die ganze Phosphortherapie der Rachitis und Osteomalacie auf Täuschung beruht, weil der Phosphor durch längeres Verweilen in ranzigem Oele oxydirt wird — ein logisches Saltomortale, welches in der Wissenschaft schwerlich seinesgleichen finden dürfte. —

Bevor ich diese Ausführungen schließe, muß ich Sie um Entschuldigung bitten, daß ich Ihre Aufmerksamkeit für so viele, mitunter recht kleinliche Details in Anspruch genommen habe. Aber bei der großen theoretischen und praktischen Wichtigkeit, die der Phosphortherapie bei der Rachitis und Osteomalacie innewohnt, habe ich es für unerlässlich gehalten, die Mittel, mit denen diese Therapie von ihren wenigen Gegnern bekämpft wird, bis in ihre, zum Theil trivialen Einzelheiten zu verfolgen. Gegen diese im Dunkeln geschmiedeten Waffen gab es meiner Ansicht nach nur eine Hilfe, nämlich die Flucht an das grelle Licht der Oeffentlichkeit.

* * *

Dem Leser dieses Aufsatzes wird es vielleicht willkommen sein, am Schlusse einige praktische Winke für die Verwendung der phosphorhaltigen Medicamente im Kindesalter zu empfangen.

Die Indication für die Anwendung derselben ist durch die Constatirung einer floriden Rachitis gegeben. Eine solche ist sicher vorhanden, wenn eine Craniotabes nachweisbar ist. Dazu gehören aber nicht unbedingt membranöse Stellen in größerer Ausdehnung, sondern es genügt der Nachweis einer geringeren Resistenz an irgend einer Stelle des knöchernen Schädeldaches. Ein normaler Schädelknochen eines nicht rachitischen Kindes ist so hart, daß er selbst bei starkem Fingerdruck nicht nachgibt oder federt. Ein deutliches Federn der Nahtränder oder gar in der Continuität eines Knochens ist daher ein sicheres Zeichen florider Rachitis. Dasselbe gilt

¹³⁾ Dieser Versuch ist übrigens durch das eben mitgetheilte Resultat des Lipaninversuches gegenstandslos geworden.

von dem Klaffen der Schädelnähte, wie es besonders in den ersten Lebensmonaten nicht selten zu beobachten ist, wobei allerdings die cretinistische Wachstumsstörung, welche eine ähnliche Erscheinung hervorrufen kann, ausgeschlossen werden muß. Aber die cretinistische Störung des Schädelwachstums tritt niemals vereinzelt auf, sondern immer in Begleitung anderer exquisit cretinistischer, durch die Atrophie der Schilddrüse hervorgerufener Erscheinungen, welche die richtige Beurtheilung des vorhandenen Processes erleichtern. Diese Unterscheidung ist aber umso nöthiger, weil bei der cretinistischen Wachstumsstörung der Schädelknochen der Phosphor ganz unwirksam ist, während sie durch Thyreoidpräparate in günstiger Weise beeinflusst wird. Handelt es sich aber um mangelhafte Verknöcherung infolge von Rachitis — jedenfalls der weitaus häufigere Fall — dann ist die Phosphorbehandlung auch in den ersten Lebensmonaten dringend indicirt.

Für die spätere Zeit, namentlich für das zweite Lebensjahr, ist das Offenbleiben der Stirnfontanelle von großer diagnostischer Bedeutung. Bei einem normalen, nicht rachitischen Kinde schließt sich die Fontanelle längstens bis zum Ende des ersten Jahres. Ist daher die Fontanelle im zweiten oder dritten Jahre, oder gar, was ebenfalls vorkommt, noch in einer späteren Periode offen, dann muß Phosphor gegeben werden, und zwar mindestens so lange, als die Fontanelle nicht völlig verwachsen ist.

Ein weiteres wichtiges Zeichen der floriden Rachitis ist die Verspätung der Dentition. Allerdings kommen auch bei nicht rachitischen Kindern nicht unerhebliche Schwankungen bezüglich der Zeit des Zahndurchbruches vor. Ich kenne Kinder, die, ohne rachitisch zu sein, ihre ersten Zähne mit einem Jahr statt wie gewöhnlich Mitte des ersten Jahres bekamen. Wenn aber, wie es so häufig vorkommt, ein zweijähriges Kind statt der normalen sechzehn Zähne — die letzten vier Milchbackenzähne kommen gewöhnlich erst im dritten Jahre — nur acht Schneidezähne oder nicht einmal diese besitzt, dann leidet es sicher an florider Rachitis und soll mindestens so lange Phosphor bekommen, bis es sein volles Milchgebiß besitzt.

Dabei handelt es sich aber nicht etwa darum, dem Kinde seine normale Anzahl von Zähnen oder den früheren Fontanellschluß zu verschaffen, denn direct erleidet es weder durch den verspäteten Fontanellschluß, noch durch den verspäteten Zahndurchbruch irgend einen Schaden. Vielmehr ist die Sache so aufzufassen, daß die floride Rachitis, welche durch den verspäteten Fontanellschluß und die retardirte Zahnung verrathen wird, sicher auch in anderen Theilen des Skelettes besteht und erst später ihre Wirkungen offenbaren kann, z. B. durch eine Verkrümmung der Tibien, welche so häufig bei anscheinend gesunden und kräftigen Kindern im dritten Jahre zum Vorschein kommt. Bei solchen Kindern hätte man aber sicher schon früher das Bestehen der Rachitis an der Fontanelle oder am Gebisse oder auch an den aufgetriebenen Rippenenden erkennen können, und wenn man ihnen darauf hin ein halbes Jahr lang Phosphor gegeben hätte, wäre ihnen die Verbildung ihrer Schienbeine erspart geblieben.

Eine noch viel dringendere Indication für die Anwendung des Phosphors ist aber durch die nervösen Begleiterscheinungen der Schädelrachitis gegeben. Beim Stimmritzenkrampf und den noch viel beängstigenderen Anfällen von expiratorischem Athemstillstand — dem sogenannten „Ausbleiben“ oder „Verschreien“ — wirkt der Phosphor manchmal „zauberhaft“, wie sich FISCHL vor kurzem ausgedrückt hat: denn die Anfälle, die oft trotz aller Antispasmodica fort und fort in bedrohlicher Weise auftraten, schwinden schon nach ganz kurzer Zeit, mitunter schon am nächsten Tage. In diesem Falle wirkt der Phosphor manchmal geradezu lebensrettend, weil die Todesfälle infolge der expiratorischen Apnoe bei nicht mit Phosphor behandelten

rachitischen Kindern viel häufiger sind, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt.¹⁴⁾

Aber auch die anderen nervösen Erscheinungen, welche zwar nicht lebensgefährlich, aber in hohem Maße belästigend sind, und zwar sowohl für die Kinder als für ihre Umgebung, sind durch die Phosphorbehandlung im günstigsten Sinne zu beeinflussen. Hieher gehört in erster Linie die Schlaflosigkeit. Nicht selten wird man, besonders von wohlhabenderen Müttern, ausschließlich wegen dieser lästigen Erscheinung consultirt. Das Kind sieht blühend aus, es hat eine normale Verdauung und eine sehr gute Gewichtszunahme, man sollte es also eigentlich für ganz gesund halten, aber — es schläft nicht, oder, kaum eingeschlafen, schreckt es vom Schlaf auf, weint, muß herumgetragen werden etc. Untersucht man aber den Schädel des Kindes, so findet man fast sicher weiche Stellen, eine ungebührlich große Fontanelle, zu wenig Zähne (daher häufig die Laiendiagnose: erschwertes Zahnen) und sehr oft bereits die Andeutung des rachitischen Rosenkranzes. Meistens hat das Kind schon Brompräparate bekommen, aber ohne jeden Erfolg. Nach einigen Löffeln Phosphorleberthran ist aber das Kind „wie ausgewechselt“, es schläft die ganze Nacht, und die Mutter findet nicht genug Worte, ihre Freude und Dankbarkeit auszudrücken.

Auch die Kopfschweife der Kinder kommen fast nur bei deutlicher Schädelrachitis vor und schwinden auffallend rasch nach Anwendung von Phosphor.

Sehr prompt sind auch die Erfolge bei der Tetanie, und zwar sowohl bei den spontan auftretenden Krämpfen, als auch bei den Symptomen der latenten Tetanie, dem Facialisphänomen und dem TROUSSEAU'schen Phänomen. Die ersteren schwinden gewöhnlich nach zwei bis drei Tagen definitiv. Noch wichtiger ist aber der rasche Erfolg bei den habituellen eclamptischen Anfällen mancher rachitischer Kinder, den angeblichen Zahnconvulsionen, welche ebenfalls bald cessiren und bei fortgesetzter Phosphorbehandlung überhaupt nicht mehr erscheinen, obwohl die Kinder gerade jetzt ihre Zähne rasch nacheinander bekommen.

Auch der Nickkrampf (Spasmus nutans), ein mehr komische als belästigende Erscheinung, kommt nach meiner Erfahrung nur bei florid rachitischen Kindern vor und verschwindet bei Anwendung von Phosphor sicher nach einigen Wochen.

Daß rachitische Kinder, die weder stehen noch gehen können, durch den Phosphorleberthran in auffallend kurzer Zeit die Gebrauchsfähigkeit ihrer Glieder erlangen, das ist, wenigstens in Wien, schon den meisten Laien bekannt. Dieser gute Ruf des Phosphorleberthrans bringt es aber mit sich, daß uns so häufig idiotische und cretinistische Kinder vorgestellt werden, „weil sie noch nicht gehen können“. Bei diesen ist aber selbstverständlich von der Phosphortherapie nichts zu erwarten.

Geradezu glänzend sind auch die Erfolge bei der Pseudoleukämie rachitischer Kinder mit ihrer colossalen Milzvergrößerung und mitunter auch beträchtlichen Leberschwellung. Denn nicht nur verkleinern sich die geschwollenen Organe sehr rasch, sondern es verbessert sich auch die Hautfarbe und die Blutbeschaffenheit unter nachweisbarer Zunahme des Farbstoffes im Blut.

Dringend muß ich ferner rathen, Kinder mit Thoraxrachitis und chronischer Bronchitis oder Lungeninfiltration nicht viel mit Infusum ipecacuanhae oder senegae zu behandeln, welche ihnen doch keinerlei Nutzen gewähren, sondern ihnen sofort Phosphorleberthran zu geben, weil die biegsamen Rippen dadurch rasch resistenter und der ganze Thorax functionstüchtiger wird, und man dann auch häufig eine rasche Besserung der Affection in den Bronchien und in der Lunge beobachtet.

¹⁴⁾ Viele Todesfälle, die man neuerdings dem „Status lymphaticus“ zuschreiben will, sind sicherlich viel eher auf die expiratorische Apnoe auf rachitischer Basis zu beziehen.

Weniger eclatant ist natürlich der Erfolg bei den ausgebildeten Verkrümmungen der Extremitätenknochen, den Säbelbeinen, dem Genu valgum u. s. w. Doch kann ich, in voller Uebereinstimmung mit vielen Chirurgen und Orthopäden, nur rathen, bei Kindern, deren verkrümmte Knochen noch federn, und deren Gelenksverbindungen noch redressirbar sind, zunächst von eingreifenden Operationen abzusehen und den Erfolg einer ein- bis zweijährigen Phosphorcur abzuwarten. Ich habe auf diese Weise recht häufig vollständige Heilungen ziemlich ausgebildeter Deformitäten gesehen.

Auch bei der Skoliose der Adolescenten und bei schmerzhaftem Plattfuß und Genu valgum halbwüchsiger Individuen ist die Anwendung phosphorhaltiger Medicamente durchaus rationell und werden diese auch mehrfach von den Orthopäden neben den mechanischen Maßnahmen verordnet.

Was nun die Art der Anwendung anbelangt, so halte ich für das empfehlenswertheste Präparat den Phosphorleberthran, und zwar gebe ich nur einmal des Tages, gewöhnlich Vormittags vor der zweiten Mahlzeit, je nach dem Alter einen Kaffee- oder Kinderlöffel voll. Kinder unter drei Monaten bekommen, wenn sie schon deutliche rachitische Symptome zeigen, einen halben Kaffeelöffel. Zur Verbesserung des Geschmacks verschreibe ich häufig 5 Ctgrm. Saccharin (solve in pauxillo alcoholis absoluti) und dazu zwei Tropfen Oleum citri für jede Flasche. Aber auch ohne diesen Zusatz nehmen die meisten Kinder ihren Löffel Leberthran ohne jede Schwierigkeit, manche sogar gerne und einzelne geradezu mit Leidenschaft, so daß man ausdrücklich verbieten muß, ihr Verlangen nach mehr zu befriedigen. Andere wieder nehmen ihn anfangs mit Widerstreben und gewöhnen sich an ihn nach einiger Zeit. Für die wenigen Kinder, bei denen man auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt, bleibt folgende Verschreibung in der Reserve:

Phosphori 0'01

Olei amygd. dulc. 100'0

S. Zweimal täglich 6–10 Tropfen in Milch oder Suppe zu geben.

Man kann aber auch in einem solchen Falle eine von jenen Phosphor-Chocoladepastillen, die ich für ältere Kinder habe anfertigen lassen, zerstoßen und in Milch oder Cacao verrühren. Diese Pastillen enthalten jede ein halbes Milligramm Phosphor und sind mit Tolubalsam überzogen, um das Verflüchtigen des Phosphors zu verhindern. Halbwüchsige Individuen bekommen zwei solcher Pastillen per Tag.

Vergiftungserscheinungen habe ich nur ein einzigesmal beobachtet, und zwar bei einem nicht von mir behandelten Kinde, welches, obwohl in der Entwicklung sehr zurückgeblieben und mit sechs Monaten nur etwas über drei Kilo wiegend, von einem Arzte zweimal täglich einen vollen Kaffeelöffel Phosphorleberthran verordnet erhalten hatte. Es war nach 14 Tagen ikterisch und hatte eine ansehnliche Leberschwellung. Nach dem Aussetzen des Mittels schwanden die Erscheinungen in der kürzesten Zeit. Jedenfalls hatte es keinen ZWEIFEL'schen Phosphorleberthran bekommen. Der Fehler war aber der, daß das ungewöhnlich schwächliche Kind mit seinem Gewicht weit unter der Norm nur die Hälfte der üblichen Dosis hätte bekommen sollen und statt dessen die doppelte Dosis, also viermal so viel als ihm gebürte, erhalten hatte.

Sonst habe ich selbst bei Jahre hindurch fortgesetzter Behandlung niemals eine schädliche Nebenwirkung gesehen.

Referate.

BAYER (Prag): Der angeborene Leistenbruch.

Angeboren nennt man alle jene Leistenbrüche, die einen offen gebliebenen Processus vaginalis peritonei zum Bruchsack haben. Dieselben besitzen nach BAYER („Berliner Klinik“, 1900, August) eine Anzahl anatomischer Merkmale, deren wichtigste die folgenden sind: Der Samenstrang ist nur hoch oben über dem Bruch-

sackhals zu einem Bündel vereinigt, im Bereiche des Bruchsackes selbst weichen die einzelnen Venen des Plexus weit auseinander und bedecken die ganze äußere und hintere Fläche des Sackes; das Vas defer. verläuft ganz für sich am weitesten nach hinten. Die Cremaster-Fasern umkleiden die angeborene Hernie wie ein Mantel und können auch bei voluminösen Hernien, wenn auch verdünnt, doch immer als continuirliche Lage nachgewiesen werden, was bei erworbenen Hernien nicht der Fall ist. Die Leistenpfeiler sind bei angeborenen Hernien nicht so scharf wie bei erworbenen Hernien und bilden keinen sehnigen Rand, sondern die Aponeurose des Obliquus setzt sich noch als schleierartige Membran weiter fort. Außerdem zeigt das Peritonaeum des Bruchsackes gewisse charakteristische Merkmale wie ein eigenthümlich regelmäßig gefeldertes Aussehen und glattwandige leistenartige Vorsprünge an der Innenwand, dann circuläre Einschnürungen in der Nähe des inneren Leistenringes, endlich Septa und Abschnürungen des Processus, als Residuen von Obliterations-Versuchen.

Es wäre von höchster Wichtigkeit, die hervorgehobenen anatomischen Kriterien zur Diagnose einer angeborenen Leistenhernie auch klinisch verwerthen zu können, es gelingt aber nur selten, ohne Anamnese die Diagnose vor der Operation zu machen. Wahrscheinlich ist die congenitale Anlage bei Hernien, die im ersten Lebensjahre durch Husten, Darmerkrankungen, Schreien etc. acquirirt wurden, ebenso auch bei jenen Hernien, die im späteren Alter auch beim Sprung, Heben einer Last oder dergl. plötzlich entstehen und gleich zumindestens in den oberen Theil des Scrotums herabtreten. Man nimmt in diesen letzteren Fällen an, daß der Bruchsack präformirt war und nur plötzlich gedehnt wurde. Unterstützt kann die Annahme der angeborenen Anlage werden durch den früher erwähnten Befund der mangelhaften Entwicklung der Leistenpfeiler oder den Abgang des Hodens unter dem Bruchsackfundus bei ausgetretenem Bruche. Sichergestellt ist ante operationem die Diagnose einer angeborenen Hernie nur durch den directen Nachweis einer Leistenhernie gleich bei der Geburt oder durch die Combination mit Kryptorchismus. ERDHEIM.

E. WORMSER (Basel): Ueber spontane Gangrän der Beine im Wochenbette.

Es handelte sich bei dem von W. ausführlich mitgetheilten Falle — („Centrabl. f. Gynäk.“, Nr. 44) — um eine gesunde, kräftige, 23jährige Person, die im Anschlusse an eine normale Geburt am 6. Wochenbettstage an Thrombophlebitis erkrankte; am 12. Tage localisirten sich die Schmerzen speciell auf den Fuß, am 13. Tage schon war die beginnende Gangrän nachzuweisen, die unaufhaltsam fortschreitend zur Amputation des Unterschenkels führte. Die Ursache für die Gangrän sucht der Autor in erster Linie in einer sehr ausgedehnten Thrombose aller in Betracht kommenden Venen, in zweiter Linie in einer eventuellen Embolie der Art. tibialis antica, für welche die zugleich mit der Phlebitis, wenn auch anfänglich symptomlos verlaufende Endocarditis ätiologisch in Betracht käme.

Im Anschlusse an den berichteten Fall führt W. aus der Literatur 3 Mittheilungen an, in welchen mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit nur das venöse System ergriffen war, einen Fall, bei dem eine rein arterielle Verstopfung die Ursache der Gangrän war, 4 weitere Fälle, wo sowohl die Arterien als die Venen Sitze von Thrombosen waren, 2 Fälle (RAYNAUD'sche Gangrän und Gangrän des rechten Fußes) mit complicirender puerperaler Psychose und endlich 4 Arbeiten, die ihm weder im Originale, noch im Referate zugänglich waren.

Am leichtesten ist die Entstehung der puerperalen Gangrän durch Embolie (von einer erkrankten Herzklappe oder bei offenem Foramen ovale aus dem Venensystem herrührend) zu erklären. Dann kommt die primäre Arterienthrombose, ausgehend von der Placentarstelle und aufsteigend bis in die Iliaca communis in Betracht, während die Fälle von rein venöser Obliteration darum einer größern Erklärungsschwierigkeit begegnen, weil hier — bei einem so gut vascularisirten Gliede, wie es der Fuß ist — eine Betheiligung aller kleinen und größeren Venenstämme vorausgesetzt werden muß.

In der Regel kommt es zum trockenen Brande; nur in den Fällen von allgemeiner Sepsis mit Verjauchung der Thromben kommt es zur feuchten Gangrän.

Therapeutisch ist man der Erkrankung gegenüber ziemlich ohnmächtig. Beförderung des venösen Rückflusses und Hebung der Herzaction sollen für möglichst günstige Circulationsverhältnisse sorgen. W. meint, daß vielleicht ein Versuch mit Blutegelinfus weitere Gerinnselbildung hintanhaltend könnte. FISCHER.

D. GERHARDT (Straßburg): Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken.

Hydrops anasarca pflegt bei Herzleiden früher aufzutreten als Höhlenödem. Wenig bekannt und wenig in der Literatur besprochen ist eine Art von Pleuraergüssen bei Herzkranken, die sich in relativ frühem Stadium des Herzleidens entwickelt, eine mehr selbständige Rolle im Gesamtkrankheitsbild einnimmt und wenigstens eine Zeit lang den Krankheitsverlauf geradezu beherrscht, und die dabei doch nicht etwa eine zufällige Complication darstellt, sondern deutlich in Beziehung zum Herzleiden steht. Die hiehergehörigen Fälle, über die G. berichtet („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 1), betreffen zumeist nicht Klappenfehler, sondern Herzmuskelaffectationen, Dilatation und Hypertrophie des Organs. Alle 7 Patienten waren Männer in mittlerem oder vorgeschrittenem Lebensalter. Bei allen bestanden die Beschwerden vorwiegend in Engigkeit, bei einigen verbunden mit Hustenreiz, meist ohne Auswurf. Eigentliche Herzbeschwerden waren nicht voraufgegangen, doch bei einigen seit längerer Zeit mäßig intensiver Bronchialkatarrh.

Allen Fällen gemeinsam war die Hartnäckigkeit der pleuritischen Ergüsse. Die Oedeme traten gegenüber dem Höhlenerguß zurück oder sie erschienen erst in den letzten Krankheitswochen. Um einfache Stauungstranssudate als Folge der Herzschwäche handelt es sich in solchen Fällen schwerlich; dagegen spricht der Mangel oder doch die viel geringere Entwicklung anderer Flüssigkeitsansammlungen im Körper, ferner der hartnäckige Verlauf, das ständige Wiederauwachsen des Ergusses, auch bei guter Diurese. Specificisches Gewicht und Eiweißgehalt der Flüssigkeit stehen dicht unterhalb der Zahlen, die gewöhnlich als Grenzwerte zwischen entzündlicher und hydropischer Flüssigkeit gelten, sind somit auch nicht verwerthbar. Andererseits fehlt jeder directe Hinweis darauf, daß es sich um wirkliche Entzündung handle. Bei allen Kranken war kurz nach den Punctionen oft recht verbreitetes Reibegeräusch zu hören; wie die Beobachtungen reiner Transsudate lehren, ist dies aber kein eindeutiges Zeichen. — Die durch Ueberwiegen der rechtsseitigen Ergüsse nahegelegte Vermuthung, daß die Stauungsleber oder richtiger die auf Grund derselben entwickelte Perihepatitis die Veranlassung zu dem Pleuraexsudat geworden sei, ähnlich wie Lebereirrhose öfter pleuritischen Erguß zur Folge hat, wird durch einzelne Fälle mit linksseitigem oder mit beiderseitigem Erguß widerlegt. G. nimmt eine besondere Disposition der Pleura für das Durchlassen seröser Flüssigkeit an, gibt jedoch zu, daß die Ergüsse ihrer Natur nach zu den Stauungsergüssen gehören. Die Prognose dieser Fälle ist nicht günstig. Für die Therapie kommt Digitalis in Betracht, deren Wirkung jedoch oftmals erst einsetzt, nachdem ein Theil der Pleuraflüssigkeit durch Punction entleert wird. BRAUN.

WALBAUM (Harburg): Zur Technik der Patellarreflexprüfung.

Es gibt Fälle, wo der Patellarsehnenreflex, wenn auch vorhanden, schwer nachweisbar ist. W. gibt nun eine Methode an („Deutsche med. Wschr.“, 1900, Nr. 50), welche in solchen Fällen den Nachweis sehr erleichtert. Man bringt das zu untersuchende Bein in eine der gebräuchlichen Lagen, d. h. man läßt es entweder über das andere schlagen, oder man läßt es in leichtstumpfwinkliger Beugung auf die Erde setzen, während der Pat. nur auf dem Rande des Stuhles sitzt. Soll der Reflex bei Bettlage geprüft werden, so muß eine zweite Person das Bein in der Kniekehle von unten her in die Höhe heben und unterstützen. Man

legt nun die halbgeschlossene eine Hand mit mäßigem Druck so auf das zu untersuchende Knie, daß die Fingerkuppen auf dem Lig. patellare inf. aufliegen, während der Daumen- und Kleinfingerballen auf dem oberen Kniescheibenrande ruhen. Dadurch ist die Patella zwischen Fingerspitzen und Fleischpolster der Hohlhand eingeklemmt. Auf den Rücken dieser Hand führt man jetzt einen kurzen leichten Schlag mit der zur Faust geballten anderen Hand und wird bei erhaltenem Patellarreflex augenblicklich ein Vorspringen des Lig. patellare inf., das die Fortsetzung des Quadriceps darstellt, unter den Fingern fühlen. Es wird nämlich durch Vermittelung der bogenförmig gekrümmten Finger auf das untere Kniescheibenband ein Schlag ausgeführt und außerdem die Kniescheibe durch einen kurzen Ruck nach unten geschoben. Beide Einwirkungen, die gegebenenfalls schon einzeln den Reflex auszulösen imstande sind, addieren sich und lassen den Reflex um so sicherer und deutlicher erscheinen. Die Vortheile der Methode sind nach W.: 1. Sie ist mindestens ebenso bequem wie nach der üblichen Methode und ohne jedes Instrument aufs leichteste auszuführen. 2. Jede kleinste Reaction des Quadriceps, die mit dem Auge nicht mehr nachweisbar wäre, läßt sich mit dem empfindlichen Tastorgan der Fingerspitzen aufs deutlichste nachweisen. 3. Spannt der Pat. seinen Quadriceps auch nur in geringem Maße, so empfindet dies der Untersucher sofort und läßt ihn sein Urtheil über den Ausfall der Reaction dementsprechend modificiren. I.

SESSOUS (Halle): Die therapeutische Verwendung des Jodipin.

S. hat die bisnun angegebenen Behandlungsmethoden mit Jodipin in interner Darreichung und subcutaner Anwendung nachgeprüft, einmal bei Kranken, die Jodkali nicht vertrugen, dann bei solchen, die keinen Nutzen vom Jodkali hatten und endlich solchen, die aus irgend einem Grunde der Jodzufuhr bedürftig schienen. Die epidermatische Anwendung in Form von Einreibungen verwarf er darum, weil Versuche an der eigenen Haut ihm zeigten, daß das Jod so nicht resorbiert werde.

Die Untersuchungsergebnisse („Münchener. med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 34) stimmen mit denen anderer Autoren völlig überein und sichern dem Jodipin in unserem Arzneischatz eine dem Jodkali analoge Stellung. Es wird dem letzteren in manchen Fällen darum vorzuziehen sein, weil Intoxicationen, wie es scheint, nie oder nur außerordentlich selten zustande kommen. DEUTSCH.

LUZZATTO (Graz): Zur Aetiologie des Keuchhustens.

Die Frage nach dem Erreger des Keuchhustens ist trotz zahlreicher einschlägiger Mittheilungen der neueren und neuesten Zeit noch immer nicht entschieden; Verf. beschreibt nun („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 27, H. 24) einen Bacillus, den er aus dem Sputum keuchhustenkranker Kinder gezüchtet hat und von dem er es nicht für ausgeschlossen hält, daß er der spezifische Erreger des Keuchhustens sei, wengleich er von dem Verf. nicht mit Sicherheit als solcher angesprochen werden kann, da es „nicht gelungen ist, weder die bei anderen Erkrankungen vorkommenden Bacterien-

formen zu differenziren noch durch Thierexperimente seine Specificität zu erweisen“. Verf. schlägt für ihn die Bezeichnung „Bacillus minutissimus sputi“ vor. D. S.—

Literarische Anzeigen.

Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe. Von Dr. Richard Schmidt. Jena 1900, Gustav Fischer.

Die Frage, wie weit sich der Arzt bei der Behandlung des Kranken oder bei der hygienischen Pflege des Gesunden frei bewegen kann, ohne mit dem Strafgesetze und mit dem Strafgerichte in Berührung zu kommen, ist nicht bloß für den Aerztestand von hohem Interesse, sondern auch vermöge einzelner Vorkommnisse der letzten Zeit im Vordergrund der literarischen Discussion. Die bestehenden Vorschriften stammen aus lange vergangenen Tagen und stimmen nur wenig zu den mannigfachen Situationen der modernen Medicin und des modernen Arztes. Das geltende Recht enthält keine Bestimmungen über die rechtliche Stellung des Arztes. SCHMIDT führt in klarer Weise aus, daß auch für die ärztlichen Maßnahmen bei der Behandlung von Kranken und der hygienischen Pflege der Gesunden die auf anderen Gebieten geltenden Strafb- und Schuldausschließungsgründe herangezogen werden müssen; die Berufung auf den Zweck der ärztlichen Handlung allein als Rechtfertigungsgrund sei vieldeutig und unsicher. Das „Recht der ärztlichen Hilfe“ müsse das Recht zur Vornahme derjenigen Eingriffe bedeuten, die nach medicinischer Erfahrung zur Heilung, Schmerzlinderung etc. erforderlich und angemessen sind. Die Grenze der Straffreiheit ist zu präzisiren und durch die Berufung auf Erfahrungssätze die Verbindung mit allgemein geltenden Erscheinungen des Rechtslebens anzubahnen. — Das Studium der Schrift SCH.'s, welche an neuen Gesichtspunkten überaus reich ist, erscheint schon nach dem Gesagten überaus empfehlenswerth. LU.

Zur Geschichte der Prophylaxe. Von Dr. S. Goldschmidt. (NOBILING-JANKAU, Handbuch der Prophylaxe, Abth. XIII.) München 1900, Seitz & Schauer.

Verf. behandelt in anregender, aber etwas zu wenig eingehender Weise, meist auf Grundlage secundärer Quellen die Geschichte der Prophylaxe bei den einzelnen Culturvölkern des Alterthums und verfolgt sodann in großen Zügen die historische Entwicklung der prophylaktischen Maßnahmen gegen die epidemischen Krankheiten (Pocken, Aussatz, venerische Krankheiten, Pest, Cholera). Man sieht, wie mit dem Fortschreiten der Cultur die ursprünglich tonangebenden abergläubischen und religiösen Vorstellungen, welche die sanitären, hygienischen Motive mystisch verschleierten, immer mehr durch exact naturwissenschaftliche verdrängt werden. Es mangelt in der Darstellung nicht an sachlichen und formellen Versehen, beispielsweise sei nur darauf verwiesen, daß GOLDSCHMIDT SCARRON (statt LESAGE) zum Autor des weltbekannten Gil Blas macht, daß sich der berühmte schottische Reformator BROWN die Schreibung BRAUN, der französische Kliniker BROUSSAIS die Schreibung BRUSSAIS gefallen lassen muß etc. NEUBURGER.

Feuilleton.

Die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts.

Von Geh.-R. Prof. E. v. Leyden in Berlin. *)

Die allgemeine Klinik ist auch heute noch der Mittelpunkt der wissenschaftlichen Medicin: sie ist die Vermittlerin von Wissenschaft und Kunst, sie trägt die reifen Früchte jener hinaus

*) Aus dem unter der Presse befindlichen Werke: „Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen“, herausgegeben von Dr. ERNST V. LEYDEN, o. ö. Prof. an der Universität Berlin und Dr. FELIX KLEMPERER, Privatdocent an der Universität Berlin (Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg), sei an dieser Stelle der classische Vortrag des Altmeisters deutscher Klinik, unter dessen Aegide das citirte, ein Unicum in der medicinischen Literatur darstellende Werk erscheint, unseren

in das lebendige Treiben der Menschen, in ihren Kampf ums Dasein. Die deutsche Klinik hat gerade in den letzten Jahrzehnten eine rege Entwicklung und reiche Erfolge aufzuweisen. Es ist eine würdige und fast nothwendige Aufgabe, diese literarisch zum Ausdruck zu bringen. Das ist die Aufgabe, vor die uns die Wende des Jahrhunderts stellt, und der diese Vorlesungen dienen sollen. Nicht in dem Sinne, als wollten wir jetzt den Abschluß eines großen Werkes feiern. Die Werke der Menschen bleiben Stückwerk, sie finden keinen Abschluß. Und das ist, meine ich, ein schönes Bewußtsein. Denn wie das Leben des einzelnen, so ist auch das Leben der Wissenschaft reich an Mühe und Ar-

Lesern geboten. Wir behalten uns vor, Programme und Inhalt des auf etwa 10 Bände berechneten Werkes, welches durch die Mitarbeit von 157 Klinikern Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz ausgezeichnet und den praktischen Aerzten die Errungenschaften deutscher Klinik aus den Federn der Meister vor Augen zu führen berufen ist, eingehend zu besprechen. Red.

beit, und es gibt kein Ende und keinen Stillstand. Von jedem neu entdeckten Punkte aus eröffnet sich ein anderer weiterer Horizont, welcher zu neuen Forschungen drängt. „Zu neuen Ufern lockt ein neuer Tag.“ Ich erinnere hier an den schönen, viel citirten Ausspruch Lessing's: „Nicht die Wahrheit, in deren Besitz irgend ein Mensch ist oder zu sein vermeinet, sondern die aufrichtige Mühe, die er angewandt hat, hinter die Wahrheit zu kommen, macht den Werth des Menschen. Denn nicht durch den Besitz, sondern durch die Nachforschung der Wahrheit erweitern sich seine Kräfte, worin allein seine immer wachsende Vollkommenheit besteht. Der Besitz macht ruhig, träge, stolz.“

Wir wollen nicht einen Abschluß, sondern gleichsam eine Momentphotographie geben, das Bild eines bedeutsamen Zeitabschnittes im schnell dahineilenden Strome der wissenschaftlichen Entwicklung: Die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts! Wir wollen Rechenschaft ablegen über das Gesammt der Erwerbungen, welche die Medicin im Anfange des neuen Jahrhunderts in ihrem Besitz vorgefunden hat. Wir werden dabei Nachdruck legen auf das, was die Klinik im gegenwärtigen Momente charakterisirt und auszeichnet, und haben zu diesem Zwecke die Form klinischer Vorlesungen gewählt, welche zugleich den Vorzug größerer Freiheit der Darstellung gewährt.

Mit dieser Aufgabe verbinden wir noch eine zweite, wobei wir einem Bedürfnisse entgegenzukommen gedenken, das gerade in der Neuzeit vielfach laut geworden ist. Wir wollen den praktischen Arzt, welcher fern von dem Treiben der Wissenschaft seinem dornenvollen Berufe nachgeht, in Verbindung mit der fortschreitenden Wissenschaft halten, ihn in möglichst leichter und angenehmer Weise von allem Neuen in Kenntniß setzen, was ihm für seine Berufsthätigkeit förderlich und nützlich sein kann. Die Kenntnisse, welche während der Zeit der Studien und der Examina erworben sind, reichen nicht aus für die Dauer, sie bedürfen einer Vervollständigung und Erneuerung. Der Arzt kann die Kenntniß des Neuen nicht entbehren, heutzutage am wenigsten, wo täglich Neues geboten und das Neue gebieterisch verlangt, wo das Neue vom Neuesten verdrängt wird. Der Arzt, welcher von dem Neuesten nicht Kenntniß nahm, ist bald überflügelt. In richtiger Erkenntniß dieser Verhältnisse sind schon seit mehreren Jahrzehnten die Fortbildungscurse eingeführt, welche sich eines großen Zuspruches und großer Werthschätzung von Seiten der Aerzte erfreuen. Die oberste Behörde des Militär-Medicinalwesens, an deren Spitze ein Arzt steht, hat das Verdienst, zuerst derartige Fortbildungscurse eingerichtet zu haben. Alljährlich wird ein Theil der Militärärzte aus den Provinzen an die akademischen Lehranstalten gesandt, um an den Fortschritten der Wissenschaft und Praxis sowie an den Fortschritten technischer Methoden ihre Kenntnisse zu vervollständigen. Im Anschluß daran hat eine Anzahl von Docenten der verschiedenen Universitäten ähnliche Fortbildungscurse eingeführt, welche sich ebenfalls eines großen Beifalles erfreuen.

Trotz ihrer Zweckmäßigkeit können diese Course doch nicht allen gerechtfertigten Wünschen entsprechen. Es wird nur eine relativ kleine Anzahl von Aerzten zu den Fortbildungscursen kommen und ihren Nutzen genießen können, auch diese nur in relativ langen Intervallen von Jahren.

Wir meinen daher eine zweckmäßige Vervollständigung der genannten Veranstaltungen zu treffen durch diese Vorträge, welche sich an die Gesammtheit der Aerzte wenden. Nicht gebunden an die schematische Vollständigkeit eines Lehrbuches, werden wir das Geschichtliche nur bringen, soweit es ein Theil des heute Bestehenden ist; das Dogmatische fällt fort, wir schneiden aus frischem Holze. Wir werden gerade das hervorheben, was heute von actualer Bedeutung ist: kurz wir geben Ihnen, meine Herren, was Sie brauchen, was Sie am meisten interessirt, und dies in der lebendigen Frische des gesprochenen Wortes.

Wir haben uns an die maßgebenden Kliniker und Aerzte Deutschlands gewandt und um ihre Mitwirkung gebeten, ohne welche ein so großes Werk nicht gelingen könnte. Denn heutzutage ist es nicht mehr möglich, wie es vor 40 Jahren der berühmte Kliniker von Paris, Professor TROUSSEAU, unternahm, als

Einzelner eine solche Aufgabe zu erfüllen. Zu sehr hat sich der Kreis des klinischen Wissens und Könnens seither erweitert; ein umfassendes Werk nationaler Wissenschaft ist heute nur noch durch das Zusammenwirken Vieler zu ermöglichen. Wir hoffen, durch den Beistand der ausgezeichnetsten Kräfte Deutschlands, welche die verschiedenen Theile der Klinik ruhmvoll vertreten, unserer Aufgabe gerecht zu werden, und drücken schon hier, im Beginne unseres Werkes, allen unseren hochgeschätzten Mitarbeitern wärmsten Dank aus.

Als „Deutsche Klinik“ bezeichnen wir die auf dem Boden wissenschaftlicher Forschung und geprüfter Erfahrung basirte Medicin, wie sie zur Zeit auf allen deutschen Universitäten und wohl auch auf den Universitäten aller anderen Culturstaaten gelehrt wird. Wir wollen als „Deutsche Klinik“ nicht die „innere Klinik“ ausschließlich verstehen, sondern alle übrigen Kliniken, soweit sie nicht dem engeren Specialistenthume angehören, mit einbeziehen. Eine scharfe Grenze zwischen dem Gebiete der Specialisten und der allgemeinen Klinik läßt sich freilich nicht ziehen, doch werden wir suchen, das Richtige zu treffen. Eine nicht geringe Anzahl von Autoritäten der Specialfächer haben sich uns angeschlossen, um die deutsche Klinik auch nach dieser Seite hin gebührend zu vervollständigen.

* * *

Im Anfange des Jahrhunderts sah es in der deutschen Klinik noch schlimm mit der Therapie aus. Die Therapie der Leydener und der Wiener Schule hatte einen gewissen Abschluß gefunden. Wenn man das leitende Hauptwerk dieser Zeit, den Commentar VAN SWIETEN'S zu BOERHAVE'S Aphorismen liest, so wird man demselben seine Bewunderung nicht versagen können. Aber das neue Jahrhundert brach mit der Vergangenheit und forderte Neues. Zunächst fehlte es an einem bestimmten Curs, einem festen Fundament. Die Therapie schwankte hin und her. Je unsicherer die wissenschaftliche Therapie wurde, umso mehr drängten sich therapeutische Secten in den Vordergrund. Wir erwähnten oben bereits die kurze Panik von BROUSSAIS-BOUILLAUD mit den Saignées coup sur coup, ebenso die Erregungstheorie JOHN BROWN'S. Die Herrschaft der Philosophie bedingte ein philosophisch-medicinisches System und eine künstlich aufgebaute Therapie. Die Philosophie selbst wollte die Fundamente der Medicin begründen in einer häufig geistreichen, aber doch willkürlichen Weise. An erster Stelle dieser Werke steht die Schrift von IMMANUEL KANT: Von der Macht des Gemüths, durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu werden.¹⁾

Zahlreiche perverse Richtungen der Therapie machten sich geltend und waren erfolgreich, sofern sie den Aerzten ein bestimmtes, wenn auch schlecht fundirtes System des therapeutischen Handelns an die Hand gaben. Am erfolgreichsten war die Homöopathie (HAHNEMANN 1755—1843), welche noch bis heute ihre Scheintriumph feiert, ferner die Erfahrungstherapie RADEMACHER'S (Verstandesgerechte Erfahrungs-Heillehre, 1841), welche jetzt überwunden ist, aber in den Fünfzigerjahren unter den Aerzten viele Anhänger zählte. Der Mysticismus und Aberglaube, zu welchem ein Theil des Publicums allezeit geneigt ist, blühte unter der Firma des thierischen Magnetismus (MESMER 1734—1815) und die Schwindellectoren und weisen Frauen hatten zahlreichen Zulauf gerade aus den sogenannten besseren Ständen. Um jene Zeit wurde auch die Hydrotherapie, deren Ursprung bis in die römische Kaiserzeit zurückreicht, die aber von der damaligen klinischen Therapie stark beiseite geschoben war, durch den Laien PRIESSNITZ wieder hervorgeholt; die von diesem mit nicht gewöhnlichem Geschick erfundenen Prozeduren fanden im Publicum Beifall und Glauben. Das Publicum war wie immer glaubensselig und die Kritik der wissenschaftlichen Geister ging in der Ablehnung über das richtige Maß hinaus.

Es sei fern von mir, mit diesen absprechenden Bemerkungen über die damalige Therapie einen Stein auf die hervorragenden

¹⁾ Königsberg 1798. Mit Anmerkungen herausgegeben von C. W. HUFELAND, Leipzig 1824.

Aerzte jener Zeit werfen zu wollen. Je weniger die Wissenschaft fest begründet war, umso mehr trat die individuelle Begabung des Arztes in den Vordergrund. Die ärztliche Praxis jener Zeit war mehr eine Kunst als eine Wissenschaft. Es fehlte nicht an hervorragenden Aerzten, an ärztlichen Genies. Zu diesen rechnen wir aus früherer Zeit vor Allem SYDENHAM (1624—1689), den englischen Hippokrates, und dessen Schüler BOERHAVE in Leyden (1668 bis 1738), den Lehrer Europas; zu diesen zählen wir auch MAXIMILIAN STOLL (1742—1788), PETER FRANK (1745—1821), KRUKENBERG (1788—1865), REIL (1759—1813) u. a. m. Unter den hervorragenden Aerzten Berlins aus jener Zeit werden noch heute der alte HEIM (1747—1834) und HUFELAND (1762—1836) mit größter Hochachtung genannt.

Trotzdem machten sich die Mängel der klinischen Therapie sehr bemerklich und die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis drohte immer größer zu werden.

Je strenger die wissenschaftliche Kritik jener Zeit mit der Klinik umging, umso haltloser und negativer wurde die Therapie. Der Nihilismus erreichte an der Wiener Schule mit DIETL seinen Höhepunkt. „Es gibt keine wirklichen Therapeuten, es gibt nur glückliche Aerzte.“ „Nicht der Arzt, die Natur heilt die Krankheit.“

Auch in Berlin war zur Zeit SCHÖNLEIN'S die klinische Therapie noch ziemlich dürftig. Obgleich SCHÖNLEIN den Ruf eines ausgezeichneten und glücklichen Praktikers hatte, so war doch die Behandlung der klinischen Patienten mehr als einfach. Neben Aderlaß, Chinin, Digitalis und Opium spielte die bekannte Solutio gummosa eine hervorragende Rolle. Die Studirenden erzählten sich mit Stolz, daß auf der SCHÖNLEIN'schen Klinik der Typhus nur mit Solutio gummosa behandelt würde, und daß man bessere Resultate damit erzielte als auf der zweiten, durch ihre Polypragmasie berüchtigten Klinik.

Unter SCHÖNLEIN'S Nachfolgern, TRAUBE und FRERICHS, blieb die Diagnostik freilich immer noch im Vordergrunde, aber die positive Therapie trat mehr und mehr in ihre Rechte. TRAUBE'S jahrelange Untersuchungen über die Wirkung der Digitalis zeigen, mit welchem Ernst er an den Fortschritten der Therapie arbeitete, und FRERICHS, selbst ein ausgezeichnete Chemiker, schenkte der Anwendung chemischer Medicamente die größte Aufmerksamkeit. Freilich blieb die Therapie noch ziemlich einseitig, die Hydrotherapie genoß wenig Ansehen und die Elektrotherapie REMAK'S wurde mit dem größten Mißtrauen zurückgewiesen.

Der Glaube an eine wirksame Therapie ging mehr und mehr verloren. Es ist vielfach besprochen worden, wie die deutsche Klinik und die praktische Thätigkeit der Aerzte unter diesem Druck schwer gelitten haben. Auf den Aerzten lastete das Mißtrauen in ihre Kunst, welche theils zum Pessimismus, theils zu einer kritiklosen Glaubensseligkeit führte. Begünstigt wurde diese bedauerliche Strömung dadurch, daß die Kliniken, an die großen allgemeinen Krankenhäuser angeschlossen, zwar die weiteste Gelegenheit zu wissenschaftlichen Untersuchungen und Experimenten fanden, daß aber dabei naturgemäß die Persönlichkeit des Kranken gegen die Bedeutung der Krankheit zurücktrat. Man wollte die Krankheit wissenschaftlich in allen ihren Einzelheiten erforschen und daraus die richtige Behandlung ableiten. Allein die Mittel und Wege, die Krankheiten zu heilen, wuchsen trotz aller Arbeit nur in sehr unvollkommenem Maße. Das Problem der ärztlichen Wissenschaft ging dahin, für jede Krankheit eine bestimmte, stets maßgebende Therapie, womöglich ein Specificum zu finden, welches zu ihrer Heilung ausreichte. Die übrigen therapeutischen Unterstützungsmittel der Krankenpflege, auf welche wir gegenwärtig mit Recht ein so großes Gewicht legen, wurden bei Seite geschoben und größtentheils den Händen ungebildeter Wärter überlassen. Die Ernährung der Kranken geschah nach dem Schema der vier Diätformen und die Indication für dieselbe lag nicht immer in der Art und dem Stadium der Krankheit, sondern auch in der Unbotmäßigkeit der Patienten. Eine Besserung dieser Lage that Noth. Die Klinik war bedroht, ihr altes Ansehen zu verlieren. Allgemein fühlte man das Bedürfnis, die klinische Therapie zu fördern und sie von ihrem Zwange, von der „Fremdherrschaft“, wie FRERICHS sagte, zu befreien. Diese Befreiung erwuchs aus der Erkennt-

niß, daß die Therapie nicht ausschließlich auf die Wissenschaft aufgebaut werden kann, daß sie der geläuterten Erfahrung bedarf.

J. PETERSEN in Kopenhagen²⁾ hat das Verdienst, es zuerst bestimmt ausgesprochen zu haben: die Therapie kann nicht auf der Wissenschaft allein basirt werden, sie bedarf gleichzeitig der Erfahrung. Auch von anderer Seite waren Warnungsrufe in ähnlichem Sinne laut geworden. „De grace“, rief TROUSSEAU, „un peu moins de science, un peu plus d'art, Messieurs!“ — „La Médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela: guérir est le but de toutes nos méthodes aboutissantes à la thérapeutique médico-chirurgicale.“ Damit man aber nicht glaube, daß der berühmte französische Kliniker der Wissenschaft über die Kunst vergessen hätte, sei ein Wort citirt, das er an einer anderen Stelle ausspricht: „Le pire artiste, qui n'est jamais savant.“

Noch mehr mußte sich diese Einsicht aufdrängen, als andere Disciplinen der Medicin die größten und glänzendsten therapeutischen Erfolge erreichten. Insbesondere war es die Chirurgie, welche mit LISTER'S großer Entdeckung der Antisepsis (oder Asepsis) in eine ganz neue Epoche der größten Heilerfolge eintrat und diese sogleich in dem großen deutschen Kriege zum Wohle derjenigen, welche Leben und Gesundheit für den Ruhm des deutschen Vaterlandes eingesetzt hatten, glänzend verwertete. Ebenso hatte die Bacteriologie und die aus ihr hervorgehende ätiologische Medicin, wie schon oben berichtet, nicht nur in der Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege und im Kampfe gegen die Volksseuchen, sondern auch direct auf dem Felde der internen Therapie außerordentliche Erfolge errungen.

Auch die innere Klinik ging nunmehr ihre eigenen Wege. Schon seit dem Anfang der 60er-Jahre erkennen wir ein eifriges und zielbewußtes Arbeiten auf dem Felde der internen Therapie, welches immer freier und kräftiger wurde, so daß sich die besten Kräfte nach diesem Ziel hin vereinigten. Die Begründung des Vereins für innere Medicin in Berlin (1881) und des Congresses für innere Medicin (1882) halfen der internen Klinik auf ihrem neuen Wege und garantierten ihre Selbständigkeit. Immer kräftiger und zielbewußter wurde diese Entwicklung, und in den beiden letzten Decennien war der Ruf gerechtfertigt: die deutsche Klinik steht unter dem Zeichen der Therapie!

Am lebhaftesten und frühesten entwickelte sich an der Hand der aufblühenden chemischen Wissenschaft und Industrie die Pharmakologie und mit ihr die pharmakologische Therapie. Ich erinnere an ihre hervorragendsten Leistungen, die Reindarstellung der therapeutisch wirksamen Pflanzenalkaloide (Morphin 1806, Chinin 1820 u. v. a.), ferner die Entdeckung zahlreicher Schlafmittel, welche das Opium zum Theil übertreffen, deren Reihe mit dem Chloral (O. LIEBREICH 1869) beginnt, woran sich das Sulfonal (BAUMANN und KAST), das Trional, Chloralamid, Paraldehyd, Urethan und zuletzt das Dormiol anschließen; eine dritte fundamentale Bereicherung der Pharmakologie ist mit der Entdeckung der antifebril und anästhetisch wirkenden Heilmittel gegeben [Salicylsäure (KOLBE), Antipyrin (KNORR und FILEHNE), Antifebrin, Phenacetin, Pyramidon etc.], Mittel, welche zu den segensreichsten gehören und in der ärztlichen Praxis eine große Rolle spielen. Außer diesen hat die Chemie und Pharmakologie zahlreiche andere Mittel geliefert und liefert noch täglich neue, wenn auch nicht alle, so doch viele von großem, praktischem Werthe.

Wer diese fruchtbare Production einigermaßen vorurtheilsfrei beobachtet, wird nicht in den Irrthum verfallen, daß die Pharmakologie im Stillstand oder gar im Rückschritt begriffen ist. Trotzdem ist es nicht zu leugnen, daß der Glaube an die Allmacht der Heilmittel nach vielen Seiten erschüttert ist.

Wie ist dies aber erklärlich, daß das Ansehen der Medicamente im Publicum eher ab- als zugenommen hat? Zum Theil mag dies daran liegen, daß manche der neuen Medicamente nicht die erwünschte Heilwirkung hatten, und daß andererseits, zumal als die Aerzte noch die großen Dosen liebten, sich nicht selten unerwünschte Nebenwirkungen einstellten, welche für den Kranken sehr lästige und selbst gefährliche Folgen haben konnten.

²⁾ Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie. Kopenhagen 1877.

Diese Uebelstände sind schon vielfach dadurch verbessert, daß wir jetzt in der Praxis vorsichtig mit kleineren Dosen anfangen. Trotz alledem aber erhob sich von verschiedenen Seiten eine feindliche Agitation gegen die medicamentöse Behandlung. Die Angriffe wurden heftiger und man hörte von vielen Seiten den Ruf nach einer arzneilosen Behandlung.

In der That kann man sich der Einsicht kaum verschließen, daß für die heutige Zeit eine ausschließliche Arzneibehandlung nicht ausreicht. Gegenüber der chemischen Pharmakologie haben sich in der Neuzeit die diätetisch-physikalischen Heilmethoden im großen Publicum ein immer wachsendes Ansehen und Vertrauen erworben. In der Praxis spielen sie schon seit längerer Zeit eine wichtige Rolle und seit Kurzem sind sie auch in das Programm der deutschen Kliniken aufgenommen: Sie sollen gelehrt, vorgelesen, geübt und examinirt werden.

Eine rückläufige Betrachtung ergibt, daß diese Prozeduren fast zu allen Zeiten in der ärztlichen Praxis geübt und angesehen waren.³⁾ Das Buch Περὶ διαίτης von Hippokrates galt zu allen Zeiten als ein mustergiltiges. Auch die Reibungen und Salbungen, sowie namentlich die Gymnastik machten bei den Völkern des Alterthums einen wesentlichen Theil der Erziehung und Gesundheitspflege aus. Die Hydrotherapie hat sich bereits im Alterthum mit der glücklichen Herstellung des Kaisers Augustus durch den Leibarzt MUSA die Sporen verdient.

Die großen Hippokratiker des XVIII. Jahrhunderts haben sich aller dieser Methoden bedient. Im Anfange des XIX. Jahrhunderts wurde die Elektrotherapie durch MAGENDIE, weiterhin durch DUCHENNE und R. REMAK in die Therapie eingeführt. Endlich wollen wir nicht die Bäder, die Brunnen- und Bädercuren vergessen, welche schon frühzeitig mit einem methodisch-diätetischen Regime verbunden wurden.

In den Kliniken waren freilich diese Heilmethoden in den Hintergrund getreten. Als Nebendinge wurden sie wohl in der Praxis auf Grund unbestimmter, vager Erfahrung angewendet, im wissenschaftlichen Unterricht fanden sie noch keinen Platz.

Gegenwärtig sind sie in die wissenschaftliche Klinik eingereiht. Am weitesten in ihrer wissenschaftlichen Gestaltung entwickelt ist wohl unter den neuen diätetisch-physikalischen Methoden die Ernährungstherapie. Auf der wissenschaftlichen Basis der Physiologie aufgebaut, ist sie zu einer exacten Heilmethode gestaltet, am Krankenbette geprüft und erprobt und durch reiche Erfahrung zu einer fast vollendeten Technik fortgeschritten.⁴⁾

An sie schließt sich eine blühende Industrie der Nährpräparate an, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden soll, deren Werth und Indicationen je nach dem einzelnen Krankheitsfalle aber noch schärfer präcisirt werden müssen.

Unter den physikalischen Heilmethoden steht die Gymnastik und Massage in höchster Blüthe. In Deutschland wurde die Zimmergymnastik (SCHREBER) eingeführt, aus Schweden kam die schwedische Heilgymnastik (LINGG, ZANDEB), während MEZGER die Massage zu einer populären Behandlungsmethode gestaltete; gegenwärtig ist diese gewöhnlich mit der Heilgymnastik combinirt. Die gymnastischen Heilmethoden sind noch in lebhaft fortschreitender Entwicklung begriffen (Uebungstherapie, Apparotherapie). Als dritte im Bunde gesellt sich zu diesen beiden die Bädetherapie in den verschiedensten Formen. Die Hydrotherapie, seit PRIESSNITZ in weiten Kreisen im hohen Ansehen, neuerdings durch KNEIPP noch mehr popularisirt, wurde durch WINTERNITZ an die wissenschaftliche Klinik angeschlossen. Die warmen Bäder haben bezüglich der Temperatur, ihrer Zusätze und ihrer Zusammensetzung eine große Bereicherung erfahren (kohlen-saure Soolbäder, Schwefel-, Sand-, Loh-, Moor-, Fangobäder etc.). Schwitzbäder, locale Schwitzbäder und locale Schwitzapparate (TALLERMANN, LINDEMANN etc.), die Thermophore, die heiße Douchemassage in Aix-les-bains, endlich die Licht-

bäder und die von FINSEN mit großem Erfolge ausgebildete Lichttherapie verdienen erwähnt zu werden.

Ich schließe diese kurze Aufzählung mit der Erwähnung der Elektrotherapie und Inhalationstherapie, welche, den Aerzten lange bekannt, mit der neueren Strömung wieder an Bedeutung gewonnen haben und vielfach technisch bereichert worden sind. In der Elektrotherapie sind alle Stromesarten in Anwendung gezogen, neuerdings auch die Teslaströme (Arsonvalisation); auch an die elektrischen Bäder und die Elektromassage sei erinnert. Die Inhalationstherapie ist vielfach verbessert worden; besonders läßt die Sauerstofftherapie nach klinischen Erfahrungen gute Erfolge erwarten.

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Zur Kenntniß und Behandlung der Anämien berichtet SENATOR („Berliner klin. Woch.“ — „Centralbl. f. inn. Med.“, 1900, Nr. 53). In Bezug auf die Therapie der Chlorose hat S. von der Verwendung des Eisens in den meisten Fällen eine fast specifisch günstige Wirkung gesehen; von den Präparaten desselben bevorzugt S. die Verbindungen mit organischen Säuren (Ferr. lact. pomat. citric. acetic.), da diese den Magen wenig belästigen, sowie die Tinct. ferri chlor. aeth. und das Ammon. hydrochlor. ferrat. Bei Magenkatarrhen wirkt besser als das Eisen der Gebrauch von Salzsäure und von alkalisch-muriatischen Säuerlingen, welche Morgens nüchtern, gewärmt zu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter gegeben werden. Diese bilden den Uebergang zu den salinischen Eisenwässern, welche in Badeorten mit gutem Erfolge gebraucht werden. Für den Gebrauch zu Hause eignet sich am besten das künstlich hergestellte pyrophosphorsaure Eisenwasser. Das Arsen leistet oft gute Dienste. Schwitzcuren durch heiße Wasser-, Sand-, Luft- und Lichtbäder, besonders als Heißluftbäder mittelst des „Phénix à air chaud“ wirken oft sehr günstig durch Anregung des Stoffwechsels, während S. die moderne Empfehlung des Aderlasses nicht billigen kann. Bei der Diagnose der perniciosen Anämie legt S. Gewicht auf die Beweglichkeit der Megalocyten im Blutpräparate, sowie auf den Druckschmerz des Brustbeines; oft hat er dabei Albuminurie gefunden. Die Behandlung mit großen Gaben Arsenik und Chinin führt manchmal zu Besserungen.

— Ueber Blutstillung im Munde mittelst Gelatine berichtet FREY („Schweiz. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk.“, Bd. 9, Nr. 1. — „Vierteljahresschr. f. Zahnheilk.“). F. empfiehlt nach M. P. CARNOT'S Untersuchungen eine 5%ige und 10%ige Lösung der Gelatine in physiologischer Kochsalzlösung, welche zweimal bei 100° während einer Viertelstunde sterilisirt wird, und zwar zum zweitenmale nach 48 Stunden. Die compact gewordene Lösung läßt man vor dem Gebrauch im Wasserbade sich verflüssigen. Im Allgemeinen genügt die 5%ige Lösung zur Tränkung des Wattetampons, der für 2—4 Minuten in der Wunde verbleibt. Sollte nach dieser Zeit trotz vorsichtiger Entfernung des Tampons neuerdings eine Blutung auftreten, so empfiehlt es sich, einen mit dieser Gelatinlösung getränkten Wattetampon 6 Stunden liegen zu lassen. Diese Tamponade ist zumal werthvoll bei größeren Operationen im Munde, besonders während Narkosen. Die Gelatine wirkt als locales Hämostaticum erster Ordnung, indem sie die Coagulation und Narbenbildung wesentlich befördert. CARNOT sucht die Localwirkung der Gelatine bei Blutern durch die Allgemeinwirkung eines Calciumsalzes zu unterstützen, um die Coagulationsfähigkeit der gesammten Blutmenge zu erhöhen.

— Die Fensterresection des Septum narium zur Heilung der Skoliosis septi empfiehlt KRIEG („Arch. f. Laryng.“, 1900, Bd. 10). Die Methode dient zur Heilung schwerer Septumdeviationen, bei welchen leichtere Mittel, wie Orthopädie, Incision, Galvano-kaustik, Meißeln u. dgl. keinen Erfolg versprechen können, und wird immer, auch in den schwersten Fällen, Alles, was hindert, beseitigen und, soweit irgend möglich, Alles, was nicht hindert, erhalten. Das Verfahren besteht im Wesentlichen darin, daß mit Wahrung der Continuität des Septum narium ein Knorpellappen mit der Basis nach hinten gebildet wird, welcher als Handhabe, als Führer in der Tiefe zu dienen hat. Es paßt für jeden, auch

³⁾ „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“ von E. v. LEYDEN und A. GOLDSCHIEDER. Leipzig, G. Thieme.

⁴⁾ Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Herausgegeben von E. v. LEYDEN. Leipzig 1897/99, G. Thieme.

den tiefsten Sitz und hat auch vor hochgradiger knöcherner Verbiegung des Vomer und der Lamina perpendicularis nicht Halt zu machen nöthig. Ist die Methode zwar zumeist schwierig, so muß sie doch so lange geübt werden, als nicht ein müheloseres Verfahren unter übrigens gleichen Voraussetzungen Gleiches leistet.

— Ueber den blutbildenden Werth mancher Schwermetalle berichteten („La Clinica med. italiana“, August 1900) APORTI und CAMILLO. Sie unterzogen ihrer Beobachtung: Mangan, Quecksilber, Kupfer, Zink und Gold. Die Versuche wurden an Hunden so gemacht, daß die Thiere eisenfreie Nahrung erhielten und mit fortgesetzten Aderlässen so lange behandelt wurden, bis eine Neubildung von Hämoglobin nicht mehr stattfand. Auf diese Weise glaubten die Verff. eine danach, bei Verabreichung des zu prüfenden Medicaments eintretende Zunahme des Hämoglobin auf Rechnung eben des Medicaments setzen zu dürfen. Die Metalle wurden subcutan oder extravenös den Thieren einverleibt. Die Ergebnisse ihrer Versuche fassen die Verff. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das Eisen hat — bei jeder Art der Einverleibung — eine sehr erhebliche blutbildende Kraft; die Wirkung erfolgt am schnellsten bei directer Einführung in die Blutbahn. 2. Das Mangan hat einen wirklichen blutbildenden Werth, der aber viel weniger ausgesprochen ist als der des Eisens. Sowohl der Hämoglobingehalt als die Zahl der rothen Blutkörperchen steigt. Der Mechanismus der Wirkung ist noch unklar. Vermuthlich verbindet das Mangan sich nicht direct mit dem Hämoglobinmolecul, sondern tritt in die Gewebe ein, wo es die noch vorhandenen Eisenreste zu neuerlicher Blutbildung befähigt. 3. Kupfer und Zink haben keinen blutbildenden Werth. Angebliche positive Ergebnisse rühren wahrscheinlich von Verunreinigungen mit Eisen her. 4. Dasselbe gilt vom Gold und vom Quecksilber.

— Ein Specificum bei Pneumonie nennt GÉLYI das **Creosotal** („Orvosi Heti Szemle“, 1900, Nr. 21). Erwachsene erhielten Morgens und Abends einen Kaffeelöffel voll in einer Tasse heißer Milch oder russischem Thee, Kinder entsprechend weniger. Ohne Ausnahme wurde nach Verlauf von 36 Stunden eine sehr deutliche Besserung beobachtet. G. verordnete das Medicament nur noch weitere 5 Tage in halber und viertel Dosis, wobei vollständige Genesung ohne Recidiv oder Complication eintrat.

— Gegen den äußerst quälenden Hustenreiz der Phthisiker, bedingt durch Ulcerationen am Kehledeckel, hat sich folgendes von WEISSENBERG (Colberg-Nervi) zusammengestellte Recept gut bewährt („Therap. Monatsh.“ 1. — „Berl. klin. Woch.“, 1900, Nr. 1).

Rp. Dionin. mur.
Codein. mur. aa. 0·1
Cocain. mur. 0·025
Ammon. valerian.,
Aq. amygd. amar. aa. 7·5
MDS. 3—4stündlich 15 Tropfen.

Es wird darauf Werth gelegt, daß die Tropfen auf ein Stückchen Zucker geträufelt, möglichst weit nach hinten gelangen und dann nur sehr langsam geschluckt werden.

— Bei fermentativen Diarrhöen der Neugeborenen empfiehlt BALLEY („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, 1900, Nr. 22. — „Berl. klin. Woch.“) Milchsäure. Er verschreibt:

Rp. Acid. lactic. 2·0
Syrup. 20·0
Aq. dest. ad 100·0
MDS. Je 1 Viertelstunde nach jeder Nahrungsaufnahme 1 Kaffeelöffel voll.

— Eine Combination der modernen und der bewährten alten Eisenpräparate hat sich nach BETTELHEIM bei der Behandlung der Chlorose bewährt:

Rp. Haemol.,
Haemogallol.,
Ferratin.,
Haemoglobin aa. 3·0
Mass. pill. Bland. 10·0
Sulf. praec.,
Magn. carbon. aa. 2·6
MF. pill. No. centum. obduc. chocolat.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Académie de médecine.

DIEULAFOY: Ueber die Pleuritis appendicularis.

Pleuritis ist eine häufige Complication der Appendicitis, und zwar findet die Fortleitung der Infection durch die Lymphwege statt; die Erkrankung des Blinddarms geht zunächst auf das Peritoneum, von da auf das rechte Hypochondrium und durch das Zwerchfell in die Pleurahöhle über, so daß man von einer aufsteigenden Infection sprechen kann. Die complicirende Pleuritis tritt gewöhnlich 1—2 Wochen nach dem Beginn der Appendicitis auf, so daß man bei frühzeitiger Operation die Gefahr der Pleurainfection vermeiden kann. Jede acute Appendicitis kann unabhängig von dem Grade der Intensität zu Pleuritis führen. Die Pleuritis sitzt meist rechtsseitig und ist mit Erscheinungen combinirt, die auf Betheiligung der Leber und des Zwerchfells hinweisen, u. a. Schmerzen im rechten Hypochondrium, die gegen die Schulter ausstrahlen, Dyspnoë, Oppressionsgefühl, scheinbare Vergrößerung der Leber. Diese Symptome sind durch den der Pleuritis zeitlich vorangehenden rechtsseitigen subphrenischen Absceß bedingt. Bei der Pleuritis appendicularis sind verschiedene Formen beobachtet worden, häufig sind große Exsudate von putridem Charakter. Im ersten Stadium besteht pleuritische Reiben. Das Fieber zeigte wechselndes Verhalten; Dyspnoë, Kachexie, Schwäche des Pulses, fahle Gesichtsfarbe deuten auf die Schwere der Erkrankung hin. Gelegentlich beobachtet man die Erscheinungen eines Pneumothorax, in diesen Fällen durch Gasansammlung in der Pleurahöhle infolge der Zersetzung des putriden Exsudates bedingt. Die Punction der Pleurahöhle ergibt meist eine seröse, mißfarbige, fötide Flüssigkeit. Im Anschluß an die Probepunction soll zur Operation des Empyems geschritten werden. Es gibt auch ganz leichte Fälle von Pleuritis appendicularis, wo es bloß zur Ansammlung eines kleinen serösen Exsudates kommt.

Société des hôpitaux.

BÉCLÈRE: Diagnose und Behandlung des Ventilpneumothorax.

Das vom Vortr. vorgeschlagene diagnostische Hilfsmittel, welches zugleich ein therapeutischer Eingriff ist, besteht in der Capillarpunction der Pleurahöhle durch Einstechen der Nadel einer Injectionspritze in einen Intercostalraum. Die Nadel wird durch einen Kautschukschlauch mit einer ungefähr 15 Cm. langen Glasröhre verbunden, welche letztere zur Hälfte in eine mit Wasser gefüllte Eprouvette eintaucht. Dieses einfache Manometer gestattet aus den Veränderungen des Flüssigkeitsniveaus zu erkennen, ob es sich um einen offenen, geschlossenen oder Ventilpneumothorax handelt. Für letzteren stellt die Capillarpunction zugleich die beste Behandlungsmethode dar, indem sie der großen, in der Pleura angesammelten Luftmenge das Entweichen ermöglicht und nach Bedarf wiederholt werden kann. Dabei wird die bei Anwendung eines gewöhnlichen Troicars vorhandene Gefahr der Erzeugung eines ausgedehnten Hautemphysems vollständig vermieden. Ueberhaupt ist die Aspiration des Inhaltes der Pleurahöhle bei Pneumothorax in keinem Fall angezeigt. Bei offenem Pneumothorax ist sie nutzlos, bei geschlossenem bringt sie die Gefahr einer Zerreißung der Pleuranarbe mit sich, bei Ventilpneumothorax ist sie überflüssig, weil es sich hier nur darum handelt, den Ueberschuß der Luft aus der Pleurahöhle zu entfernen, für welchen Zweck die Capillarpunction vollständig genügt. Die übermäßige Luftansammlung bei Ventilpneumothorax ist durch den Husten bedingt, und es ergibt sich daher die Aufgabe, diesen nach Möglichkeit zu bekämpfen, was am besten durch subcutane Morphiuminjection geschieht.

Galliard bemerkt, daß im Anfang die Schwere des Krankheitsbildes bei Pneumothorax mehr von dem Grad der Erkrankung der anderen Lunge als von der übermäßigen intrapleurale Luftansammlung bedingt sei.

Aus
medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Berliner Medizinische Gesellschaft.

M. G. BORCHARDT: Ueber Lumbalhernien.

Vortr. bespricht diese seltenen Brüche, von welchen 47 in der Literatur bekannt sind. Sie treten theils durch das Trigon. Petiti, theils durch das Trigon. lumbale super., theils aber auch durch jede andere beliebige Stelle der hinteren und seitlichen Bauchwand aus. In der Aetiologie spielt das Trauma eine sehr große Rolle, dann Eiterungen (Senkungsabscesse) mit Durchbrechung der Bauchwand und endlich congenitale Defecte in letzterer. Von letzterer Art sind 7 bekannt. B. demonstirt den achten. Es handelt sich um ein $\frac{5}{4}$ Jahre altes Kind, das wegen einer Vorwölbung in der linken Seitenwand von wechselnder Größe auf die Klinik kam; beim Husten ist die Vorwölbung fast kindskopfgroß, man kann sie reponiren, wobei ein eigentlicher Bruchring nicht gefühlt wird. In ihr sind außer Darmschlingen Milz und linke Niere.

Das Kind erhält eine Bandage und wird eventuell nach einigen Jahren operirt.

C. BENDA: Beiträge zur pathologischen Histologie der Hypophysis.

Der von manchen angenommene Zusammenhang zwischen Akromegalie und Tumoren der Hypophysis hat dieses Organ wieder mehr in den Vordergrund gerückt. Seine Anatomie war eigentlich schon bekannt, ist aber ein wenig in Vergessenheit gerathen. Die feineren histologischen Verhältnisse hat B. mit Hilfe einer besonderen Färbetechnik weiter als bisher klargelegt, indem diese die feinen Körnchen in den Zellen des Drüsentheils zu studiren erlaubte. In einem Falle von Cretinismus wurde Abnahme der Körnchen constatirt; ähnliches fand sich in einigen Fällen von Morbus Basedowii; dabei war die Drüse außerordentlich klein. Bei einem Zwerg fand B. ein Teratom, welches in der Sella turcica saß und die Hypophysis comprimirte.

In 4 Fällen von Akromegalie, die er im Krankenhause am Urban secirte, fand B. starke Veränderungen der Hypophysis, einmal ein großes Angiom, in den 3 anderen tumorartige Anhäufung von gekörnten Zellen.

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde.

HOFFMANN: Ueber die Entstehung und Behandlung der Klumpzehen.

Die von H. vorgenommene sorgfältige Präparation zweier Füße, die zufällig bei der nämlichen Leiche gefunden wurden und beide die in Rede stehende Zehenstellung zeigten, hat ergeben, daß vor allem die verschobenen Gelenkflächen des Metatarso-Phalangealgelenks einen continuirlichen Knorpelüberzug tragen; es sind ähnliche Befunde, wie sie HEUBACH für den Hallux valgus festgestellt hat, und es ist daher auch bei den Klumpzehen die Entstehung durch Arthritis deformans ausgeschlossen.

Die Behandlung wird in erster Linie auf die eigentliche Ursache und deren Ausschaltung gerichtet sein müssen; weiterhin kommen orthopädische Maßnahmen und schließlich bei fixirter Stellung ein chirurgischer Eingriff in Frage. Hier empfiehlt H. aber nicht die Resection des I. Metatarsalknöpfchens, sondern die der Grundphalanx; K. stützt sich dabei auf einen vor mehreren Jahren von WITZEL in dieser Weise mit ausgezeichnetem Erfolge operirten Fall. — Die Bezeichnung Klumpzehen ist als die am meisten ausdrucksvolle gewählt; ist die Großzehe mehr oder minder allein deformirt, dann dürfte die Benennung Hallux equino-varus vorzuziehen sein.

Notizen.

Wien, 19. Januar 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte und begründete Prof. Dr. KASSOWITZ den Antrag, „es möge ein wissenschaftliches Comité zum Behufe der Prüfung der zu therapeutischen Zwecken verwendeten Phosphoröle, insbesondere des Phosphorleberthrans, in Bezug auf ihre Haltbarkeit eingesetzt werden“, und demonstirte hierauf Leuchtproben zum Nachweise von Phosphor. — Hierauf zeigte Prof. Dr. BENEDIKT die Roentgenaufnahme eines Falles von tabischer Arthropathie der Wirbelsäule. Doc. Dr. E. ULLMANN vermißte im Falle B.'s die Kriterien der tabischen Knochenveränderung. — Dr. OSKAR KRAUS demonstirte einen Apparat zur intravesicalen Sprayapplication. Die Versprayung erfolgt durch Kohlensäureddruck. — Sodann wurde die Discussion über den Vortrag A. SCHIFF's „über die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen“ eröffnet. Prof. Dr. REDLICH hält diese Beziehungen für analog dem von HEAD zwischen Visceral-Erkrankungen und segmentären Hauthyperästhesien nachgewiesenen Connex, doch sollte auch die suggestive Wirkung der localen (Nasen-)Behandlung niemals unterschätzt werden. — Dr. M. WEIL, den dieses Thema seit 6 Jahren beschäftigt, bestätigte die Angaben von FLIES und SCHIFF vollinhaltlich; nur die Localisation der „Genitalstellen“ dürfte seiner Meinung nach nicht constant sein. — Doc. Dr. GOMPERZ hat bei der Behandlung von Dysmenorrhoeen von der Nase aus die Erfahrung gemacht, daß die Wirkung einer Aetzung der Genitalstellen nur 8—12 Monate anhalte; er konnte auch bei Männern neuralgische Schmerzen im Kreuze durch Cocainisirung „der Genitalstellen“ beseitigen. — Doc. Dr. GROSSMANN hat einen Fall beobachtet, bei welchem gehäuft auftretende epileptische Anfälle nach Cauterisirung der linken hypertrophischen Nasenmuschel durch 5 Wochen ausblieben; später jedoch gelang die Beseitigung der Anfälle auf diese Weise nicht mehr. Zur Erklärung des Zustandekommens der Wirkung solcher Eingriffe führt G. experimentelle Erfahrungen über Blutdrucksteigerung, Aenderung der Herzaction u. s. w. nach Reizung der Nasenschleimhaut an. — Die Discussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt werden.

(Das Facultätsgutachten vor Gericht.) Seitens des Vorstandes der Wiener Aerztekammer sowohl wie des Verbandes der Aerzte Wiens sind Resolutionen beschlossen worden, die sich gegen die abfällige Beurtheilung richten, welche gelegentlich der von uns in der Vorwoche mitgetheilten Gerichtsverhandlung gegen einen Arzt das Gutachten der Wiener medicinischen Facultät durch den Vertreter der Staatsanwaltschaft erfahren hat. Auch seitens der Facultät wird eine diesbezügliche Enunciation vorbereitet.

(Die „Prager med. Wochenschrift“) feierte mit Abschluß des Jahrganges 1900 das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens. Das von Doc. Dr. L. HERRNHEISER geleitete, berechtigten Ansehens sich erfreuende Blatt sei von uns in collegialer Weise beglückwünscht.

(Universitätsnachrichten.) Prof. HERMANN MUNK in Berlin ist zum Geh. Regierungsrathe ernannt, Prof. RICHARD EWALD als Director des physiologischen Institutes nach Straßburg, Prof. VERWORN, derzeit in Jena, als Ordinarius nach Göttingen berufen worden; die Privatdocenten für innere Medicin Dr. FRIEDRICH VOIT und Dr. RICHARD MAY in München sind zu a. o. Professoren ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Der Bergarzt ARPAD KRİZ in Pribram ist zum Ober-Bergarzte ernannt worden; der städtische Arzt FRANZ KOPETZKY in Wien erhielt das goldene Verdienstkreuz, der Badearzt Dr. ERNST OTT in Marienbad den persischen Sonnen- und Löwenorden, der Privatdocent für Kinderheilkunde in Wien Dr. EMIL FRONZ den serbischen Sava-Orden 4. Cl., der Badearzt Dr. FERDINAND BARUCH in Marienbad und der Zahnarzt Dr. LEO MEYER in Wien den persischen Sonnen- und Löwenorden.

(Aus Berlin) schreibt unser ständiger Correspondent: Vor mehreren Wochen ist hier durch eine Anzahl um das öffentliche Wohl verdienter Persönlichkeiten eine Institution ins Leben gerufen worden, welche bei verständiger Leitung und bei ausreichenden Mitteln wohl imstande sein wird, manchem Elend Abhilfe zu thun. Im Anschluß an den evangelisch-kirchlichen Hilfsverein hat sich nämlich ein Verein für Krankenküchen gebildet, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Kranken und Genesenden, welche nicht in der Lage sind, im eigenen Hause entsprechende Fürsorge zu tragen, nach ärztlicher Anweisung gesunde, passende Nahrung theils gegen Vergütung, theils unentgeltlich zuzuführen. Zunächst ist eine Küche im Centrum der Stadt eröffnet worden, von der aus Speisen in Thermophorgefäßen bis zu einer Entfernung von 2 Kilometern im Umkreise in die Wohnungen geliefert werden. Außer der Versendung der Speisen, welche möglichst zwischen 12 und 2 Uhr in den Wohnungen abgeliefert werden, können kalte Speisen (Gelée, Compott, süße Speisen, kaltes Fleisch u. s. w.) sowie gewärmte Suppe zu jeder Zeit während der Bureaustunden (9—6 Uhr) abgeholt werden. Der Preis des Mittagessens schwankt je nach der Anzahl der gelieferten Gerichte zwischen 50 Pfennig bis 2 Mark. Für den ersteren Preis erhält man ein Gericht, bestehend aus Suppe mit Fleisch und Gemüse, Kartoffel, Reis u. s. w. als Einlage. Für 2 Mark gibt es ein Mittagessen, bestehend aus Suppe: Hühner- oder Fleischsuppe, klar oder gebunden, oder Schleimsuppe, 2. Fleisch oder Geflügel, oder Kalbsbries, oder Wild, gekocht oder gebraten, 3. Gemüse und Kartoffelbrei, 4. leichte süße Speise und Compott. Wie bereits aus den Preisen hervorgeht, ist das Institut in erster Linie nicht für die Armen, sondern mehr für Personen des Mittelstandes geschaffen, die sich in Krankheitsfällen nicht die geeignete Verpflegung schaffen können. So wird die Einrichtung insbesondere von jungen Leuten benutzt werden, Kaufleuten, Studenten, Aerzten, die in sogenannten möblirten Zimmern wohnen. Welche Bedeutung dieser Neueinrichtung in maßgebenden Kreisen zugemessen wird, erhellt aus dem Umstande, daß LEYDEN im Verein für innere Medicin die Aerzte darauf hinwies. Man mag es unserem großen Kliniker gern glauben, daß ihm die neue Einrichtung besonders am Herzen liegt, weil sie eine Unterstützung bietet für die Bestrebungen für eine rationelle Ernährungstherapie; daß die letztere jetzt Allgemeingut der Aerzte geworden, dürfte doch im Wesentlichen LEYDEN'S Verdienst sein. — Weniger Erfreuliches vermag ich über eine andere Neueinrichtung zu sagen, durch die man in einem der Medicin und den Aerzten günstigen Sinne auf das Publicum zu wirken sucht. Ein hiesiges Tagesjournal, dessen Herausgeber, wie stadtbekannt ist, mit pecuniären Schwierigkeiten zu kämpfen hat, glaubt seiner Zeitung wieder aufhelfen zu können, wenn er ihr eine hygienische Beilage hinzufügt; so ist das „Kleine Journal für Hygiene“ entstanden, welches im Wesentlichen den *Di minorum gentium* zu Expectorationen dient, nachdem allerdings für die Eröffnungsnummer ERNST von BERGMANN und der Präsident unserer Aerztekammer Geheimrath BECKER Artikel geschrieben. Es gehört kein besonderer Scharfblick dazu, um zu erkennen, daß der Herausgeber, der Verfasser der „Ballhaus Anna“, weniger von hygienischem Interesse als durch den Wunsch nach Inseraten von Heilmitteln, Nährpräparaten, medicinischen Waarenhäusern u. dgl. bei der Gründung geleitet wurde. — Die Aerzte, die bereits zum Theil Sklaven der Arbeiter sind durch die Krankencassen, die leider auch zum Theil die chemische Industrie stützen müssen, geben sich nun auch noch dazu her, um Vertretern der sechsten Großmacht wieder auf die Beine zu helfen. — In Berlin viel besprochen wird das plötzliche Verschwinden eines Arztes aus der Reichshauptstadt, der sich des größten Ansehens im Laienpublicum, aber eines nur geringen unter den Collegen zu erfreuen gehabt hat. FAUSTO BUZZI, der frühere Assistent und spätere scharfe Concurrent SCHWENNINGER'S, hat vor mehreren Monaten sang- und klanglos Berlin den Rücken gekehrt und hält sich in Lugano auf, woselbst er ein großes Terrain gekauft haben soll. Es ist auch nicht wahrscheinlich, daß wir Herrn BUZZI in Berlin wiedersehen werden, da er hier Steuerhinterziehungen machte, für die er eine Strafe von 300.000—400.000 Mark zu gewärtigen hat. Viel-

leicht ist die Zeit nicht mehr fern, wo auch andere, welche weniger durch Tüchtigkeit und Fleiß als durch geschickte Machinationen zu Ansehen gelangt sind, ihr Geschick ereilen wird.

(Der 19. Congreß für innere Medicin) findet unter Vorsitz SENATOR'S in der Zeit vom 16.—19. April d. J. in Berlin statt. Verhandlungsthemen sind: „Herzmittel und Vasomotorenmittel“ (Reff. GOTTLIEB-Heidelberg und SAHLI-Bern) und „Die Entzündung des Rückenmarkes“ (LEYDEN-Berlin und REDLICH-Wien). Außerdem sind zahlreiche Vorträge angemeldet. — Jeder Arzt kann Theilnehmer des Congresses werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Anmeldungen bei Geh. San.-R. E. PFEIFFER in Wiesbaden.

(Der 22. Balneologen-Congreß) findet unter Vorsitz LIEBREICH'S vom 7.—12. März d. J. in Berlin statt. Es sind bisher 37 Vorträge angemeldet. Auskunft über Congreßangelegenheiten ertheilt Geh. San.-R. BROCK, Berlin, SO., Melchiorstr. 18.

(Massenvergiftungen mit Arsenik.) Ueber eine in mannigfacher Hinsicht interessante „Epidemie“ von Arsenvergiftungen erfahren wir aus Manchester Folgendes: Seit einiger Zeit hatten die Aerzte von Manchester überaus häufig Gelegenheit, Krankheitsfälle zu beobachten, die zumeist unter den Symptomen der peripheren Neuritis verliefen. Die Erkrankungen waren auf alle Bezirke Manchesters und auf dessen Umgebung vertheilt und betrafen merkwürdigerweise bloß Männer aus den niederen Volksklassen. Da in der Mehrzahl der Krankheitsfälle auch Parästhesien, Pigmentationen und erythematöse Hautveränderungen sich bemerkbar machten, dachte man bald an eine Metallvergiftung, in erster Linie durch Arsen. Die Nachforschungen führten zu folgendem bemerkenswerthen Resultate: Fast alle Erkrankten waren Biertrinker gewesen. Die Untersuchung des Bieres ergab nun in allen Fällen beträchtliche Mengen von Arsen. Wie war nun Arsen in das Bier gerathen? Es stammte aus „Glukose“, die aus billigem Rohrzucker mittelst schwefliger Säure hergestellt wird; der Rohrzucker hat bei minderwerthigen Biersorten den Malzzucker zu ersetzen. Die schweflige Säure wieder wird der Billigkeit halber aus Eisenpyriten gewonnen und diese enthalten 1.4 Gewichtsprocent an arseniger Säure. Die weite Verbreitung der Arsenikepidemie erklärt sich daraus, daß fast alle diese Fälle auf eine große Zuckerrabrik zurückzuführen sind, welche ungefähr 200 Bierbrauereien mit jenem billigen Zucker — man könnte besser sagen Gifte — versorgt.

(Ein Lehrstuhl für Colonialmedicin) soll — wie uns berichtet wird — in Paris begründet werden. Seine Aufgabe ist der Unterricht in den Ergebnissen aller Erfahrungen, welche die französischen Aerzte in den Colonien Frankreichs zu sammeln Gelegenheit hatten und haben.

(Statistik.) Vom 6. bis inclusive 12. Januar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7121 Personen behandelt. Hievon wurden 1349 entlassen; 169 sind gestorben (11.13% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 52, egypt. Augenzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 106, Scharlach 49, Masern 834, Keuchhusten 49, Rothlauf 26, Wochenbettfieber 3, Röheln 1, Mumps 92, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 699 Personen gestorben.

Hofrath Prof. KAPOSI wohnt und ordinirt vom 1. Februar d. J. ab (während des Umbaus seines Hauses) IX., Pelikangasse 5.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 21. Januar 1901, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. H. TELEKY.

Programm:

Doc. Dr. WILH. ROTH: Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Med. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration, „Wiener Med. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der Nerven-Abtheilung des Kaiser Franz-Josef-Ambulatoriums (Prof. E. Redlich). Ueber seltenere Knochendeformitäten nach spinaler Kinderlähmung. Von Dr. Rudolf Neurath in Wien. — Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses. Versuche über die Verwendung des Troponins am Krankenbette. Von Dr. Heinrich Grün und Cand. med. Robert Braun. — **Revue.** Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens. — **Referate.** Otto Jelinek (Wien): Die Resultate der Behandlung der Diphtherie mit Heilserum. — A. Hoffa (Würzburg): Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation. — H. Lohnstein (Berlin): Beitrag zur Behandlung der callösen, resilienten Stricturen. — L. Landau (Berlin): Ueber den frühen Nachweis von freier Bauchwassersucht. — Fritz Valentin (Berlin): Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Aspirin. — Max Freudweiler (Zürich): Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Gichtknoten. — Vera Salomon (Lausanne): Experimentelle Untersuchungen über Rabies. — **Literarische Anzeigen.** Die Mißbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. Von Dr. Fritz Danziger, Ohrenarzt in Beuthen, O.-S. — Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. Von Dr. Hans Meyer, Docent für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten in Zürich. — **Feuilleton.** Die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts. Von Geh.-R. Prof. E. v. Leyden in Berlin. — **Kleine Mittheilungen.** Hypodermatische Gelatineinjectionen. — Aspirin. — Die locale Anwendung von Unguentum Credé. — Gegen hartnäckiges Fieber bei Lungentuberculose. — Epicarin. — Behandlung der schmerzhaften Dentition. — Eisenarsengemisch. — Therapie der Appendixerkrankung. — Arsenbehandlung der Chorea. — Die therapeutische Wirkung des Heroin. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen. Gehalten vom 16. bis 22. September 1900. Aus den Abtheilungen. (Orig.-Ber.) XIII. — Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXI. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Nerven-Abtheilung des Kaiser Franz-Josef-Ambulatoriums (Prof. E. Redlich).

Ueber seltenere Knochendeformitäten nach spinaler Kinderlähmung.

Von Dr. Rudolf Neurath in Wien.

Eine Durchsicht der Literatur über die acute Poliomyelitis läßt erkennen, wie sehr in den letzten Decennien das Studium der pathologischen Anatomie und der Aetiologie der Krankheit im Vordergrund des Interesses gestanden ist und zu wichtigen Resultaten geführt hat. Die Klinik der spinalen Kinderlähmung hat hingegen in der letzten Zeit wenig Bereicherung erfahren. Daß ein größeres, nach klinischen Einzelheiten gesichtetes Material auch für die Symptomologie der Poliomyelitis interessante Gesichtspunkte liefert, soll demnächst an anderer Stelle zu zeigen versucht werden.

Hier sei nur darauf hingewiesen, wie wenig bisher die Entwicklungsstörungen der Knochen gelähmter Extremitäten in ihrem groben anatomischen Verhalten sowohl wie in ihren histologischen Einzelheiten und in ihrem architektonischen Gefüge studirt sind. Als ursächliche Momente sind bisher hauptsächlich der Muskelzug, respective der Ausfall antagonistischer Muskelwirkung, die Schwere des schlaff hängenden Extremitätenantheiles und endlich die aus der Functionsstörung resultirende fehlerhafte Kräftewirkung beim Gebrauche gelähmter Körpertheile gewürdigt. Hin und wieder, wie bei Erklärung secundärer Skoliosen nach poliomyelitischer Lähmung der Rückenmuskeln wird auch auf die Knochenatrophie als solche zur Erklärung der Deformitäten hingewiesen.

Zwei Fälle, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, und die von unseren gewöhnlichen Erfahrungen in interessanter Weise abweichen, zeigen, wie bei der infantilen Poliomyelitis die Deutung der secundären Knochendeformitäten auf Schwierigkeiten stoßen kann.

Im Herbste 1899 wurde im Ambulatorium der 2 Jahre alte Knabe A. Z. vorgestellt. Seit dem 6. Monate bemerkte die Mutter, daß das linke Bein des Kindes gelähmt und länger sei als das rechte gesunde. Ueber den Beginn der Lähmung weiß die Mutter, die ihr Kind während der ersten Monate fremder Pflege überlassen hatte, nichts anzugeben.

Bei der Untersuchung bot der mäßig kräftig entwickelte, eher kleine Knabe die deutlichen Zeichen einer noch floriden Rachitis, Auftreibung der Parietalhöcker, Klaffen der großen Fontanelle auf circa 1½ Querfinger und leichte Auftreibung der unteren Enden der Vorderarmknochen und der Rippenenden. Im Gebiete der Hirnnerven und an den oberen Extremitäten fand sich nichts Abnormes. Das linke Bein war cyanotisch verfärbt, kühl, schlaff gelähmt und zeigte nur in Fuß- und Zehengelenken geringe active Beweglichkeit. Der Fuß hing in leichter Spitzfußstellung. In der atrophischen Musculatur des linken Oberschenkels zeigten sich mitunter fibrilläre Zuckungen. Auch die Glutäalmusculatur der linken Seite schien schwächer und schlaffer als rechts. Bei Vergleich des gelähmten Beines mit dem gesunden rechten ergab sich eine Längendifferenz, und zwar war das linke um 2 Cm. länger als das rechte (30½ gegen 28½ Cm.). Als Meßpunkte dienten der große Trochanter und der äußere Knöchel. Ober- und Unterschenkel schienen in gleichem Maße an der Differenz zu participiren. Der Oberschenkel der gelähmten Seite war um 3 Cm., der Unterschenkel um 2 Cm. dünner als rechts. Wegen leichter Contracturstellung der linken Zehen war eine Bestimmung der Fußlängen schwer durchzuführen. Eine meßbare Differenz schien nicht vorzuliegen.

Der Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex waren rechts deutlich, links nicht auszulösen. Die Sensibilität war nicht gestört.

Die Peronealmusculatur war links faradisch nicht erregbar; galvanisch keine Entartungsreaction.

Das Kind konnte erst seit 3—4 Monaten stehen. Beim Aufstellen zeigte sich Neigung zur Hyperextension im linken Kniegelenk. Beide Beine waren dabei kaum merklich nach außen convex (Crura vara) gebogen, das gesunde nicht stärker als das kranke, jedenfalls schien die Längendifferenz der Beine durch stärkere, resp. schwächere Krümmung des einen oder des anderen Beines nicht erklärbar.

Es fand sich also eine Differenz der Extremitätenentwicklung zu Gunsten der gelähmten Extremität, die unseren gewöhnlichen Erfahrungen von einem bald nach dem Einsetzen der Lähmung beginnenden Zurückbleiben der Knochenbildung der gelähmten Extremität zu widersprechen schien.

Bevor ich daran gehe, für diesen ungewöhnlichen Befund eine Erklärung zu suchen, seien die in der Literatur vorliegenden ähnlichen Beobachtungen und die für ihre Deutung verwendeten Momente wiedergegeben.

SEELIGMÜLLER verzeichnet zwei ähnliche Beobachtungen. Im ersten Falle handelte es sich um ein 2 Jahre altes Kind, bei dem rechts nur die Wadenmusculatur, links sämtliche Muskeln von den Glutäen bis zu den kurzen Muskeln der Zehen gelähmt waren. Als ein Jahr nach Auftreten der Lähmung ein Stützapparat angemessen wurde, fiel eine beträchtliche Verlängerung der total gelähmten linken unteren Extremität sofort auf. Der linke Oberschenkel war um 1 Cm., der Unterschenkel um $1\frac{1}{2}$ Cm., das ganze linke Bein um $2\frac{1}{2}$ Cm. länger. Der linke Fuß übertraf den rechten um $1\frac{3}{4}$ Cm.

Der zweite Fall betraf ein $3\frac{3}{4}$ Jahre altes Kind. Vergleichende Messungen ergaben hier eine Verlängerung der seit länger als 2 Jahren total gelähmten, rechten unteren Extremität um $1\frac{1}{2}$ Cm. gegenüber links.

Für solche Beobachtungen, die sich nach SEELIGMÜLLER bei genaueren Messungen öfters finden dürften, glaubt der Autor den Einfluß der trophischen Centren ausschließen zu müssen. Man müßte nämlich sonst an eine isolirte Reizung der trophischen Centren für die Knochen im Gegensatz zur Lähmung derselben denken, welche letztere man in den gewöhnlichen Fällen der poliomyelitischen Knochenatrophie annimmt. Man kann sich aber kaum vorstellen, daß die trophischen Rückenmarkscentren für die Knochen gereizt und gleichzeitig die Centren für die Musculatur derselben Extremität gelähmt wären. SEELIGMÜLLER versucht zur Erklärung seiner Fälle die Verwendung der „Drucktheorie“, die von v. VOLKMANN, HUETER u. A. an Hand der Knochendeformitäten beim Genu valgum aufgestellt worden war. Beim Genu valgum kann der Condylus internus in einem solchen Grade hypertrophiren, daß nur die Resection eines keilförmigen Knochenstückes die Geradestellung der Extremität möglich macht. Das Fehlen des Widerstandes der Tibia, welcher sich im normalen Kniegelenk einem abnormen Wachstum des Condylus entgegensetzt, ruft diese Abnormität hervor.

Genau dasselbe Verhältniß, nur auf beide Condylen sich erstreckend, hätten wir an dem Kniegelenk einer durch spinale Kinderlähmung total gelähmten unteren Extremität anzunehmen. Hier werden die Epiphysen des Femur und der Tibia nicht in normaler Weise durch straffe Bänder gegen einander gedrückt, sondern der Bandapparat ist in solchem Grade erschlafft, daß die Epiphysen sich gegenseitig nicht den normalen Wachstumswiderstand entgegensetzen, besonders in Fällen, in denen die betroffenen Kinder weder stehen, noch gehen können. Der Wegfall des gegenseitigen Wachstumswiderstandes hat eine Förderung des Wachstums der Knochen zur Folge.

Von weiteren Beobachtungen erhofft SEELIGMÜLLER noch Aufschluß darüber, ob 1. etwa besondere Knochenanomalien,

wie Rachitis (von der beide Kinder nicht frei waren), nothwendige Bedingungen für das Zustandekommen der Elongation sind, oder nur begünstigend wirken. Dann wäre das wachsthumvermehrnde Moment hier stärker als das wachsthumhemmende der Lähmung; und ob 2. auch bei anderen spinalen, cerebralen oder peripheren Lähmungen im kindlichen Alter eine ähnliche Elongation sich findet; 3. ob die Elongation sich auch an den oberen Extremitäten einstellt; 4. ob alle Knochen im selben Maße zunehmen, und 5. wie sich das Dickenwachsthum der Knochen verhält.

Auch KALISCHER berichtet über einen Fall von Knochenelongation. Ein $1\frac{1}{2}$ Jahre alter Knabe konnte vor dem Einsetzen der Poliomyelitis bereits laufen. Vor 3 Monaten Fieber, Erbrechen, Krämpfe, danach Lähmung und Atrophie der ganzen rechten unteren Extremität. Elektrische Reaction am Ober- und Unterschenkel theils herabgesetzt, theils geschwunden, theils typische Entartungsreaction. Rachitis, Wirbelsäulenverkrümmung, Beckenanomalie, Arthritis ließ sich ausschließen. Die rechte untere Extremität war um 2 Cm. länger als die linke. Der Knabe ging mit dem auswärts rotirten und abducirten Fuß leidlich gut. Der Fuß selbst war ebenfalls verkürzt. 3 Jahre später war das kranke, anfänglich verlängerte Bein um circa 1 Cm. kürzer als das gesunde, die Differenz von 3 Cm. war also in 3 Jahren zustande gekommen.

KALISCHER möchte mit Rücksicht auf die Häufigkeit spinaler Kinderlähmung ohne Knochenverlängerung bei schwerer Rachitis bezweifeln, daß eine Knochendisposition (Rachitis) zum Zustandekommen der Elongation erforderlich ist, und ist eher geneigt, trophische Einflüsse und eine Dystrophie der Knochen für die Elongation verantwortlich zu machen. Daß diese trophischen centralen Einflüsse auf das Knochenwachsthum mannigfacher und complicirter Natur sind, gehe auch aus der Erscheinung hervor, daß die Atrophie des Knochens durchaus nicht in Einklang stehe mit dem Grade der Atrophie der benachbarten Musculatur und der Ausdehnung der Muskelerkrankung.

Wenn wir nun zunächst die Erklärung SEELIGMÜLLER'S für seine Fälle von „Knochenelongation“ von unserem heutigen Standpunkt kritisch ansehen, so müssen wir uns zunächst mit der „Drucktheorie“ beschäftigen, die nach v. VOLKMANN ein Vierteljahrhundert von Chirurgen und Anatomen anerkannt war. Nach der Drucktheorie soll vermehrter Druck den Knochen zum Schwinden bringen, Druckentlastung die Knochenbildung anregen. In wahrhaft classischer Weise hat WOLFF in seinem Werke „Das Gesetz der Transformation der Knochen“ von drei Gesichtspunkten, und zwar vom mathematischen Standpunkt, durch anatomische Betrachtung und durch Analyse klinischer Verhältnisse die Richtigkeit der Drucktheorie bestritten. WOLFF findet überall den Folgerungen der Drucktheorie widersprechende Verhältnisse und zeigt, daß vermehrter Druck die Knochensubstanz nicht zum Schwunde, sondern zur Anbildung bringt, und daß Druckentlastung Knochenschwund bedingt. Vom anatomischen Sandpunkt zeigt gerade ein Genu valgum-Präparat deutlich Knochenschwund an der entlasteten und Knochenanbildung an der stärker belasteten Stelle. Endlich versagt die Drucktheorie auch überall, wo von ihr Klärung klinischer Einzelheiten erhofft wurde. WOLFF setzt an die Stelle der Drucktheorie die Lehre von der functionellen Knochengestalt, die er ausführlich begründet, und formulirt das Gesetz der Transformation der Knochen. Auch ROUX u. A. kommen zu denselben, die Drucktheorie ablehnenden Conclusionen.

War schon die Drucktheorie selbst nicht zur Deutung der Elongation in SEELIGMÜLLER'S Fällen ausreichend, und sah sich SEELIGMÜLLER genöthigt, die durch weitere Beobachtungen zu erklärenden Momente in fünf Punkten zu formuliren, so fällt mit der Widerlegung der Drucktheorie des Autors Erklärung in sich zusammen. Bei SEELIGMÜLLER wie bei KALISCHER finden wir keinen Anhaltspunkt für die große Seltenheit der Knochenverlängerung bei der Häufigkeit der

infantilen Spinallähmung. KALISCHER's Annahme einer trophischen Steigerung der Knochenbildung, complicirt mit trophischem Muskelschwund, widerspricht zu sehr unseren gewöhnlichen Vorstellungen, um acceptabel zu sein.

Man könnte sich endlich zur Erklärung der Knochenelongation gelähmter Extremitäten auf Befunde stützen wollen, die im Thierexperimente nach Ischiadicusdurchschneidung Elongation der Knochen ergeben haben sollen. Durch neuere Untersuchungen (KAPSAMMER) erscheinen aber die älteren positiven Ergebnisse solcher Versuche endgiltig widerlegt.

Wir finden demnach in der Literatur keine irgendwie verlässlichen Anhaltspunkte für die Erklärung der „Knochenelongation“ poliomyelitisch gelähmter Extremitäten.

Ein Roentgenbild unseres Falles, das Herr Dr. KIENBÖCK anzufertigen die Güte hatte, ergab Einzelheiten, die für die Erklärung des Zustandekommens einer Längendifferenz des gesunden und des kranken Beines verwertbar sind.

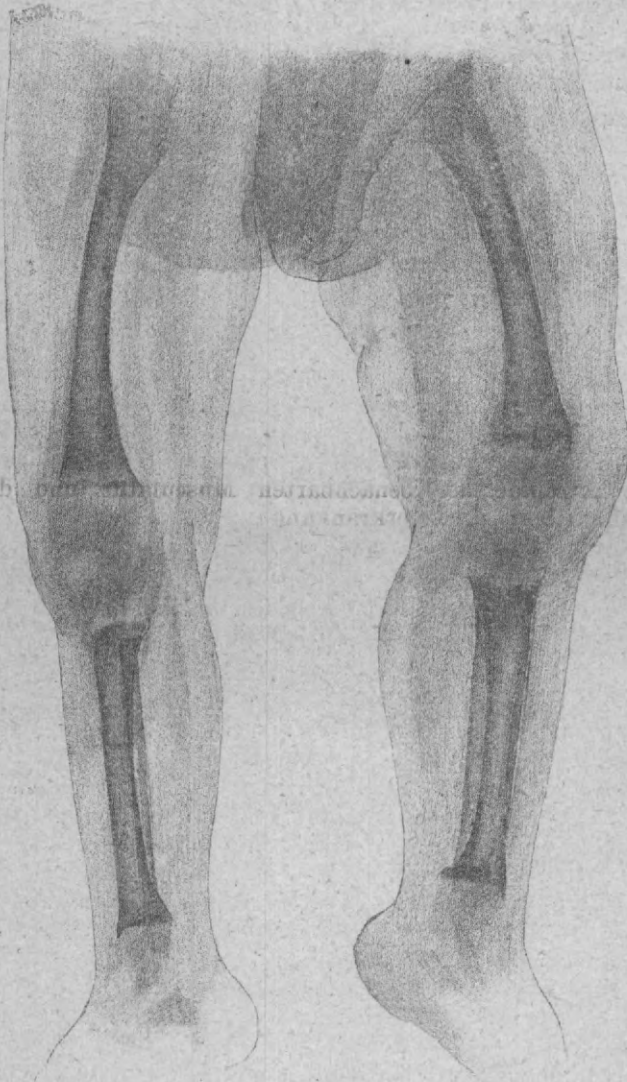


Fig. 1.

Die Schwierigkeit, durch ein auf photographischem Wege verkleinertes Bild die feineren Details des Aktinogrammes zur Anschauung zu bringen, machte es nöthig, das Bild zunächst durch Zeichnung zu verkleinern. Unsere Abbildung gibt getreu die Einzelheiten des photographischen Roentgenbildes wieder. Die Aufnahme des Kindes erfolgte von hinten, Links und Rechts der Abbildung entspricht demnach dem Links und Rechts der Wirklichkeit.

Zunächst fällt auch im Roentgenbilde die Längendifferenz der Knochen des Ober- und Unterschenkels der gelähmten im Vergleiche zur gesunden Seite auf. Die Länge der rechten Oberschenkeldiaphyse gegenüber der linken im ursprünglichen

Roentgenbilde beträgt, soweit bei der Knochenkrümmung ein sicheres Messungsergebnis zu erreichen ist, 12 Cm. gegen 13 Cm., der Tibiadiaphyse rechts 10½ Cm., links 11 Cm. Es zeigen sich weiters die Knochen der gesunden rechten Extremität abweichend vom klinischen Befunde thatsächlich etwas stärker (rachitisch) gekrümmt, als die der gelähmten, jedoch entschieden lange nicht so stark, daß die Krümmung allein eine Differenz von 2 Cm. erklären könnte. Außerdem aber zeigt das Aktinogramm mit der schönsten Deutlichkeit die typischen rachitischen Knochenveränderungen an den Epiphysen der gesunden Seite, so die Verknöcherungsgrenzen deutlich grob gezackt, darüber (am unteren Femurende) einen breiten, hellen Streifen, während das gelähmte linke Bein normale Einzelheiten, oder im Vergleich zum rechten wenigstens keine deutlichen pathologischen Veränderungen an den Stellen der Knochenapposition erkennen läßt.

Eine Luxations- oder Subluxationsstellung der Gelenkkörper findet sich im Roentgenbilde nicht angedeutet.

Eine Erklärung für das intensivere Auftreten der rachitischen Veränderungen am rechten gesunden Bein, wie es uns die Roentgenaufnahme erkennen läßt, gibt uns die stärkere functionelle Inanspruchnahme und die stärkere Belastung¹⁾ des gesunden und die Entlastung des gelähmten Beines. KASSOWITZ betont in allen seinen Arbeiten die stärkere Localisation der rachitischen Veränderungen an lebhafter wachsenden Appositionstellen. Wo stärkerer Saftzufluß, dort sind auch stärkere Hyperämien und ausgeprägtere rachitische Erscheinungen zu finden. Nun regt ja functionelle Inanspruchnahme, speciell Belastung, die Knochenentwicklung an (s. WOLFF). Im rachitisch erkrankten Organismus müßten daher functionell mehr in Anspruch genommene Knochen intensiver specifisch rachitisch erkranken, als ruhende, speciell als gelähmte Glieder. In neuerer Zeit betonen BREUS und KOLISKO bei Besprechung der rachitischen Becken und der habituellen Skoliose wieder, „daß die Rachitis überwiegend jene Skelettheile, welche durch Belastung am meisten in Anspruch genommen sind, und jene Wachstumszonen, welche zur Zeit des Auftretens der Rachitis sich in der Epoche lebhaftester Knochenproduction befinden, befällt“.

Wenn wir nun, zu unserem Falle zurückkehrend, finden, daß das gesunde, kürzere rechte Bein intensiver rachitisch erkrankt erscheint, als das entlastete, linke gelähmte, so ergibt sich weiter die Frage, ob die besondere Localisation der Rachitis in den Appositionszonen der rechten Extremität imstande wäre, die Längendifferenz zu erklären.

In der vorliegenden neueren Literatur findet sich auffallend wenig über den Einfluß der Rachitis auf das Längenwachsthum des Individuums und der langen Knochen, speciell die Lehrbücher der Kinderheilkunde ziehen gewöhnlich nur das durch die Knochenverkrümmungen bedingte Zurückbleiben im Wachstum in den Kreis ihrer Betrachtung, schweigen aber über einen eventuellen Einfluß der Krankheit auf die wirkliche Längenentwicklung der erkrankten Skelettheile. Theoretisch spräche das charakteristische enorme Wachstum, die Hyperplasie der Knorpelsäulen bei Rachitis eher für eine abnorme Elongation, als für eine Wachstumshemmung. In Wirklichkeit sprechen aber die vorliegenden Untersuchungsergebnisse für einen wachstumshemmenden Einfluß der Rachitis auf die Entwicklung der Knochen. ZIEGLER weist darauf hin, daß bei Druck in der Richtung der Diaphysenachsen die weichen rachitischen Knorpelstellen niedergedrückt werden. Mit der Unregelmäßigkeit und Unvollkommenheit

¹⁾ Die functionelle Inanspruchnahme schließt wohl immer eine gewisse Belastung in sich, wenn auch in unserem Falle die anamnestiche Angabe, daß das Kind erst seit wenigen Monaten gestanden ist, gegen die Wichtigkeit des Momentes der directen Belastung zu sprechen scheint. Roux sagt: „Es ist daran zu denken, daß jeder nicht axial gerichtete Zug, z. B. inserirender Muskeln (und die Säugethiermuskeln, resp. Sehnen greifen nie axial an den Skelettheilen an...) Biegungsbeanspruchung und damit neben dem Zug zugleich Druck an bestimmten Stellen des betreffenden Gebildes hervorbringt, ... so daß die Säuger wohl keinen reinen Zugknochen haben.“

der endochondralen Ossification bringt er zugleich ein mangelhaftes Längenwachstum in Zusammenhang.

FELDMANN hat in seiner preisgekrönten Arbeit eigene Untersuchungsergebnisse über den das Wachstum hemmenden Einfluß der Rachitis mitgeteilt und die diesbezüglichen Untersuchungen früherer Autoren zusammengestellt. Die Mehrzahl der letzteren hat nur den Einfluß der Rachitis auf das gesammte Längenwachstum untersucht; die Störungen der Proportionen sind nur von wenigen beschrieben. Darüber, daß die stets constatirte Verkürzung der Körperlänge auf eine wirkliche Verkürzung der Knochen zurückzuführen ist, sind die meisten Autoren einig. Was die Zeit des Einsetzens der rachitischen Wachstumsstörung betrifft, citirt FELDMANN als Verfechter der Ansicht, daß dieselbe während des Verlaufes der Krankheit sich geltend macht, RITTER, BAGINSKY und HENOCH. GUÉRIN und JENNER nehmen Wachstumshemmung sowohl während, als nach Ablauf der Krankheit, VIRCHOW allein nur nach vollständig abgelaufenem Krankheitsproceß an.

FELDMANN hat seine Untersuchungen an 13 männlichen (darunter 6 Knaben und 6 Adolescenten) und 6 weiblichen Individuen angestellt und findet beim Vergleiche der mittleren Längen der Rachitiker mit den Normallängen für das gleiche Alter ebenfalls eine durchaus kleinere Körperlänge bei Rachitis. Nur in einem Falle fand sich eine unerklärte Wachstumsvermehrung. Die rachitischen Knaben waren um 5,4%, die Mädchen um 5% und die älteren männlichen Individuen um 15% kleiner als gesunde Individuen gleichen Alters. Bei den rachitischen Knaben und Mädchen war die obere, bei den Adolescenten die untere Extremität im Wachstum mehr gehemmt. Soweit die wenigen Fälle ein Urtheil gestatten, glaubt FELDMANN den größten Theil der Wachstumsstörung in die Periode nach abgelaufener Krankheit verlegen zu müssen.

In ähnlichem Sinne äußert sich KOLISKO bei seinem Erklärungsversuche der habituellen Skoliose. Er weist darauf hin, daß die Rachitis und ihr wachstumshemmender Einfluß gerade jene Wachstumszonen am intensivsten betrifft, in welchen zur Zeit eben das Wachstum am energischsten wäre. Sie bringt also die befallene Zone um ihre Hauptleistungsfähigkeit, daher ist diese Wachstumseinbuße schwer oder kaum einzubringen.

Wir kommen also, wenn wir die vorliegenden Untersuchungsergebnisse berücksichtigen, zur Anschauung, daß die Rachitis auf die befallenen Skelettheile einen wachstumshemmenden Einfluß ausübt. Wann diese Entwicklungshemmung vor sich geht, in welcher Epoche der Krankheit sich zuerst eine meßbare Differenz erkennen läßt, darüber fehlen zur Zeit die nöthigen Daten. Die Erfahrung FELDMANN'S, daß die Differenz in früher Jugend an den oberen Extremitäten, dagegen bei Jünglingen, also nach der Kindheit, in den (belasteten!) unteren Extremitäten größer ist, spricht entschieden — wenn wir das wichtige functionelle Moment der Belastung im Auge behalten — dafür, daß es, wenn auch nicht allein, so doch in hervorragendem Maße nach Ablauf der Rachitis zur Entwicklungshemmung kommt.

Wenn wir nun die citirten Momente zur Erklärung unseres Falles zu verwerthen versuchen, so zeigt sich die Möglichkeit, die Längendifferenz der Beine durch die Rachitis und die Aenderung der statischen Verhältnisse infolge der Lähmung der einen Extremität zu erklären.

Die poliomyelitische Lähmung des linken Beines hatte eine stärkere functionelle Inanspruchnahme, eine einseitige Belastung des rechten Beines zur Folge, deren Consequenz eine stärkere Localisation der bestehenden Rachitis im gesunden rechten Bein war. Hier führte der rachitische Proceß zu einer nur wenig stärkeren arcuären Deformation der Knochen-schäfte, was aber noch wichtiger ist, auch zu einer Wachstumshemmung der Knochen, des Ober- und Unterschenkels, die im entlasteten linken Bein nicht zum Ausdruck kommt.

Wir haben also in unserem Falle die Längendifferenz der unteren Extremitäten nicht, wie es anfangs schien, und

wie Beobachter ähnlicher Fälle es thaten, auf eine „Elongation“ der gelähmten Extremität, sondern auf eine Wachstumshemmung der Knochen der einseitig belasteten gesunden Extremität gegenüber der normalen oder kaum gehemmtten Entwicklung des gelähmten Beines zurückzuführen. Der Umstand, daß das Kind zur Zeit der Beobachtung erst seit 3—4 Monaten stehen konnte, widerlegt die supponirte stärkere Belastung des Beines nicht, denn die mannigfachen Bewegungen, Beugung und Streckung, Aufstützen gegen feste Gegenstände etc. bildeten sicher Belastung genug, um das gesunde Bein gegenüber dem schlaffen für die Localisation der Rachitis zu disponiren.

Es wirft sich nun die Frage auf, warum trotz des häufigen Vorkommens von poliomyelitischer Lähmung die Längendifferenz der gelähmten und der gesunden Extremität so sehr selten zur Beobachtung kommt. Es gehören zum Zustandekommen einer solchen Differenz verschiedene Factoren: die Lähmung muß ein rachitisches Kind betreffen, mit Rücksicht auf das wichtige, für die rachitische Localisation disponirende Belastungsmoment muß die Lähmung eine untere Extremität betreffen, und endlich muß der Fall zu einer Zeit zur Beobachtung kommen, zu der die Lähmung noch relativ frisch ist. Später wird die selten ausbleibende Atrophie des gelähmten Beines die gehemmte Entwicklung des gesunden Beines mehr als aufwiegen.

Auch in unserem Falle zeigte sich diese Abnahme der Längendifferenz, zweifellos infolge eintretender Atrophie des paralytischen Beines; $\frac{3}{4}$ Jahre nach der ersten Untersuchung des Knaben betrug die Differenz der Beinlängen nur noch 1 Cm.

Wenn wir nun prüfen, ob unser Erklärungsversuch auch für die Fälle SEELIGMÜLLER'S und die Beobachtung KALISCHER'S verwertbar ist, so finden wir zunächst bei ersterem ausdrücklich angegeben; daß die beiden Kinder von Rachitis nicht frei waren. SEELIGMÜLLER gibt direct der Vermuthung Ausdruck, daß die Rachitis zum Zustandekommen der „Elongation“ irgendwie beitrage, ohne sich über die Art und Weise ihres Einflusses äußern zu können. Die Beantwortung der übrigen, noch zu lösenden Fragen, deren Lösung SEELIGMÜLLER von weiteren Beobachtungen erwartet, steht zum größten Theile auch heute noch aus.

KALISCHER betont, daß sein Fall von Rachitis frei war. Ohne an der Richtigkeit seiner Angabe auch nur im geringsten zu zweifeln, sei nur betont, wie schwierig es ist, vom rein klinischen Standpunkt rachitische Knochenveränderungen ausschließen zu wollen. Die Rachitis macht erst in einem relativ weit vorgeschrittenen Stadium klinische Symptome, und Sectionen ergeben uns Rachitis, wo dieselbe im klinischen Bild nicht zu erweisen war. Ja, gewisse klinische Einzelheiten, wie der normale Verschuß der großen Fontanelle, den einige Autoren viel später datiren als andere, werden von verschiedenen Beobachtern verschieden beurtheilt. Im Uebrigen wäre das Ergebnis einer zweiten Untersuchung, die KALISCHER 3 Jahre nach der ersten Untersuchung an seinem Falle vorgenommen, eine Bestätigung unserer Annahme. Das kranke, anfänglich verlängerte Bein war circa 1 Cm. kürzer als das gesunde, hatte sich also in 3 Jahren um 3 Cm. relativ verkürzt. Wenn man annehmen dürfte, daß eine bestehende, klinisch nicht manifeste Rachitis, die sich im gesunden, stärker belasteten Beine localisirt hatte, zur Wachstumshemmung desselben geführt hätte, so könnte man die spätere Differenz zu Ungunsten des gelähmten Beines auf eine die ursprüngliche Wachstumshemmung des gesunden mehr als aufwiegende Atrophie des gelähmten Beines zurückführen.

Eine größere Zahl von Beobachtungen mit periodisch oft wiederholten Messungen könnte nicht nur die Stichhaltigkeit solcher Annahmen und ihren Werth für die Erklärung der Fälle ergeben, viele interessante Detailfragen, wie der Einfluß der Rachitis und anderer Allgemeinerkrankungen auf

die Entwicklung der Knochen gelähmter und gesunder Extremitäten, die Zeit des Einsetzens der Entwicklungshemmung, Einzelheiten über den Einfluß der functionellen Inanspruchnahme und der Belastung auf die Localisation der Rachitis können dadurch zur Lösung gebracht werden. Vielleicht ließen sich auch für Lähmungen der oberen Extremitäten, bei denen nicht Belastung, sondern lediglich die functionelle Inanspruchnahme in Frage kommt, Längendifferenzen ermitteln, die bisher nicht beobachtet sind.

* * *

Im Anschluß sei über eine andere merkwürdige Knochen-
deformität nach poliomyelitischer Lähmung berichtet, die,
ebenfalls vom gewöhnlichen Typus abweichend, einer Deutung
anfangs Schwierigkeiten entgegenstellte.

Der zur Zeit der ersten Untersuchung 4 Jahre alte Knabe
J. R. war mit 6 Monaten ohne Fieber unter allgemeinen Zuckungen
plötzlich erkrankt. Einige Stunden später wurde die Lähmung der
rechten oberen Extremität bemerkt. Nach einem halben Jahre
stellte sich wieder eine gewisse active Beweglichkeit im Schulter-
gelenk ein.

armendes im Sinne einer Pronation kommt, so daß der Vorderarm
schraubenförmig gedreht erscheint.

Die Function der Musculatur des rechten Armes erscheint
durch die Lähmung der einzelnen Muskeln in mehrfacher Hinsicht
beeinträchtigt. Activ erfolgt die Hebung der Schulter rechts mit
nur wenig herabgesetzter Kraft. Die Abduction gelingt ziemlich
gut, die Adduction aber mit minimaler Kraft. Beugung im Ellbogen-
gelenk ziemlich kräftig, Streckung unmöglich. Die Pronation und
Supination ist fast aufgehoben. Die Beugung der Hand ist unmöglich,
die Streckung gelingt gut. Fingerbewegungen sind nur in geringster
Ausdehnung möglich. Die Reflexe des Vorderarmes nicht auslösbar.
Die Sensibilität überall intact. Der linke Arm und die unteren
Extremitäten zeigen normales Verhalten.

Neben der eigenthümlichen Localisation der polio-
myelitischen Lähmung fallen in diesem Falle noch zwei
interessante Details auf, nämlich die Subluxationsstellung
der Hand und die dorsoconvexe und gleichzeitig leicht
schraubenförmige Krümmung der Vorderarmknochen. Beide
Deformitäten zeigen sich besonders eclatant in einem (von
Dr. KIENBÖCK angefertigten) Roentgenbilde.



Fig. 2.

Der schwächliche Knabe zeigt jetzt bis auf die zu be-
sprechenden Erscheinungen im rechten Arm normales Verhalten
der nervösen Sphäre. Der rechte Arm wird in der Ruhe etwas im
Schultergelenk abducirt und im Ellbogengelenke leicht gebeugt
gehalten. Die Hand hängt schlaff nach der Dorsalseite des supi-
nirten Vorderarmes herab. Es besteht leichte Atrophie des Cucullaris
und Deltoides, stärkere Atrophie des Triceps brachii, der gesammten
Beugemusculatur des Vorderarmes und der Supinatoren; dadurch
erscheint Ober- und Vorderarm der rechten im Vergleich zur
linken oberen Extremität dünner und schwächer. Die Differenz der
Oberarme beträgt 3 Cm., die der Vorderarme 4 Cm. im Umfang. Die
in Subluxationsstellung schlaff herabhängende rechte Hand zeigt deut-
liche Abflachung der Gegend des Thenar und Antithenar und der
Interphalangealräume. Die Hand ist graciler als die linke. Die
ganze rechte Extremität ist um circa 1 Cm. kürzer als die linke.

Der rechte Vorderarm ist bogenförmig, nach der Volarseite
concau gekrümmt, wozu noch eine Drehung des distalen Vorder-

Das in Supinationsstellung des Vorderarmes aufge-
nommene Bild zeigt die sich kreuzenden Knochenschatten
concau gekrümmt. Die große Distanz zwischen den Hand-
wurzelknochen und den distalen Enden der Vorderarmknochen
bringt die Subluxationsstellung der Hand zum Ausdruck.
Während sich nun diese Deformität leicht durch das Moment der
Schwere der abwärts hängenden, gelähmten Hand erklärt, muß
man zur Deutung der Knochencurvatur andere Factoren suchen.

Der Ausfall der Function der Beuger- und Supinatoren-
gruppe des Vorderarmes hätte vermöge der isolirten Strecker-
wirkung gerade eine dorsoconcau Krümmung der vielleicht
infolge einer bestehenden Rachitis abnorm flexiblen Vorder-
armknochen erwarten lassen, da ja auch bei leichter Beuge-
haltung im Ellbogengelenk, die der Knabe in der Regel
zeigte, die nach abwärts, also dorsalwärts hängende Hand
in demselben Sinne einen Zug ausübte. Klinische Zeichen
von Rachitis ließen sich nicht nachweisen.

Da nun die Deformität durch Antagonistenwirkung der gelähmten Muskeln nicht zu erklären war und dieselbe eine einer solchen Wirkung gerade entgegengesetzte Krümmung zeigte, mußte nach einer anderen Ursache gefahndet werden.

Eine solche ließe sich vielleicht hier in der schlechteren Blutversorgung auf der den gelähmten Muskelzügen entsprechenden Volarseite finden. Eine bessere Vascularisation der functionell activeren Dorsalseite hätte auch einen größeren Bildungsreiz für das dorsale Periost und die dorsalen Knochen-schichten zur Folge, während die schlechtere Blutversorgung des volaren Periostes und der volaren Knochen-schichten diese im Wachstum zurückbleiben ließen. Durch das stärkere dorsale Knochenwachstum und die Hemmung der volaren Knochenbildung käme somit die dorsoconvexe Biegung der Vorderarmknochen zustande.

In beiden Fällen, die auf den ersten Blick wenig Gemeinsames haben, berufen wir uns also zur Erklärung der atypischen Deformität auf die functionelle Inanspruchnahme gesunder gegenüber der functionellen Ruhe gelähmter Partien. Während aber in unserem zweiten Falle die functionelle Hyperämie einer gesunden Region im Gegensatz zur functionell gelähmten Seite normales Knochengewebe zu der Entwicklung anregt, ruft im ersten Falle die im rachitischen Knochen auftretende functionelle Hyperämie eine Steigerung des rachitischen Processes und Entwicklungshemmung hervor, die — wenn auch sicher nur zeitweise — eine stärkere Entwicklung der gelähmten Partie vortäuscht.

Literatur: BREUS und KOLISKO, Die pathologischen Beckenformen. III. Bd., I. Theil, pag. 322 ff. Wien 1900. — G. FELDMANN, Ueber Wachstumsanomalien der Knochen. Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie, XIX. Bd., 1896. — S. KALISCHER, Ueber Teleangiectasien mit unilateraler Hypertrophie und über Knochenverlängerung bei spinaler Kinderlähmung. „Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie“, VI. Bd., 1899. — G. KAP-SAMMER, „Wiener klin. Woch.“, 1898, Nr. 23, Archiv f. klin. Chirurgie“, LVI, 1898. — KASSOWITZ, „Zeitschr. f. klin. Medicin“, VII, H. 2. u. a. — ROUX, Gesammelte Abhandlungen über Entwicklungsmechanik der Organismen. I. Bd., 1895. — SEELIGMÜLLER, Ueber Elongation der Knochen an gelähmten Extremitäten. „Centralbl. f. Chirurgie“, 1879. — WOLFF, Das Gesetz der Transformation der Knochen. Berlin 1892. — ZIEGLER, Lehrbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie. II., 6. Aufl. 1890.

Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Versuche über die Verwendung des Tropons am Krankenbette.

Von **Dr. Heinrich Grün** und **Cand. med. Robert Braun**.

Bei der großen Menge von Nährpräparaten, die mit allen möglichen bezeichnenden Namen auf den Markt gebracht werden, ist es schwer, sich für eines oder das andere ohne weiters zu entscheiden. Es ist jedoch klar, daß man sich bei jedem einzelnen dieser Präparate folgende Fragen vorlegen muß: „Ist das vorliegende wirklich ein Nährpräparat, d. h. ist es fähig, dem Körper soviel Stickstoff zuzuführen, daß der Körper, selbst wenn er geschwächt ist, eben aus diesem Nährmittel sich im Stickstoffgleichgewicht erhalten kann? ist es leicht verdaulich? ferner, hat es keinen unangenehmen Geruch oder Geschmack, ist es haltbar, nimmt es kein zu großes Volumen ein und endlich ist es billig?“

Da wir uns nun einige Erfahrung bezüglich mehrerer Nährpräparate sammeln wollten, so beschlossen wir, längere Zeit mit einem der billigsten Nährpräparate — dem von Prof. Dr. FINKLER in Bonn auf dem IX. internationalen Congresse für Hygiene und Demographie in Madrid April 1898 vorgelegten ¹⁾ und von ihm hergestellten Tropon Versuche zu machen.

Nachdem wir uns der gütigen Erlaubniß seitens unseres hochgeschätzten Chefs, des Herrn Primarius Dr. Leo REDTEN-

BACHER und der freundlichen Unterstützung des Herrn Assistenten Dr. Josef WINTERBERG versichert hatten, wandten wir uns an die österreichisch-ungarischen Tropon- und Nährmehlwerke Dr. RÖDER & Co. in Klosterneuburg mit dem Ansuchen, uns für mehrmonatliche Versuchszwecke an Kranken und Gesunden Tropon zur Verfügung zu stellen. Dem Ansuchen wurde auch in der Folge mit großer Bereitwilligkeit entsprochen. Wir wurden zu dieser Arbeit umso mehr ermuntert, als in Deutschland ausgiebige Versuche mit diesem Nährpräparate angestellt worden waren, während bei uns in Oesterreich mit Ausnahme der im Mai 1899 in Nr. 19 der „Wiener klinischen Wochenschrift“ veröffentlichten Arbeit von Mag. pharm. Dr. RUD. KUNZ „Untersuchung über das Tropon“ noch keine Versuche bei einer größeren Anzahl von Patienten oder Gesunden gemacht worden waren.

In Bezug auf die Frage, welchen Zweck die Nährpräparate eigentlich haben, muß man Folgendes in Betracht ziehen:

Es ist wohl klar, daß für diejenigen, welche sich unsere gewöhnliche gemischte Kost anzuschaffen vermögen, diese unter normalen Verhältnissen wohl am besten und schönsten den Nahrungsbedarf zu decken vermag; aber nicht alle können sich Fleisch- und Fleischwaren in genügender Menge gönnen, weil dies bei den heutigen Fleischpreisen gewiß sehr theuer kommt; den Eiweißbedarf aber aus den Vegetabilien allein zu befriedigen, scheidet gewöhnlich daran, daß das dazu nothwendige Volumen derselben zu groß ist und den Magen überladen muß, da die unverdauliche Cellulose den größten Procentsatz der Vegetabilien ausmacht. Noch mehr gilt dies von solchen Individuen, die infolge einer verminderten oder geschwächten Verdauungskraft des Magens nur Speisen von geringem Volumen genießen können. Nährpräparate im engeren Sinne haben also den Zweck, dem Körper das zum Leben nothwendige Eiweiß in concentrirter Form zuzuführen, ohne durch zu großes Volumen den Magen zu belästigen. Selbstverständlich muß das zugeführte Eiweiß derartige Beschaffenheit haben, daß es im Darmtract auch wirklich verdaut werden kann, wobei es aber absolut nicht nothwendig ist, daß das Eiweißpräparat im Magen löslich sei, da selbst bei mangelnder Saftsecretion des Magens die Proteolyse im Darne vor sich gehen kann.

Wenn FÜRST im „Medicinisch-chirurg. Centralblatt“ vom 9. October 1900 gegen die Eiweißpräparate polemisiert und von einer Eiweißmanie spricht, so ist dieser Einwurf nicht im strengsten Sinne zu beurtheilen, da wir oft in die Lage kommen, bei heruntergekommenen, appetitlosen Leuten die Ernährung mit Hilfe eines künstlichen Eiweißpräparates durchzuführen, um den Stickstoffbedarf zu decken. Wir verweisen auch diesbezüglich auf die in EULENBURG'S Real-Encyclopädie ausgesprochene Behauptung, daß bei Ernährung mit Eiweißpräparaten „entweder durch Zuführung normaler, aber im erkrankten Organismus in verminderter Menge vorhandener Mischungsbestandtheile zu den Geweben eine gesteigerte Formation und nutritive Thätigkeit hervorgerufen wird, oder daß durch Einwirkung auf den Digestionsapparat eine Anregung und Normalisirung der Verdauungsacte, der assimilirenden Thätigkeit der Magenschleimhaut befördert und somit ebenfalls eine Besserung der Blutbildung und Gesamternährung erzielt werden soll“.

Von diesen Gesichtspunkten geleitet gingen wir an die Arbeit. In erster Linie interessirte uns die chemische Zusammensetzung des Tropons. Maßgebend war uns die im I. Jahrgang der „Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel“ 1898, pag. 762 publicirte Analyse von Prof. KÖNIG. Dieser Autor fand in dem von ihm untersuchten Troponpräparate:

8.89% Wasser,
14.58% Gesamtstickstoff (89.77% Proteinkörper),
1.24% Mineralstoffe,
0.20% Fett.

¹⁾ FINKLER, „Berliner klin. Wochenschr.“ Nr. 30, 31, 32, 33, 1898 („Verwendung von Tropon“).

Nach seinen Ausführungen sind 0.49% Stickstoff in wasserlöslichen Körpern, 1.42% Nuclein, daher 12.67% des Stickstoffes wirklich auf Eiweiß umzurechnen waren (also 79.44% Eiweiß). Die Trockensubstanz betrug nach dieser Analyse 87.2% Eiweiß.

Seitdem haben sowohl FRENZEL („Berliner klin. Wochenschr.“, 1898, Nr. 50), STRAUSS („Therap. Monatshefte“, 1898), SCHMILINSKI und KLEINE („Münchener med. Wochenschr.“, 1898, Nr. 31), NEUMANN („Münchener med. Wochenschr.“, 1899, Nr. 2), FRÖHNER und HOPPE („Münchener med. Wochenschr.“, 1889, Nr. 2) und KUNZE („Wiener klin. Wochenschr.“, 1899, Nr. 19) Analysen des Tropon veröffentlicht und dabei einen stets ansteigenden Eiweißgehalt gefunden. Nach der neuesten Analyse enthält das Tropon neben 91.7% Eiweiß auch 0.17% Eisen, was jedenfalls nicht ohne Bedeutung ist. Alle für ein Nährpräparat nothwendigen Bedingungen erfüllt das Tropon nach der Analyse der genannten Autoren im vollen Maße, und auch wir konnten uns davon durch die weiter unten angeführten Stoffwechselversuche überzeugen. Wir konnten nunmehr zu ausgedehnten Versuchen mit Tropon am Krankenbette selbst schreiten.

Das Tropon ist ein gelbbraunes Pulver von mehlartiger Consistenz, im Wasser unlöslich, nicht hygroskopisch, im trockenen Zustande nicht fäulnißfähig. Es hat einen vielleicht etwas faden, keineswegs aber unangenehmen Geschmack und ist vollkommen geruchlos.

Ueber die Erzeugung desselben können wir Folgendes berichten: Von dem Grundsatz ausgehend, daß dem Menschen, als Omnivoren, gemischtes Eiweiß zugeführt werden soll, hatte FINKLER das Tropon aus animalischem und vegetabilischem Eiweiß dargestellt, und zwar anfangs ein Drittel aus gepulvertem südamerikanischen Fleisch und zwei Drittel aus Bohnen, Mais und anderen Vegetabilien oder Gemüsen. Sämmtliche Extractivstoffe wurden durch starke Säuren entfernt. Seitdem haben aber die Troponwerke das stetige Bestreben gezeigt, die Fabrication des Tropon zu vervollkommen. Die auf dem Madrider Congreß von H. PLAUT vorgebrachten Mängel, daß Tropon etwas unangenehm schmecke und die Farbe wechsle, sind längst beseitigt, und da auch die Meinung ausgesprochen wurde, daß das animalische Eiweiß nahrhafter sei, so wird nunmehr das Tropon aus $\frac{2}{3}$ animalischem und nur zu $\frac{1}{3}$ aus vegetabilischem Eiweiß dargestellt.

Schon von allem Anfange an hatten wir die Absicht, das Tropon nur als Zusatz zur gewöhnlichen Kost zu geben, weil sich Gesunde gewiß, Kranke sehr oft weigern dürften, Tropon als alleinige Kost zu acceptiren. Wir gaben das Tropon in Milch, Suppe, in Brühen, hie und da auch in Wein. Da sich das Tropon nicht in flüssigen Vehikeln löst, so ließen wir jedesmal die betreffende Emulsion vor dem Trinken nochmals durchrühren.

Die Milch, in die wir Tropon bis zu 20 Grm. in 0.3 Liter gaben, hatte keinen wesentlich geänderten Geschmack, nur Gaben von über 35—40 Grm. (mehr als zwei Eßlöffel) in 0.3 Liter Milch bewirkten einen etwas sandigen Geschmack, der aber von den Patienten nach zwei- oder dreimaliger Darreichung nicht mehr als unangenehm empfunden wurde. In der Suppe war eine auffallende Geschmacksänderung selbst durch 40 Grm. Tropon nicht zu beobachten.

Wir wendeten das Tropon an:

1. In solchen Fällen, wo infolge von Darniederliegen des Appetits selbst eine blande Diät nicht vertragen oder nicht angenommen wurde.

2. Bei Patienten, bei welchen infolge von schweren Constitutions- und organischen Krankheiten und dem damit einhergehenden Eiweißzerfall der Kräftezustand ein minimaler war.

Die Zahl der Patienten, denen wir im Verlaufe von fünf Monaten Tropon verabreichten, betrug 54. Die Krankheitszustände selbst waren:

1. Acuter Magencatarrh	3 Fälle
2. Chronischer Magencatarrh	3 „
3. Ulcus ventriculi	5 „
4. Carcinoma ventriculi	2 „
5. Cholelithiasis	1 „
6. Perityphlitis	2 „
7. Tuberculöse Darmgeschwüre	1 „
8. Typhus	1 „
9. Diabetes insipidus	1 „
10. Diabetes mellitus	1 „
11. Anaemia gravis	2 „
12. Pneumonie	3 „
13. Pleuritis	2 „
14. Beginnende { Phthise }	3 „
15. Vorgeschrittene { Phthise }	3 „
16. Hämoptoe	4 „
17. Nephritis acuta	2 „
18. Nephritis chronica	3 „
19. Vitium cordis (einmal mit einer Perikarditis combinirt)	4 „
20. Nervöse Dyspepsie	2 „
21. Polyneuritis	1 „
22. Puerperium	1 „
23. Rheumatismus articulorum	2 „
24. Carcinoma uteri	1 „
25. Uratische Diathese	1 „

in Summa in 54 Fällen.

In der Mehrzahl dieser Fälle haben wir eine Kräftigung des Allgemeinzustandes und eine Zunahme des Appetites durch Troponverabreichung constatiren können. In 46 Fällen trat eine Gewichtszunahme von 1—8 Kgrm. ein und außerdem mit Zunahme des Körpergewichtes eine Besserung des Leidens selbst. Selbstverständlich liegt es ferne, zu glauben, daß das Tropon diesen Erfolg allein bewirkt hat, aber wenn man bedenkt, daß bei jeder Krankheit eine gute und zweckgemäße Diät und Ernährung das Leiden selbst günstig beeinflussen kann, und der Ausgang nur vom Kräftezustand abhängt, dann ist wohl der Schluß erlaubt, daß das Tropon einen wesentlichen Einfluß auf den günstigen Verlauf der Krankheit ausübte.

(Fortsetzung folgt.)

Revue.

Aus der neuesten Literatur über Physiologie und Pathologie des Magens.

(Schluß.)

Das Verhalten des Urins bei Erkrankungen des Magens hat FRIEDBERGER studirt. Während der Verdauung fand er nach anfänglicher geringer Steigerung eine beträchtliche Abnahme der Acidität, die etwa in der 5. Stunde nach dem Mittagessen ihren Höhepunkt erreicht. Wurden die Speisen per Klyisma zugeführt, dann bestand an Stelle der Abnahme Steigerung der Harnacidität, entsprechend der Secretion des alkalischen Darmsaftes. Bei Kranken mit herabgesetzter Salzsäuresecretion war die Abnahme der Harnacidität geringer als bei Gesunden; im Gegensatz zu Gesunden fielen die Säurewerthe hier unmittelbar nach der Mahlzeit, dagegen bestand nach 5 Stunden, der Zeit des physiologischen Minimums, erhebliche Mehrausscheidung von Säure; die Verminderung der Harnacidität war hingegen stärker und andauernder bei Leuten mit Hyperacidität des Magensaftes.

Der Pepsingehalt des Harns geht dem des Magensaftes im allgemeinen parallel; geringe Pepsinmengen des Urins weisen auf geringe Pepsinbildung im Magen hin, während vermehrte Pepsinbildung des Magens weniger sicher im Harn zum Ausdruck kommt.

Den Einfluß der Menstruation auf die Magen-thätigkeit hat ELSNER studirt. Die motorische Function des

Magens erleidet durch die Menstruation keine wesentliche Veränderung. Bei stärkeren Blutungen kann Hyperacidität auftreten, welche entweder die Folge eines vasomotorischen Reflexes ist, der von den Genitalien ausgeht, oder durch directe Uebertragung des Genitalreizes auf die Nervenbahnen des Magens zustande kommt. Bei weiterer Zunahme der Blutung bis zur Menorrhagie kann eine Verringerung der Magensecretion überhaupt, die mit Subacidität verbunden ist, auftreten. Die Prüfung des Mageninhaltes während der Menstruation gibt daher kein klares Bild von der secretorischen Function des Magens.

Von S. BASCH besitzen wir einen werthvollen Beitrag zur Kenntniß der gastrischen Krisen. Diagnostisch wichtig sind: Mangel aller Symptome einer organischen Erkrankung des Magen-Darmtractus; Plötzlichkeit des Einsetzens der Anfälle; Abwesenheit von Initialfrost; große Intensität der Symptome, welche manchmal rasch, manchmal allmähig an Heftigkeit zunehmen; Beschleunigung des Pulses bei fehlendem Fieber; Fehlen eines localen Befundes in der Magengegend oder anderer greifbarer Factoren, die die Heftigkeit der vorhandenen Symptome erklären; Fehlen charakteristischer Merkmale im Erbrochenen; Fehlen jeder Beeinflussung des Verlaufes durch äußere Umstände; spontanes Nachlassen der Anfälle; rasche Reconvalescenz.

Therapeutisch kommt vor allem das Morphium in Betracht. Das Cerium oxalicum (0·1, 2—3stündlich) ist oft wirkungslos; Erfolg sieht man bisweilen von der Darreichung des Antipyrin (0·25—1·0, stündlich, wiederholt im Verlaufe des Anfalles) und des Strychnin (0·002 Grm. subcutan). Einige Tropfen Cocainlösung auf die Zunge geträufelt haben mitunter eine günstige Wirkung gegen den Durst und das Erbrechen, ebenso die stündliche Verabreichung von Jodtinctur (1 Tropfen in einem Theelöffel Wasser).

Die Prognose der Tetanie Magenkranker ist nach ALBU stets sehr ernst; hinsichtlich ihres Auftretens ist es wahrscheinlich, daß die Wasserverarmung des Organismus eine wichtige disponierende Rolle spielt; die unmittelbare Ursache der Tetanie scheint in einer Vergiftung des Organismus mit abnormen Stoffwechselproducten des kranken Magen-Darmcanales zu liegen, wenn auch der Nachweis des Giftes im Magen-Darmcanale und in den Se- und Excreten des Körpers bisher noch nicht einwandfrei gelungen ist.

Einen Fall von Magentetanie beschrieb SIMBRIGER in Prag. Er führt dabei bezüglich der Annahme toxischer Producte im Mageninhalt an, daß die intraperitoneale Injection des Filtrates des bei der Obduction gewonnenen Mageninhaltes bei einem Kaninchen keine Reaction hervorrief.

Um den Einfluß der Eiweiß-, resp. Amylaceennahrung auf die Magensaftsecretion kennen zu lernen, haben JÜRGENSEN und JUSTESSEN folgende Versuche angestellt: Der eine nahm eine systematische Reihe von Mahlzeiten ein, bestehend aus Fleisch und Brot, und zwar in der Weise, daß er, mit einer reinen Brotmahlzeit beginnend, die Menge desselben bei gleichzeitiger Fleischzulage für jede Mahlzeit verringerte, bis er bei der fünften Mahlzeit nur noch Fleisch einnahm. Die einzelnen Mahlzeiten wurden dann sämtlich dem Magen entnommen und untersucht. Die Ergebnisse zeigen, daß um so höhere Gesamtsäurewerthe gefunden werden, je mehr Fleisch in der Mahlzeit enthalten ist. Ebenso wächst mit der Fleischmenge auch die Verdauungszeit, was durch die längere Dauer des secretorischen Reizes erklärt ist.

Aus den Untersuchungen ARTHUR MEYER'S über Diät und Salzsäuresecretion geht hervor, daß zu einer Einschränkung des Eiweißes in der Nahrung der Peraciden und zu einseitiger Bevorzugung der Kohlehydrate kein Grund vorliegt.

Die Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Pepsinsecretion von SCHIFF wurden in diesem Blatte bereits referirt (1900, Nr. 26), ebenso auch die Untersuchungen RIEGEL'S über den Einfluß des Morphiums auf die Magensaftsecretion (1900, Nr. 38) und die Angaben SCHÜLER'S über die semiotische Bedeutung der Kohlehydratverdauung für die Diagnostik der Hyperaciditas gastrica (1900, Nr. 41).

Eine neue Methode zur klinischen Functionsprüfung des Magens stammt von PFAUNDLER. Derselbe fand in

Selbstversuchen, daß nach einer aus Suppe, Brot, Fleisch und Kartoffeln bestehenden Mahlzeit im Ganzen circa 600 Saft binnen 4 Stunden secretirt werden, daß das saure Secret 0·35% HCl enthält, und daß pro Stunde ziemlich gleichmäßig 280 Ccm. Mageninhalt in den Darm übertreten. Die Saftmenge ist weitaus am größten in der ersten Stunde und nimmt dann ziemlich gleichmäßig ab. Im Gegensatze zu anderen Autoren fand P., daß nach jeder Mahlzeit im normalen Magen Gährungs-Milchsäure gebildet wurde, die bis zum Gehalt von 1‰ anstieg. Gegen Ende der Verdauung nimmt der Gehalt an freier HCl bis auf Null oder nahezu Null ab; gleichzeitig steigt der Gehalt an Chloriden; Pf. schließt daraus, daß zu dieser Zeit ein alkalisches Secret geliefert wird, und hält es für möglich, daß bei Hyperacidität verspätetes Eintreten dieser Neutralisation eine Rolle spiele.

Aus den Untersuchungen ROTH'S über Pepsinabscheidung bei Magenkrankungen geht hervor, daß normalerweise große Schwankungen der Pepsinabscheidung vorkommen, und daß der Parallelismus zwischen Salzsäure- und Pepsinabscheidung nicht constant ist. Bei der uncomplicirten Hyperchlorhydrie fand R. immer Pepsinverminderung, die höchsten Werthe bei Ulcus und Hypersecretio continua, die niedrigsten bei Atrophie und Carcinom.

Die Prüfung der secretorischen Kräfte des Magens durch RIEGEL lehrt, daß aus den Ergebnissen des Probefrühstücks nicht unbedingt auf eine genügende Leistungsfähigkeit des Magens zu schließen ist, der unter Umständen auf den leichteren Reiz des Frühstücks eine ausreichende secretorische Kraft entwickeln, auf den stärkeren des Mittagmahls dagegen nur in ungenügender Weise reagiren kann.

Ueber die Bedeutung des Kauactes für die Magensaftsecretion erfahren wir von SCHREUER und RIEGEL, daß der Kauact als solcher für die Secretion des Magensaftes von Bedeutung ist. Der Ausfall des Kauactes macht sich in einem Deficit der Salzsäurewerthe geltend, wenn es sich um die Aufnahme von Kohlehydraten handelt. Bei der Aufnahme von Eiweißstoffen kann der normale Magen den Ausfall des Kauactes ausgleichen, der subacide ist hiezu nicht fähig.

Den Werth der Albumosen und Peptone für die Ernährung suchte F. VOIT festzustellen. Er glaubt die Indication zur Anwendung der Albumosen und Peptone gegeben, wenn man den Magen-Darmcanal nicht schonen, sondern anregen will, also bei leichter Obstipation und Herabsetzung des Appetits, worauf auch die Wirkung der Somatose beruht; er sieht den Hauptwerth beider nicht in ihrer Eigenschaft als Nahrungsmittel, sondern als Stomachica und Abführmittel. Zur Erhöhung des N-Werthes einer eiweißarmen Nahrung dienen viel besser Nutrose und Eukasin, unveränderte Eiweißkörper, denen die Nachtheile jener nicht anhaften.

Als Hauptnahrung bei Ulcus ventriculi empfiehlt BOURGET Milchreis; derselbe vermag den hyperaciden Magensaft besser zu binden und zu neutralisiren als Milch; er reizt, vorausgesetzt, daß er sehr weich gekocht und ohne Zusatz von Salz und Zucker genossen wird, die Magenwand gar nicht, und schließlich genügen kleinere Mengen, um eine genügende Quantität Nährstoffe dem Körper zuzuführen, als bei der bisher üblichen Milchdiät. Dadurch vermeidet man eine Ueberlastung des kranken Magens.

Ueber Verdaulichkeit verschiedenartiger Eiweißnahrung in Gegenwart von specifischen Medicamenten haben BEDDIES und TISCHLER Untersuchungen angestellt. Sie fanden durch vergleichende Magen Sondirungen bei Personen mit normaler Verdauung, daß die specifischen Stoffe der Thee- und Kaffeeauszüge auch im Magen längere Zeit wirksam bleiben, während der Alkohol rasch resorbirt wird und fast ohne Einfluß auf die Eiweißverdauung ist. Der Einfluß von Arzneimitteln auf die Eiweißverdauung ist im Wesentlichen von ihrer Resorptionskraft abhängig. Für den Kranken ist es dabei ungemein wichtig, die bestmögliche Eiweißnahrung zu erhalten. Pflanzliches Eiweiß erwies sich bei Gegenwart von Arzneistoffen weit ungünstiger als animalisches Eiweiß; von dem letzteren ist das gut aufgeschlossene

concentrirte Milcheiweiß in erster Linie allen anderen Präparaten vorzuziehen.

Im gut präparirten, großkrystallinischen Milcheiweiß sind die Bedingungen einer Keimvermehrung nur in sehr geringem Maße vorhanden.

Bei der Behandlung des Ulcus ventriculi hält BOURGET den Gebrauch von Alkalien für unumgänglich nothwendig. Die Dosirung ergibt sich aus der Gesamtmenge der im Magen nach der Verdauung anwesenden Salzsäure, und zwar muß sie doppelt so groß sein als die vorgefundene (theoretische) Salzsäure. Die Alkalien sollen in warmer, 3% nicht übersteigender Lösung 3mal täglich nach dem Essen gereicht werden. Für Magenwäsungen bieten andere Adstringentien nicht die Vortheile des Eisenchlorids. Das einfache Magengeschwür ist, rechtzeitig behandelt, eine der am schnellsten heilbaren Krankheiten. Oft genügen schon 8—10 Tage, um die Hauptsymptome zum Schwinden zu bringen. Gastroenterostomie hält B. nur in solchen Fällen angezeigt, wo entfernten Geschwürscomplicationen, insbesondere Pylorusstricturen, vorgebeugt werden soll.

Das Papain verwendet PRIKARDT bei passageren oder andauernden primären oder secundären Erkrankungen der Magenschleimhaut, in denen wegen Mangels genügender Quantitäten Salzsäure das etwa vorhandene Pepsin nicht in Action treten kann oder überhaupt nicht producirt wird. Da die eiweißlösende Kraft des Papain sich nur in alkalischer Lösung geltend macht, so verabreicht P. zugleich mit dem Papain noch Natr. bicarbonicum, und zwar $\frac{1}{2}$ bis theelöffelweise während der Mahlzeiten. Vom Papain läßt er bei kleineren Mahlzeiten 0.15—0.25, bei größeren 0.3—0.5 Grm. nehmen.

Die Technik der Magenspülung bei chronischem Katarrh nach RICHTER besteht darin, daß der mit 2—3 seitlichen Fenstern versehene Schlauch bis zur Cardia eingeführt wird, was meist bei einer Entfernung von 40 Cm. von der Spitze des Schlauches gemessen der Fall ist; das Wasser rieselt alsdann an der Magenwand herab und wird mittelst Verschieben des Schlauches aus dem Magen entfernt. Durch das Herabrieseln des Wassers werden die zähen Schleimmassen, welche an den Wänden und in den Schleimhautfalten sitzen, und die mannigfachen Gährungserreger abgespült.

Eine neue Magendouche hat EINHORN angegeben. Dieselbe besteht aus einem 60 Cm. langen, 1 Cm. dicken Gummischlauche, an dessen Ende ein ovales, kapselförmiges Stück aus Hartgummi angebracht ist. Letzteres ist mit zahlreichen kleinen Seitenöffnungen versehen und trägt unten ein großes rundes Loch. In der Kapsel, welche in ihrer unteren Hälfte abschraubbar ist, befindet sich eine kleine Aluminiumkugel, die sich leicht darin bewegen kann und das große runde Loch vollkommen abzuschließen vermag; 2 gekreuzte Stifte am oberen Theile des Kapselstückes verhindern das Hineindringen der Kugel in den Schlauch. Beim Einlaufen des Wassers wird die Kugel in das Loch gepreßt und verschließt dasselbe, die Flüssigkeit tritt strahlenförmig durch die feinen Seitenöffnungen, beim Abfließen des Wassers wird die Kugel nach oben gedrängt, das Loch ist für die zurücklaufende Flüssigkeit geöffnet, und es wird auch größeren Partikelchen der Durchtritt ermöglicht.

Zuletzt sei noch eine Abhandlung von MARTIUS über Pflege und diätetische Behandlung Magenkranker mit besonderer Berücksichtigung der Achylia gastrica erwähnt. Pepsingebrauch ist bei gleichzeitiger Salzsäurezufuhr indicirt. Von Salzsäure und Natr. bicarbonicum gibt M. immer „dreiste“ Gaben.

Sehr vielen Fällen ist ohne Pepsin-Salzsäuremedication auf dem Wege einer diätetischen Behandlung und zweckmäßigen Krankenpflege beizukommen. Dauernde Bettruhe, morgendliche Magenauswaschungen, heiße Wassertücherumschläge bei Beschwerden, Stuhlbeförderung durch Massage und Klysmata, Bewirkung einer genügenden Nahrungsaufnahme durch psychische Beeinflussung sind die in Betracht kommenden Maßnahmen. M. verbietet nur wenige Speisen und bringt seine Pat. unter Benutzung des starken psychischen Einflusses, welcher z. B. die durch die Bettruhe gleich anfangs bewirkte Körpergewichtszunahme hervorruft, dazu, die

mit der Nahrungsaufnahme in Verbindung stehenden subjectiven Beschwerden als nothwendiges Uebel mit in Kauf zu nehmen.

Der wichtigste Punkt der Abhandlung betrifft die qualitative Auswahl der Nahrung. In dieser Beziehung nimmt M. einen von der bisherigen Handhabung verschiedenen Standpunkt ein; er läßt Kranke mit Hyper- und Anacidität „ruhig leben und alles essen“; er erleichtert nur die motorische Thätigkeit des Magens, indem er Fleisch, Kartoffeln etc. in breiiger, bzw. zerkleinerter Form verabreichen läßt. Oeftere Magenspülungen bringen ängstlichen Patienten den Beweis, daß ihr Magen nach entsprechender Zeit leer ist, also gut verdaut, und lehren den Arzt, daß die motorische Kraft des Magens erhalten ist, deren Erhaltung und Stärkung Ziel und Zweck der Therapie zu sein hat.

Referate.

OTTO JELINEK (Wien): Die Resultate der Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

J. faßt an der Hand von 568 Literatur-Angaben die gesammten Erfahrungen über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum zusammen. Seine Arbeit enthält die Zusammenstellung der bis Ende 1898 erschienenen Mittheilungen und berücksichtigt alle Staaten Europas und alle Continente („Das österreichische Sanitätswesen“, Beilage zu Nr. 52, 1900). Aus dieser großen, allgemeinen Statistik ergeben sich folgende Thatsachen:

1. Die Abnahme der relativen Mortalität. Eine Ausnahme machen nur einzelne Berichte, so die ersten englischen, wo die Anwendung von sehr minderwerthigem Serum zu berücksichtigen wäre. Diese Abnahme fällt zeitlich mit der Einführung des Serums zusammen, gleichviel in welchem Lande oder Klima, ob im auf- oder absteigenden Theil einer Diphtherieepidemie, ob in der Großstadt oder auf dem flachen Lande, ob in den Kreisen der besser situirten oder der ärmeren Bevölkerung.

2. Daß die Zeit des Beginnes der Behandlung, bezogen auf die Länge des Bestehens der Krankheit, von constantem und auf fallendem Einflusse auf den Effect der Serumtherapie ist.

Dieser zahlenmäßig zu erweisende Werth der frühzeitigen Antitoxinbehandlung steht im Einklange mit den bereits ursprünglich bestandenen Vorstellungen über die Toxin- und Antitoxinwirkung und entspricht auch den späteren exacten Experimenten von DÖNITZ über die Grenzen der Wirksamkeit des Diphtherieheilserums, nämlich jener Zeit, innerhalb welcher die völlige Bindung des Diphtheriegiftes stattgefunden hat, so daß es auch durch große Antitoxinmengen nicht mehr aus der Fixirung mit den Geweben zu lockern ist.

Keine Angaben endlich fand J. über ein häufigeres Vorkommen von Recidiven. KOSSEL folgerte nämlich theoretisch aus der Substituierung der activen (durch die Erkrankung auftretenden) Immunität von durch die passive (Immunisirung durch das Antitoxin) das häufigere Auftreten von Recidiven. Es findet sich aber eine derartige Beobachtung in den Berichten als besonders hervortretendes Moment nicht angeführt; es ist nicht anzunehmen, daß bei der Wichtigkeit und Prägnanz der Krankheit ein häufigeres Vorkommen von Recidiven übersehen worden wäre, und ist offenbar keine Aenderung der in der vorserotherapeutischen Periode beobachteten Verhältnisse eingetreten.

Es haben übrigens neuere Untersuchungen, besonders jene über die Antitoxinbildung durch äquilibrirtes Toxin, nach BABES, auch experimentell gezeigt, daß der von KOSSEL supponirte Ausfall der activen Immunisirung nicht eintritt. Es besteht also auch diesbezüglich ein vollkommener Einklang der thatsächlichen Verhältnisse mit den theoretisch zu erwartenden Folgen.

3. Die absolute Mortalität steigt und fällt mit der Zahl der Erkrankten in einem dem Durchschnittseffecte der Serumtherapie (etwas weniger als die halbe Mortalität wie vordem) proportionalen Maße.

B.

A. HOFFA (Würzburg): Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Verf. sucht die Frage nach der besten Methode der blutig-operativen Behandlung angeborener Hüftgelenksluxationen auf Grund seiner reichen Erfahrung zu lösen und entscheidet sich („Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin“) für die HOFFA-LORENZ'sche Operation. Dieselbe zerfällt in 4 Acte. Der 1. Act besteht in der Durchtrennung der Haut und Fascia lata. Der Schnitt beginnt in der Höhe des Trochanter major und reicht am vorderen, oberen Rande derselben ungefähr 6 Cm. nach abwärts. Mit absoluter Schonung der Glutäalmusculatur wird das Gelenk eröffnet, das Ligamentum teres durchschnitten. Die Bildung der neuen Pfanne ist der 3. Act. Dabei ist darauf zu achten, daß sie genügend tief und breit wird. Der 4. und wichtigste Act ist die Reposition des Schenkelkopfes. Dieselbe geht, wenn die Hindernisse, die von Seiten der Weichtheile vorliegen, behoben sind, leicht vor sich. Nur selten liegt das Hinderniß in der abnormen Gestaltung des Kopfes, der dann entsprechend formirt werden muß. Hat man sich davon überzeugt, daß der Kopf in allen Stellungen des Beines fest in der Pfanne bleibt, dann tamponirt man die Wunde und legt den Gypsverband an, zumeist bei abducirtem und auswärts rotirtem Beine. Der 1. Verband bleibt 4—8 Tage auf der Wunde. Nach 14 Tagen ist dieselbe in der Regel geheilt. Der Gypsverband bleibt 6 Wochen liegen. Für das definitive Heilresultat ist die nun folgende Nachbehandlung von der allergrößten Bedeutung. Dieselbe soll das Entstehen von Contracturen und Ankylosen verhüten und die atrophirte Musculatur wieder functionstüchtig machen. Man erreicht dies am besten durch tägliche, energische Massage und systematische active Uebungen. Nach seinen an 248 blutigen Repositionen gewonnenen Erfahrungen kommt H. zu folgenden Schlußsätzen: In jedem Falle von angeborener Hüftgelenksluxation soll zunächst die unblutige Reposition versucht werden. Mißlingt diese, so ist die blutige Operation nach HOFFA-LORENZ indicirt. Die Operation ist gefahrlos. (Von 132 hintereinander operirten Fällen ging keiner durch die Operation verloren.) Die Gefahr der Operation liegt wesentlich in der septischen Infection der Wunde. Das beste Alter für diese Operation ist das 3.—8. Lebensjahr. Die äußerste Grenze ist bei einseitiger Luxation das 10., bei doppelseitiger das 7. Lebensjahr. Für ältere Fälle ist bei einseitiger Verrenkung die subtrochantere quere oder schiefe Osteotomie, bei doppelseitiger die HOFFA'sche Pseudarthrosenoperation zu empfehlen. Das größte Gewicht ist in jedem Falle auf eine zweckmäßige Nachbehandlung zu legen. 3 der Abhandlung beigefügte Tafeln mit Roentgenbildern, aufgenommen 2—5½ Jahre nach vorgenommener blutiger Reposition, sollen zeigen, daß durch diese Operation keinerlei Wachstumsstörungen des Beckenringes bedingt werden und Heilungen in anatomischer und functioneller Beziehung möglich sind. GRÜNBAUM.

H. LOHNSTEIN (Berlin): Beitrag zur Behandlung der cal-lösen, resilienten Stricturen.

Nach Besprechung der bisherigen Verfahren zur Stricturenbehandlung mit vornehmlichster Berücksichtigung der Urethrotomia interna, sowie dem Hinweise auf die divergirenden Urtheile, die von anerkannten Meistern auf diesem Gebiete bezüglich dieses Verfahrens gefällt wurden, glaubt der Verf. diese Divergenz mit BARDELEBEN dahin erklären zu können, daß es darauf ankomme, über die Schwiele hinaus bis in eine noch nicht fibrös entartete Gewebsschicht zu schneiden. Weiters glaubt er in der allen Urethrotomien folgenden Bougirung, welche die ursprünglich glatte, longitudinale Schnittwunde in eine unregelmäßige Rißwunde verwandle, die Ursache zur Recidive erblicken zu müssen. Deshalb sucht er ein Verfahren, welches einmal die tiefe Incision gestattet und zweitens die Einführung von Bougies post operationem unnötig macht. Zu diesem Zwecke hat er („Berlin. klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 44) ein Urethrotom nach dem Princip des BOTTINI-schen Prostatincisors construirt, dessen Handhabung auch eine ganz ähnliche ist. Die verschieden hohen und auswechselbaren Platinschlingen (Urethrotomklingen) laufen in einer Metallhülse,

werden jedoch durch dieselbe keineswegs gedeckt, können aber als stumpf ohne eine solche Deckung eingeführt werden. Die Anästhesie wird bei im prostatiscnem Theil gelegenen Stricturen durch 1 Ccm. einer 10%igen Cocainlösung, mittelst ULTZMANN applicirt, bewirkt, bei Stricturen der Pars pendula durch 6 Ccm. einer 1%igen Lösung.

Die Folgen des Eingriffes wurden immer gut vertragen. Der Anwendung der Schlinge geht eine Erweiterung der Harnröhre durch Bougies, soweit sie zu erzielen ist, voraus. Angewendet wurde dieses Verfahren nur dort, wo es sich um völlig abgelauene, narbige Veränderungen der Harnröhre handelt, 2. wo alle bisherigen Verfahren im Stiche ließen und die Beschwerden sehr erheblich waren. Die Erfolge waren nicht nur unmittelbar nach dem Eingriff, sondern, soweit sich bis jetzt beurtheilen läßt, auch bezüglich der Recidive außerordentlich günstig. Zum Schlusse sucht der Autor die naheliegenden Einwände, einmal das Treffen von gesunden Abschnitten der Harnröhrenschleimhaut mit der Glüh-schlinge, andererseits die Befürchtung eventueller Blutung zu entkräften. DEUTSCH.

L. LANDAU (Berlin): Ueber den frühen Nachweis von freier Bauchwassersucht.

Schon bei geringen Mengen von freier Flüssigkeit, bei denen die Percussion im Lagewechsel, sowie die äußere Palpation im Stiche lassen, ist es nach L. — „Centralbl. f. Gynäk.“, 1900, Nr. 45 — unmöglich, den Uterus völlig zu umgreifen.

Die Finger der beiden palpierenden Hände begegnen sich nicht in den Seiten; der in gewöhnlicher horizontaler Lage etwas herabgedrängte Uterus bietet bei der Palpation das Gefühl, als ob er auf einem Luft- oder Wasserkissen liege. Untersucht man dann solche Kranke in Beckenhoehlagerung, so ergibt die bimanuelle Untersuchung ein anderes Resultat, d. h. man ist nunmehr imstande, die Gebärmutter zu umgreifen, da die Flüssigkeit nach dem Zwerchfelle zu geflossen ist. Bei Ascites in größerer Menge verschwindet die Differenz des Palpationsbefundes beim Lagewechsel; es treten aber dann die bekannten Nachweise der freien Flüssigkeit an die Stelle. Die Feststellung schon eines beginnenden Ascites ist für die Erkenntniß maligner und bei frühzeitiger Operation heilbarer Erkrankungen von weittragender Bedeutung. FISCHER.

FRITZ VALENTIN (Berlin): Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Aspirin.

In der Abtheilung STADELMANN's wurde das Aspirin in über 60 Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus angewandt. Bei den acuten Erkrankungen brachte das Mittel fast stets schnelle Heilung, und auch nach Aussetzen des Medicamentes etwa auftretende Recidiven schwanden nach einigen neuen Gaben Aspirin bald wieder. In einzelnen der chronischen Fälle versagte das Aspirin, wie andere Mittel auch. In 10 Fällen von Muskelrheumatismus war der Erfolg meist nur ein geringer. Besser war die Wirkung des Aspirin bei Neuralgien. In je einem Falle von Supraorbital- und Intercostalneuralgie, sowie bei der neuralgischen Form der Influenza und neuralgischen Schmerzen infolge von tuberculöser Schultergelenksentzündung wurde mit Aspirin sehr schnell Heilung erzielt. Ebenso in frischen Fällen von Ischias. Bei älteren Erkrankungen versagte es ebenso wie andere Medicamente. Auch in speciellen Fällen, bei Schmerzen infolge Abscesses der Glutäalgegend, bei Thrombose der Vena femoralis mit Neuralgien, bei Sarcom in Knie und Schenkel war der Erfolg ein schneller und guter. Nebenerscheinungen ersterer Art wurden nie beobachtet, leichte, bestehend in Ohrensausen, nur sehr selten, nämlich fünfmal unter über 90 Fällen, in denen das Mittel zur Anwendung kam. — Speciell üble Wirkungen auf Magen und Darm, sowie auf die Herz- und Nierenthätigkeit hat V. niemals gesehen. Der letztere Umstand kommt besonders bei Scharlach in Betracht. In 3 Fällen von seröser Gelenkentzündung bei Scharlach heilte diese prompt unter Aspirindarreichung ohne Nebenerscheinungen. — Herzerscheinungen traten nie auf, auch dann nicht,

wenn Herzfehler oder Endokarditiden das Krankheitsbild complicirten. Ferner ist der Geschmack des Aspirin bei weitem nicht so unangenehm wie der des salicylsauren Natrons („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1900, Nr. 20). Ein weiterer Vorzug des Aspirin liegt darin, daß man mit kleineren Dosen auskommt, als von Salicylsäure und salicylsaurem Natron. V. war nur in ganz vereinzelt Fällen genöthigt, bis auf 6 Grm. zu steigen, und sah davon denselben Effect wie von 8—10 Grm. Natr. salicyl., respective 6 Grm. Acid. salicyl. Aspirin kommt dormalen auch in Tabletten zu 0·5 Grm. in den Handel; sein Preis entspricht etwa demjenigen der Salicylsäure und des Natr. salicylicum. B.

MAX FREUDWEILER (Zürich): Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Gichtknoten.

Die Untersuchungen FR.'s wurden zur Ergänzung der Resultate früherer Experimente desselben Autors ausgeführt, aus denen hervorgegangen war, daß man durch subcutane Application einer Aufschwemmung von saurem harnsaurem Natron imstande sei, eine dem wahren Gichtknoten anatomisch vollkommen entsprechende Gewebläsion zu erzeugen, die auf spezifische Giftwirkung des harnsauren Salzes zurückzuführen ist. Bei der Rückbildung der Gichtknoten ließen sich phagocytäre Processe als betheiligte nachweisen.

Für die Ansicht, daß die Harnsäuredeposita der Gicht vollkommen local und ohne Mitbetheiligung der Harnsäure der Körpersäfte entstehen, läßt sich nach den jetzigen Erfahrungen FR.'s („Deutsches Archiv f. kl. Medicin“, 1900, Bd. 69, H. 1 u. 2) nicht die geringste Stütze herbeibringen, vielmehr ist aus dem negativen Ausfall aller jener Versuche, die den wissenschaftlich festgestellten Bildungsmöglichkeiten der Harnsäure sich anpaßten, mit großer Wahrscheinlichkeit zu schließen, daß eine derartige rein locale Bildung krystallinischer Harnsäure nicht möglich ist.

Es fehlen auch Anhaltspunkte für die Auffassung, daß sich der Gichtknoten dadurch bilde, daß aus der übersättigten Körperflüssigkeit ein Harnsäurekrystall ausfalle und dann die übrige Harnsäure in Krystallform an sich reiße. Die Erfahrungen des Autors sprechen vielmehr dafür, daß in der That Harnsäure in lebendes Gewebe ausgeschieden werden kann.

Bei erhöhtem Harnsäuregehalt der Körperflüssigkeiten scheidet sich krystallinische Harnsäure in frisch entzündetes Gewebe aus; dagegen läßt sich mit Sicherheit ausschließen, daß nekrotisches Gewebe nicht die Fähigkeit besitzt, die vermehrte Harnsäure in sich niederzureißen.

Das eigentliche Wesen der Gicht ist weder in der Erhöhung des Harnsäuregehaltes der Körperflüssigkeiten zu suchen, noch in der Bildung der Gichtknoten; die wirkliche Erkrankung ist vielmehr an jene Stellen zu verlegen, wo die Harnsäure gebildet wird. L.

VÉRA SALOMON (Lausanne): Experimentelle Untersuchungen über Rabies.

In dem ersten Theile dieser Mittheilung beschäftigt Verf. sich mit der Methodik der experimentellen Erzeugung von Lyssa bei dem Thiere und empfiehlt die intracerebrale Methode von LECLAINCHE-MOREL sowie zwei Methoden von GALLI-VALERIO

(Einbringung des Lyssa-Virus in das Gehirn durch das Foramen occipitale und in die Nase, analog dem Vorgang von GALTIER).

In dem zweiten Theile der Arbeit („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 3) berichtet Verf. in äußerster Kürze über die Wirkung der normalen und pathologischen Galle auf das Virus der Hundswuth. Als Schlußfolgerung ergibt sich, daß Kaninchengalle eine mehr oder weniger neutralisirende Wirkung auf das Virus der Rabies ausüben soll. Diese Wirkung schein aber nicht von einer antitoxischen, sondern eher von einer antiseptischen Wirkung herzuführen (vgl. auch VALLÉE), da normale und pathologische Galle gleiche Resultate ergeben. Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Die Mißbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. Von Dr. Fritz Danziger, Ohrenarzt in Beuthen, O.-S. Mit 13 Abbildungen im Text und 30 Figuren auf den Lichtdrucktafeln I—IV. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.

Die Arbeit DANZIGER's wird auch dem Nichtspecialisten ein besonderes Interesse abzugewinnen vermögen, weil ihr der Stempel selbständigen Denkens aufgeprägt ist, und weil das Product dieser geistigen Thätigkeit sich in ein classisches Gewand kleidet. Der Hochstand des Gaumens, wie man ihn häufig insbesondere bei angeborener Taubstummheit antrifft, sowie die mit ihm in nahem Zusammenhange stehende Deformation der Nasenscheidewand wird auf die rationellste Art erklärt. Als die wirksamste Ursache dieser Gaumenverbildung hat wohl die frühzeitige Verknöcherung einzelner Schädelknochennähte zu gelten. Ebenso geistvoll ist die Verwandtschaft gewisser Anomalien des Auges: der Retinitis pigmentosa, des Astigmatismus und der Hyperopie mit der Taubstummheit in das hellste Licht gerückt.

Wir konnten hier natürlich nur einen knappen Abriß dessen geben, was in dieser höchst anregenden Schrift abgehandelt wird. Wie dies geschieht, davon wolle sich der Leser durch die eigene Lectüre überzeugen. EITELBERG.

Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. Von Dr. Hans Meyer, Docent für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten in Zürich. Stuttgart 1899, Ferdinand Enke.

Weit über eine Reihe ähnlicher Bücher ragt das vorliegende Buch hinaus. In klarer, anschaulicher Weise werden alle die Mutter und Pflegerin interessirenden Punkte aus dem Gebiete der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes besprochen und speciell der so wichtigen Pflege und Ernährung des Säuglings ein breiter Raum gewidmet. Die gefährliche Klippe, den Betheiligten allzuviel Medicin beizubringen, ist in stets tactvoller und behutsamer Weise vermieden, die Sprache überall correct, Fremdworte soviel wie möglich vermeidend. Das Buch wird daher von Hausärzten vertrauensvoll den Müttern in die Hand gegeben werden dürfen. FISCHER.

Feuilleton.

Die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts.

Von Geh.-R. Prof. E. v. Leyden in Berlin.

(Schluß.)

Alle diese Methoden gehören heute zum Rüstzeug des klinisch geschulten Arztes. Die Klinik erkennt ihren Heilwerth an und sucht die Indicationen für ihre Anwendung nach wissenschaftlichen Principien zu bestimmen und zu umgrenzen. Aber der Werth der einzelnen Heilmethode ist nur schwer abzuschätzen. Denn neben dem wissenschaftlichen Werthe kommt noch ein anderes, schwer-

wiegendes Moment in Betracht: die Mode. Auch die Medicin und besonders die Therapie hat ihre Moden. In der Medicin heißt es heute: „Eines schickt sich nicht für alle“; der Subjectivismus spielt eine viel größere Rolle als je zuvor. Ein jeder verlangt für seine Krankheit womöglich besondere Mittel und Heilmethoden, welche seiner Individualität, seiner Natur und seinen Ideen angepaßt und sympathisch sein sollen. Heutzutage wird die Bedeutung einer Heilmethode nicht selten durch die Nachfrage bestimmt, und das Vertrauen des Publicums zu ihr gilt als berechtigtes Moment für ihre Werthschätzung in der Praxis. Jede Heilmethode hat ihr eigenes Feld der Wirksamkeit, ihre eigenen Indicationen und nicht selten ihr eigenes Publicum. Keine einzige ist Alleinherrscherin, und die Idee des Allheilmittels, die so lange in den Köpfen spukte, ist als phantastische Illusion erkannt.

Die Medicin der Gegenwart hat darin ihre Stellung gegen früher wesentlich verändert, daß ihr Streben und Wünschen nicht mehr ausschließlich auf die Entdeckung specifischer Heilmittel ausgeht. Gerade jetzt, wo die Bacteriologie und Serumtherapie uns mit einer Anzahl specifischer Heilmittel gegen die schlimmsten Krankheiten beschenkt hat, müssen wir uns gegenwärtig halten, daß noch zahlreichere Krankheiten übrig bleiben, gegen die wir kein Specificum besitzen und die doch ärztliche Behandlung und Hilfe erheischen.

Wir können unsere Kranken von heute nicht auf die möglichen Entdeckungen von morgen vertrösten; wir müssen sie behandeln und heilen mit den Mitteln, welche uns heute zur Verfügung stehen.

Wo das specifische Mittel fehlte, halfen wir uns früher mit der sogenannten symptomatischen Behandlung, ein kümmerlicher Ausweg, der nicht Plan, noch Methode hatte. Heute behandeln wir in solchem Falle nach einem durch Wissenschaft und Erfahrung begründeten Heilplan, zu welchem gewöhnlich mehrere der oben angeführten Heilmethoden planmäßig vereinigt sind.

Ich verweise, um das Gesagte zu illustriren, auf die heutige Behandlung der Lungentuberculose. Ein specifisches Mittel gegen die Tuberculose besitzen wir nicht, und doch, welche unerwartet schönen Heilresultate weist die Phthiseotherapie heute auf! Und in gleicher Weise sind viele andere Krankheiten der klinischen Behandlung zugänglich geworden. Die Aufgabe des Arztes besteht im speciellen Falle darin, den Heilplan, welchen Wissenschaft und klinische Erfahrung aufgestellt haben, unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse mit Sorgfalt und Hingebung durchzuführen.

In dieser Weise aufgefaßt, ist die heutige Therapie — im Beginne des XX. Jahrhunderts — keine abwartende, sie ist nichts weniger als passiv, sondern im höchsten Maße activ und stellt an die Kunst und Sorgfalt des Arztes die größten Anforderungen. Der Arzt hat mehr zu thun, als — wie früher — bloß Medicin zu verschreiben, er hat die Lagerung und Wartung, die Ernährung und Erquickung des Patienten zu bestimmen, für Licht und Luft des Krankenzimmers, für Ruhe und Beschäftigung zu sorgen, all' dieses nach Maß und zeitlicher Ordnung zu bestimmen u. s. w.

Und nicht nur für die richtige Verordnung aller dieser Dinge, auch für deren richtige Durchführung ist der Arzt verantwortlich. In seinen Händen zumeist und zuerst liegt die Pflege des Kranken.

Die Krankenpflege ist in den letzten Jahren in die Reihe der therapeutischen Methoden eingerückt, wie ich meine, zum Nutzen für Patienten und Aerzte. Ich selbst habe mich bemüht, ihr den ihr zukommenden Platz in der Therapie anzuweisen. Prof. M. MENDELSONN, der für ihre allgemeine Anerkennung in Schrift und Wort besonders thätig gewesen ist, gab ihr den Namen Hypurgie. Die großen Ausstellungen für Krankenpflege in Berlin (1899) und Frankfurt a. M. (1900) haben dazu geholfen, die ganze Bedeutung der Krankenpflege klarzustellen, indem sie die mannigfachen Hilfsmittel und Apparate, die wir dem Eifer und richtigen Verständnisse großer Industriezweige verdanken, Aerzten und Laienpublicum eindrucksvoll vor Augen führten.

Durch die Leitung und Handhabung der Krankenpflege tritt der Arzt der Persönlichkeit des Kranken menschlich näher, er gewinnt seine Liebe und Dankbarkeit, indem er ihm Sorgfalt und Theilnahme beweist.

Allerdings zur Ausführung seiner Verordnungen und zur Ueberwachung des Kranken wird meist noch ein Hilfspersonal nothwendig sein.

In der Privatpraxis haben früher gewöhnlich die Angehörigen und Bediensteten des Hauses die Pflege nach den Anweisungen des Arztes übernommen. Auch heute noch hat eine solche Pflege der Liebe und Anhänglichkeit großen Werth; die Handreichungen sind dem Kranken umso wohlthätiger, als der Pflegendende seine Gewohnheiten kennt. Allein die Erfahrung lehrt doch, daß der

gute Wille allein oft nicht ausreicht⁵⁾, und daß die Krankenpflege eine anstrengende Arbeit ist, welche Uebung und technische Schulung und Ausdauer erfordert.

Das Bedürfniß eines geschulten Pflegepersonals hat sich ebenso in der Privatpraxis geltend gemacht wie in der Hospitalpraxis. Wir besitzen jetzt in Deutschland überall eine große Anzahl von religiösen und weltlichen Krankenpflege-Vereinen und fast jedes Krankenhaus hat seine eigenen Pflegerinnen. Namentlich die weibliche Krankenpflege erfreut sich des allgemeinen Vertrauens und findet durch das hingebende humanitäre Interesse, welches ihm edle Frauen aus allen Ständen der Gesellschaft zuwenden, eine segensreiche Förderung. Frauen der gebildeten und höchsten Stände widmen sich diesem Berufe.

In England war es eine hochgebildete Dame, FLORENCE NIGHTINGALE, welche im Krimkriege auf den Schauplatz des Krieges eilte, um die Verwundeten selbst zu pflegen. Ihre bekannte Schrift⁶⁾ kann als epochemachend für die moderne Krankenpflege bezeichnet werden. Ihr Beispiel hat in allen Ländern Nachfolge gefunden, wie es die letzten Kriege gezeigt haben.

Die Bedeutung der Krankenpflege für die klinische Therapie richtig gestellt zu haben, ist ein Fortschritt, den wir von dem Schlusse des vergangenen Jahrhunderts übernommen haben; sie ist der Ausdruck dafür, daß wir in allen Fällen neben der Behandlung des localen Krankheitsprocesses, neben der wissenschaftlichen Therapie, dessen eingedenk sind, daß wir einen kranken Menschen zu behandeln haben, dem wir helfen sollen.

Die Krankenpflege repräsentirt wesentlich die Ethik unseres Berufes.

Diese Aufgabe der Krankenpflege ist für alle Zweige und Specialitäten der Medicin die gleiche und bedient sich im Wesentlichen der gleichen Hilfsmittel und der gleichen Technik. Sofern die innere Klinik, welche die Krankenpflege zu allen Zeiten vorzüglich geschätzt hat, deren Weiterentwicklung neben ihren speciellen Aufgaben besonders im Auge behält, kann sie wieder das einigende Band werden, welches das Handeln aller ärztlichen Disciplinen zusammenfaßt. Hier ist die Einheit der modernen Medicin zu finden.

Zur Krankenpflege im Sinne der individualisirenden Therapie gehört auch die Psychotherapie, welche früher, zur Zeit der philosophischen Schulen, sehr gepflegt ward, dann zurückgetreten ist und jetzt wieder mehr in den Vordergrund gerückt wird. Besonders der Begriff der Suggestion ist in der heutigen Therapie zu seinem Rechte gekommen. Ihre Wiedergeburt verdankt diese Richtung der Therapie den Wundern des Hypnotismus, welche vor einer Reihe von Jahren durch den Schweden HANSEN die allgemeine Aufmerksamkeit erregten und ein Gegenstand physiologischen Studiums wurden (R. HEIDENHAIN). Der Hypnotismus rückte damit in die Wissenschaft ein und man durfte große Leistungen von ihm erwarten, als sich Männer wie BERNHEIM und FOREL seiner Erforschung und Verwerthung widmeten. Indessen ist man nicht weit damit gekommen und die Therapie des Hypnotismus ist auf der Schwelle des therapeutischen Wunderexperimentes stehen geblieben. Die Anerkennung der Suggestion als einer berechtigten Heilmethode aber ist dieser Strömung zu danken.

An sie schließen sich eine Reihe psychisch-therapeutischer Einflüsse an, welche eine mehr oder minder große und gereifte Menschenkenntniß des Arztes voraussetzen, deren Ausübung die Werthschätzung der ärztlichen Kunst aber wieder vermehrt hat und sie noch weiter zu mehren berufen ist. Das Traitement moral, die ärztliche Disciplin, die erziehliche Therapie einschließlich Strafe und Belobung, ferner der Einfluß der Beschäftigung, der Erheiterung u. a. m. gehören zu diesen Imponderabilien der ärztlichen Kunst. Ihre Bedeutung ist nicht gering zu schätzen. Sie alle gründen sich auf die Erkenntniß, von der die deutsche Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts durchdrungen ist: die praktische Medicin läßt sich nicht

⁵⁾ Der Liebe Ungeschick. Alltägliches aus der Krankenstube. Von L. v. HACKREWITZ. Kaiserswerth 1900.

⁶⁾ Notes of nursing. 1858. Deutsch von F. NIEMEYER. 2. Aufl. 1878.

im Laboratorium allein machen, denn sie hat es überall mit dem Menschen zu thun.

Ein Product der Neuzeit ist die sociale Medicin, die an die neuzeitliche sociale Bewegung und die groß angelegte sociale Gesetzgebung Deutschlands sich anschließt. Da diese den Schutz der wirtschaftlich Schwachen gegen Gefahr und Noth und damit die Hilfe in Krankheit und Alter zum Gegenstande hat, bietet sie den Aerzten ein weites Feld der Thätigkeit. Ich brauche nur an die Krankencassen, die Altersversicherung, an die Invaliditäts- und Unfallgesetzgebung zu erinnern, um darzulegen, wie eng der Arzt mit dieser Bewegung verknüpft ist. Viel leistet heute schon die werktätige Hingebung der Aerzte auf diesen Gebieten; im Interesse der guten Sache, wie im wohlverstandenen eigenen Interesse des Standes ist zu wünschen, daß die Aerzte im begonnenen Jahrhunderte noch mehr wie bisher in den Mittelpunkt dieser Bestrebungen treten.

Auch die zahlreichen Wohlfahrtseinrichtungen, die in den letzten Jahrzehnten von privater Seite ins Leben gerufen wurden, sind ein würdiges Feld ärztlichen Wirkens. Als ihr Anfang ist die ruhmreiche Schöpfung des Rothen Kreuzes (Genfer Convention 1864) zu bezeichnen, die den Namen DUNANT'S unsterblich gemacht hat; die Hilfeleistungen des Rothen Kreuzes in Krieg und Frieden sind über alles Lob erhaben. Es schließen sich die von ESMARCH gegründeten Samaritervereine an und die neuen Schöpfungen der Sanitätswachen, der Unfallstationen, der Rettungsgesellschaft u. a. m. Hieher gehören ferner die Kinderheilstätten und Feriencolonien, die Reconvalescentenheime und Sanatorien für Nervenranke, der Verein für öffentliche Gesundheitspflege, der Verein für Volkshygiene, Volksbäder u. s. w. u. s. w. und — last not least — die Heilstättenbewegung zum Kampf gegen die Tuberculose als die verbreitetste und verheerendste Volksseuche unserer Zeit. Unter dem fördernden Panier des Centralcomités hat sich diese Bewegung kräftig entwickelt und auf dem Congresse gegen die Tuberculose in Berlin (1899) Delegirte aus allen Culturstaaten im Sinne gleicher Bestrebungen vereinigt. Alle diese Liebeswerke finden in den Aerzten ihre vorzüglichsten Stützen und Träger.

* * *

Meine Herren! Ich stehe am Schlusse.

Der kurze Abriss, den ich Ihnen gab, sollte Ihnen zeigen, welche Entwicklung die Medicin im verflossenen Jahrhundert durchgemacht hat, welche Stellung sie am Anfange des neuen einnimmt. Er hat Ihnen den Satz begründet, den ich oben aussprach: Die Klinik im Beginne des XX. Jahrhunderts umfaßt alles, was zum Kampfe gegen die Gefahren der Krankheit, zum Schutze des Lebens und der Gesundheit hilfreich sein kann. Er hat Ihnen gezeigt, daß die Aufgaben, welche die Gegenwart dem ärztlichen Berufe stellt, mannigfaltigere und weitere sind, als sie je zuvor waren, und daß der Klinik von heute keine dieser Aufgaben fremd geblieben ist.

Die Wissenschaft ist und bleibt die unverrückbare Basis der ärztlichen Kunst. Ein schlechter Arzt, der nicht gleichzeitig Gelehrter und Forscher ist. Was die Klinik heute leistet, schöpft sie aus der wissenschaftlichen Arbeit der genialen Forscher, die vor uns waren und deren Namen wir mit Dank und Verehrung nennen. Sie haben den Boden bebaut, dessen Früchte wir ernten, und unser Stolz und unsere Pflicht sei es, in strenger wissenschaftlicher Arbeit den Acker weiter zu bebauen und zu säen für unsere Nachkommen.

Das Endziel der Klinik ist die Kunst zu helfen; Salus aegroti suprema lex. Nur so wird sie den Anforderungen der heutigen Zeit Genüge thun, nur so kann sie den Arzt befähigen, zu wirken zum Besten der Menschheit, wie zum Besten seiner Wissenschaft, seiner Kunst und seines Standes. Hiezu mitzuhelfen, ist der Wunsch und das Ziel dieser Vorlesungen.

Kleine Mittheilungen.

— Die **hypodermatischen Gelatineinjectionen**, die bekanntlich in der neuesten Zeit vielfältig zur Behandlung von Aneurysmen und verschiedenen Hämorrhagien (Hämoptysis, Hämatemesis, Darmblutungen etc.) verwendet werden, empfiehlt PENSUTI („D. Aertzzeitung“, 1900, pag. 548) auch bei gewissen febrilen Infectionskrankheiten, welche mit Hämorrhagien der Haut, des Zahnfleisches, des Verdauungstractes, der Respirationswege, des uropoëtischen Apparates verlaufen, sowie auch bei der chronischen Dysenterie in Anwendung zu ziehen. Er lobt den Erfolg der Gelatineinjection auf die Hautblutungen in Fällen, bei welchen Ergotin einflußlos und das Leben des Kranken in Gefahr war. Bei chronischer Dysenterie ergibt sich als Erfolg der hypodermatischen Gelatineinjection rasches Verschwinden des Blutes aus den Stühlen. Die letzteren sollen auch sehr schnell ihren diarrhoischen Charakter verlieren. Im Gegensatz zu dem bisherigen Verfahren hat P. nicht verdünnte 2%ige Gelatinelösungen benutzt, sondern er nimmt 30%ige Lösungen und fügt einige Centigramm Carbonsäure auf den Cubikcentimeter Flüssigkeit hinzu. Diese sehr dicke Flüssigkeit muß bei 100° filtrirt werden. Sie wird sterilisirt, und da sie dann aseptisch ist, so braucht sie dann nicht jedesmal von neuem bei der Benutzung sterilisirt zu werden. Vor dem Gebrauch wird das Gefäß mit der Flüssigkeit kurze Zeit in einem Wasserbade erwärmt, dann läßt sich dieselbe leicht selbst in eine Spritze mit feiner Canüle aufsaugen und einspritzen. Man injicirt in den dicken Muskel 3 Cem.; die Injectionen können zwei- oder dreimal am Tage wiederholt werden. Dieselben sind schmerzlos, ganz im Gegensatz zu den Injectionen der schwachen Lösung, weil bei den letzteren stets große Mengen injicirt werden müssen.

— Ueber **Aspirin** hat MANASSE („Therap. Monatshefte“, Nov. 1900, Nr. 11) weitere Untersuchungen angestellt: Fast alle Fälle betrafen acute und chronische Rheumatismen. Diese, sowie 3 Fälle von starkem Kopfweh wurden günstig durch Aspirin beeinflusst. Abgesehen von einem Fall mit Verdauungsstörungen wurde das Mittel gut vertragen. M. befürwortet nach seinen Erfahrungen die Verwendung des Aspirins, und zwar wegen seiner prompten Wirkung, des Mangels an Nebenerscheinungen und seiner leichten Darreichung.

— Ueber die **locale Anwendung von Unguentum Credé** als reizlose und doch sehr energisch wirkende Verbandsalbe, namentlich bei inficirten Wunden, berichtet PARSONS („The Medical Times and Register“, Mai 1899). In solchen Fällen macht es den Eindruck, als ob das Silber seine Wirksamkeit nicht allein auf die Wunde selbst beschränkte, sondern auch weit darüber hinaus in den befallenen Lymphbahnen u. s. w. zur Geltung käme. Dies illustriert in lehrreicher Weise ein von P. veröffentlichter Fall.

— Gegen **hartnäckiges Fieber bei Lungentuberculose**, welches trotz Hydrotherapie nicht zum Schwinden gebracht wird, kommt die OPOLZER'sche Mischung zur Anwendung („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 1):

Rp. Aq. Cinnamom.	70·0
Tinct. Chinoid.	2·5
Chinin. sulf.	0·55
Elix. acid. Haller. gtts. X.	
Syr. Cinnamom.	20·0
MDS. Dreimal täglich 1 Eßlöffel.	

— Ueber **Epicarin** berichtet SIEBERT („Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 43). Er verwandte Epicarin nur in Fällen, bei denen deutliche Milbgänge nachzuweisen waren, dabei war nur einmal ein Mißerfolg zu verzeichnen, dessen Ursache unaufgeklärt blieb. Die Anwendung geschah in 10% Salbe, ohne vorheriges Bad, 3 Tage hintereinander nach üblicher Methode. Allenfalls vorhandene Kratzafecte wurden noch indifferent weiter behandelt. Eine sichere Wirksamkeit ist nach diesen Erfahrungen dem Epicarin zuzuschreiben. Was die Unschädlichkeit anlangt, so hat S. bei allen Fällen den Urin untersucht und niemals Albuminurie gefunden. Bei einem Patienten trat Urticaria, bei einem 4jähr. Mädchen ausgebreitetes papulöses Ekzem auf. Die Geruch- und Farblosigkeit der Epicarinsalbe machen ihre Anwendung für den Patienten bequem und wenig belästigend. Ein Nachtheil des Epicarins gegenüber

dem β -Naphtol ist das auch von KAPOSI hervorgehobene Fehlen einer Einwirkung auf die begleitenden ekzematösen Erscheinungen.

— Zur **Behandlung der schmerzhaften Dentition** empfiehlt es sich („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, 1900, Nr. 23 — „Berliner klin. Woch.“), das Zahnfleisch mit folgendem Medicamente einzureiben:

Rp. Acid. citr.
Aq. dest. aa. 0'15
Cocain. hydrochlor. 0'1
Syr. simpl. 20'0
Tinct. Vanillae gtt. X.

— Das Künstliche **Eisenarsengemisch** in den „Anticloros“-Pillen zur Bekämpfung der Chlorose („Berl. klin. Woch.“, 1900, Nr. 1) besteht aus:

Rp. Ferr. sulf.,
Natr. carbon.,
Chin. sulf.,
Extr. nuc. vom. aa. 0'05
Acid. arsenicos. 0'002
pro Pille.
Täglich 2 Pillen.

— Bezüglich der **Therapie der Appendixerkkrankung** stellt KLEMM („Petersburger med. Woch.“, 1900, Nr. 46. — „Deutsche Med.-Ztg.“) folgende Thesen auf: 1. Die acute katarrhalische Erkrankung des Wurmfortsatzes ist conservativ zu behandeln. 2. Die Operation findet nur in Fällen statt, in denen strengste Indication für dieselbe vorhanden ist. 3. Nach überstandener katarrhalischer Appendixerkkrankung soll die Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall erfolgen. 4. Die Exstirpation soll auch gemacht werden in Fällen chronischer Appendixerkkrankung, wo noch keine Attaquen erfolgt sind. 5. Hat eine ulcerativ perforative Form bestanden, bei welcher operativ intervenirt, der Wurmfortsatz aber nicht entfernt worden ist, so kann man abwarten, ob Recidive nicht ausbleiben, da gelegentlich eine Verödung des Appendix beobachtet wurde. Tritt aber doch ein Recidiv auf, so soll auch hier die Exstirpation à froid erfolgen.

— Zur **Arsenbehandlung der Chorea** hatte bereits COMBY vorgeschlagen („Centralbl. für Nervenheilk.“, August 1900 — „Allg. Wiener Med. Ztg.“), viel größere Arsendosen als bisher, und die arsenige Säure als das bestverträgliche Präparat anzuwenden. Die COMBY'schen Dosen überschreiten um das Vierfache die Maximaldosen und haben bereits mehrfach zu unangenehmen Complicationen geführt. Aus diesem Grunde schlägt v. BECHTEREW vor, das Arsen, dessen Werth auf seiner die Reflexerregbarkeit herabsetzenden Wirkung beruht, mit der Anwendung von anderen krampfstillenden Mitteln zu combiniren; die Wirkung sei alsdann eine ebenfalls völlig ausreichende, ohne daß die hohen Dosen COMBY's zur Anwendung zu gelangen brauchen. Immerhin wendet auch v. B. vorübergehend das Doppelte, ja manchmal das Dreifache der gewöhnlichen Maximaldosen an; er läßt das Mittel entweder in der Form der Solut. Fowleri oder als Lösung von arseniger Säure während des Essens oder auch nach demselben einnehmen und ordinirt gleichzeitig Brom, Valeriana, Antipyrin, bei bestehenden rheumatischen oder endokarditischen Affectionen außerdem noch Salicyl und die verschiedenen Herzmittel. Vortheilhaft erweisen sich auch lauwarme Bäder von 28° R. und $\frac{1}{4}$ - bis $\frac{1}{2}$ stündiger Dauer. Das Arsen wird in ziemlich hohen Dosen während des ganzen Verlaufes der Krankheit angewendet, und erst wenn die Krankheitserscheinungen im Rückgange sind, wird mit der Dosis allmählig wieder heruntergegangen.

— Beobachtungen über die **therapeutische Wirkung des Heroin** theilt PAGANI mit („Rivista Veneta di scienze mediche“, 1900, Nr. 3). Verf. kann den auch von anderen Autoren gerühmten heilsamen Einfluß des Heroin auf den Hustenreiz bei Bronchitis und im Anfangsstadium der Lungentuberculose vollauf bestätigen, während es im fortgeschrittenen Stadium der Phthisis im Stich ließ. Wirksam zeigte es sich auch bei Emphysem mit chronischem Katarrh und bei Bronchialasthma. Im Allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen. Leichte Intoleranzerscheinungen, wie Ohrensausen, Schwindelgefühl, die bisweilen auftraten, gingen bald vorüber und gaben zu keinem Bedenken Anlaß. Eine allmähliche Gewöhnung an das Heroin bei längerem Gebrauch blieb nicht aus.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.

Gehalten vom 16.—22. September 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XIII.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

HEUBNER (Berlin): Ueber einen Rückenmarkstumor.

Es handelte sich um einen multiplen Tumor, der bei einem 6jährigen Mädchen gefunden wurde, das 13 Monate vor seinem Tode gefallen war und einen Monat nach diesem Falle unter den Symptomen eines Hydrocephalus chronicus erkrankte. Doch wurde diese Diagnose schon bei Lebzeiten bezweifelt, da die Lähmung eine complete, der Patellarreflex aufgehoben war, und eine große Schmerzhaftigkeit geäußert wurde, wenn man die constant nach außen gerollten und stark abducirten Beine berührte und nach innen rollte; diese Symptome wurden mit einer Affection der grauen Substanz des Rückenmarks in Verbindung gebracht. Die Section ergab Hydrocephalus chronicus mit Druckatrophie der Sehnerven, aber keinen Tumor im Groß- oder Kleinhirn, wohl aber an sechs verschiedenen Stellen des Rückenmarks durch unveränderte Substanz getrennte, umschriebene Tumoren, beginnend am untersten Cervicalsegment bis zum 12. Dorsal- und 1. Lumbalsegment, dazu complete Degeneration der Hinterstränge; die Pia war sehr verdickt und massenhaft kleinzellig infiltrirt.

Der Fall ist kein Unicum, da jede Gliomatose ein Trauma zur Ursache hat, und, wie HOFFMANN bewiesen, Hydrocephalus chronicus angelegt werden kann durch einen Rückenmarkstumor; er ist aber instructiv durch die Multiplicität der Geschwulstbildung und die Degeneration der Hinterstränge, welche bei allen Querschnitten vorhanden war und einem Ungeübten als Tabes hätte imponiren können. Vortragender bezeichnet den Fall nach französischem Vorbilde als Gliose, sich anschließend an Gliomatose.

CAMERER (Stuttgart): Chemische Zusammensetzung des Neugeborenen.

Die Untersuchung von 4 normalreifen und ausgetragenen Kindern ergibt, daß das Geschlecht auf die Zusammensetzung keinen Einfluß hat, und daß, wenn man den Fettgehalt als gleich (10·5) ansetzt und umrechnet, die fettarmen und fettreichen Kinder nahezu die gleiche Zusammensetzung an Wasser (73·6 und 73·0), Trockensubstanz (26·4 und 27·0), Asche (2·5 und 2·8), Eiweiß, Leim (11·2 und 12·3) und Extractstoffen (1·7 und 1·3) zeigen.

Abtheilung für Chirurgie.

MARTIN (Köln): Zur chirurgischen Behandlung der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung (spastische Stenosen).

M. berichtet über einen von ihm behandelten Fall, bei dem sich Schluckbeschwerden, Erbrechen, Abmagerung geltend machten. Die erst gestellte Diagnose auf Divertikel wurde bei der Operation nach Freilegung des Oesophagus nicht bestätigt. Es handelte sich vielmehr um eine spastische Stenose. Um den Oesophagus außer Function zu setzen, legte er eine Magenfistel an und sondirte von oben, jedoch ohne Erfolg. Ebenso wenig erfolgreich war die retrograde Sondirung. Erst die Sondirung ohne Ende von HACKER führte zum Ziel. Patient ist geheilt und hat 20 Kgrm. zugenommen. M. glaubt, daß die Entstehung des Spasmus auf einen entzündlichen Proceß des Oesophagus zurückzuführen sei, der durch die Gewohnheit des Rauchschluckens, die der Kranke in besonders starkem Maße hatte, hervorgerufen war.

LONGARD (Aachen): Thorakoplastik.

Die erste von L. vorgestellte Kranke ist ein Fall von Lungengangrän, die sich im Anschluß an einen septisch-embolischen Infarkt der rechten Lunge infolge von Puerperalinfection gebildet hatte.

Die Gangrän wurde erst diagnosticirt, als L. eine ausgedehnte Thoraxresection nach SCHEDE ausgeführt hatte. Mit Abstoßen der gangränösen Partien bildete sich eine Bronchodorsalfistel, die unter dem rechten Schulterblatt median mündete und die Luft direct vom Munde nach dem Rücken durchstreichen ließ. Nach 3 Monaten schloß sich die Fistel. Patientin ist völlig wieder hergestellt.

Die zweite Kranke hatte ein linksseitiges Thoraxempyem. Im 4. Monat machte L. ausgedehnte Thoraxresection nach SCHEDE. Es wurde entfernt die 10., 9., 8., 7. und 6. Rippe und einen Monat später die 5., 4. und 3. Rippe. Patientin hat sich gut erholt, doch besteht noch im unteren Winkel der Narbe eine kleine, wenig secernirende Fistel.

W. MÜLLER (Aachen): Demonstration zur Frage der Osteoplastik.

M. stellt 3 Kinder vor, bei welchen er mit bestem Erfolg quoad Einheilung, Vermeidung von Verkürzung der Finger und quoad Function wegen Spina ventosa exstirpirt Metacarpal-, resp. Phalangealknochen durch eine Periostknochenspanne aus dem unteren äußeren Theile der gleichseitigen Ulna ersetzt hat. M. hält diese Methode für leichter ausführbar als die BARDENHEUER'sche und empfiehlt Nachprüfung. Die Controle durch Roentgenaufnahme ergibt tadellose Einheilung, die in einem Falle seit $\frac{3}{4}$ Jahren besteht.

FRANK (Köln): Sehnen- und Bänderplastik bei Fußdeformitäten.

In einem Falle von Pes planus rachiticus nähte BARDENHEUER-Köln den Tibialis posticus auf den anticus und verkürzte die Ligamente der Pronationsseite, namentlich das Lig. deltoides. Resultat gut (Demonstration).

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXI.

Abtheilung für innere Medicin.

SÉRGENT und BERNARD (Paris): ADDISON'sche Krankheit und das Syndrom der Nebennieren-Insufficienz.

Die Vortragenden meinen, daß man von der ADDISON'schen Krankheit, deren untrennbares Characteristicum die Bronzefärbung der Haut ist, einen Symptomencomplex zu unterscheiden habe, der sich als Ausdruck der Insufficienz der Nebennieren darstellt. Letztere setzt immer destructive Veränderungen an diesen Organen voraus und entspricht dem, was man gegenwärtig vielfach als „forme fruste“ des Morbus Addisonii bezeichnet. Bei der Bronzekrankheit können Erscheinungen hinzutreten, welche auf die Nebenniereninsufficienz zurückzuführen sind. Diese Scheidung der beiden Krankheitszustände ist dadurch gerechtfertigt, daß sich der Addison öfters bei anatomisch intacten Nebennieren entwickelt. Die Insufficienz der Nebennieren kann sich plötzlich oder allmählig entwickeln, unter dem Bilde einer Infection oder auf Grund von Gelegenheitsursachen, wie Trauma u. dgl. m.

BOINET (Marseille): Experimentelle Untersuchungen über die Function der Nebennieren.

Bei der Ratte liegen die Nebennieren so frei und beweglich, daß sie vom Rücken aus leicht exstirpirt werden können. Von mehreren Hundert Versuchsthieren wurde bei einigen 20 nach der Exstirpation die Entwicklung des Morbus Addisonii beobachtet. Es fand sich schwarzes und braunes Pigment im Blute, in den Zellen und Organen (Leber, Milz, Drüsen).

BLUM (Frankfurt a. M.): Neue, experimentell gefundene Wege zur Erkenntniß und Behandlung von Krankheiten, die durch Autointoxicationen bedingt sind.

Innerhalb des Organismus entstehen beständig bestimmte Gifte, die unter normalen Verhältnissen von der Schilddrüse unschädlich gemacht werden. Diese Gifte entstammen dem Intestinal-

canal (Enterotoxine), und zwar höchstwahrscheinlich der Eiweißfäulniß, so daß sie in ihrer Beschaffenheit und Menge einerseits von der Natur der faulenden Eiweißsubstanz und den übrigen den Nährboden bildenden Stoffen und andererseits von den die Fäulniß verursachenden Mikroben abhängig sind. Fällt die Thätigkeit der Schilddrüse aus, und gelangen die Enterotoxine ungehindert zur Einwirkung auf den Organismus, dann verursachen sie schwere Störungen, mit denen gleichzeitig sich ausnahmslos anatomisch nachweisbare Veränderungen an bestimmten Organen entwickeln. Bei stürmischem Krankheitsverlauf erweist sich nur das Centralnervensystem verändert; haben die Enterotoxine etwas längere Zeit schädigend eingewirkt, dann zeigen regelmäßig auch die Nieren Veränderungen, und zwar neben Degenerationen am Parenchym hauptsächlich interstitielle Wucherung und Infiltration in der Umgebung der Glomeruli (Nephritis autointoxicatoria). Demonstration von Präparaten. Diejenigen Thiere, die, sei es spontan, sei es nach geeigneter Behandlung, trotz Ausschaltung der Schilddrüsen gesund geblieben oder nach Krankheit gesund geworden sind, besitzen in ihrem Blute Schutzstoffe gegen jene Enterotoxine. Die bei ihrem Durchgang durch die gesunde Schilddrüse aufgegriffenen Enterotoxine werden dort als hochmoleculare Verbindungen (Thyreotoxalbumine) abgelagert und allmählig entgiftet. Die ehemals als spezifische Jodsubstanz der Schilddrüse bezeichnete Verbindung ist nur ein intermediäres Product in diesem Umwandlungsproceß und stellt ein mehr oder weniger unvollständig mit Jod gesättigtes Thyreotoxalbumin dar. Auch gegen dies Thyreotoxalbumin, das bei intactem Schilddrüsenstoffwechsel niemals in den Kreislauf übertritt, gibt es sowohl eine natürliche (präexistirende), als auch eine erworbene Immunität. Immunität gegen Enterotoxin bedingt keine solche gegen Thyreotoxalbumin und andererseits hat auch die Immunität gegen Thyreotoxalbumin noch nicht eine Unempfindlichkeit gegen das freie Enterotoxin zur Folge. Die Ergebnisse der mitgetheilten Thierexperimente machen es in hohem Maße wahrscheinlich, daß auch beim Menschen mehr Arten von Erkrankungen, als man bisher annehmen durfte, mit Darmvorgängen und Insufficienz der Schilddrüse in Zusammenhang stehen; sie modificiren aber auch die bisherigen Auffassungen von dem Wesen einiger Schilddrüsenerkrankungen. Auch therapeutische Maßnahmen ließen sich aus den Versuchen ableiten.

SANSONI und SERONO (Turin): Untersuchungen über fettige Degeneration der Leber nach Phosphorvergiftung, Gènescence grasseuse du foie dans l'empoisonnement par le phosphore.

Bei der acuten Phosphorvergiftung ist das Leberfett erheblich vermehrt, hervorgegangen aus den höheren Fettsäuren. Ein Theil des Fettes stammt von der fettigen Entartung der Leber selbst, wahrscheinlich infolge der Zerstörung der fettbildenden Substanzen (Lecithin, Eiweiß). Der größte Theil aber stammt aus den Fettsäuren, welche aus eben diesen Muttersubstanzen in allen Geweben des Körpers gebildet worden sind. Dagegen rührt es nicht vom Unterhautfettgewebe her, weil es nicht aus Neutralfett besteht.

BOINET (Paris): Nervöse Störungen malarischen Ursprungs.

1. Sensible Störungen: Neuralgien im Trigemini, Ischiadicus, Intercostalnerven etc., sowie echte Neuritiden, besonders im Ischiadicus. Sie sind oft die zuerst in die Erscheinung tretenden nervösen Affectionen, die in Begleitung der Malariaerkrankungen auftreten. Subjective Symptome sind Parästhesien, Hyper- und Anästhesien, lancinirende Schmerzen. 2. Motorische Störungen, meist den ersteren folgend: Paresen der Extremitäten, die sich allmählig zu vollständigen Lähmungen entwickeln, meist sich aber nur auf das Muskelgebiet des betroffenen Nerven erstrecken. Die Reflexe sind herabgesetzt oder aufgehoben. Selten sind Krämpfe, Zittern, Athetose u. dgl. Zuweilen sieht man im Gefolge des Sumpffiebers auch Hystero-Neurasthenie. 3. Psychische Störungen: Delirien mit Hallucinationen, namentlich bei acuten Anfällen des Fiebers. Schließlich kommt namentlich nach chronischen Fällen Demenz, Melancholie, Paranoia etc. vor.

Notizen.

Wien, 26. Januar 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. Dr. CSOKOR die Larven von *Homalomya alaris*, der Lusterfliege, die im menschlichen Darmtracte als Schmarotzer vorzukommen pflegt, und erörterte die Morphologie dieses Parasiten. Die Infection erfolgt durch die Eier der Fliege per os. — Dr. WEINBERGER stellte einen Fall (erworbener) Dextrokardie bei einem indurativen Prozesse der rechten Lunge vor. — Dr. HRYNTSCHAK zeigte ein rachitisches Kind, dessen Erkrankung durch Sanatogen günstig beeinflusst worden sein soll. — Dr. OFFER demonstrierte eine neue Zuckerreaction. Fügt man zum Harne eine kleine Menge krystallisirter Phenylhydrazinsulfosäure, erhitzt zum Sieden und versetzt sodann die Flüssigkeit mit Lauge, dann tritt nach Abkühlen und energischem Schütteln Rosenroth-Färbung, bei Zuckermengen über 0.1%, auf. — Dr. v. FRIEDLÄNDER stellte einen Knaben nach operativ behandelter Appendicitis vor. Der Absceß wurde auf sacralem Wege entleert. Vortr. besprach sodann die verschiedenen Operationsmethoden der Appendicitis. Die Discussion über diese Frage wird in der nächsten Sitzung erfolgen. — Dr. MOSKOWITZ demonstrierte einen Apparat zur leichteren Ausführung der SCHLEICH'schen Infiltrationsanästhesie. — Hierauf wurde die Discussion über den Vortrag von SCHIFF „Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen“ fortgesetzt. Prof. CHIARI meinte, der nasale Ursprung der Reflexneurosen sei nicht erwiesen. Bezüglich der angegebenen Therapie solle man nicht übertriebene Hoffnungen hegen. — Doc. Dr. RÉTHI bemerkte, daß Schleimhautveränderungen bei Dysmenorrhoe nicht nur an den Genitalstellen, sondern auch an anderen Partien der Nase und sogar im Rachen zu finden sind. — Dr. HALBAN bestätigte die Angaben von SCHIFF; in einem Falle von 5 Jahre bestehender Amenorrhoe trat nach Cocainisirung der linken Nasenhälfte die Menstruation wieder ein. — Doc. Dr. PAULI sprach die Ansicht aus, es sei unerwiesen, daß bei Dysmenorrhoe der abnorme Zustand der Genitalstellen die Ursache des Genitalschmerzes bilde. — Dr. STEINBACH recurrierte zur Erklärung des Zusammenhanges zwischen Nase und Genitalorgan auf die Segmenttheorie HEAD's. Die Genitalstellen seien als hysterogene Zonen anzusehen. — Prof. Dr. BENEDIKT tadelte die Anwendung des Terminus „Reflexneurose“; in Fällen, wo es sich um das Uebergreifen einer sensiblen Störung auf andere sensible Nervenbahnen handle, solle man besser von „Irradiation“ sprechen. B. discutirte hierauf in geistvoller Weise die mannigfachen unauferklärten Beziehungen der Körperorgane. — Hofr. Prof. Dr. CHROBAK bezeichnet es als Fehler, wenn man in Zukunft bei Dysmenorrhöen die FLIESS'sche Therapie nicht zumindest versuchen wollte. — Das Schlußwort SCHIFF's wurde wegen vorgertückter Stunde auf die nächste Sitzung verschoben.

(Wiener Aerzteorganisation.) In der letzten Sitzung des Centralausschusses wurde gegen die von der Statthalterei projectirte Ausdehnung des Zahlstockes als gegen eine unberechenbare und ungerechte Schädigung der Aerzteschaft entschieden Stellung genommen und die Statthalterei aufgefordert, in dieser für die praktischen Aerzte so wichtigen Frage ein Kammergutachten einzuholen, sowie die Delegirten der Kammer den diesbezüglichen Berathungen im Sanitätsrathe beizuziehen. — Dem Dr. LAUB, welcher anlässlich des vom Aerztlichen Vereine des III. Bezirkes über einen Krankenverein verhängten Boykotts eine bereits übernommene Stelle im Interesse der Solidarität bereitwilligst niedergelegt hat, wird für seine collegiale und selbstlose Handlungsweise in dieser Angelegenheit die Anerkennung ausgesprochen. — Gegen das nicht nur die Autorität der Facultät, sondern auch das Ansehen und die Existenz der Aerzteschaft untergrabende Vorgehen des Staatsanwaltes Kleeborn wurde im Einverständnisse mit dem Kammerpräsidium an geeigneter Stelle Protest eingelegt. — Nachdem Dr. HEIM das Präsidium des Verbandes niedergelegt, da er zum Kammerpräsidenten gewählt worden, und die Stellung im Vorstande der

Organisation nicht vereinbar ist mit einer Stelle im Vorstande der Kammer, wurde Dr. HANS SCHUM zum Präsidenten, die DDr. IGNAZ WEIS und ALEXIUS UHLIK zu Vicepräsidenten und die Doctoren OBHLIDAL, GERSTINGER, VAN LINDHOUT, SIGMUND POLLAK und MAX HERZ in den Vorstand neugewählt.

(Zahl der Aerzte in Oesterreich.) Laut amtlicher Statistik beträgt die Zahl der Aerzte in Oesterreich derzeit 10.576. Von diesen entfallen auf Nieder-Oesterreich 3054, auf Ober-Oesterreich 368, auf Salzburg 114, auf Steiermark 674, auf Kärnten 141, auf Krain 99, auf das Küstenland 331, auf Tirol und Vorarlberg 548, auf Böhmen 2563, auf Mähren 881, auf Schlesien 225, auf Galizien 1313, auf die Bukowina 134, auf Dalmatien 131. Wien zählt 2443 Aerzte, Linz 53, Salzburg 38, Graz 258, Klagenfurt 35, Laibach 34, Triest 185, Innsbruck 61, Prag 450, Brünn 162, Troppau 36, Lemberg 243, Czernowitz 51 und Zara 17.

(Auszeichnung.) Geh. Med.-Rath Prof. Dr. EMIL BEHRING, Director des hygienischen Instituts der Universität Marburg, Erfinder des Diphtherie- und Tetanusheilserums, wurde vom Deutschen Kaiser in den erblichen Adelsstand erhoben.

(Postvertrauensärzte.) Wir erfahren aus München: Vom 1. Februar d. J. angefangen tritt fast in allen Städten Bayerns gleichzeitig die neue Institution der Postvertrauensärzte ins Leben. Die Thätigkeit der letzteren wird sich auf die Untersuchung der Bewerber für den Postdienst hinsichtlich ihrer körperlichen Tauglichkeit, auf die Untersuchung des Postbeamten- und -Bedienstetenpersonales zur Folge specieller Requisition und auf die Ueberwachung des Dienstbetriebes in hygienischer Beziehung zu erstrecken haben. Die kostenfreie Behandlung des Postpersonales durch die Vertrauensärzte ist natürlich ausgeschlossen.

(Frauen als Universitätsassistenten.) Wie wir erfahren, sind derzeit vier Frauen an Universitätsinstituten der Schweiz in amtlichen Stellungen, und zwar in Bern Frl. Dr. SIGLINDE STIER als Assistenzärztin an der psychiatrischen Klinik, Frl. Dr. RACHEL ZIPKIN als zweiter Assistent am anatomischen Institut, in Zürich, Frl. Dr. KWOROSTANSKY als vierter Assistent der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik und Frl. Dr. FITSCHEN als zweiter Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik.

(Brand im pathologischen Institute in Berlin.) Wie unsere Leser den politischen Tagesjournalen entnommen haben dürften, kam am 16. d. M. im Berliner pathologischen Institute ein Brand zum Ausbruch. Hiebei verbrannte ein Theil der anthropologischen Sammlung von VIRCHOW, darunter Objecte, die einen bedeutenden Werth besaßen. Zum Glück war der größte Theil der kostbaren, dem pathologischen Institute gehörigen Objecte bereits in den vollendeten Neubau der Charité überführt worden und ist somit der Wissenschaft erhalten geblieben.

(Wiener Aerzteclub.) Die diesjährige ordentliche Generalversammlung dieses Clubs fand am 17. Januar in den Clublocalitäten (I., Schottengasse 7) unter lebhafter Betheiligung der Mitglieder statt. Reg.-R. Dr. SVETLIN, welcher der Versammlung präsidirte, hielt eine lebhaft acclamirte Eröffnungsrede, in welcher er eine gedrängte Revue des ersten Vereinsjahres mit seinen Mühen, Sorgen und schließlichen Erfolgen gab, die eine gedeihliche Fortentwicklung des jungen Unternehmens prognosticiren lassen. Der Ehrenpräsident Hofrath Prof. NOTHNAGEL schickte aus Rostow am Don ein Begrüßungstelegramm, das unter lebhaftem Beifalle verlesen wurde. Der vom Schriftführer vorgetragene Rechenschaftsbericht gab ein getreues Bild der Thätigkeit des Ausschusses, sowie eine kurze Chronik aller den Club betreffenden Ereignisse. Bei den zum Schlusse vorgenommenen Wahlen wurde Reg.-Rath Dr. SVETLIN zum Obmanne wiedergewählt, zu dessen Stellvertretern Prof. FINGER und Prim. Dr. SCHNITZLER, zu Schriftführern Dr. J. SAMUELY und Dr. FÜRTH. Der Jahresbeitrag wurde wie bisher mit 24 Kronen normirt.

(Streit um das ärztliche Honorar.) Einen Streitfall zwischen Arzt und Patienten wegen des Honorars, welcher zur Austragung vor das Kammergericht kam, publicirt die „Deutsche Aerzte-Ztg.“. Wir eröffnen der Mittheilung desselben die Spalten unseres Blattes, weil das Erkenntniß des Gerichtes in dieser Angelegenheit von besonderem Interesse war. Der Patient weigerte

sich, das verlangte Honorar, welches die Maximalgrenze der Gebührenordnung um das Doppelte überschritt, zu zahlen, weil der Arzt ihm Heilung garantiert, sein Versprechen aber nicht gehalten habe, weil er ferner eine unrichtige Diagnose gestellt und schließlich die Maximalsätze der Taxe weit überschritten habe. Das Gericht verurtheilte den Patienten zur Zahlung der geforderten Summe. Die Aeußerung des Arztes, er setze sein ganzes Vermögen dafür ein, den Patienten völlig wieder gesund zu machen, manifestire eine übertriebene Zuversicht in die eigene Leistungsfähigkeit und lasse das Bestreben erblicken, das Zutrauen des Kranken zu gewinnen. Unter keinen Umständen liege hierin ein Verzicht auf das Honorar. Diese Behauptung sei also unerheblich und vernünftigerweise dahin zu begrenzen, daß der Arzt den Kranken nach den Regeln der ärztlichen Kunst gewissenhaft behandeln wolle, eine selbstverständliche, daher bedeutungslose Erklärung. Seine Schuldigkeit habe der Arzt aber zweifellos gethan, da er den Patienten wiederholt und eingehend untersucht und in der Ueberzeugung, daß ein Magenleiden vorliege, geeignete, wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden angewandt habe. Daß der Arzt sich eines unentschuldbaren Versehens schuldig gemacht habe, indem er aus Mangel an Sorgfalt eine falsche Diagnose gestellt, sei nicht erwiesen, zumal auch die Ansicht der Sachverständigen über die Art der Krankheit differire. Bezüglich der Ueberschreitung der Gebührenordnung wird gesagt, es sei zu erwarten, daß da Specialärzte höhere als die taxmäßigen Honorare fordern und erhalten, daß ein Patient, der einen Specialarzt aufsucht, ohne das Honorar mit ihm zu verabreden, sich stillschweigend der Forderung des Arztes unterwerfe, sofern sie in gewissen, im vorliegenden Fall nicht überschrittenen Grenzen bleibe.

(Statistik.) Vom 13. bis inclusive 19. Januar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7306 Personen behandelt. Hievon wurden 1423 entlassen; 186 sind gestorben (11.55% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 54, egypt. Augenzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 102, Scharlach 50, Masern 705, Keuchhusten 50, Rothlauf 41, Wochenbettfieber 4, Rötheln —, Mumps 64, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 768 Personen gestorben (+ 69 gegen die Vorwoche).

Eine durch ihre neuartige Druckweise hervorstechende Beilage „A“ liegt der heutigen Nummer unserer Zeitschrift bei. Das Blatt enthält einige Angaben über das von Forschern, wie HÜPPE, PASCHKIS, ROEHL u. A. neuerdings so warm empfohlene Mundwasser **Odol**.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 28. Januar 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).
Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

Prof. Dr. M. BENEDIKT: Ueber traumatische Neurosen.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 30. Januar 1901, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaale der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).
Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

I. Demonstrationen.

II. Dr. L. FREUND: Die bisherigen Erfolge der sogenannten Roentgen-therapie und ihre wahrscheinliche Ursache. Mit Kranken- und Skioptikondemonstrationen. (Schluß des Vortrages.) Zur Discussion angemeldet: Professor Dr. EHRMANN, Dr. HOLZKNECHT, Dr. KIENBÖCK.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc.
befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

MATTONI
GISSHÜBLER
reinstes
natürlicher
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlebad.
 Trink- und Badekuren.
 Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Yohimbin Spiegel

Alkaloid der Yohimbehe-Rinde
Aphrodisiacum ohne nach-
theilige Nebenwirkungen.

Alleinige Fabrikanten:

Dr. Hillringhaus & Dr. Heilmann,
Chemische Fabrik
GÜSTROW.

Litteratur: Virch. Arch. 1898: 292.
Therapie der Gegenwart 1900: 289.
Berliner klin. Wochenschrift 1900,
Nr. 42. Therapeutische Monatshefte
1900, Heft 11.

Hauptniederlage bei **PEZOLDT & SÜSS, Wien, I., Schottenhof.**



Hedonal.

Neues Hypnoticum,

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spez. Ind.: **nervöse Agrypnie** (bes. bei Neura-
sthenie, Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Farbenfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Creosotal.

Frei von jeder Aetz- und Giftwirkung.

Dosis: $\frac{1}{2}$ —5 Theelöffel voll pro die.
Ind.: Lungentuberkulose, Bronchitis, Pneumonie, chron. Katarrhe, Influenza, Typhus, Scrophulose.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm
schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1,0 gr. 3—5mal täglich (am besten im
Laufe des Spätnachmittages).

Duotal.

Reinstes Guajacolderivat.

Dosis: 0,5 gr. steigend bis 6 gr. pro die.

Heroin. hydrochl.

Salophen

Trional

Duotal

Epicarin

Europphen

Somatose.

B A D

**POŁTSCHE
GALERIE**

Prospecte durch den Director,
Südbahnstation: Pöltschach.
**PRACHTVOLLER
SOMMERAUFENTHALT**

Bewährte
Heilstätte,
für Magen-, Leber-,
u. Nierenleiden,
Zuckerharnruhr,
Gallensteine,
Nachen- u. Kehlkopf-
catarrhe,
etc.

E. Merck

chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin.

Neues vorzügliches, in psychiatrischen Kliniken, Heilanstalten, als auch in der Privatpraxis bewährtes **Antiepilepticum** und **Sedativum**. Bester Ersatz für Bromalkalien und gänzlich frei von den unangenehmen Nebenwirkungen derselben. Vorzügliches Mittel bei nervösen Störungen, insbesondere geeignet für die Kinderpraxis.

Dionin.

Neues Morphinderivat, ohne die gefährlichen Nebenwirkungen des Morphins und seiner Abkömmlinge. Bewährt bei allen Erkrankungen der Athmungsorgane. In subcutaner Anwendung Ersatzmittel f. Morphinium bei Entziehungscuren, sowie bei melancholischer Verstimmung und bei decrepiden, gegen Morphinium empfindlichen Patienten. Nach **Meltzer** Ersatz für Morphin und Hyoscin bei **Erregungszuständen**.

Vgl. *Leubuscher*, Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1899, Bd. V; *Zimmermann*, Neurolog. Centralblatt, 1899, Nr. 11; *Schulze*, Dissertation, Göttingen, 1899; *Wulff*, Aertzliche Monatschr., 1899, Nr. 11; *R. Laudenhaimer*, Therapie d. Gegenw. 1900, Nr. 7.

Vgl. *Ranschoff*, Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 20; *Meltzer*, Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 51; *Fromme*, Allgem. med. Centralztg., 1900, Nr. 24 u. 25; *W. Salzmann*, Wiener med. Presse, 1900, Nr. 24; *Bornikoel*, Therapie d. Gegenwart, 1900, Nr. 4.

Literatur auf Wunsch gratis und franco.



Recht nur mit dieser Unterschrift:

Alex. Stapler

Mittel für Aerzte im allgemeinen, namentlich für Chirurgen, Gynäkologen, Dermatologen etc. Wirksamkeit und Unschädlichkeit garantiert.

Versandt gegen Einsendung von Briefmarken oder per Nachnahme ausdrücklich nur durch

Stapler & Co., Wien, XVIII., Gentzgasse 27.

1/2 Dose Alex. Stapler's brasil. Seife	1 K
1/1 " " " " " "	2 "

**Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für
Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.**

Aerztliche Leitung: Professor Dr. E. Redlich und Dr. E. Fries.

DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz, Wien

PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER,
ELEGANTER AUSFÜHRUNG
Rossel, Schwarz u. Co.
Dotzheim-Wiesbaden.

PILULAE ROBORANTES SELLE

organisch-animalisches Eisenpräparat, die in ihren Verbindungen nicht gestörten Salze des Blutes und des Fleischsaftes enthaltend. Drei Pillen entsprechen 2 Gr. Blut und 1 Gr. fettfreiem Muskelfleisch. Herr Dr. Zacharias schliesst sein Referat in der Berliner klinischen Wochenschrift über die Wirkung obiger Pillen bei **Bleichoucht, allgemeinen Schwächezuständen, Reconvalescenz, Altersschwäche etc.** wie folgt: „Meinen Herren Collegen kann ich auf Grund der von mir erzielten Resultate nicht dringend genug die Verordnung der ‚Pilulae roborantes Selle‘ anrathen.“ Nach Orten, an welchen die **Pilulae roborantes Selle** nicht zu haben sein sollten, **postfrei** zu Originalpreisen von der **privilegirten Apotheke in Kosten**, Provinz Posen, zu beziehen.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte von
G. HELL & Comp., Troppau und Wien.
In allen Apotheken vorräthig:

Syrupus Colae compos. „Hell“

Siehe Wiener klinische Rundschau 1900, Nr. 43. — Aus der Abtheilung für Nervenkrankheiten des Prof. Benedict an der Allgem. Poliklinik in Wien:
„Ein neues Kolapreparat zur Behandlung functioneller Nervenkrankungen.“

Infolge der vorzüglichen Wirkung hat sich dieses gegen Neurasthenie und Erschöpfung bewährte Kolapreparat rasch eingeführt.

Darf in den Apotheken nur auf ärztliche Verordnung verabreicht werden.
Detail-Preis einer ganzen Flasche K 4.—, einer halb. Flasche K 2.40.

Gemüthsranke ¹³⁶⁸ = **Dr. Svetlin's**
und Heilanstalt
Morphinisten =
Wien III., Leonhardgasse 1—5
Jederzelt Aufnahme und sorgfältige Pflege.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein- sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus Prof. Dr. EHRMANN'S Ambulatorium. Zur Casuistik der tuberculösen Geschwüre des äußeren Genitales. Von Prof. Dr. EHRMANN in Wien. — Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses. Versuche über die Verwendung des Tropens am Krankenbette. Von Dr. HEINRICH GRÜN und Cand. med. ROBERT BRAUN. — Nachtrag zu meinem Aufsätze über Phosphorleberthran. Von Professor Dr. MAX KASSOWITZ. — **Referate.** L. CASPER (Berlin): Zur Pathologie und Therapie der Blasen-tuberculose. — RÖMER (Gießen): Ein Beitrag zur Aetiologie des Botulismus. — K. CHODOUNSKY (Prag): Ueber Erkältung. — BORCHARDT (Berlin): Ganglienbildung in der Sehne des Musculus triceps brachii. — LUDWIG SEITZ (München): Ueberzählige und accessorische Ovarien. — HONL (Prag): Die Zymotherapie oder Hefebehandlung. — **Literarische Anzeigen.** Die Medicin im alten Testamente. Von Dr. WILHELM EBSTEIN, Geh. Medicinalrath und o. ö. Professor der Medicin. — PYE'S surgical handicraft. 4th ed., revised and edited by BERTRAM M. H. ROGERS. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung von oberflächlichem Impetigo. — Lumbago und Ischias. — Jodipin. — Behandlung des Kindereckzems. — Die Indicationen des Aderlasses. — Arsen bei Neurasthenie. — Behandlung der chronischen Laryngitis. — Zur Behandlung der Masturbation. — Das LEUBE'SCHE Magenpulver. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus *englischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — *Aus italienischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — *Wiener medicinischer Club.* (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus Prof. Dr. Ehrmann's Ambulatorium.

Zur Casuistik der tuberculösen Geschwüre des äußeren Genitales.

Von Prof. Dr. S. Ehrmann in Wien.

Tuberculöse Geschwüre des äußeren Genitales wurden wohl schon wiederholt beschrieben, doch hat man klinisch wenigstens bei den Männern auf deren Entstehungsart zu wenig Rücksicht genommen. Eine Reihe von Fällen, die ich im Laufe der Jahre, und zwar sehr lange beobachtete, ließen mich eine Reihe von Entstehungsarten derselben zum Theile deutlich erkennen, zum Theile mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen. Und da lassen sich im Allgemeinen dreierlei Entstehungsmodi bei den Männern unterscheiden.

Der erste Entstehungsmodus ist die Fortsetzung einer bestehenden Tuberculose des Urogenitalsystems auf die Haut, und bei diesem Typus lassen sich wiederum zwei Unterarten erkennen: die eine ist die „Fortsetzung per contiguitatem“, Uebergreifen der Tuberculose der Samenbläschen und der Prostata auf die Harnröhre und von dieser auf die Glans penis, die andere umfaßt jene Fälle durch fortgeschleppte tuberculöse Massen vermittelt des Harnes ohne Miterkrankung der Harnröhre die Haut der Glans erkrankt; hierher gehören auch jene Fälle, wo Tuberculose der Nieren allein ohne irgend nachweisbare Tuberculose der Prostata und Samenbläschen, der Blase und der Urethra zur Bildung tuberculöser Hautgeschwüre führt.

Die zweite Reihe der Entstehungsarten ist die Verschleppung durch Blutcirculation, bei welcher tuberculöse Keime, von irgend einem tuberculösen Herde innerer Organe entführt, in die Haut des Genitales gelangen können.

Die dritte Reihe der Entstehungsarten endlich ist die Infection von außen, und zwar ist das die am längsten bekannte, weil die Infection in einzelnen Fällen durch Contact des Speichels tuberculöser Individuen mit Circumcisionswunden entstanden sein soll (primäre Hauttuberculose). Selbstverständlich kann jede Erosion des äußeren Genitales, welche vom Sputum tuberculöser Individuen befeuchtet wird, auf diese Weise zur primären tuberculösen Infection führen.

Von Fällen der ersten Kategorie kann ich über folgenden berichten:

Derselbe betrifft einen circa 32 Jahre alten Bedienten, der in meine Behandlung trat mit der Angabe, daß er unbestimmte Schmerzen in der Blasengegend, Seitenstechen, Kreuzschmerzen habe. Der Urin war klar, zeigte einige Eiterflöckchen, die auf eine vorausgegangene Gonorrhoe zurückzuführen waren, und gab nur ein spärliches Sediment. Die Untersuchung der Prostata und der Samenbläschen ergab normale Verhältnisse; die endoskopische Untersuchung der Urethra und der Blase mittelst NITZE'SCHEN Apparates ergab keine Veränderung in diesen Organen.

Im Laufe der Zeit trat Trübung des Harnes ein, und nunmehr konnten im Sedimente reichliche Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Nach circa vier Monaten, während welcher der Patient mit seinem Dienstherrn sich im Süden aufhielt, erschien er wieder und hatte auf der Glans in der Umgebung der Urethra eine größere Anzahl von punktförmigen bis linsengroßen, mit feinen, zackigen und eingeschnittenen Rändern versehene Geschwürchen, die etwa einen Millimeter tief und blaßgelb belegt waren. Nach längerer Untersuchung konnten im abgekratzten Belage Tuberkelbacillen deutlich nachgewiesen werden. Die Umgebung der Geschwüre, die ganze Glans betreffend, war acut geröthet, der Kranke klagte über Schmerzhaftigkeit daselbst.

Da Jodoformbehandlung nicht zum Ziele führte, versuchte ich Galvanokaustik, jedoch vergeblich. Die Geschwüre verbreiteten sich derart, daß sie die gesammte vordere und untere Fläche der Glans penis einnahmen, sich über das Frenulum bis über die Basis Frenuli erstreckten und am Dorsum der Glans penis neu entstanden. Die letzteren, die galvanokaustisch behandelt wurden, bekamen entsprechend der Destruction des Gewebes mittelst des Galvanokauters einen etwas tieferen Grund.

Um den Patienten mehr beobachten und cystoskopieren zu können, wurde er im Allgemeinen Krankenhaus, Abtheilung Prof. LANG, aufgenommen, wo die Diagnose *Ulcerata tuberculosa* der Haut ohne Mitaffection der Blase und Prostata, dagegen Nierentuberculose gestellt wurde.

Nun wurde doch die weitere Behandlung mit dem von mir angegebenen Jodoformium bituminatum vorgenommen, die Geschwüre reinigten sich und durch Nachbehandlung mittelst Borsalbe waren sie in kurzer Zeit fast überhäutet.

Nun ging der Patient mit seinem Dienstherrn neuerlich nach Ungarn und daselbst entwickelte sich wieder ein Geschwür, welches von einem Arzte daselbst als ein syphilitisches Geschwür bezeichnet wurde, gegen welches eine Schmiercur zu empfehlen wäre.

Mit dieser vorgefaßten Meinung kam der Kranke nach Wien zurück und bestürmte mich nun, ihm die Einreibungscur zu verordnen. Da der Kranke darauf bestand, und ich von einem Falle die Erfahrung hatte, daß Tuberculose des Urogenitalsystems durch Einreibungen mitunter günstig beeinflußt werde, so habe ich den Patienten auf seine eigene Verantwortung der Schmiercur unterzogen.

Und siehe da, die Geschwüre heilten in der That. Der Kranke fühlte sich nahezu ein Jahr lang vollkommen wohl.

Nach dieser Zeit kam er aber wieder zu mir, es hatten sich neuerlich Geschwüre gebildet, welche diesmal auf die innere Lamelle des Präputiums übergriffen, die Schmerzen in der Blasen-egend und im Kreuze kamen wieder, und nun war eine wiederholte Schmiercur ganz erfolglos. In dem Geschwürgrunde sowohl wie im Harnsedimente waren Tuberkelbacillen nachweisbar. Diesmal willigte der Patient in die Excision eines Stückchens des Präputiums, und nunmehr konnten in den aus demselben angefertigten Schnitten Tuberkelknoten und Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Auch diesmal überhäuteten sich die Geschwüre bei bloß localer Behandlung mit Jodoform, Ichthyol und Borsäure, und danach verschwand der Kranke aus meinem Gesichtskreise. Ich hörte nur durch einen Verwandten, daß es ihm recht schlecht gehe.

Ich bemerke noch, daß auch in diesem Stadium in der Prostata und in den Samenbläschen keine Infiltration palpatorisch nachzuweisen war, daß von Seiten der Harnblase kein Tenesmus vorhanden war, daß also merkwürdigerweise die Tuberculose der Nieren eine Zeit lang mit Umgehung der Blase und ihrer Anhänge direct Tuberculose der Glans verursachte.

Häufiger sind schon die Fälle, bei welchen Tuberculose dieser Organe und Tuberculose der Urethra zu tuberculösen Geschwüren der Haut der Glans und des Präputiums führt.

Der zweite Fall ist einer derjenigen, in denen die Tuberculose per contiguum von der Urethral Schleimhaut auf die Glans übergreift.

Fall II. H. K., Privatbeamter, 23 Jahre alt, gibt an, seit 2 Jahren an Gonorrhoe zu leiden. Dreimal stellte sich der Patient vor, mit einem flachen, feinzackig begrenzten Geschwür von mehr als 2 Cm. Länge und 9 Cm. Breite, welches die ganze Unterfläche der Glans einnahm und die untere Wand der Urethralmündung zerstört hatte. In der Umgebung einige mit dem blossen Auge gerade noch sichtbare, gelbliche, excoriirte Knötchen. Das Geschwür läßt sich in die Urethra verfolgen. Die ganze Urethra ist infiltrirt, fühlt sich wie ein resistenter Strang an, bei Berührung wenig schmerzhaft, erzeugt nach Angabe des Patienten bei der Miction lebhaft Schmerzempfindung. Die Prostata, namentlich in ihrem rechten Antheile, höckerig, stärker resistent, die Samenbläschen und die tastbaren Einmündungen der Vasa deferentia hartlich anzufühlen, drusig uneben. Beim Urinlassen entleert sich ein trüber, eigenthümlich riechender, mit Krümmelchen vermengter Eiter unter Schmerzen, die aber bei dem Hinüberfließen des Harnes

über das Geschwür viel stärkere Schmerzempfindung hervorrufen als in der Urethra. In den Krümmelchen des Harnes sind wiederholt Tuberkelbacillen nachgewiesen worden. An der Lunge links oben Dämpfung, protrahirtes Exspirium.

Der Patient bekam local Cocain und Jodoformium bituminatum, innerlich zuerst Urotropin, wobei eine deutliche Klärung des Harnes beobachtet werden konnte, doch hatte der Kranke bei der Urinentleerung Schmerzen. Nachher bekam er innerlich Creosotal. Nach vier Wochen fühlte sich der Patient gebessert (das Geschwür war im Ueberhäuten) und blieb aus der Behandlung aus. Leider bekam ich ihn ein Jahr lang nicht mehr zu Gesichte. In den letzten Wochen stellte sich der Kranke wieder vor; das Geschwür war ganz überhäutet. Der Befund in der Harnröhre und der Prostata nicht wesentlich verändert, dagegen hatte die Lungenaffection den Charakter der Phthise mit Cavernenbildung angenommen.

Fall III betrifft einen Mann, der im November 1898 mit einem auf gerötheter Umgebung sitzenden, speckig belegten, unregelmäßig begrenzten Geschwür in meine Behandlung kam. Die Drüsen waren normal. Patient klagt über Tenesmus, der Urin in beiden Portionen trübe, Prostata und Samenbläschen stellen sich bei der Palpation als nicht vergrößert dar. Tuberculose des Larynx von Herrn Doc. Dr. HAJEK vor einem halben Jahre nachgewiesen. Behandlung mit Jodoformium bituminatum. Ueberhäutung in 3 Wochen.

Vier Monate später erschien Patient neuerlich in meiner Ordination. Ich fand bei der Untersuchung eine die untere Harnröhrenmündung bogenförmig umgreifende, sich als Fortsetzung des übernarbten früheren Geschwüres darstellende Ulceration. In der Umgebung, namentlich auf den Schleimhautlippen, kleine, gelbliche Knötchen. Die Prostata war drusig, uneben, am Schlusse der Harnentleerung klagte Patient über Schmerzen. Im Sediment wurden wiederholt Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Die Behandlung war dieselbe wie beim erstenmale. Das Geschwür heilte. Der Patient blieb nach Abheilung des Geschwüres aus.

Fall IV. Aeußerst merkwürdig; ein wahres Unicum ist dieser Fall, weil bei ihm eine Ulceration des Augenlides ebenfalls als Tuberculose sich herausstellt.

H. S., Beamter, 28 Jahre, sonst normal, erschien in meiner Ordination am 20. Mai 1900 mit einer Reihe das Dorsum der Glans und beide Harnröhrenlippen einnehmender confluirender feinzackiger Geschwürchen mit graugelblichem Belage, schmerzhaft. Auf dem unteren Augenlide rechts ein den intermarginalen Saum und die angrenzende Haut in dem inneren Drittel der Länge desselben einnehmendes Geschwürchen von derselben Beschaffenheit. Da ich bei dem Kranken auch anamnestisch keinerlei Spur von Tuberculose finden konnte, war ich trotz der vom gewöhnlichen Aussehen weicher Geschwüre abweichenden Geschwürsform geneigt, dieselben für gewöhnliche Helkosen anzusehen. Ein angesehener Ophthalmologe, dem ich den Fall zeigte, bestärkte mich trotz der großen Seltenheit in der Meinung. Während ich Verbände mit 1/10iger Cuprum sulfuricum-Lösung für das Genitalgeschwür verordnete, empfahl der Colleague für das Augenlid Xeroform anzuwenden. Das Geschwür auf dem Augenlid reinigte sich in einem Monat, während die Ulcera der Glans immer mehr confluirten, immer mehr schmerzten und immer mehr den Charakter der *Ulcerata tuberculosa* annahmen, indem sie nicht durch gleichmäßige Vergrößerung der kleineren punktförmigen Herde sich vergrößerten, sondern durch unregelmäßige Entstehung von Zacken und Einschnitten in die Ränder und durch Confluenz dem Zerfall der miliaren Tuberkelknötchen entsprechend. Nun wurde auch der abgeschabte Belag und das Secret regelmäßig auf Tuberkelbacillen untersucht und dieselben, wenn auch nicht immer, so doch in einer großen Anzahl von Deckglaspräparaten gefunden. Auf Xeroformbehandlung erfolgte langsam Stillstand, auf Jodoformium bituminatum endlich Ueberhäutung der Geschwüre.

Wichtig wird dieser Fall außerdem durch die nachträglich vom Patienten zugestandene Wahrscheinlichkeit der Uebertragung, da er angab, daß wiederholt der Speichel eines weiblichen Individuums in innigem Contact mit der Glans kam und Gelegenheit für Ueberimpfung reichlich gegeben war. Ob die Uebertragung der Tuberkelbacillen von der

Glans auf das Auge oder per oscula von der weiblichen Infectionsquelle geschah, ist nicht zu eruiren.

Bei den Frauen tritt die Tuberculose am äußeren Genitale, soweit ich es beobachten konnte, in zweierlei Formen auf.

Bei der ersteren Form handelt es sich um einen, größere Hautflächen einnehmenden, oberflächlichen Substanzverlust der großen und der kleinen Labien, welcher in der Umgebung zu elephantiasischen Verdickungen geführt hat, Fälle, wie sie von JADASSOHN als *Ulcus vulvae chronicum* beschrieben worden sind, Fälle, bei welchen in der Umgebung des Substanzverlustes außerdem noch kleine Excrescenzen sich bilden, in denen dilatirte Lymphgefäße wie bei Elephantiasis vorkommen, wie sie zuerst von PALTAUF beobachtet wurden und vorher nicht als Tuberculose galten.

Die zweite Form bilden umschriebene Geschwüre, manchmal mit überhängenden Rändern, so daß die Differentialdiagnose gegen ein Gumma auch hier nicht immer sofort gemacht werden kann, in ausgeprägten Fällen eigentlich keinen Schwierigkeiten begegnet, wie CHIARI schon im Jahre 1886 („Arch. f. Derm. u. Syph.“) hervorgehoben hat.

Die drei Fälle der zweiten Form, über welche ich ver füge, sind umso interessanter, als zwei davon für Lues gehalten wurden.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 32 Jahre alte Puella publica, welche durch nahezu ein Jahr ein in der Umgebung der Harnröhre befindliches, etwa einen halben Centimeter in die Harnröhre selbst sich erstreckendes Ulcus hatte. Im Harne und im Geschwürsbelage Tuberkelbacillen. Auf Behandlung mit Jodoformium bituminatum heilte das Geschwür innerhalb eines Vierteljahres. Die Patientin hatte mittlerweile eine Infiltration des rechten Lungenflügels und nach der Ausheilung des Geschwüres sogar Cavernenbildung bekommen und verließ dann die Stadt.

Der zweite Fall betrifft eine 50 Jahre alte Bäuerin, welche vor vielen Jahren als Dienstmädchen, 22 Jahre vorher, in Wien auf der Klinik des Professors SIGMUND an Syphilis behandelt worden war. Im Jahre 1889 bekam sie ein Geschwür an der hinteren Commissur, welches auf das große Labium übergriff und von der Größe eines Guldenstückes war. Die Umgebung war infiltrirt. Da die Patientin zweifellos Syphilis hatte, wurde ein Gumma diagnostirt und die Patientin nach Wien geschickt, wo sie in meine Behandlung trat; nebenbei war Spitzencatarrh vorhanden, im Sputum spärliche Tuberkelbacillen.

Die Differentialdiagnose gegenüber Gumma war indessen nicht schwer zu stellen. Es handelte sich hier nicht um einen zerfallenden Knoten, sondern um ein flach beginnendes, am Rande nicht kreisförmig scharf gezeichnetes, sondern vielfach mit eingeschnittenen zackigen Rändern versehenes Geschwür, welches nur entsprechend den Fasern des Hautmuskels (*Constrictor cunni*) in die Tiefe gedrungen ist.

Die *experienti causa* vorgenommene mercurielle Schmiercur mit localer indifferenten Behandlung (Borsalbe) brachte nicht nur keine Besserung des Geschwürsprocesses, sondern die katarrhalischen Erscheinungen von Seiten der Bronchien nahmen zu. Patientin bekam Nachtschweiß und Fieberbewegungen, so daß von der weiteren antisiphilitischen Cur abgesehen werden konnte. Die Patientin wurde nunmehr bloß local mit Jodoform behandelt, worauf in einigen Wochen Tendenz zur Ausheilung sich einstellte und Pat. in gebessertem Zustande in ihre Heimat geschickt werden konnte.

Von dem *Ulcus vulvae chronicum* mit Tuberculose ver füge ich über einen Fall.

Derselbe betrifft eine 56jährige Frau, bei welcher schon ein Jahr, bevor sie in meine Behandlung getreten, eine Abtragung eines großen Theiles des großen Labiums gemacht worden war, weil das auf demselben sitzende Geschwür für ein *Ulcus rodens* angesehen wurde. Nachdem die Drüsen aber nicht geschwollen waren, was bei Epitheliom der Vulva, welches zu den malignesten Formen gehört, eine große Seltenheit ist und die Geschwüre, welche sich nun zeigten, nicht den Charakter des Epithelioms hatten, so war ich gegen die früher gestellte Diagnose mißtrauisch und bemüht, die Sache genau zu untersuchen.

Das linke große Labium, von der erwähnten Excision wesentlich abgeflacht, zeigte eine nässende, drusig-unebene Oberfläche, in deren Umgebung kleine, drusenförmige, braun gefärbte, ödematöse Excrescenzen zu sehen waren, die im mikroskopischen Präparat als von der Lymphgefäßerweiterung stammend sich kundgaben. Das Geschwür griff über die hintere Commissur auf das rechte große Labium in dessen hinteren Anteil. Dieses war geschwollen, hart, braunroth verfärbt. In der Falte zwischen dem hinteren Ende des großen und kleinen Labiums ein oberflächliches, nässendes, speckig belegtes Geschwür. Das kleine Labium selbst hahnenkammförmig verdickt, mannigfach eingeschnürt. Eine Excision an dieser Stelle zeigte das typische Bild der Tuberculose mit miliaren Tuberkelknötchen; was jedoch hier im mikroskopischen Bilde besonders auffiel, waren die erweiterten Lymphbahnen im Gebiete der Tuberkelknötchen, so daß die Vermuthung gerechtfertigt erschien, daß hier Infection durch Verschleppung in die Lymphgefäße von außen stattgefunden hatte, und dies umso mehr, als weder in den Lungen, noch in den Genitalorganen, noch sonst wo eine Veränderung zu finden war.

Die Frage nach dem Entstehen der tuberculösen Geschwüre des äußeren Genitales ist ohne die Kenntniß der Begleiterscheinungen nicht zu lösen. Zweifellos haben wir folgende Infectionsmodi zu constatiren:

Vor allem die Infection durch directes Uebergreifen des tuberculösen Processes von der Blase durch die äußere Harnröhrenmündung auf das äußere Genitale. Zu bemerken ist, daß wie bei Männern so auch hier die Infection noch von weiter oben erfolgen kann, und zwar sowohl vom uropoetischen System von den Nieren als auch von dem Genitalsystem, also von Ovarium, Tube und Uterus, wie beim Manne von Hoden und Vas deferens.

ZWEIGENBAUM hat 29 Fälle zusammengestellt, bei welchen Tuberculose der inneren Genitalien bei Frauen vorhanden war, während in einem Falle zugleich tuberculöse Ulcerationen der Vulva und Vagina und der *Portio vaginalis uteri* bestanden. Die Infection dieser tiefer gelegenen Gebilde erfolgt zweifellos auf dem Wege der Circulation.

In vielen Fällen ist der Theil des Genitaltractus, welcher zwischen dem inneren tuberculösen Herde und dem Hautherde sich erstreckt, intact.

Der äußerste und am häufigsten vorkommende Fall ist der, daß die äußere Haut, resp. Schleimhaut des Genitales bei lange bestehender tuberculöser Ulceration der Blase und des hinteren Theiles der Harnröhre intact bleibt. Merkwürdiger noch sind die Fälle, in denen man allen Grund hat, Tuberculose der Nieren anzunehmen, jedoch keine Veränderung in der Blase findet und recidivirende tuberculöse Geschwüre auf der Haut im Vestibulum wie beim Manne auf der Glans penis antrifft.

Zweifellos gibt es viele Fälle von Infectionen von außen. Die Uebertragung des Tuberkelbacillus auf eine Circumcisionswunde bei dem mißbräuchlichen Aussaugen der Wunde sind bekannt (ENRENBURG, NEUMANN): ich habe keinen auf einen kleinen Einriß während der Geburt bezog, und wo beide Labien jene elephantiasische Verdickung aufwiesen, wie ich sie bei dem zweifellos tuberculösen Falle II derartigen Fall gesehen, doch ist es nicht einzusehen, warum tuberculöse Geschwüre nicht auch auf epithelberaubte Stellen anderer Art übertragen werden sollten. Zweifellos kommen solche Infectionen durch tuberculöses Sputum, resp. Speichel von Puellae publicae vor, geradeso wie in unserem ersten Falle keine Spur von Tuberculose des inneren Genitales der Frau vorhanden war, ja die Patientin sich ganz gesund fühlte bei dem Bestehen eines ganz unzweifelhaft tuberculösen Geschwüres. TERNET berichtet über vier Fälle von primärer Tuberculose bei Frauen, die mit Phthisikern geschlechtlich verkehrt hatten.

Es wäre hier noch zu bemerken, daß Infectionen mit Tuberculose während der Geburt durch Hebammen leicht möglich sind; wenigstens sah ich eine Frau, bei welcher ein den tuberculösen Charakter tragendes Geschwür an der hinteren Commissur durch zwei Jahre bestand, welches die Patientin

gesehen habe, und welche unter dem gemeinsamen Namen „Ulcus vulvae“ laufen.

Solche Infectionen der Vulva können selbstverständlich auch durch die eigenen Secrete (z. B. Speichel) erzeugt werden — Autoinfection. Eine sehr häufig vorkommende Autoinfection der Vulva ist die vom Darms, wie CHIARI es in seinem Falle erklärt, wo Tuberculose der unteren Darmabschnitte vorhanden war und höchstwahrscheinlich durch die bacillenhaltigen Stühle auf die Vulva übertragen wurde. In den von ZWEIGENTHAL („Berl. klin. Wochenschr.“, 1888) zusammengestellten Fällen ist in der überwiegenden Mehrzahl neben Tuberculose der Genitalien — auch der inneren — Tuberculose des Darmes und des Peritoneum notirt.

Selbstverständlich ist bei dieser Art von Befunden nicht in jedem Falle auszuschließen, daß die Infection nicht secundär durch die Blutbahn, durch Verschleppung und Deposition tuberculöser Massen vermittelt derselben, sowohl vom Darms und Peritoneum aus als auch von etwa vorhandener Tuberculose der inneren Genitalien oder anderer, noch entfernterer Organe stattgefunden hat, aber in den meisten Fällen ist sie unwahrscheinlich.

Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Versuche über die Verwendung des Tropons am Krankenbette.

Von **Dr. Heinrich Grün** und **Cand. med. Robert Braun**.

(Fortsetzung.)

Sämmtliche 54 Fälle, bei denen wir Tropon gaben, anzuführen, würde wohl zu weit führen, schon deshalb, weil einige Fälle vollkommen analog waren, wir wollen daher nur einige der interessanteren Krankengeschichten besprechen.

Fall I. Peritonitis und Parametritis.

M. W., Verkäuferin, 23 Jahre alt, am 25. Juli aufgenommen. Am 21. Juli unter Schüttelfrost und starker Hitze erkrankt, Ekel vor jeder Speise; seit 20. Juli hat Patientin nichts zu sich genommen, weil sie alles erbricht. Am 21. und 25. Juli Ohnmachtsanfälle.

Status praesens: Anämische Schleimhäute, Hautdecken trocken und heiß; Lungenbefund normal; an der Herzspitze systolisches Schwirren, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts; Puls 112; Temperatur 39·8°; Abdomen eingesunken, besonders der rechte Unterbauch heftig schmerzhaft; Pat. ist somnolent; häufiges Erbrechen; Harn sauer, specif. Gewicht 1011, Zucker und Eiweiß negativ, Indican stark vermehrt, reichliche Urate, Gonokokken nachweisbar.

27. Juli. Wir gaben der Pat., da sie keine andere Nahrung zu sich nehmen konnte, je 20 Grm. Tropon in 1 Liter Milch am Vormittag und Nachmittag (zusammen 40 Grm.). Körpergewicht der Pat. (nach dem Stuhle) 44·2 Kgrm.; Blut, Fleischl 36%. Gegen die Schmerzen im Bauche wird die Eisblase angewendet.

1. August. Pat. erbricht nicht mehr, das Tropon wird weiter gegeben.

4. August. Die Schmerzen haben etwas nachgelassen; Pat. hat Appetit und verlangt eine Suppe mit Ei außer der bisher gegebenen Milch und Tropon. Die Suppe wird ihr gegeben. Kräftezustand etwas besser. Temperatur 37·8°.

6. August. Geringe Schmerzen; Kräftezustand bedeutend gehoben. Gewicht 45·0 Kgrm.; Blut, Fleischl 36%; Temperatur 37°.

13. August. Körpergewicht 45·2 Kgrm.

14. August. Wir setzten das Tropon aus, da Pat. 1/2 Huhn verlangt, das sie durch 3 Tage stets zu Mittag bekommt.

17. August. Körpergewicht 44 Kgrm. 70 Dgrm.; trotzdem die Gewichtsabnahme nach Aussetzen des Tropons nicht von Bedeutung, begannen wir wieder Tropon zu verabreichen und gaben 5 Eßlöffel, i. e. 75 Grm. in Milch und eingekochter Suppe. Huhn wird nicht mehr gegeben.

23. August. Körpergewicht 47 Kgrm. 20 Dgrm. ! Fleischl 40%.

31. August. Körpergewicht 47 Kgrm. 40 Dgrm.; Allgemeinbefinden sehr gut, systolisches Schwirren am Herzen verschwunden.

7. September. Körpergewicht 47 Kgrm. 30 Dgrm. Fleischl 47%.

12. September. Körpergewicht 48 Kgrm. 70 Dgrm. ! Von heute ab erhält Pat. früh 0·3 Liter Milch und 20 Grm. Tropon, mittags Suppe und 20 Grm. Tropon, Kalbsbraten mit Obst; nachmittags Milch und 15 Grm. Tropon; abends 1/4 Liter Weißwein und eine Schinkensemmel.

17. September. Körpergewicht 48 Kgrm. 70 Dgrm.

22. September. Körpergewicht 48 Kgrm. 90 Dgrm.

29. September. Körpergewicht 49 Kgrm. 50 Dgrm. Fleischl 65%.

4. October. Körpergewicht 49 Kgrm. 60 Dgrm. Pat. erhält mittags Rindfleisch mit Gemüse und täglich eine Flasche Salvatorquelle; die Troponmenge als Zugabe ist noch immer 55 Grm.

13. October wurde Pat. entlassen; die Peritonitis war geheilt, die Parametritis bedeutend gebessert. In 76 Tagen hatte also Pat. um **5 Kgrm. 20 Dgrm. zugenommen**. Der Fleischl war um 29% gestiegen; Pat. war vollkommen gekräftigt, als sie unsere Abtheilung verließ.

Fall II. Ulcus ventriculi.

G. A., Hilfsarbeiterin, 18 Jahre alt, am 4. Juli 1900 aufgenommen. Seit vier Wochen Appetitlosigkeit, Aufstoßen, blutiges Erbrechen; Druck in der Magengegend stets an derselben Stelle; Pat. ist seit vier Wochen stark abgemagert und soll viel an Gewicht verloren haben.

Status praesens: Schleimhäute anämisch, Hautfarbe blaß; Lungen- und Herzbefund normal; im epigastrischen Winkel nahe dem linken Rippenbogen starke Druckempfindlichkeit; Puls und Respiration normal; Temperatur 38·2°.

Da die Pat. keinerlei feste Nahrung zu sich nehmen konnte, weil alles erbrochen wurde, so begannen wir am 1. August der Pat. Tropon zu verabreichen, wir gaben in die für sie bestimmten drei Flaschen Milch je einen Eßlöffel Tropon (zusammen 45 Grm.).

1. August. Körpergewicht 45 Kgrm. 20 Dgrm.; Pat. hat nach der ersten Kostprobe das Gefühl, als müßte sie die troponhaltige Milch erbrechen; Fleischl 50%.

2. August. Pat. trägt das Tropon schon besser, doch hegt sie noch immer eine gewisse Antipathie gegen dasselbe.

4. August. Wir geben 50 Grm. Tropon. Pat. nimmt das Tropon bereitwillig.

7. August. Körpergewicht 46 Kgrm.; die Magengegend etwas weniger druckempfindlich; Fleischl 60%.

9. August. Wir steigen zu 75 Grm. Tropon an.

11. August. Körpergewicht 46 Kgrm. 80 Dgrm. Allgemeinbefinden bedeutend besser.

16. August. Körpergewicht 47 Kgrm. 50 Dgrm. Fleischl 65%. Pat. versuchte nun feste Nahrung, erbrach dieselbe jedoch sofort, worauf heftige Kopfschmerzen eintraten, die erst nach einigen Stunden nachließen.

23. August. Körpergewicht 48 Kgrm. 60 Dgrm. Fleischl 65%.

28. August. Körpergewicht 49 Kgrm. 10 Dgrm. Pat. nimmt bereits feste Nahrung, wobei wir außerdem noch täglich 45 Grm. Tropon geben; als Mehlspeise geben wir der Pat. Troponbiscuits mit dem Gehalte von 15 Grm. Tropon, welche ihr sehr gut munden. Diese Biscuits ließen wir nach dem Recepte der gewöhnlichen Biscuits erzeugen (Eierklar, Staubzucker, Mehl, Dotter), nur wurden statt des Mehles 3 Theile Tropon und 1 Theil Mehl verwendet.

31. August. Körpergewicht 49 Kgrm. 70 Dgrm. Schmerzen vollkommen geschwunden.

6. September. Körpergewicht 48 Kgrm. 90 Dgrm. Fleischl 74%.

17. September. Körpergewicht 48 Kgrm. 50 Dgrm. Die Abnahme des Gewichtes ist vielleicht durch die mittlerweile eingetretene Oophoritis zu erklären.

24. September. Körpergewicht 49 Kgrm. 50 Dgrm. Fleischl 80%.

Ulcus ventriculi vollständig geheilt. Pat. wird gesund entlassen. Die Zunahme des Körpergewichtes betrug also im ganzen 4 Kgrm. 30 Dgrm. Fleischl ist um 30% gestiegen. Pat. verließ bestens gekräftigt das Spital.

Fall III. Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes (nervöse Dyspepsie).

W. R., Verkäuferin, 29 Jahre alt, am 1. August aufgenommen.

Vor 3 Jahren hatte Pat. angeblich einen Magendarmkatarrh, der sie außerordentlich geschwächt haben soll. Seitdem ist sie immer schwächer geworden. Seit 3 Monaten kann sie nichts essen, ohne zu erbrechen; das Erbrechen erfolgt besonders in der Nacht gegen Morgen und ist mit großen Schmerzen verbunden.

Status praesens: Pat. hochgradig abgemagert, Panniculus adiposus geschwunden, Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Pupillen reagieren annähernd normal, Lungen- und Herzbefund normal. Druckempfindlichkeit in der Magengegend; Pat. erbricht täglich 3—4mal; das Erbrochene ist grün und reagiert schwach sauer; man hört Plätschergeräusche in der Magengegend. Puls 76, gut gespannt; Temperatur 36·8°; Harn spec. Gewicht 1017, stark sauer, kein Eiweiß, kein Zucker, Indican stark vermehrt.

Im Anfange bot Pat. das Bild eines Ulcus ventriculi und sie wurde deshalb auf Milchdiät gesetzt. Wir gaben nun zu jeder der vier Flaschen Milch 10 Grm. Tropon (2 Kaffeelöffel), zusammen 40 Grm. Tropon.

4. August. Körpergewicht 43 Kgrm.; Fleischl 50%. Das Erbrechen hält noch an, besonders in der Nacht.

5. August. Pat. bekommt zu den 4 Flaschen Milch noch eine Kraftsuppe und 1 Eßlöffel Tropon (zusammen also 55 Grm.). Das Tropon schmeckt der Pat. gut.

7. August. Die Pat. erbricht nur einmal, und zwar in der Nacht eine Spuckschale voll gallig gefärbter Massen. Schmerzen noch immer vorhanden.

8. August. Aenderung der Diät, weil wir auf Grund der chemischen Analyse des Mageninhaltes (Salzsäure stark vermehrt, schon im nüchternen Magen geringe Mengen salzsäurehaltiger Flüssigkeit) von der ersten Diagnose abkamen. Pat. erhielt nun früh eine Flasche Milch und 1 Eßlöffel Tropon, mittags Kraftsuppe, 1 Eßlöffel Tropon und 1/2 Huhn; abends eine Milchspeise und 1 Eßlöffel Tropon; also neben der gewöhnlichen Kost noch 45 Grm. Tropon. Körpergewicht 44 Kgrm. Fleischl 50%.

Da Pat. noch immer erbricht, erhielt sie als Medicament:

Rp. Magnesiae ustae,
Natrii bicarbonici aa. 10·0,
Codeini hydrochlorici 0·1.

10. August. Pat. hat nicht geschlafen, nur noch wenig erbrochen.

11. August. Gewicht 44 Kgrm. 20 Dgrm. Fleischl 55%.

12., 13. und 14. August. Das Erbrechen hört auf, die Schmerzen schwinden.

16. August. 46 Kgrm. Körpergewicht.

23. August. Gewicht 48 Kgrm. 50 Dgrm. Fleischl 58%. Pat. fühlt sich sehr wohl, die Troponmilch mundet ihr sehr gut, und verlangt selbe Erhöhung des Tropons.

31. August. 46 Kgrm. 90 Dgrm. Gewicht, Fleischl 75%. Pat. fühlt sich so wohl und gekräftigt, daß sie um Entlassung bat. Sie wurde als „gebessert“ ausgetragen, nachdem sie an Körpergewicht trotz des Erbrechens in 28 Tagen 3 Kgrm. 10 Dgrm. zugenommen hatte, wobei auch Fleischl um 25% gestiegen war.

3. September. Pat. suchte abermals das Spital auf, da sich wieder Erbrechen, wenn auch geringer, verbunden mit Schmerzen eingestellt hatten. Pat. erhielt das (am 8. August) früher verschriebene Medicament, ferner früh 1 Flasche Milch und 1 Eßlöffel Tropon; mittags Kraftsuppe und 1 Eßlöffel Tropon, Kalbsbraten mit Obst; abends eine Milchspeise und 1 Eßlöffel Tropon. Gewicht 46 Kgrm.; Fleischl 70%.

9. September. Das Erbrechen läßt wieder gänzlich nach; Pat. erhält auf ihr Verlangen noch 2 weiche Eier.

17. September. Schmerzen und Erbrechen gänzlich fehlend. Gewicht 47·6 Kgrm.

23. September. Pat. von allen Symptomen, derenthalben sie ins Spital kam, befreit, verläßt unsere Abtheilung als „gebessert“. Gewicht 47 Kgrm. 90 Dgrm. Fleischl 70%.

Pat. hat abermals in 23 Tagen 1 Kgrm. 90 Dgrm. zugenommen. Wir haben der Pat. Tropon mitgegeben und die Ver-

wendung vorgeschrieben; am 30. September kam sie zu uns und wog in Kleidern (früher war sie im Spitalsunterrock gewogen) 48 Kgrm. 50 Dgrm.

Fall IV. Vorgeschrittene Tuberculose.

Frau G., Mutter eines Abtheilungscollegen, 50 Jahre alt, leidet seit 20 Jahren an tuberculöser Infiltration beider Lungen. Im Frühling und Herbst gewöhnlich stärkere Hustenanfälle mit reichlichem Auswurf. Vor 6 Jahre eine rechtsseitige exsudative Pleuritis, die unter Schwielenbildung ausgeheilt ist. In den letzten Jahren zahlreiche Hämoptoen; Pat. hatte Mitte August etwa 8 Tage hindurch blutige Sputa und leidet seit Jahren an Obstipation.

1. September. Bei Beginn der Tropondarreichung Körpergewicht 56 Kgrm. 50 Dgrm. Pat. nimmt früh und abends 1 Kaffeelöffel, mittags 1 Eßlöffel Tropon in Milch, Fleischsuppe oder Wein, in Summa 25 Grm. Tropon täglich.

7. September. Seit 3 Tagen regelmäßiger Stuhl, Gewicht vor dem Essen (nach dem Stuhle) 56 Kgrm. 80 Dgrm. Appetit vollständig ungestört.

15. September. Körpergewicht 57 Kgrm. 30 Dgrm. Stuhl regelmäßig, Appetit gut.

21. September. Gewicht 57 Kgrm. 90 Dgrm. Stuhl regelmäßig, Appetit gut. Versuchsweise wird das Tropon ausgesetzt.

24. September. Stuhl seit 3 Tagen ausgeblieben, daher wieder 25 Grm. Tropon verabreicht werden.

1. October. Gewicht 58 Kgrm. 30 Dgrm. Appetit gut, Stuhl wieder regelmäßig.

Seitdem nimmt Frau G. das Tropon mit bestem Erfolge weiter. Die Gewichtszunahme, die früher bei Somatosedarreichung nicht erfolgt war, betrug 1 Kgrm. 80 Dgrm. Auch Allgemeinbefinden und Kräftezustand haben sich gehoben, ohne daß der Zustand der Lungen sich gebessert hätte.

(Schluß folgt.)

Nachtrag zu meinem Aufsätze über Phosphorleberthran.

Von **Professor Dr. Max Kassowitz.**

Vor Allem muß ich einen Irrthum berichtigen, der sich durch einen Mißgriff des Setzers in die Receptformel am Schlusse meines Aufsatzes („Wiener Med. Presse“, 1901, Nr. 3, S. 120) eingeschlichen hat. Diese Formel soll lauten:

Phosphori 0·01
Olei amygd. dulc. 10·0

S. Zweimal täglich 6—10 Tropfen in Milch oder Suppe zu nehmen.

Der Setzer hat aber statt 10·00 irrigerweise 100·0 gesetzt. Bei dieser falschen Formel würde das Kind nur ein Zehntel der richtigen Dosis — selbstverständlich ohne den erwarteten Erfolg — bekommen.

Zugleich will ich aber die Gelegenheit benützen, um auch den Lesern dieser Zeitschrift eine neue, überaus bequeme Methode mitzuthemen, mittelst welcher man sich sofort überzeugen kann, ob das aus der Apotheke bezogene Phosphoröl reichlich Phosphor in unveränderter Form enthält.¹⁾

Man nimmt etwa 5 Ccm. (einen Kaffeelöffel voll) des Oels in eine Epruvette und erhitzt dasselbe im Dunkeln über einer Spirituslampe durch einige Minuten. Wendet man nun der Lampe den Rücken, so sieht man an der Oberfläche des Oels ein prächtiges Leuchten, welches einige Minuten anhält und, wenn es schwächer wird, durch neuerliches Erwärmen sofort wieder hervorgerufen wird. Diese Probe ist auch mit dem 14 Jahre alten Phosphorleberthran und ebenso mit der schwachen ZWEIFEL'schen Lösung (0·0015 auf 100·0) vorzüglich gelungen. Ja noch mehr! Ich habe die kleine Menge Phosphoröl, nachdem ich die Leuchtprobe vorgenommen hatte, in der Epruvette offen stehen gelassen und den Versuch mehrere Abende hintereinander, ja selbst noch nach zwei

¹⁾ Ich verdanke dieselbe einer freundlichen Mittheilung des Collegen LATZKO.

Wochen mit dem schönsten Erfolge wiederholt. Damit ist aber bewiesen:

1. daß die Behauptung von ZWEIFEL, der Phosphor werde schon nach 1—2 Tagen durch die Fettsäuren zersetzt, unrichtig ist, weil der Phosphor auch nach 14 Jahren leuchtet;

2. daß auch von einer Verflüchtigung des Phosphors durch das häufige Öffnen des Fläschchens behufs Entnahme der therapeutischen Dosis keine Rede sein kann, weil sich der Phosphor auch aus der offen stehenden Epruvette nicht verflüchtigt.

Referate.

L. CASPER (Berlin): Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberculose.

Die Blasentuberculose ist fast ausschließlich mit tuberculösen Erkrankungen anderer Organe vergesellschaftet, am häufigsten sind Niere, Genitalien oder Lungen gleichzeitig erkrankt. Die Beobachtungen von primärer Blasentuberculose sind aber gerade nicht selten. Zumeist kommt für die letzteren Fälle ein vorausgegangenes Trauma in Betracht, dieses Trauma ist gewöhnlich in einer gonorrhoeischen Infection der Blase gegeben, die bei belasteten Individuen eine für die Entwicklung der Tuberculose günstige Prädisposition schafft.

Bei der Diagnose bildet natürlich der Befund von Tubercelbacillen den wichtigsten Anhaltspunkt, leider ist er nach den Erfahrungen des Autors („Deutsche Medic. Wochenschr.“, 1900, Nr. 42) bloß in 50% der Fälle möglich. Wo er fehlt, müssen die sonstigen klinischen Erscheinungen herangezogen werden. Diesbezüglich sind neben den gewöhnlichen cystitischen Beschwerden drei Formen der Blasentuberculose zu unterscheiden: 1. solche, wo die Häufigkeit des Harnbedürfnisses ein normales ist, 2. wo eine gewisse Steigung desselben besteht, 3. solche, wo ein beständiger quälend schmerzhafter Harnzwang vorhanden ist. Die letzteren Fälle sind immer auf eine Herabsetzung der Blasenkapazität, oft bis auf wenige Cubikmeter (20—30 Ccm.) zurückzuführen; dieselbe muß nicht immer durch Schrumpfung der Blasenwand bedingt, sondern kann auch eine Blasenkrampfform (Cystospasmus) sein und ist naturgemäß im letzteren Falle reparabel. Die Cystoskopie soll nur dort ausgeführt werden, wo sie unbedingt notwendig erscheint, sie ist übrigens in allen Fällen von stärker herabgesetzter Blasenkapazität nicht gut ausführbar.

Therapeutisch kommt neben einem der Phthise überhaupt zukommenden Allgemeinregime, betreffend Aufenthalt im Süden und Hebung der Ernährung, sowie Creosotal oder Guajacolecarbonat innerlich, die den Proceß günstig zu beeinflussen scheinen, local Milchsäure und Sublimat zur Anwendung. Alle anderen local angewendeten Mittel zeigen nach C. keinen wirklichen Effect, ja das sonst bei Cystitiden glänzend bewährte Arg. nitric. wirkt direct schädlich. Die Behandlung mit Milchsäure kann wegen der außerordentlichen Schmerzen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen, Sublimat erzeugt bloß am Tage der Einspritzung etwas Schmerzhaftigkeit, schafft dagegen nachträglich bedeutende Erleichterung; es wird in steigender Concentration von 1:10.000 bis 1:5000 in Intervallen von 4—8 Tagen in geringen Mengen, bis höchstens 50 Ccm. eingespritzt und in der Blase so lange zurückgehalten, als dies ohne große Schmerzen geschehen kann; nie darf die eingespritzte Quantität Dehnung der Blase erzeugen. Mittelst solcher Behandlung hatte der Autor gute Erfolge. Bezüglich der operativen Therapie enthält er sich des Urtheils, weil die wenigen eigenen Erfahrungen nicht zu ihren Gunsten sprechen. DEUTSCH.

RÖMER (Gießen): Ein Beitrag zur Aetiologie des Botulismus.

Im Kreise Alsfeld (Oberhessen) erkrankte ein Gastwirth 24 Stunden nach dem Genuß von Schinken, der von einem selbst geschlachteten Schweine stammte, an Sehstörungen; Pat. bemerkte, daß er in der Nähe nichts mehr deutlich erkennen könne. Hiezu trat bald Trockenheit der Mundschleimhaut und hartnäckigste

Verstopfung. Ungefähr 12 Tage später erkrankten die Frau und die beiden Kinder des Patienten — gleichfalls nach etwa 24-stündiger Incubation — unter denselben Erscheinungen; die Kinder hatten nur wenige Bissen von dem Schinken genossen. Alle vier Kranken genasen nach kürzerem oder längerem Kranklager. Außer der erkrankten Familie haben noch andere Personen von dem Schinken gegessen, die aber gesund blieben. R. erhielt den Schinken zur bacteriologischen Untersuchung. In dem Fett und der gesund aussehenden Musculatur waren Bacterien nicht nachweisbar; in jenen Antheilen aber, die blaßgrau bis schwachgrünlich aussahen, ließ sich culturell der VAN ERMENGEM'sche Bacillus des Botulismus nachweisen. Thierversuche erwiesen seine Pathogenität. Woher derselbe in diesem Falle stammte, konnte nicht aufgeklärt werden, doch erinnert Verf. daran, daß dieser Bacillus von KEMPNER aus dem Darm eines Schweines gezüchtet wurde; jedenfalls muß die Präparation des Schinkens eine ungenügende gewesen sein. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 27, H. 25.) Dr. S—.

K. CHODOUNSKY (Prag): Ueber Erkältung.

Verf. unterzieht die dies Thema behandelnde bekannte Literatur sowie die bisherigen Theorien über Erkältung einer gründlichen Kritik und kommt zur Ueberzeugung („Sbornik Klinicky“, Bd. I, H. 6), daß die Erkältung als selbständige Krankheitsursache überhaupt nicht existirt.

Um den Einfluß der Erkältung auf Infectionskrankheiten zu untersuchen, stellte er 120 Experimente an Kaninchen, Hunden und Meerschweinchen an und fand, daß die Erkältung nicht den geringsten Einfluß, sowie auf die Entstehung, so auch auf den Verlauf der Krankheit hatte.

Die zweite Versuchsreihe umfaßt Experimente, die Verf. an seinen eigenen Körper anstellte (im Ganzen 27 sehr kühne Versuche: verschieden temperirte Bäder mit folgendem Luftzug, Luftzug auf den ganzen Körper unter verschiedenen Bedingungen und Erkältung circumscripeter Körperregionen). Obwohl im Laufe einzelner Versuche verschiedene unangenehme Symptome zu verzeichnen waren, und zwar solche (Kälte- und Frostgefühl, Temperatur bis 38.3, Puls bis 60), die eben gewöhnlich für Symptome der Erkältung erklärt werden, hatten doch alle diese Versuche keinen Uebelstand zur Folge, und die Gesundheit blieb eine vollkommene. Der Organismus, behauptet Verf., reagirt auf alle Angriffe der Kälte prompt und mehr als genügend. Die Kraft der Reaction ist im guten Verhältniß mit dem Grade der Kälte, die auf den Organismus einwirkt.

Der Begriff der Erkältung, sagt Verf., ist durchaus nebelhaft, die Hypothesen über angeblichen durch Erkältung entstandene Veränderungen im Organismus verwirren den Begriff nur noch mehr und widersprechen den Facten. STOCK.

BORCHARDT (Berlin): Ganglienbildung in der Sehne des Musculus triceps brachii.

Lange Zeit herrschte die Ansicht, daß die Ganglien mit den Gelenken und Sehnenscheiden in Zusammenhang stehen und daß sie als Ausstülpungen (sogenannte Synovialhernien) der letzteren zu betrachten sind. Erst in jüngster Zeit konnte LEDDERHOSE den mikroskopischen Nachweis erbringen, daß die Ganglien durch Einschmelzung des fibrösen Gewebes, durch eine schleimige oder gallertige Degeneration entstehen und wies auch nach, daß sie mit den Gelenken und Sehnenscheiden nie communiciren, sondern nur einen typischen Sitz in der Nähe der Gelenke haben.

Einen neuen Beitrag zur Pathogenese der Ganglien liefert B., indem er eine interessante Beobachtung aus der Klinik BERGMANN mittheilt („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62, H. 3). Es handelte sich um eine Zahnärztin, die seit einiger Zeit an der Innenseite des rechten Oberarms, etwa dem Sulcus bicipitalis entsprechend, eine längliche, cystische, ein wenig druckempfindliche Geschwulst bemerkte. Bei der Operation zeigte es sich, daß die Geschwulst in der Sehne des Muscul. triceps sich entwickelt hatte und die für Ganglien charakteristische Gallertmasse enthielt. Nach Exstirpation

der Geschwulst im Gesunden blieb ein Defect in der Sehne zurück; von einer Communication mit dem Gelenke konnte bei der Lage der Geschwulst natürlich keine Rede sein.

Die mikroskopische Untersuchung des Präparates ergab überall schleimige Degeneration des Bindegewebes mit Cystenbildung, die auch in denjenigen Partien zu finden war, die bei makroskopischer Besichtigung für gesund gehalten wurden. Hingegen konnte Verf. die von anderen Beobachtern gefundene Endarteritis der kleinen Gefäße nicht constatiren.

In ätiologischer Beziehung glaubt Verf. der Beschäftigung der Pat. eine gewisse Rolle zuschreiben zu dürfen, indem er annimmt, daß die Thätigkeit auf die gracile Armmusculatur der Pat. schädigend eingewirkt habe. Die Operation brachte vollständige Heilung.

ERDHEIM.

LUDWIG SEITZ (München): **Ueberzählige und accessorische Ovarien.**

Bei dem dritten unpaaren Ovar ist es von Wichtigkeit, zu entscheiden, ob es sich um eine primäre, doppelte Anlage des Ovars auf einer Seite oder um eine secundäre Zweitheilung handelt. Die anatomische Selbstständigkeit und Gleichwerthigkeit des überzähligen Ovariums wird vor Allem durch die Verdoppelung der Tube derselben Seite documentirt. Bisher sind nur 5 Fälle dieser Art bekannt geworden.

Bei den sogenannten accessorischen Ovarien, denen eine solche Gleichwerthigkeit nicht zukommt, unterscheidet SEITZ — („Samml. klin. Vortr.“, Nr. 286, November 1900) — intraperitoneal und retroperitoneal gelegene Eierstöcke und Eierstockkeime. Der Uebergang zu den erstgenannten wird durch die gelappten Ovarien dargestellt, in vorgeschrittenen Fällen sind die Ovarien schon räumlich von einander getrennt, aber der Verbindungsstrang läßt noch seinen ovariellen Ursprung erkennen, und es kann schließlich der Zusammenhang vollständig aufgehoben sein.

Die retroperitoneal gelegenen accessorischen Ovarien und Ovarialkeime liegen meist zwischen den Blättern des Ligamentum latum.

Die accessorischen Ovarien zeigen eine größere Disposition zur Bildung von Tumoren, die man wieder in intra- und retroperitoneale scheidet kann. SEITZ gibt eine Zusammenstellung der beschriebenen Fälle und je eine eigene Beobachtung.

In der fötalen Zeit kommt es zur Entstehung accessorischer Ovarien hauptsächlich bei dem Descensus ovariorum, und zwar wahrscheinlich durch Bindegewebswucherung und Einschluß von Ovarialsubstanz. Retroperitoneal werden sie dann liegen, wenn die Abschnürung frühzeitig erfolgt, intraligamentär oder intraperitoneal, wenn sich die Bauchfellduplicatur schon gebildet hat.

Postfötal wird die Bildung der accessorischen Eierstöcke durch pathologische Prozesse bedingt, als welche insbesondere Abschnürungen durch peritonitische Stränge, durch Torsion, durch Zug, Dehnung und Zerrung in Betracht kommen.

Die größere Anzahl der Fälle muß aber in ihrer Entstehung in das embryonale und fötale Leben zurückverlegt werden.

FISCHER.

HONL (Prag): **Die Zymotherapie oder Hefebehandlung.**

Verf. verglich die Wirkung der Hefe auf die Bakterien und auf den thierischen Organismus und verfolgte dann die Wirkung des Serums von Thieren, die längere Zeit mit Bierhefe gefüttert wurden, auf verschiedene Bakterien.

Die erste Versuchsreihe geschah mit bei 37° C. getrockneter pulverisirter Hefe. Auf festen Agarboden mit 1—8% Hefepulver wurden verschiedene Bakterien eingepflanzt. Nun wurde constatirt, daß bei größerem Hefepulverpercent das Wachstum der Bakterien geringer wurde, bis es bei einem gewissen Percent zu keinem mehr kam. Auf entwickelte Culturen hatte das Pulver auch nach 48 Stunden keinen schädlichen Einfluß.

In der zweiten Versuchsreihe wurde auf die Proteide der Saccharomyceten, in der dritten Reihe auf die Producte der Saccharomyceten in der Bierwürze Rücksicht genommen.

In der vierten Reihe wurden Versuche mit frischen Saccharomyceten angestellt. Hier wurde das wichtige Factum constatirt, daß Hefe, die 14 Tage auf entwickelte Culturen einwirkte, keine antibakterielle Eigenschaft zeigte; auch auf die Virulenz war kein größerer Einfluß bemerkbar.

Die fünfte Versuchsreihe: Frische Saccharomyceten wurden den Thieren in Bouillonsuspension per venam eingebracht. Mit dem Serum dieser Thiere bei 15maliger Verdünnung agglutinierte der Bac. typhi und höchstens nach 1½ Stunden hörte die Bewegung gänzlich auf.

Aus den Erfahrungen verschiedener Autoren, sowie aus seinen eigenen Versuchen schließt Verf. („Rozhledy lék.“, Bd. VIII, H. 12), daß die Bierhefe, wenn auch kein Specificum, doch ein gutes internes, antibakterielles Mittel sein kann, und empfiehlt sie bei manchen Krankheiten, besonders Darmkatarrhen und Furunculose, zu versuchen. Was die Wirkung der Hefe im Körper anbelangt, so ist nicht zu leugnen, daß bei localer Therapie (z. B. bei Gonorrhoe) die Wirkung nicht antagonistisch wäre; hier wirkt die Hefe dadurch, daß sie durch lebhaftes Wachstum den Bakterien nutritiven Stoff und günstige Bedingungen zum Wachstum entzieht. Bei der Behandlung per os scheint der Vorgang etwas complicirter zu sein, es handelt sich hier vielleicht um einen chemischen Einfluß der Hefe auf die Producte der Bakterien, deswegen wurde auch vom Verf. diese Therapie als Zymotherapie bezeichnet.

STOCK.

Literarische Anzeigen.

Die Medicin im alten Testamente. Von Dr. Wilhelm Ebstein, Geh. Medicinalrath und o. ö. Prof. der Medicin. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Verf. trägt in der vorliegenden kleinen Schrift aus dem alten Testamente und dessen Apokryphen alles das zusammen, was die Lebensweise, Diätetik und Medicin berührt, und stellt uns dadurch ein lebensvolles Bild zusammen, aus dem wir, soweit es eben möglich ist, entnehmen, wie die alten Hebräer lebten, sich kleideten, wohnten, ernährten, wie es sich mit dem Geschlechtsleben der Männer und Weiber, den Krankheiten und deren Behandlung u. dgl. mehr verhielt. Aus den sorgsamst benützten und verwerteten Quellen versucht er ein Bild der alttestamentarischen Anatomie und Medicin zusammenzustellen. Begreiflicher Weise kann er es hiebei nicht umgehen, auch die sogenannten „Wunder“ zu berühren, denen er theils eine natürliche Erklärung zu geben sucht, und die er theils als Allegorien hinstellt. Das Werkchen ist ungemein anregend verfaßt, so daß dessen Lectüre eine sehr angenehme wird. Angehängt ist dem Texte ein Literaturverzeichniß und das Verzeichniß der Stellen aus den Büchern des alten Testaments und seiner Apokryphen, auf denen das Schriftchen aufgebaut ist. Collegen, die Interesse für die Geschichte der Medicin besitzen, sei das Schriftchen bestens empfohlen; sie werden dessen Lectüre gewiß nicht bedauern.

KLEINWÄCHTER.

PYE's surgical handicraft. 4th ed., revised and edited by Bertram M. H. Rogers. Bristol 1900, John Wright & Cie.

Eine recht umfassende, durch zahlreiche gute Illustrationen unterstützte Darstellung der gebräuchlichsten und wichtigsten chirurgischen (im weitesten Sinne) Technicien und Instrumente. Nebst der umfassenden Darstellung der rein technischen Leistungen erfahren u. A. das Capitel der Wundbehandlung, die Coxitis, sowie einzelne wichtige Partien der kleinen Chirurgie eine knappe, aber ausreichende Darstellung. Für das englische Lesepublicum wird das Buch eine willkommene und werthvolle Gabe bilden, den englisch lesenden Deutschen, die an ähnlichen Büchern ja keinen Mangel leiden, Gelegenheit zu Vergleichen bieten. Die Ausstattung ist die bekannt sorgfältige der englischen Bibliographie.

A. B.

Kleine Mittheilungen.

— Zur ambulatorischen **Behandlung von oberflächlichem Impetigo** hat UNNA Alkoholstifte (Stili spirituosi) erfolgreich verwendet („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, Bd. 31, Nr. 11). Der Kranke erhält die Anweisung, den Stift, der in einer Stanioltube verwahrt ist, unter Tags wiederholt zum Bestreichen der Bläschen und Pusteln zu gebrauchen. Um die Brüchigkeit zu vermeiden, hat UNNA dem Alkoholstifte etwas Glycerin zugesetzt, so daß die definitive Formel lautet:

Rp. Natr. stearinici 6·0
Glycerini 2·5
Alkohol ad. 100 0

— Gegen die Schmerzen bei **Lumbago und Ischias** empfiehlt LAFONT-GRELLETY („Gáz. des hôp.“ — „Klin. therap. Woch.“) Einreibungen von Chloralhydrat. Er benützt hierzu eine Mischung von Chloralhydrat und Olivenöl zu gleichen Theilen. Die Einreibungen werden Morgens und Abends zu gleichen Zeiten 10 Minuten hindurch kräftig ausgeführt. Gleich danach tritt eine starke Röthung der Haut und heftiges Brennen auf, welches aber bald abnimmt, worauf ein Nachlaß der Schmerzen erfolgt. Man gebraucht täglich für beide Einreibungen ungefähr 60—80 Grm. des Liniments, welches jeden Tag erneuert werden soll. Das Olivenöl ist dem Glycerin vorzuziehen, weil es eine bessere Resorption ermöglicht als dieses, doch muß man vor der Mischung das Chloral in der kleinstmöglichen Wassermenge auflösen, da es sonst im Oel in kleinen Krümmeln ausfällt. Noch besser ist es vielleicht, nach Prof. MOSSÉ etwas Kalkwasser zum Oel hinzuzufügen, also ein Linimentum oleo-calcarium zu machen, welches man mit Chloral sättigt. 60 Grm. dieses Linimentes lösen 30 Grm. Chloral.

— Die Wirksamkeit des **Jodipin** erörtert RADESTOCK. Dieses von E. MERCK angegebene Präparat wandte R. in Tagesdosen von 40—50 Grm. an. Die Dosen wurden gut vertragen, besser als die entsprechenden Dosen Jodkali. Jodschnupfen trat nie erheblich auf, Kopfschmerzen gar nicht, die Jodakne nie heftig. Die Beschleunigung der Darmperistaltik, die mitunter eintrat, schien nicht unvortheilhaft zu sein. Die Nachhaltigkeit der Wirkung verleiht dem Jodipin den Vorrang vor Jodkali u. A. bei der Behandlung des Asthmas. Aber auch bei der Syphilistherapie ist das Jodipin infolge vorerwähnter Eigenschaft dem Jodkali überlegen. Verwendung des Jodipins ist angezeigt bei sämtlichen tertiären Krankheitserscheinungen, mögen dieselben in der Haut, in den Muskeln, in Knochen oder in Eingeweiden, bezw. im Nervensystem auftreten. Zu denselben sind nach neueren Anschauungen auch manche Tabesfälle zu rechnen. Bei Gummiknoten in der Haut, bezw. Musculatur, verbindet man vortheilhaft die innerliche Darreichung des Jodipins mit dessen äußerlicher Anwendung, indem man Jodipin öfters auf die Knoten aufträgt, sowie in deren Umgebung verreibt. Schließlich theilt R. mit, vom Jodipin auch bei Behandlung von Frostbeulen gute Dienste gesehen zu haben.

— Zur **Behandlung des Kindereczems** empfiehlt LEISTIKOW („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“ — „Deutsche Med.-Ztg.“, 1900, Nr. 6) Folgendes: Zur Behandlung des Ekzema squamosum, sowie leichter Grade des papulösen und des vesiculösen Ekzems genügt gewöhnlich das gelbe Quecksilberoxyd in folgender Form:

Rp. Adipis lanae,
Zinc. oxyd,
Amyli aa. 5·0
Vaselin. flav. 10 0
Hydr. oxyd. flav. 0·25—0·50

Beim Ekzema rubrum oder crustosum greift man dagegen am besten sofort zum Zinkoxydichthyolsalbenmull. Es gibt aber auch nässende Ekzeme, welche fortwährend recidiviren und der angegebenen Behandlungsmethode hartnäckig widerstehen. In solchen Fällen, ebenso bei älteren papulösen und vor Allem auch bei den pruriginösen und herpetoiden Ekzemen der Kinder zieht Verfasser mit bestem Erfolge schwache Pyrogallolsalben in Verwendung, die hier fast nie versagen sollen und ausgezeichnet juckstillend wirken. Je nässender und je acuter das Ekzem ist, desto schwächer muß der Pyrogallolzusatz sein, $\frac{1}{2}$ —1%, dann steigend bis 2%, nöthigen-

falls selbst bis zu 3%. Als Vehikel benutzt man am zweckmäßigsten das Unguentum Caseini, das, mit dem Finger leicht eingerieben, sofort zu einer elastischen Decke eintrocknet und sich mit Wasser, am besten im Bade, sehr leicht wieder entfernen läßt. Während der Behandlung ist natürlich der Urin sorgfältig zu überwachen, doch hat Verfasser nie eine Veränderung desselben auftraten sehen.

— Ueber die **Indicationen des Aderlasses** berichtete HAYEM („Fortschritte der Medicin“, 1900, Nr. 18). Im Allgemeinen ist er angebracht da, wo das Leben direct auf dem Spiele steht, sei es bedingt durch Circulationsstörungen oder durch toxämische Prozesse. Im Speciellen bedient man sich seiner als Ultimum refugium und nach der heutigen Anschauung oft mit gutem Erfolge 1. beim acuten Lungenödem als Folgeerscheinung von Herz- und Nierenerkrankungen, 2. bei der Pneumonie, wenn Lungenödem eintreten droht oder starke Cyanose auf Erlahmung des rechten Ventrikels hindeutet, 3. bei starken Congestionen zu den Nieren und zum Gehirn, 4. bei acuter Urämie, 5. bei puerperaler Eklampsie, 6. bei Vergiftung des Blutes, besonders durch Kohlenoxydgas. Abgesehen vom hohen Alter wird eine Blutentziehung von 300 bis 500 Ccm. fast immer gut vertragen, selbst von schwachen und anämischen Personen.

— Das **Arsen** verordnet bei **Neurasthenie** DORNBLÜTH in folgender Weise („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1900, Nr. 1):

Rp. Acid. arsenicos. 0·1
Pip. nigr. 2·0
Pulv. Liquirit. 5·0
Mucil. q. s. ad Pilul. 90.

und läßt anfangs dreimal täglich eine Pille im Verlauf der Mahlzeit nehmen. Nach 8—10 Tagen nehmen die Patienten Morgens eine, Mittags und Abends je zwei Pillen, später dreimal täglich zwei Pillen. Man bleibt bei dieser Dosis 3—4 Wochen lang und geht dann noch für 8—10 Tage auf die Anfangsdosis zurück.

— Die **Behandlung der chronischen Laryngitis** stößt deshalb auf große Schwierigkeiten, weil die durch Pinselung oder Zerstäubungen gebrauchte medicamentöse Substanz nicht in alle Falten der erkrankten Schleimhaut dringt. Deshalb empfiehlt SAVOIRE („Klin. therap. Woch.“, 1901, Nr. 1) die Anwendung von leicht flüchtigen antiseptischen Mitteln, und zwar besteht seine Behandlung 1. in täglichen Ausspülungen des Nasenrachenraumes mit $\frac{1}{2}$ Liter einer 1%igen Lösung von Phenosalyl, um die Schleimmassen zu entfernen, ferner in 4—5 Minuten langer nasaler Einathmung eines Kaffeelöffels folgender Lösung:

Rp. Formol 0·05
Menthol,
Gomenol,
Chloroform aa. 10·0
Aqu. Coloniensis 100·0

Endlich wird jeden Abend der Nasenrachenraum entweder mit einer gesättigten Resoreinlösung oder mit folgender Lösung gepinselt:

Rp. Menthol. 10
Tinct. Jodi 5·0
Glycerin. 10·0

Diese durchaus schmerzlose Behandlung bringt nach einigen Wochen, selbst die hartnäckigsten Rachenkatarrhe zur Heilung.

— Zur **Behandlung der Masturbation** wird von MAIRET und ARDIN DELTERI Hyoscin empfohlen („Montpellier médical.“ — „Berliner med. Woch.“, 1901, Nr. 2). Sie beginnen mit subcutanen Dosen von $\frac{1}{4}$ Mgrm. und steigen langsam bis $\frac{1}{2}$ und 2 Mgrm. pro die. Schon nach 3—4 Tagen tritt die wohlthätige Wirkung des Hyoscins ein, aber man muß die Cur 12—14 Tage fortsetzen, indem man die Dosen wieder langsam verkleinert. Hyoscin wirkt lähmend auf das Centrum genitospinale und man muß daher Vorsicht üben. Die toxischen Wirkungen erinnern an die des Atropins.

— Das **LEUBE'sche Magenpulver** („Pharm. Ztg.“) besteht aus:

Rp. Pulv. Rad. Rhei russic. 10·0
Natr. bicarbonic.,
Natr. sulfuric. stcc. aa. 2·5
S. Messerspitze.

Manchmal wird auch noch mit einigen Tropfen Ol. Menth. crisp. oder Ol. Origani aromatisirt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Medical Society of London.

BRYANT: Ueber Cysten der Mamma.

Aus der Beobachtung von 242 Fällen von Erkrankungen der Mamma entnimmt Votr., daß einfache Cystengeschwülste der weiblichen Brustdrüse weit häufiger sind, als man annimmt, und daß dieselben bei den Frauen meist in der gleichen Lebensperiode auftreten wie das Carcinom. Sie sind der Behandlung zugänglich, ohne daß die Brustdrüse, in welcher sie sitzen, exstirpiert werden müßte; es ist ferner die Annahme nicht begründet, daß Frauen mit Cysten der Mamma eine größere Disposition für Brustkrebs besitzen. Die Zahl der Fälle von Cysten verhält sich zu derjenigen der soliden Tumoren der Brustdrüse, Sarkome und Carcinome wie 29 : 70. Die Mehrzahl der Cysten wurde bei Frauen gefunden, welche das 40. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Die Behandlung bestand entweder in Eröffnung der Cyste, Aetzung der Innenwand mit flüssiger Carbonsäure oder Jodtinctur, Ausstopfung der Höhle mit Jodoformgaze oder in Excision der Cyste, falls irgendwie eine intracystische, von der Wand ausgehende Tumorbildung nachweisbar war. In allen Fällen wurde durch diese Behandlungsmethoden vollständige Heilung erzielt. In jenen Fällen, wo eine Cyste sarkomatöse oder krebssige Wucherungen enthält, muß zur Totalexstirpation der betreffenden Brustdrüse geschritten werden, doch sind Fälle dieser Art selten. Auftreten von Carcinom im Anschluß an einfache Cysten der Brustdrüse wurde in keinem Falle beobachtet. Bei ihrer Natur nach zweifelhaften Mammatumoren kann man annehmen, daß die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um eine einfache Cyste handelt, der Wahrscheinlichkeit von Carcinom ungefähr die Wage hält. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, sich durch eine Probeexcision des Tumors von der Natur desselben zu überzeugen, da in jenen Fällen, wo es sich um eine Cyste handelt, eine Exstirpation der Brustdrüse nicht erforderlich ist.

Steele Perkins weist darauf hin, daß die Differentialdiagnose zwischen Cysten und soliden Tumoren der Mamma oft große Schwierigkeiten darbietet.

Campbell Pope bemerkt, daß in Fällen von Carcinom sich oft Trauma in der Anamnese nachweisen läßt. Einziehung der Haut spricht für Carcinom.

J. HUTCHINSON jun.: Excision des Ganglion Gasseri.

In einer Reihe von Fällen von Trigemineuralgie wurde so vorgegangen, daß der Boden der Fossa temporalis trepanirt und die Dura sowie der Lobus temporo-sphenoidalis abgehoben wurden. In allen Fällen wurde vollständige Heilung erzielt. Die im Anschluß an die Operation auf derselben Seite auftretende Atrophie der Kaumuskeln bringt weiter keine Nachteile mit sich, größeren Schaden bedingt die Durchtrennung des Ramus ophthalmicus, weil die Cornea dadurch anästhetisch und zu Geschwürsbildungen in erhöhtem Maße disponirt wird. Der einzige für die Exstirpation des Ganglion Gasseri geeignete Weg ist der temporale; die Versuche, das Ganglion nach Durchtrennung des Jochbeines von unten her zu exstirpieren, sind verfehlt. Die intracraniale Spaltung des N. maxillaris macht die Excision des sogenannten „MECKEL'schen Ganglion“ in Fällen von Oberkieferneuralgie überflüssig. In Fällen von veralteter Trigemineuralgie ist die Excision des Ganglion Gasseri den palliativen Eingriffen vorzuziehen. Die durch die Operation hervorgerufene Entstellung ist eine unbedeutende, die Heilwirkung dagegen eine dauernde.

Harveyan Society of London.

E. ROUGHTON: Ueber chronische Naseneiterungen.

Die Diagnose der chronischen Naseneiterungen stützt sich auf die Anamnese, die Rhinoskopie und eine Anzahl specieller Untersuchungsmethoden. Durch die Anamnese erfährt man, ob die Eiterung ein- oder doppelseitig, continuirlich oder intermittirend ist, ob sie vom Pat. oder auch von dessen Umgebung als übelriechend empfunden wird, ob sie von Kopfschmerzen begleitet ist, ob Lageveränderungen einen Einfluß besitzen. Die Rhinoskopie

gestattet den Nachweis der Quelle der Eiterung, wobei auf das Vorhandensein von Polypen, Granulationen, Schleimhautatrophie, Geschwüren, Borken, Nekrose, adenoiden Wucherungen, Fremdkörpern zu achten ist. Specielle Untersuchungsmethoden kommen dann in Betracht, wenn durch die Anamnese und die rhinoskopische Untersuchung der Verdacht auf eine Nebenhöhlenerkrankung gelenkt wird. In Fällen von Empyem des Antrum Highmori besteht die Behandlung in Beseitigung des Grundleidens, Entleerung des Eiters, Drainage, antiseptischer Irrigation, Entfernung etwa vorhandener pathologischer Producte. In den meisten Fällen ist die Einleitung der Behandlung durch alveolare Drainage angezeigt, wenn diese nicht ausreicht, so ist zur Radicaloperation, Eröffnung von der Fossa canina aus, zu schreiten. Die Behandlung des Empyems der Stirnhöhlen ist intra- oder extranasal. Erstere besteht in Entfernung des vorderen Theiles der mittleren Muschel und Ausspülung durch das Infundibulum. Diese Behandlung sollte stets zuerst versucht und erst bei ihrem Versagen zur Radicaloperation geschritten werden. Diese ist gefahrlos, bietet günstige Aussicht auf Heilung bei unbedeutender, nicht entstellender Narbenbildung. Die Radicaloperation ist bei heftigen Schmerzen und Zeichen, welche auf Störung des Eiterabflusses hindeuten, indicirt. Bei Siebbeinzelleneiterung besteht die Behandlung in Exstirpation der mittleren Nasenmuschel und Auskratzung der erkrankten Zellen, wobei eine Ueberschreitung der lateralen Grenzen des Siebbeins zu vermeiden ist. Bei Keilbeinhöhleneiterungen soll man nur nach sorgfältigster Erwägung zu einem operativen Eingriff schreiten. Undurchsichtigkeit bei der Durchleuchtung spricht eher für die Verdickung der Schleimhaut als für Eiteransammlung. Ungünstiger Ausgang der Operation bei Nebenhöhlenerkrankung ist eher durch die Krankheit selbst bedingt, wenn durch die Operation, dann kommen Sepsis und mangelhafte Drainage in erster Linie in Betracht.

TILLEY empfiehlt, in Fällen von Eiterung des Antrum Highmori zunächst die Alveolardrainage zu versuchen. Sonst sind als Principien der Behandlung der Nebenhöhleneiterungen zu empfehlen zunächst intranasale Behandlung mit Entfernung der mittleren Nasenmuschel und der im mittleren Nasengang vorhandenen pathologischen Gebilde, Sorge für freie Drainage durch die Nase bei Radicaloperationen, Curettement der erkrankten Schleimhaut der Sinus, wiederholte Tamponade, bis sich wieder gesunde Schleimhaut gebildet hat.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Académie des Sciences.

MARINESCU: Mechanismus der Altersveränderung des Organismus und des Absterbens der Nervenzellen.

Nach den Ansichten von METSCHNIKOFF ist die senile Atrophie durch intracelluläre Vorgänge, durch einen Kampf der Gewebelemente untereinander bedingt, in welchem Kampf das Bindegewebe die Oberhand gewinnt und die Makrophagen die functionell höheren Gewebelemente, die im Kampfe unterliegen, zum Verschwinden bringen. Es würde gelingen, die senile Degenerescenz hintanzuhalten, wenn man die Makrophagen durch ein geeignetes Serum vernichtet. Votr., welcher das Nervensystem zahlreicher Individuen im Alter von 61—100 Jahren untersucht hat, ist zu abweichenden Ergebnissen gelangt und hat gefunden, daß die senile Atrophie durch innere Vorgänge in den Nervenzellen bedingt ist. Dieselben bestehen in Rarefaction und Zerfall der chromophilen Elemente, die zu einer Chromatolyse führen, in der Anhäufung einer functionell werthlosen Substanz, welche aus dem Zerfall der chromatophilen Elemente stammt, und die nutritive und respiratorische Capacität der Zelle wesentlich beeinträchtigt, in dem Verschwinden einer Anzahl von Nervenzellenfortsätzen, schließlich in der mehr oder weniger ausgesprochenen Atrophie des Zellkörpers selbst. Man findet im Nervengewebe alter Individuen nirgends eine Verzeherung von Nervenzellen durch Phagoocyten, sondern es fungieren die gewucherten Neurogliazellen als Neuronophagen. Diese Erscheinung des Neuronophagismus tritt auch bei verschiedenen Formen der Myelitis, sowie

im Rückenmark von Thieren, bei denen die Aorta unterbunden wurde, auf. Es würde sich die Aufgabe ergeben, diese Degenerationserscheinungen dadurch zu bekämpfen, daß man Substanzen anwendet, welche die Vorgänge der chemischen Synthese in den Nervenzellen anregen, z. B. das Serum junger Thiere.

Société médicale des hôpitaux.

ACHARD: Ausscheidung wiederholter Gaben von Methylenblau.

Wenn man Gesunden und Kranken mit verminderter Durchgängigkeit der Niere durch einige Tage die gleichen Dosen von Methylenblau gibt, so findet man, daß nach einigen Dosen bei letzteren die 24stündige Methylenblauausscheidung ebenso groß ist als bei den Gesunden, was aus der Anhäufung des Methylenblau im Organismus zu erklären ist. Setzt man mit der Darreichung von Methylenblau aus, so erfolgt bei Gesunden rasche Elimination, während bei Nierenkranken die Elimination noch durch längere Zeit fort dauert. Dasselbe gilt für die Excretion der normalen Harnbestandtheile. Man sieht z. B. nach Exstirpation einer Niere die zurückgebliebene Niere zunächst so viel ausscheiden als vorher beide Nieren zusammen. Man erklärt dies durch Annahme einer compensatorischen Nierenhypertrophie, doch ist diese nicht unbedingt erforderlich, und kann die Accumulation der Harnbestandtheile für sich allein diese Erscheinung erklären. Die geringere Methylenblauausscheidung in den ersten 24 Stunden ist nicht aus der stärkeren Destruction des Methylenblau zu erklären, sondern es findet im Gegentheile zunächst Accumulation statt.

Société de biologie.

CHARRIN: Pathologische Schwankungen des Jodgehaltes der Schilddrüse.

Nach der herrschenden Anschauung ist der Jodgehalt der Schilddrüse von wesentlicher Bedeutung für das Zustandekommen der Entwicklungsstörungen. Es wurde nun der Jodgehalt der Schilddrüsen kachektischer, von kranken Müttern stammender Kinder und gesunder, von gesunden Müttern stammender Kinder, welche durch äußere Zufälle — Asphyxie, Compression der Nabelschnur etc. — zugrunde gegangen waren, untersucht. Aus der Untersuchung von 32 Fällen geht hervor, daß das Jod in der Schilddrüse bei von kranken Müttern stammenden, an Gastroenteritis, Meningitis und Lungenaffectionen zugrunde gegangenen Kindern meist fehlt, dagegen in der Schilddrüse sonst gesunder, von gesunden Müttern stammender Kinder meist nachweisbar ist. Die Erkrankungen führen durch Verminderung des Jods in der Schilddrüse zu Störungen der Entwicklung, welche letztere zum Theil von der normalen Beschaffenheit der Schilddrüse abhängig ist.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

R. Accademia medica di Napoli.

JAPPELLI GAETANO: Ueber asphyktischen Herztod.

Vortr. hat an Hunden beiderseits die Vagi durchschnitten und am 3. oder 4. Tage vor Eintritt der Vagusparalyse Erstickungsversuche in der Weise ausgeführt, daß an den curarisirten Thieren plötzlich die künstliche Athmung sistirt wurde. Die Herzemmungsvorrichtungen scheinen allmählig zu erlahmen, am 4. Tage sind sie unwirksam, und es kann dann die systolische Energie des Herzens unter dem Einflusse der Asphyxie genau studirt werden. Die Energie der Herzsystole nimmt während der Asphyxie bis zur 3. Minute zu, um dann bis zur 4. oder 5. Minute abzunehmen. Die Zunahme erfolgt stufenförmig. Wird die künstliche Athmung wieder aufgenommen, dann steigt die Energie so wie im Anfange der Erstickung; sie steigt parallel dem Blutdrucke und ist daher von peripheren Einflüssen in hohem Grade abhängig. Erstickungsblut erregt das Herz zuerst, um es später zu schwächen. Verschieden von den Skelettmuskeln, kehrt die Erregbarkeit des Herzmuskels nach dem Unterbrechen der Erstickung sofort zurück.

Accademia medico-fisica Fiorentina.

GIARRÉ: Absceß des rechten Lobus frontalis.

Der Fall betraf ein 2jähriges Kind. Es war unter Erscheinungen von Kachexie, Meningitis, Bronchopneumonie aufgenommen worden. Zwei Tage nach der Aufnahme wurde Lumbalpunktion gemacht. Der Liquor war leicht getrübt und setzte nach einiger Zeit spinnwebartige Coagula ab. Mikroskopisch fand man spärliche Leukocyten und Streptokokkenketten. Es trat Besserung ein, doch nach einem Monate erkrankte das Kind an Masern; bald trat ein broncho-pneumonischer Herd an der Basis der linken Lunge ein. Bei der Autopsie fand man im rechten Hirnlappen einen orangegroßen Absceß und in derselben Hemisphäre, entsprechend dem Lobulus quadratus, am Fuße der aufsteigenden Stirnwandung und an der Spitze des Scheitellappens drei kleinere Herde mit cystischer Formation und rostbraunem Inhalte; das umgebende Nervengewebe indurirt, verfärbt. G. wird über den Fall in extenso berichtet. Vorläufig betont er das Auftreten der Gerinnselbildung, die nach diesem Befunde nicht allein für tuberculöse Erkrankungen charakteristisch ist.

E. PESTALOZZA: Die Aetiologie der Graviditas extrauterina.

Vortr. demonstriert ein durch Laparotomie gewonnenes Präparat von linksseitiger Tubarschwangerschaft. Im Momente der Operation waren die tumultuösen Phänomene von Tubarabortus bereits seit einiger Zeit geschwunden; wahrscheinlich war der Abortus im nämlichen Augenblicke still gestanden, indem die Ruptur des Tubensackes von einem hervorspringenden Punkte des letzteren aus erfolgt war. Neben der graviden Tube findet sich im Präparate das correspondirende Ovarium mit cystischer Degeneration, doch ohne frisches Corpus luteum. Dafür besteht im gegenüberliegenden Ovarium ein voluminöses Corpus luteum mit allen Charakteren des Corpus luteum der Gravidität. P. sieht in der Wanderung des befruchteten Eichens nicht einen zufälligen Befund, sondern die directe Ursache der extrauterinen Gravidität.

Società medico-chirurgica di Bologna.

LANGERINI: Ein Fall von negativem Pulse der Saphena interna.

Die Pulsation war cardio-rhythmisch und betraf eine varicöse Stelle der Saphena an einem arteriosklerotischen Manne, mit complicirtem (Aorten- und Mitral-) Vitium cordis. Der Gipfel der Pulsation fiel in die Prä systole, der Abfall begann im Momente der Systole und erfolgte allmählig. An den Jugularvenen bestand keine Pulsation. Vortr. glaubt, daß es sich um einen negativen Puls durch Behinderung des venösen Abflusses handle, die eine Folge der Phlebosclerose der großen intraabdominellen Gefäße sei. Das Fehlen der Jugularpulsation erklärt er dadurch, daß der Erweiterung der Vena cava superior in der nachgiebigen Lunge eine geringere Grenze gesetzt sei als jener der Cava inferior und ihrer Verzweigungen.

BARBERA: Secretion und chemische Zusammensetzung der Milch nach Fasten und Wiederernährung.

Die Kohlehydrate und Fette und manche anorganischen Stoffe bewirken recht gleichmäßige Stickstoffausscheidung im Organismus, denn sie verhüten nach der herrschenden Lehre die Zerstörung des circulirenden Eiweißes und der Gewebe, vielleicht noch mehr, weil der Stickstoff des Nahrungseiweißes und der stickstoffhaltigen Dissimilationsproducte der Gewebe zur Assimilation geeignet ist. Soll dies der Fall sein, dann muß er sich in bestimmtem Verhältnisse mit einigen Elementen von Fett, Kohlehydraten und Salzen vereinigen.

BARBERA: Die Temperatur mancher inneren Organe bei Inanition.

Vortr. fand, daß die Temperatur der inneren Organe um 3—4° C. geringer war, die Temperatur des Hirns und der Leber waren immer gleich. Leber und Gehirn wiesen immer die höchste Temperatur auf, am niedrigsten war stets die Temperatur im Rectum.

Accademia medico-chirurgica Universitaria di Palermo.

COLELLA: Studien über tuberculöse Neuritis.

Während des Verlaufes der Tuberculose trifft man nicht selten parenchymatöse Veränderungen an den peripheren, motorischen, sensiblen und gemischten, cerebralen und spinalen Nerven an. Diese Neuritiden können mit rudimentären Läsionen des Rückenmarkes vergesellschaftet sein, doch findet man sie auch in Fällen, wo die nervösen Centralorgane keinerlei Alteration aufweisen. Die tuberculösen Neuritiden sind toxische Neuritiden und entstehen wahrscheinlich durch chemische Action der Toxine des KOCH'schen Bacillus. Die Symptomatologie der tuberculösen, peripheren Nephritis ist eine polymorphe; die Symptome der Neuritis können vorwiegend motorischer Natur sein, oftmals überwiegen trophische Störungen, in anderen Fällen bestehen sensible Reiz- und Lähmungserscheinungen, Schmerzanfälle und Anästhesien. Die Polyneuritis kann die erste Manifestation der tuberculösen Infection sein; zumal bei Darmtuberculosen hat C. dies beobachtet; die Tuberculose blieb lange Zeit latent, bis schließlich Ulcerationen oder Perforationen rasch den Tod herbeiführten und es ermöglicht war, die Aetiologie der Neuritiden festzustellen.

R. Accademia Peloritana di Messina.

C. GAGLIO: Der Einfluß des Atropins auf die Salzsäuresecretion im Magensaft.

Zeigt man einem Hunde mit einer Magen fistel nach 24stündigem Fasten ein Stück gebratenes Fleisch, dann fließt nach einigen Minuten aus der Fistel eine stark saure, klare Flüssigkeit, welche viel Salzsäure, wenig Milchsäure enthält. HCl Gehalt = 2.50/100. Verabreicht man dem Thiere eine subcutane Injection von Atropin 0.0003—0.001 während der starken Saftsecretion, dann wird diese spärlicher und schwindet nach einigen Minuten. Die geringen Atropindosen stören das Wohlbefinden des Thieres in keiner Weise und paralyisiren die secretorischen Nervenfasern, während die vasomotorischen und motorischen intact bleiben. Atropin lähmt nicht nur die reflectorische Magensecretion sondern auch die durch Anwesenheit von Speisen im Magen bedingte, allerdings erst in etwas größeren Dosen. Diese Erfahrungen rechtfertigen den Gebrauch des Atropin bei Hyperchlorhydria.

A. SALOMONI: Suture der Arterien.

Die Operation besteht aus 6 Tempi: 1. Bloßlegung, Isolierung wie zur Ligatur, provisorische Blutstillung durch Klemmer, Naht mit runden Nadeln und sehr feiner Seide, die Stiche befinden sich circa 2 Mm. vom Wundrande entfernt, durchsetzen auf der einen Seite die ganze Gefäßwand von außen nach innen, auf der anderen umgekehrt. Ist das Gefäß ganz durchschnitten worden, dann legt man zuerst 3 oder 4 Schlingen an der tiefsten Stelle an und knotet, während ein Assistent die beiden Enden aneinander hält. 5. Definitive Blutstillung. 6. Wundversorgung.

GABBI: Cirrhosis biliaris mit Milztumor.

Votr. beobachtete zwei Individuen mit der genannten Affection, eines 16, das andere 20 Jahre alt. Er führt den Ursprung der Läsion auf biliäre Infection mit langsamem Verlaufe zurück.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. Januar 1901.

Dr. v. CZYHLARZ stellt einen Fall von unter **merkwürdigem Symptomencomplexe verlaufender Rückenmarksläsion** vor. (Wird in der „Wiener Med. Presse“ ausführlich publicirt werden.)

Dr. RICHARD KARPLUS demonstriert das Präparat einer **schweren, durch Contusion erzeugten Darmverletzung**.

Votr. weist auf die geringe Beachtung hin, die derartige Verletzungen trotz ihrer besonderen Gefährlichkeit bis vor Kurzem gefunden haben. Erst in jüngster Zeit wende sich die Aufmerksamkeit der Chirurgen der Frage der Behandlung solcher Läsionen in eben demselben Maße zu, wie der von Stich- und Schußwunden des Unterleibes. So hat ANGERER (München) auf dem

letzten Berliner Chirurgencongreß eine Reihe für Diagnose und Indicationsstellung wichtiger Symptome hervorgehoben, und SCHNITZLER konnte im Mai v. J. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Fall demonstriren, in dem er trotz günstigen Allgemeinbefindens und Fehlens jeglichen Zeichens von Peritonitis, hauptsächlich gestützt auf das bedeutungsvolle Symptom einseitiger, excessiver Anspannung der Bauchmuskulatur, laparotomirt, die bestehende Darmruptur vernäht und den Kranken geheilt hatte. — Die relative Seltenheit dieser Verletzungen mache es dem Einzelnen nicht möglich, große Erfahrung auf diesem Gebiete zu erwerben und lasse es wünschenswerth erscheinen, casuistische Beiträge hierzu zu sammeln.

Das Präparat rührt von einem 53jährigen Manne her, welcher am 21. December v. J. um 4 Uhr Nachmittags gegen einen Barrièrestock angerannt ist. Der Stoß traf das Bruchband des Mannes, welches er wegen einer freien, rechtsseitigen Leistenhernie trug. Sofort heftiger Schmerz in der Leistengegend und in den Hypogastrien, besonders rechts. Patient konnte sich nur mit Mühe zu einem Wagen schleppen. Zu Hause mehrmals Erbrechen und durch mehrere Stunden anhaltend große Schmerzen im Unterbauch. Am 22. December günstiges Allgemeinbefinden, kein Erbrechen, Schmerzen geringer, noch immer im rechten Hypogastrium am stärksten. Puls, Athmung, Temperatur normal. Kein Stuhl. Urinentleerung ungestört. Am 23. December ebenso, bis wegen der anhaltenden Stuhlverstopfung vom ordinirenden Arzt ein Clysmas angeordnet und Mittags verabfolgt wurde. Unmittelbar darauf Collaps. Vortragender sah den Patienten Nachmittags, 2 Tage nach dem Trauma. Auf der Stirne Schweiß, Gesicht blaß, eingefallen, Zunge trocken, mit schwarzbraunem Belag. Athmung sehr frequent, rein costal. Puls 130—140, leicht unterdrückbar, aussetzend. Abdomen gleichmäßig aufgetrieben, besonders im rechten Hypogastrium spontan und auf leisen Druck stark schmerzhaft. Links angedeutete, rechts ausgesprochene Flankendämpfung. Bruchsack und Leistencanal leer. Seit Mittag ungezähltemale Erbrechen, zuletzt schwärzlichbrauner Massen. Kein Stuhl. Kein Abgang von Winden. Diagnose: Perforationsperitonitis. Um 7 Uhr Abends Operation durch Primarius Dr. EWALD (6—7 Stunden nach der Perforation). SCHLEIBER'sche Anästhesie. Diffuse eiterige Peritonitis. An einer Ileumschlinge eine circa 2 Cm. lange Perforationsöffnung an der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Stelle. Um die Perforationsöffnung Darmwand gangränös, bis zu einer Länge von etwa 6 Cm. Mesenterium blutig imbibirt. — Extraperitoneale Fixirung der erkrankten Schlinge nach Drainage der Bauchhöhle. Um 11 Uhr Nachts Exitus.

Abgesehen von der gewiß recht seltenen Aetiologie zeigte, wie Vortragender ausführt, dieser Fall so ziemlich den typischen Ablauf derartiger Verletzungen. Anfangs Erbrechen, heftiger Schmerz, hauptsächlich an einer umschriebenen Stelle. Dann Sistiren des Erbrechens und Nachlaß der Schmerzen. Puls nach Ablauf der Shockwirkung normal. Stuhl angehalten. Es folgen 1—2 Tage günstigen Allgemeinbefindens, bis zur Perforation und Peritonitis. Votr. glaubt, daß in diesem Falle die Diagnose einer schwereren Darm-läsion möglich gewesen wäre, da der Schmerz auf eine nicht vom Trauma getroffene Stelle des Unterleibes localisirt war und die absolute Stuhlverhaltung als Folge einer Darm-lähmung (oder Darmspannung) hätte angesehen werden müssen. Votr. glaubt, daß es sich hier nicht um eine Berstung der Darmwand durch den Stoß mit provisorischer Verlegung der Perforationsöffnung, sondern um eine schwere Contusion, mit ausgebreiteter blutiger Imbibition der Darmwand, vielleicht auch Thrombosirung von Mesenterialgefäßen und secundärer Perforation infolge der Gangrän gehandelt hat.

Der Fall spräche sehr zu Gunsten HARN's (Berlin), der die circuläre Resection der ganzen contusionirten Darmpartie empfiehlt. Die einfache Naht einer Rupturstelle müßte auf die Fälle wahrer Berstung des Darmes durch den Stoß beschränkt bleiben.

Die Unterscheidung dieser Fälle, gewiß oft recht schwierig, dürfte doch gewöhnlich ebenso möglich sein wie die Beurtheilung der Lebensfähigkeit incarcerirt gewesener Eingeweide.

Dr. R. KIENBÖCK demonstriert einen **Nierenstein**, der am Vortage im Sanatorium FÜRTH durch Herrn Primarius SCHNITZLER operativ aus der rechten Niere eines jungen Mannes entfernt worden war, auf Grund einer gelungenen, auf Veranlassung des Herrn Doc. H. SCHLESINGER ausgeführten Radiographie (welche schon am 23. October v. J. im „Wiener med. Club“ demonstrirt wurde). Der Stein hat die Größe und Gestalt einer großen Haselnuß, der größte Durchmesser beträgt 1.5 Cm., das Gewicht 1.6 Grm.; der Zusammensetzung nach dürfte er aus Oxalat mit einer Hülle aus Phosphat bestehen. K. hebt nochmals die technischen Schwierigkeiten bei einer derartigen Roentgenuntersuchung hervor.

Doc. Dr. Hermann Schlesinger bemerkt zu dieser Demonstration, daß dieser Fall beweist, wie wichtig die Roentgenuntersuchung in manchen Fällen von Nephrolithiasis werden kann. Der Fall, welchen SCH. wiederholt auf das Eingehendste untersucht hat, verlief als atypische Nephrolithiasis und es konnte bei Erwägung aller Umstände, trotzdem ein Verdacht auf letztere Erkrankung bestand, so lange nicht die sichere Diagnose auf diese gestellt werden, bevor durch die Radioskopie der Schatten des Steines gefunden wurde.

Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER macht folgende Mittheilung zur **Symptomatologie der Akromegalie**.

Die Klinik der Akromegalie ist in den letzten Jahren ziemlich gut bekannt geworden, da sehr zahlreiche Publicationen vorliegen, welche in einer Reihe von Monographien zusammengefaßt sind. Die Akromegalie stellt eine weitaus häufigere Krankheit dar, als man früher vermuthet hat. Vortr. war in der Lage, im Laufe des letzten Jahres an 2 Fällen ein symptomatisches Detail zu sehen, welches allem Anscheine nach bisher nicht bekannt ist. Er sah bei einem typischen Falle von Akromegalie, welcher auch späterhin zur Obduction gelangte, und bei welchem letztere einen Tumor der Hypophysis ergab, eine eigenthümliche Wulstung der Kopfhaut am Hinterhaupte. Es war eine Reihe paralleler Wülste und Furchen vorhanden, welche dem Hinterhaupte ein ähnliches Aussehen verlieh, wie es die Hirnoberfläche darbietet. Bei einem zweiten Kranken mit ebenfalls weit vorgeschrittener typischer Akromegalie, welchen Vortr. vor wenigen Wochen pro consilio sah, fand er auf dem Hinterhaupte einen quer verlaufenden, außerordentlich mächtigen, nach hinten überhängenden Wulst, unter welchem die Finger in eine etwa 2 Cm. tiefe Grube geriethen. Dieser sehr intelligente Pat., sowie der frühere Kranke, dessen Angaben allerdings nicht so zuverlässig waren, erklärten mit Bestimmtheit, daß diese eigenartige Veränderung an der Kopfhaut sich erst zu gleicher Zeit mit der Krankheit entwickelt hätte. Besonders der letztere Kranke machte so detaillirte Angaben, daß seine Aussage kaum in Zweifel gezogen werden kann. Es wäre hervorzuheben, daß in beiden Fällen kein Myxödem vorlag. Man muß sich die Entstehung dieser Wulstungen in der Weise erklären, daß die Kopfhaut beim Wachstum der gipfelnden Theile rascher gewachsen ist als der knöcherne Schädel. Ueber ähnliche Beobachtungen fand SCH. keine Angaben. — Vortr. erinnert daran, daß ähnliche Befunde von REDLICH und SCHLÖSS bei Mikrocephalie erhoben wurden. Vielleicht läßt sich zur Erklärung eine Hypothese von SCHEIN verworthen, welche dem Vortr. von HIRSCHL mitgetheilt wurde. SCHEIN nimmt nämlich, um die Entstehung eines Haarkranzes in der Gegend des Handgelenkes von Akromegalen zu erklären, an, daß bei dieser Krankheit ein mächtigerer Affluxus von Blut zur Haut und auch eine Neubildung von Gefäßen stattfindet. Durch die bessere Ernährung komme es an einzelnen Stellen zu einer stärkeren Entwicklung der Haut, eventuell zu Verdickungen, Wachstum der Haargebilde, während an anderen Stellen der stärkere Affluxus functionellen Zwecken dienstbar gemacht werde.

Dr. L. FREUND: Die bisherigen Erfolge der sogenannten Roentgen-therapie und ihre wahrscheinliche Ursache.

Vortr. erinnert an die Fortschritte, welche die Radiotherapie seit seiner ersten, gerade vor 4 Jahren erfolgten Demonstration in der Wiener dermatologischen Gesellschaft, in welcher er zum erstenmale auf die praktische Verwerthbarkeit dieses Heilmittels hingewiesen hatte, gemacht habe. Es werden die angeblichen Heilerfolge anderer Autoren bei Erkrankungen innerer Organe (Tuberculose, Peritonitis, Obesitas, Neuralgien) besprochen; FREUND hat mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo im Anschlusse an die Roentgenbestrahlung eine hartnäckige Trigeminusneuralgie sich auffallend schnell besserte, nie den Eindruck gewinnen können, daß das Verfahren bei solchen Processen besonders aussichtsvoll wäre. Anders hingegen bei gewissen Dermatosen. Hier erzielt die Roentgenbestrahlung bei gewissen Processen in überraschend kurzer Zeit Resultate, welche mit anderen Methoden nicht erreichbar sind. Als Hauptgebiete der Radiotherapie werden bezeichnet: 1. Hautaffectionen, bei denen es sich um eine Entfernung von Haaren handelt. 2. Parasitäre Dermatosen. FREUND demonstriert eine Reihe von Favus-, Sykosis-, Lupus- und Hypertrichosiefällen, welche er mit E. SCHIFF gemeinschaftlich behandelte und heilte. Desgleichen

wird eine Anzahl von Lichtbildern vorgeführt, welche den Status einer anderen Reihe von ähnlichen Fällen vor und nach der Behandlung vergegenwärtigen. Zu früheren Mittheilungen wäre jetzt Einiges hinzuzufügen. Der demonstrierte Fall von Hypertrichosis, welcher 1½ Jahre nicht mehr behandelt wird und keine Recidive zeigt, beweise, daß die Methode, richtig angewendet, eine radicale sei. Anfängliche punktförmige Atrophien der Haut — Folgen der Bestrahlung — sind mit der Zeit fast gänzlich zurückgegangen und verschwunden. Bei Sykosis der Wangen hat FREUND beobachtet, daß im Reactionsstadium der Behandlung sich für kurze Zeit stets eine Serum- oder Eiteransammlung am Unterkieferende etablire, was den Eindruck erwecke, als ob sich der Eiter aus den Pusteln nach abwärts gesenkt habe.

Hinsichtlich der Methodik hält es FREUND aus dem Grunde für vortheilhaft, an der von ihm und SCHIFF früher publicirten Methode festzuhalten, weil bei dieser ähnlich wie bei der gebräuchlichen Digitalismedication durch Anwendung geringerer Dosen, die cumulative Wirkung des Mittels weniger bedenklich sei. Einerseits bekomme man bei dieser Art der Behandlung klinische Anhaltspunkte, wann man mit der Bestrahlung zu sistiren habe, andererseits böte eine etwa vorkommende Ueberexposition keine große Gefahr, weil die einzelne Sitzung relativ geringe Wirkung habe.

(Der Vortrag wird fortgesetzt.)

Notizen.

Wien, 2. Februar 1901.

(Aus der „Gesellschaft der Aerzte“.) Wiederholt haben wir im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit genommen, auf die Nachteile zu verweisen, welche den Verhandlungen der „Gesellschaft der Aerzte“ aus dem Ueberwuchern der Krankenvorstellungen und sonstigen „vor der Tagesordnung“ erfolgenden Demonstrationen erwachsen. Nicht als ob wir den Werth dieser Mittheilungen herabsetzen wollten; nur sollten sie bezüglich des Zeitausmaßes in jenen Grenzen gehalten werden, welche die Geschäftsordnung vorschreibt. Leider befolgen die Herren, welche Kranke vorstellen, diese Gesetze nicht immer, halten es vielmehr für geboten, an solche Demonstrationen mehr weniger lange, das berührte Thema erschöpfende Ausführungen zu knüpfen, welche zu förmlichen Vorträgen ausarten. Die Vorsitzenden der wissenschaftlichen Versammlungen sind meist so „conciliant“, die Redner nicht zu unterbrechen, und das Auditorium, das dem auf dem Programme befindlichen Vortrage mit Interesse entgegenseht oder mit Rücksicht auf eine angekündigte Discussion erschienen ist, verläßt zum großen Theil enttäuscht den Saal, wenn die vorgerückte Stunde die Möglichkeit ausschließt, daß das Programm eingehalten werde. So mancher Vortragende ist gezwungen, seinen Vortrag immer und immer wieder zu vertagen, und manche interessante Discussion muß — nicht zu ihrem Vortheile — gleichsam ratenweise, auf 3—4 Sitzungen vertheilt, abgehalten werden. Diese Uebelstände könnten durch strengere Handhabung der Geschäftsordnung seitens der Vorsitzenden unschwer sanirt werden. Dieselbe gibt — in weiser Voraussicht der Amplitude der Krankenvorstellungen — dem Vorsitzenden das Recht, „im Einvernehmen mit den im Programme vorgemerkten Rednern von der Tagesordnung abzugehen und in dieselbe vorläufige Mittheilungen und Demonstrationen einzuschalten“, fixirt aber die Dauer solcher eingeschobenen Demonstrationen und Mittheilungen auf längstens 10 Minuten. Eine strengere Befolgung der geschäftsordnungsmäßigen Bestimmungen würde im Uebrigen, wie wir glauben, Unterbrechungen der Redner bald überflüssig machen, da sich dieselben nach kurzer Zeit daran gewöhnen würden, sich auf das Wesentlichste zu beschränken, womit sie sicherlich den besten Eindruck auf eine Versammlung machen könnten, die sehr geneigt ist, kurze, fachliche Mittheilungen entgegenzunehmen, durch längere Auseinandersetzungen aber vorzeitig ermüdet wird. Freilich gehört einige Ueberwindung dazu, so Manches „weise zu verschweigen“, doch — in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister.

(Nahrungsmittelhygiene.) In einem in letzter Zeit erstatteten Referate tritt der Oberste Sanitätsrath für strenge sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung des Verkehrs mit Speisüberbleibseln ein. „Ein absolutes Verbot der Verwendung von Speiseresten — heißt es im Gutachten — als Nahrungsmittel für Menschen erscheint weder vom volkswirtschaftlichen noch vom sanitären Standpunkte gerechtfertigt und ist in der Praxis undurchführbar. Speisüberbleibsel in frischem, unverdorbenem Zustande sind zur Nahrung für Menschen vollkommen geeignet. Mit Rücksicht auf ihren bedeutenden Nährwerth ist deren Verwendung im Interesse der ärmeren Bevölkerung erwünscht. Der Hausirhandel mit Nahrungsmitteln überhaupt und insbesondere mit Speisüberbleibseln ist unzulässig. Die Mitwirkung humanitärer Vereine, namentlich der Volksküchenvereine bei der Zuwendung von Speisüberbleibseln in frischem und unverdorbenem Zustande an die arme Bevölkerung wäre erwünscht. — Das obige Gutachten des Obersten Sanitätsrathes soll sanitäre Uebelstände beseitigen, die in letzter Zeit immer häufiger geworden waren. So hatte die böhmische Statthalterei — wie wir erfahren — in Erfahrung gebracht, daß in Karlsbad und Umgebung wiederholt Erkrankungen vorgekommen seien, die als „Fleischvergiftungen“ gedeutet werden mußten. Diesbezügliche Recherchen ergaben nun, daß jene Erkrankungen auf den Genuß von „Kuchelfleisch“, d. h. der Fleischabfälle aus den Gasthöfen Karlsbads zurückzuführen seien. Das „Kuchelfleisch“ wird seit jeher an die ärmere Bevölkerung der Stadt und ihrer Umgebung verkauft. Früher geschah dies direct. Seit einigen Jahren haben sich Zwischenhändler der Sache bemächtigt, ja das Karlsbader „Kuchelfleisch“ geht oftmals auch auf Reisen, was seiner hygienischen Beschaffenheit sicherlich nicht von Nutzen ist. Es soll übrigens auch in anderen Kronländern der Monarchie ein schwunghafter Handel mit „Kuchelfleisch“ betrieben werden. Diesen Verhältnissen hat nunmehr das Gutachten des obersten Sanitätsrathes in entsprechender Weise Rechnung zu tragen.

(Reichs-Gesundheitsrath.) Aus Berlin erfahren wir: Vor wenigen Tagen ist für das deutsche Reich die Institution eines Reichs-Gesundheitsrathes geschaffen worden. Derselbe besteht aus 74 Mitgliedern, und zwar: Klinikern, Hygienikern, Ingenieuren und Chemikern, deren Functionsdauer fünf Jahre beträgt. Permanent gehören dem Gesundheitsrathe die Abtheilungsvorsteher des Gesundheitsamtes an. Dem Reichs-Gesundheitsrathe obliegt die Ob- und Sorge für Gesundheitswesen im allgemeinen, Ernährungswesen, Wasserversorgung, Gewerbehygiene, Seuchenbekämpfung, Heilwesen im allgemeinen, Heilmittelwesen, Schiffs- und Tropenhygiene, Veterinärwesen.

(Aerzte vor Gericht.) Ein forensisch überaus bemerkenswerther Fall hat sich vor kurzem in Budapest ereignet. Wir entnehmen der „Pest. M.-Ch. Presse“ einen diesbezüglichen Bericht: Der Weinbauer J. Cz. in P. bei Budapest wurde im October 1900 während einer Schlägerei am Arme schwer verwundet; es wurde ihm mit einem Messer die Arterie durchstoßen. Der herbeigeholte Arzt Dr. B. machte einen Verband ohne Naht. Einige Stunden später wurde der Pat. ohnmächtig und der herbeigeholte zweite Arzt Dr. T. ließ den ersten Arzt ersuchen, auch hinzukommen, da ein neuer Verband nothwendig erscheine. Dr. B. antwortete jedoch, man möge den ersten Verband nicht anführen. Am Morgen des nächsten Tages starb der Patient. Der justizärztliche Senat erklärte, daß Dr. T. die Pflicht gehabt hätte, einen neuen regelrechten Verband anzulegen. Beide Aerzte sind unter Anklage gestellt. Wir werden unseren Lesern seinerzeit den Ausgang des processualen Verfahrens mittheilen.

(Auszeichnungen.) Stabsarzt. Dr. LEO POLTURAK erhielt das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens, der Regimentsarzt II. Cl Dr. JOHANN BENEDIK das goldene Verdienstkreuz mit der Krone.

(Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.) Von diesem unter Leitung LEYDEN'S und F. KLEMPERER'S stehenden, bei Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien erscheinenden Werke, dessen Ziele und Bedeutung das Feuilleton unseres Blattes aus LEYDEN'S Feder in den beiden letzten Wochen skizzirt hat, sind die drei ersten Lieferungen

soeben zur Ausgabe gelangt. Sie enthalten außer den einleitenden Ausführungen des ersten Herausgebers folgende Vorträge: Die Autointoxicationen und ihre Behandlung von H. SENATOR; Die Infection von W. DÖNITZ; Ueber extrabuccale Ernährung von W. v. LEUBE; Ueber Diphtherie und diphtheritischen Croup von A. BAGINSKY; Der acute Gelenkrheumatismus von Ch. BÄUMLER; Der Diabetes mellitus von B. NAUNYN; Ueber Myxödem (Organotherapeutisches) von C. A. EWALD; Die Chlorose von E. GRAWITZ.

(Budapester Aerztecasino.) Unter lebhafter Betheiligung der Mitglieder fand am 25. Jänner die dritte ordentliche Generalversammlung des Budapester Aerztecasinos statt. Seit einem halben Jahre besitzt das Casino neue, bequeme Localitäten in der Andrassystraße; die Zahl der Mitglieder hat bereits die Zahl 300 erreicht. Die Neuwahlen ergaben folgendes Resultat: Präsident: Doc. Dr. M. LIEBMANN; Vicepräsidenten: Doc. Dr. A. SCHWARZ und Dr. J. SCHULHOF; Secretäre: Dr. S. SCHRANK und Dr. A. STRAUSS; Cassier: Dr. S. SZENES; Bibliothekar: Doctor ALFRED POLITZER; Oekonom: Dr. BETTELHEIM.

(Die Budapester homöopathische Klinik) ist nach der Pensionirung ihres letzten Vorstandes, des Professors Dr. THEODOR BAKODY, aufgelassen worden.

(Aus Heidelberg) wird uns geschrieben: Hierselbst hat sich auf Anregung KUSSMAUL'S ein Comité zur Errichtung eines gemeinsamen Denkmals für BUNSEN, KIRCHHOFF und HELMHOLTZ gebildet.

(Die diesjährige Universitätsfrequenz.) Aus Berlin schreibt man uns: An den deutschen Universitäten beträgt im laufenden Wintersemester die Gesamtzahl der Studierenden 34.363 gegen 34.389 im verflossenen Sommer und gegen 33.353 im Wintersemester 1899/1900. Die Zahl der Mediciner beträgt 7113 gegen 7543 im vorigen Winter. Es hat demnach auch diesmal eine Abnahme der Zahl der Studierenden der Medicin stattgefunden, was im Interesse unseres Standes und jedes einzelnen seiner Vertreter wärmstens zu begrüßen ist.

(Förderung der Curpfuscherei durch Aerzte.) Der „Allg. Med. Centr.-Ztg.“ entnehmen wir folgendes traurige Beispiel ärztlicher Moral: „In dem vom k. Medicinalcollegium der Rheinprovinz vor kurzem herausgegebenen amtlichen Bericht wird „ein glücklicherweise seltenes, aber um so betrübenderes Bild aus der Nachtseite des ärztlichen Erwerbslebens“ mitgetheilt, nämlich die Anpreisung eines „magisch-sympathischen Bruchheilmittels“ durch zwei approbirte Aerzte desselben Wohnorts. Das Mittel waren Maulwurfskrallen in einem Leinwandsäckchen. Die Gebrauchsanweisung enthielt den Satz: „Neugieriges Oeffnen des Päckchens ist nicht gestattet, wenn der Erfolg sicher sein soll.“ Das eingeleitete Strafverfahren endete gleichwohl mit Einstellung, „da den Beschuldigten ihr Vorbringen, an die Wirksamkeit des Mittels geglaubt zu haben, nicht völlig zu widerlegen war.“

(Die Firma Heinrich Mattoni) hat auch heuer den gewohnten, sehr gefällig ausgestatteten Block-Abreißkalender an die Aerzte versendet, der seit langer Zeit zum Jahreswechsel erscheint.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. Januar 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7348 Personen behandelt. Hievon wurden 1480 entlassen; 175 sind gestorben (10.57% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 102, Scharlach 87, Masern 541, Keuchhusten 42, Rothlauf 36, Wochenbettfieber 1, Rötheln 2, Mumps 69, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 715 Personen gestorben (— 53 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Mödling Dr. LUZINSKY; in Eger der dortige Stadt- und Bahnarzt Dr. ADAM SOMMER, im Alter von 53 Jahren; in Davos Dr. ALEXANDER SPENGLER, der Begründer des Curortes Davos, im 74. Lebensjahre; in Kopenhagen der bekannte Hygieniker Dr. JULIUS LEHMANN, 64 Jahre alt; in Stuttgart der Professor der Gynäkologie in Santiago de Chile, Dr. ROBERT MOERICKE, im 51. Lebensjahre.

**Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.
Wissenschaftliche Versammlung.**

Montag den 4. Februar 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).
Vorsitz: Hofrath Prof. v. REBER.

Programm:
Doc. Dr. LUDWIG BRAUN: Das bewegliche Herz.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 6. Februar 1901, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaale der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).
Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:
I. Demonstrationen.
II. Discussion zum Vortrage von Dr. L. FREUND: Ueber die bisherigen Erfolge der sogenannten Radiotherapie und ihre wahrscheinliche Ursache. (Zum Worte gemeldet: Dr. HOLZKNECHT, Dr. KIENBÖCK, Dr. MAX NEUMANN, Docent Dr. SCHIFF.)

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect des Apothekers H. Nanning in Haag über ein neues Stomachicum, Extractum Chinae Nanning. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE

MATTONI'S ZU **MOOR-EXTRACTE** BÄDERN
MOOR-SALZ
MOOR-LAUGE

Einzig **natürlicher Ersatz** für **MEDICINAL-MOORBÄDER**
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Steiermärk. **ROHITSCHER**
Sauerbrunn Tempel-Styria Quelle
WELTBERÜHMTES
Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Diätetische Behandlung der Stoffwechselkrankheiten
im Sanatorium
Wien, Hietzing, Wenzgasse Nr. 19.

DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz, Wien

PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER, ELEGANTER AUSFÜHRUNG
Rossel, Schwarz u. Co.
Dotzheim-Wiesbaden.

Bei **KONGESTION** und **Funktionsstörung der LEBRE, ATONISCHER DYSPEPSIE, WECHSELFIEBER** sowie bei **MALARIKACHEXIE**, welche ein längerer Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann, verordnet man in den Hospitälern in Paris und Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von

BOLDO-VERNE
oder 4 Kaffeelöffel von ELIXIR BOLDO-VERNE

Dépôt: **VERNE**, Professor an der Schule für Medizin in GRENOBLE (FRANKREICH) und in allen grösseren Apothek-n Frankreichs und des Auslands
Engros-Dépôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte von **G. HELL & COMP.**
in **TROPPAU** und **WIEN.**

In allen Apotheken vorrätig:
ACETOPYRIN ein Antipyreticum und Antineuralgicum.
Abhandlung aus der Klinik des Herrn Primarius Dr. Redtenbacher in Wien. Siehe „Wiener klinische Wochenschrift“ vom 27. September 1900, Nr. 39.
Dosirung: Bei Gelenksrheumatismen, bei schwächeren Fällen täglich 6 Pulver à 0.5 Grm., bei heftigeren 6 Pulver à 1.0 Grm. am besten in Oblaten.

HONTHIN ein vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhöen.
Wissenschaftliche Abhandlungen: „Wiener klinische Rundschau“ vom 24. Juni 1900, „Wiener medicinische Blätter“ vom 10. Juli 1900 und „Wiener klinische Wochenschrift“ vom 6. September 1900. (Poliklinik, Abtheilung des Herrn Prof. Frühwald.)
Dosirung: Säuglinge 0.3, Kinder 0.5, Erwachsene 1.0 Grm. täglich 4—5 mal.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER, Privatdocent für Chirurgie in Wien. — Die Lepra in Dalmatien. Von Dr. HUGO ZECHMEISTER, k. u. k. Fregattenarzt. — Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses. Versuche über die Verwendung des Tropons am Krankenbette. Von Dr. HEINRICH GRÜN und Cand. med. ROBERT BRAUN. — **Referate.** A. HOFFA (Würzburg): Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten. — NESCHEL: Beitrag zur Lehre der Operationsführung unter localer Anästhesie nach SCHLEICH. — RIEDEL (Jena): Ueber die Gallensteine. — R. SACHS (Breslau): Beiträge zur Behandlung der Scabies. — BABUCKE (Königsberg): Ueber die Desinfection mit Typhusbacillen inficirter Badewässer. — J. PAULSEN (Ellerbeck): Ein Fall von gonorrhoeischen Gelenks- und Hautmetastasen im Anschluß an Blennorrhoea neonatorum. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der anorganischen Chemie. Von Prof. Dr. H. ERDMANN. — Pratique de la Chirurgie courante. Par Dr. MARIUS CORNET. — **Feuilleton.** Prager Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber die Beseitigung der Hg- und Jodkalidyspepsie. — Ekzema narium. — Große Digitalisdosen bei acutem Alkoholismus. — Ueber die Verwendung des Mehles in der Säuglingsernährung. — Zur Behandlung des Pruritus. — Zur Behandlung der prämenstruellen Krisen. — Zur Behandlung der Larynx tuberculose. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 72. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.* Gehalten vom 16.—22. September 1900. *Aus den Abtheilungen.* (Orig.-Ber.) XIV. — *Wiener medicinischer Club.* (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung.

Von **Primararzt Dr. Julius Schnitzler**, Privatdocent für Chirurgie in Wien.*)

Trotz aller Fortschritte auf den verschiedenen Gebieten der operativen Chirurgie verdient doch die Behandlung der Eiterungsprocesse im Vordergrund des chirurgischen Interesses zu bleiben. Sie verdient dies nicht nur wegen der so großen Häufigkeit der chirurgische Therapie erfordernden Eiterungsprocesse, sondern vor Allem auch wegen der hohen Anforderungen, welche gerade diese Krankheitsformen an die diagnostischen Fähigkeiten, an die Geduld und an den therapeutischen Scharfsinn des Chirurgen zu stellen pflegen. Die oft so schwierige Behandlung von Eiterungsprocessen ist aber andererseits eine befriedigende und dankbare, die angewendete Mühe eine zumeist nicht vergeblich aufgewendete, und es kann auch auf andere Organe und Körperregionen das Urtheil v. BERGMANN'S über die Fortschritte in der Hirnchirurgie übertragen werden, daß die moderne chirurgische Therapie nicht auf dem Gebiete der Neoplasmen, sondern auf dem der Eiterungsprocesse die dankenswerthesten Erfolge zu erringen vermag.

Aus dem großen Gebiete der Eiterungen habe ich mir zum Thema des heutigen Vortrages einige Formen intraabdominaler Eiterungen gewählt, wobei ich bemerken will, daß wir unter intraabdominalen Eiterungen alle zwischen Zwerchfell und Beckendiaphragma sich abspielenden intra-

peritonealen oder präperitonealen Eiterungen zusammenfassen können. Unter den intraperitonealen Eiterungen sind wieder die diffusen von den circumscribten und speciell wieder von den innerhalb eines Organes (Leber, Gallenblase etc.) verlaufenden Eiterungsprocessen abzugrenzen.

Nur einige, den Jahrbüchern der Wiener k. k. Krankenanstalten entnommene Zahlen mögen zeigen, wie groß die Zahl der alljährlich diesen Eiterungsprocessen zum Opfer fallenden Menschenleben ist. Im Jahre 1897 fanden in den Wiener k. k. Krankenanstalten 375 Patienten mit intraperitonealen Eiterungen Aufnahme; von diesen starben 93, d. h. 25%. Im Jahre 1896 starben von den 348 aufgenommenen Kranken gleicher Art 73, d. h. 21%. Wenn wir einzelne Arten dieser Eiterungen gesondert betrachten, so fesselt unsere Aufmerksamkeit zunächst die Epityphlitis mit ihren Consequenzen (Gangrän des Appendix, Perforationsperitonitis etc.); da finden wir in den beiden bezeichneten Jahren 475 Fälle mit 71 Todesfällen. Wir finden ferner 14 subphrenische Abscesse mit 11 Todesfällen, 16 Leberabscesse mit 11 Todesfällen, 34 Fälle von Eiterungen in den Gallenwegen mit 21 Todesfällen, also überall eine hohe relative Mortalität, und diese fällt bei Eiterungsprocessen viel schwerer in die Wagschale als bei Carcinomen oder bei Tuberculose; sind doch nur selten Eiterungsprocesse so virulent, daß auch eine rechtzeitig eingreifende chirurgische Therapie machtlos erscheint. Hier könnte also rechtzeitige Diagnose und zielbewußte Therapie viele und dauernde Erfolge erringen und eben darum soll es wiederholt werden, daß die Chirurgen nicht aufhören dürfen, in der Behandlung von Eiterungen eine ihrer allervornehmsten Aufgaben zu sehen.

Ich möchte mich nun zunächst der Besprechung der sogenannten circumscribten und der diffusen eitrigen

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctorencollegium“ am 7. Januar 1901.

Peritonitis zuwenden, muß aber gleich bemerken, daß gegen die Bezeichnung „diffuse“ oder „allgemeine“ Peritonitis, resp. gegen den Mißbrauch, der mit diesem Ausdruck getrieben wird, in jüngster Zeit BURCKHARDT Stellung genommen hat. Kaum je ist eine Peritonitis allgemein, resp. kaum je lebt ein Peritonitiker so lange, bis seine Peritonitis allgemein im wahren Sinne des Wortes geworden ist; ein mehr oder weniger großer Theil der Bauchhöhle bleibt meist von der Erkrankung verschont, theils durch Bildung von Verklebungen, theils durch die anatomischen Verhältnisse, die der Weiterverbreitung des Eiterungsprocesses Hindernisse in den Weg stellen. Man läßt daher die Bezeichnung „allgemeine“ Peritonitis wohl besser fallen, kann aber wohl den Ausdruck „diffuse“ Peritonitis im Gegensatz zum circumscribten Proceß beibehalten. In der Regel ist diese diffuse Peritonitis auch eine „fortschreitende“ im Sinne BURCKHARDT'S. Schon vor Jahren hat bekanntlich MIKULICZ eine Eintheilung der Peritonitiden in diffus septische, progredient eitrige und circumscribte durchgeführt und NOTHNAGEL hat in jüngster Zeit diese Eintheilung mit einer gewissen Erweiterung acceptirt. Es ist nun klar, daß die diffuse Peritonitis entweder nur ein vorgeschrittenes Stadium der progredienten Peritonitis sein muß, ein Stadium, das um so schneller erreicht werden wird, je rascher progredient die Peritonitis verläuft, oder daß die diffuse Peritonitis ihre Entstehung einer simultanen Infection einer sehr großen Peritonealstrecke verdanken muß. Dies führt uns zur Besprechung der Aetiologie der Peritonitis, resp. der uns heute ausschließlich beschäftigenden eiterigen, resp. jauchig-eiterigen, den Gegenstand eventueller chirurgischer Therapie bildenden Arten der Peritonitis. Diese kommen zustande entweder durch Eindringen von Infectionserregern durch eine äußere Wunde (Stichverletzung, Laparotomie etc.) oder durch den Einbruch infectiösen Materiales aus einem intraabdominell gelegenen Organ in die Bauchhöhle (Darmruptur, Ruptur der entzündeten Gallenblase etc.) oder endlich durch die Infection des Peritoneums von einem abgesackten intraperitonealen oder subserösen Eiterherd aus, u. zw. entweder durch Perforation oder infolge von Durchwanderung von Infectionserregern durch die Lymphwege. Außerdem kann eine eiterige Peritonitis auf dem Wege der Blutbahn als pyämische Metastase entstehen; doch zeigt die Erfahrung, daß sie dann zumeist durch Durchbruch eines eiterigen Infarctes eines intraabdominellen Organes (z. B. Milzabsceß) zustande kommt, daher in die oben erwähnte Eintheilung einzureihen ist.

Aus dieser Eintheilung geht hervor, daß zweierlei Perforationen unter den ätiologischen Momenten der Peritonitis figuriren, erstens die Perforation intraabdomineller Organe, vor Allem Magen und Darm, und zweitens die Perforationen abgegrenzter (intraperitonealer oder dem Peritoneum anliegender) Eiterherde in die Bauchhöhle. Ich möchte gleich hier anführen, daß zwischen diesen beiden Arten von Perforationsperitonitis strenge unterschieden werden soll, und daß manche einander widersprechende Anschauungen verschiedener Autoren über Prognose und Therapie der Perforationsperitonitis aus der nicht genügend scharfen Trennung dieser beiden Formen der Peritonitis zu erklären sind. Zugleich muß aber zugestanden werden, daß wir noch weit davon entfernt sind, die Diagnose dieser verschiedenen Formen im Einzelfalle sicher stellen zu können. Sowie es bei den Enterostenosen, seitdem sie Gegenstand einer rationellen, d. h. chirurgischen Therapie geworden sind, unser Streben ist, außer dem Bestand einer Enterostenose auch noch deren Sitz und deren pathologisch-anatomische Natur zu diagnosticiren, so sollten wir, um unsere Indicationsstellung besser zu fundiren, als dies zweifellos heute bei der chirurgischen Behandlung der Peritonitis der Fall ist, in jedem Falle zu diagnosticiren trachten, wie weit die Peritonitis vorgeschritten ist, und von wo sie ihren Ausgang genommen hat. Wir sind von diesem Ziele noch recht weit entfernt.

Das Vorhandensein einer eiterigen Peritonitis im Allgemeinen ist wohl in der Regel leicht zu erkennen. Zumeist finden wir ja doch den Kranken sichtlich schwer erkrankt, mit verfallenem Gesicht, aufgetriebenem und schmerzhaftem Bauch, beschleunigtem und wenig gefültem Puls, von häufigem Singultus geplagt, in mehr oder weniger kurzen Pausen von Erbrechen heimgesucht, dabei das Sensorium zumeist frei; mitunter Mangel von Stuhl und Winden, sowie Unmöglichkeit, spontan zu uriniren, Cyanose und event. auch Icterus vervollständigen das traurige Bild. Es kann aber nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß Grundzüge und Farben dieses Bildes bis zur Unkenntlichkeit verändert sein können, und daß es Fälle von eiteriger Peritonitis gibt, bei denen wir kaum eines der classischen Symptome finden und nur der Gesamteindruck des Kranken uns auf die richtige Spur bringt.

Vor Allem muß dem immer noch so verbreiteten Glauben entgegengetreten werden, daß normale Körpertemperatur das Vorhandensein einer eiterigen Peritonitis ausschließe. Es ist richtig, daß zumeist im Beginne dieser Erkrankung und häufig auch während des weiteren Verlaufes Fieber besteht, sowie andererseits die schweren Fälle foudroyanter peritonealer Sepsis oft mit subnormalen Temperaturen einhergehen; daneben aber sehen wir gar nicht so selten bei Patienten mit selbst reichlichem eiterigem peritonealem Exsudat tagelang normale Körpertemperaturen. — Ebenso wenig wie das Fehlen des Fiebers spricht das Fehlen von Schmerzen gegen das Vorhandensein einer eiterigen Peritonitis. Und zwar sind es nicht nur die Fälle schwerster septischer Benommenheit, die durch ihre Schmerzfreiheit einen so auffallenden Gegensatz gegen die typischen Peritonitisfälle (z. B. die puerperalen) darstellen, sondern selbst Peritonitiker mit freiem Sensorium und anscheinend normaler Perceptionsfähigkeit äußern mitunter bei Untersuchung ihres Abdomens keine oder kaum nennenswerthe Schmerzen. Ist es doch bekannt, daß ab und zu Leute mit reichlichem eiterigem Peritonealexsudat zu Fuß in das Spital gehen und bei flüchtiger Untersuchung kaum als schwer Kranke erkannt werden. Und wie die Schmerzlosigkeit die Peritonitis nicht ausschließen läßt, so ist es auch mit dem Fehlen des Meteorismus. In der Regel zeigt ja wohl der Bauch die typische Auftreibung, die in erster Linie den geblähten Därmen und nur zum kleinsten Theil der Ausdehnung durch das Exsudat zuzuschreiben ist; oft genug aber finden wir, besonders im Beginne der Erkrankung, den Bauch eingezogen, nicht selten auch normal configurirt. Dies hängt wieder mit dem so wechselnden Verhalten der Därme bei der Peritonitis zusammen. Zumeist tritt bekanntlich Darmlähmung und infolgedessen Verhalten von Stuhl und Winden ein, mitunter finden sich Diarrhoen und in seltenen Fällen wird die Darmfunction durch die Peritonitis gar nicht beeinträchtigt. Einen Fall dieser Art konnte ich im Vorjahre bei einem Patienten meiner Abtheilung beobachten.

Es handelte sich um einen 17jährigen Burschen, der in den letzten 4 Wochen vor seiner Spitalsaufnahme zwei Krankheitsattacken durchgemacht hatte, die nach den anamnestischen Angaben als rechtsseitige Bruchentzündungen aufgefaßt werden mußten. Zwei Tage vor der Spitalsaufnahme traten abermals plötzlich Schmerzen im Bauch und in der rechten Leistengegend, Schüttelfrost, Fieber und Erbrechen auf, so daß der Patient sich veranlaßt sah, das Spital aufzusuchen. Indem ich alle unwesentlichen Punkte der Krankengeschichte übergehe, will ich nur bemerken, daß die Untersuchung eine entzündete rechtsseitige Scrotalhernie sowie das Vorhandensein einer größeren Menge freien Exsudates in der Unterbauchgegend, u. zw. besonders rechts ergab. Temp. 39.3, Puls 108, nach der Spitalsaufnahme abermals ein Schüttelfrost. Nur die Unterbauchgegend war schmerzhaft, kein Meteorismus, keine sichtbare Peristaltik; häufiges Aufstoßen, mehrmaliges Erbrechen. Im Rectum viel fester Stuhl, der durch Glycerinklysma entfernt wird. Die Laparotomie ergab nebst einem

stark entzündeten, wenig Eiter enthaltenden Bruchsack viel Eiter in der freien Bauchhöhle, die Därme ohne Adhäsionen, gar nicht gebläht, nicht injicirt, nicht contrahirt, kurz, von vollkommen normalem Verhalten, ganz unverändert im geruchlosen, dicken (Bact. coli enthaltenden) Eiter schwimmend. Wurmfortsatz verdickt, ohne Perforation, frei. Abtragung des Appendix und Naht der Abgangsstelle im Cöcum. Zu der rechtsseitigen Laparotomiewunde wird links eine Gegenöffnung angelegt, wobei sich neuerlich Eiter aus dem Bauch entleert. Durchspülung mit heißer Kochsalzlösung. Drainage beider Bauchwunden. Verschluss des rechten Leistencanales nach Exstirpation des Bruchsackes. Glatte Heilung.

Ohne mich hier auf die anderen Besonderheiten dieses Falles einzulassen, möchte ich nur auf den einen Umstand hinweisen, daß die Därme auf die peritoneale Eiterung mit keiner Funktionsstörung reagierten, vielmehr normale Configuration und Contractionsfähigkeit behielten, wie das Vorhandensein des Stuhles in der Analportion und die Inspection der Därme intra laparotomiam ergab. Aber solche Fälle sind verschwindende Ausnahmen, und daß speciell der Meteorismus so hochgradig werden kann, daß er das wichtigste Symptom wird, das eventuell einer speciellen Therapie bedarf, darauf werde ich weiter unten noch zurückkommen.

Verlässlicher als Temperatur, Schmerz und Meteorismus ist wohl der Puls für die Diagnose der Peritonitis, selbstverständlich immer zusammengehalten mit den anderen, im einzelnen Fall zu eruirenden Symptomen.

Fast ausnahmslos ist bei der Peritonitis die Pulsfrequenz höher, als es der Temperatur entsprechen würde, und die Pulswelle klein.

Zum Nachweis der Peritonitis wäre nun auch noch der Nachweis des Exsudates, u. zw. für die uns hier interessirenden Fälle des eiterigen Exsudates erwünscht. Man kann aber durchaus nicht behaupten, daß dieser Nachweis stets gelingt, oder daß man hier Täuschungen nicht unterliegen könnte. Vor Allem entziehen sich kleine Exsudatmengen im Bauchraum dem physikalischen Nachweis. Sehr große Flüssigkeitsmengen sind natürlich leicht durch Palpation festzustellen; um solche handelt es sich aber in der Regel nicht. Vielmehr haben wir es hier zumeist mit den durch bei Lagewechsel sich ändernde Percussionsverhältnisse nachweisbaren Exsudaten zu thun, und daß hier durch die in den Därmen liegenden Flüssigkeitsmengen Täuschungen veranlaßt werden können, hat besonders NOTHNAGEL hervorgehoben. Es ist aber durchaus nicht immer möglich, durch die einmalige klinische Untersuchung ohne Zuhilfenahme weiterer Kunstgriffe das Vorhandensein einer eiterigen Peritonitis mit Sicherheit festzustellen, und es sind Verwechslungen, vor Allem mit mechanischer Darmocclusion ein häufiges Vorkommniß. Um speciell diesen Verwechslungen vorzubeugen, sowie überhaupt als Hilfsmittel zur Sicherstellung einer eiterigen Peritonitis hilft oft genug die mikroskopische Untersuchung eines Tropfen Blutes.

Die eiterige Peritonitis geht, wie jeder eiterig-exsudative Proceß, mit ausgesprochener Leukocytose einher und durch eventuelle Färbung eines Blutpräparates mit Jodgummilösung (nach EHRLICH) läßt sich die eiterige Natur des Exsudates mit noch größerer Sicherheit feststellen. Ich habe mich dieses einfachen, in der internen Medicin so gebräuchlichen, von den Chirurgen viel zu sehr vernachlässigten diagnostischen Hilfsmittels in vielen Fällen mit zufriedenstellendem Erfolge bedient. — In praxi handelt es sich, wenn die Diagnose der eiterigen Peritonitis in Frage kommt, zumeist um die Differenzirung gegenüber dem mechanischen Darmverschluss, selten und vor Allem im ersten Beginn der Erkrankung um die Unterscheidung gegenüber Cholelithiasis oder Nephrolithiasis, mitunter auch um eine nicht ganz unmögliche Verwechslung mit Urämie, ganz abgesehen von

der so wichtigen Entscheidung der Frage, ob im einzelnen Falle eine diffuse Peritonitis oder nur eine „peritoneale Reizung“ bei einer circumscribten Peritonealaffection vorliegt. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Peritonitis und Enterostenose wird besonders seit SCHLANGE'S bekannter Arbeit stets darauf hingewiesen, daß bei der Peritonitis die geblähten Därme sich in einem Lähmungszustand befinden, demzufolge keine peristaltischen Bewegungen ausführen, während im Gegensatze hiezu die Enterostenose sich durch die gesteigerte Peristaltik auszeichne. Für die ausgeprägten Fälle der in Rede stehenden Krankheitsformen sind ja die eben genannten Anhaltspunkte sehr werthvoll und oft genug entscheidend. Aber auch hier müssen die vielen Ausnahmen von den allgemein giltigen Regeln entsprechend hervorgehoben werden. Vor Allem kann man zweifellos im Beginne einer peritonitischen Erkrankung oft genug Peristaltik durch Inspection und Auscultation nachweisen, ganz abgesehen davon, daß das Auftreten einzelner gurrender und glucksender Geräusche leicht mit peristaltischen Geräuschen verwechselt werden könnte, während sie doch durch die fortwährende Gasentwicklung und die zwischen der im Darm liegenden Flüssigkeit und den Gasen nach den physikalischen Verhältnissen vor sich gehenden Locomotionen bedingt sein kann. Nicht so selten entwickeln sich im Verlaufe einer Peritonitis Adhäsionen und Knickungen des Darmes, so daß zur peritonitischen Damparese noch eine mechanische Behinderung der Dampassage hinzukommt. In solchen Fällen habe ich mehrmals trotz einer schon mehrtägigen Peritonitis Peristaltik zweifellos feststellen können und auch die subjectiven Beschwerden der Patienten äußern sich dann mitunter in von den peritonitischen Schmerzen deutlich differenzirbaren Koliken, ganz abgesehen von den typischen Koliken und peristaltischen Bewegungen bei circumscribten Peritonitiden. Sieht man aber mitunter trotz bestehender Peritonitis Peristaltik, wenn auch niemals im Sinne der bei chronischen Darmstenosen so charakteristischen Darmsteifung, so fehlt andererseits nicht so selten beim acuten Darmverschluss die nachweisbare Steigerung der Peristaltik. So liegt bei der Strangulation einer Darmschlinge diese zumeist ganz regungslos, und der zuführende Darmtheil zeigt mitunter keine sichtbare Peristaltik. Sitzt das Passagehinderniß in einem sehr hohen Darmabschnitt, ist der oberhalb der Stenose liegende Darmtheil durch die antiperistaltische Arbeit entleert, so fehlt ebenfalls zumeist die nachweisbare Steigerung der Peristaltik. Dieses wichtigste diagnostische Symptom ist also leider sehr oft nicht verwerthbar. — Aus der Anamnese ist für die Differentialdiagnose zwischen Stenose und Peritonitis eine im Anfang der Erkrankung festgestellte Temperatursteigerung (im Sinne der Peritonitis) wichtig. Auch der Charakter des Erbrechens und der Singultus ist für diese Differentialdiagnose in gewissem Maße verwerthbar. Sehr häufiges, vom Anfange der Erkrankung an bestehendes, den heftigen Schmerzen mitunter vorausgehendes, kaum auf Stunden sistirendes Erbrechen, wobei häufig nur ganz geringe Mengen galliger, später wohl auch Dünndarminhalt enthaltender Massen herausbefördert werden, fast unausgesetzter Singultus sprechen für Peritonitis, längere — 12—24 Stunden hindurch währende — Pausen zwischen den Attaquen von Erbrechen, das Vorhandensein heftiger Koliken vor dem ersten Erbrechen, relativ seltener Singultus sprechen eher für Stenose. Da diese Unterscheidungsmerkmale aber nur quantitative sind, so sind sie leider nur von beschränkter Werthe und daher Irrthümer so häufig. Ich komme daher wieder auf den oben schon erwähnten Vorschlag zurück, bei zweifelhafter Differentialdiagnose zwischen Darmstenose und Peritonitis die mikroskopische Blutuntersuchung auf Leukocytose und eventuelle Jodreaction (sog. Glycogenreaction) nicht zu verabsäumen, da sie eine sichere Entscheidung der fraglichen Sachlage bringt.

Aber nicht nur die diffuse, resp. fortschreitende Peritonitis, sondern auch die circumscribte Peritonitis gibt häufig zu den gleichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Enterostenose Anlaß und zum Theil aber auch hiedurch zu derartigen Schwierigkeiten gegenüber der diffusen Peritonitis Gelegenheit. Wir können eine circumscribte eiterige Peritonitis natürlich nur in Erwägung ziehen, wenn prädominirende Symptome auf eine bestimmte Partie des Bauches als auf den alleinigen oder hervorragendsten Sitz der Erkrankung hinweisen.

Umschriebene Schmerzen. Druckempfindlichkeit, Vorhandensein einer Resistenz und einer Dämpfung an einer Stelle sind diese Symptome. Sind aber daneben die Zeichen der allgemeinen Peritonealentzündung: Singultus, Erbrechen, Meteorismus, Mangel von Stuhl und Winden vorhanden, so entsteht eben die wichtige Frage, ob diese Allgemeinsymptome einer diffusen Peritonitis, resp. einem Fortschreiten der Peritonitis oder einer peritonealen Reizung ihren Ursprung verdanken. Den Unterschied zwischen diesen beiden Zuständen können wir vielleicht zutreffend dahin determiniren, daß bei der peritonealen Reizung nur schädliche chemische Producte (Toxine) vom circumscribten Entzündungsherd in die freie Bauchhöhle diffundiren, während beim Fortschreiten der Peritonitis Infectionserreger von dem Hauptherd auf das umliegende Bauchfell wandern.

Es wäre naheliegend, zur Differentialdiagnose den Nachweis von Exsudat in der freien Bauchhöhle in dem Sinne zu verwerthen, daß der positive Ausfall der Untersuchung fortschreitende Peritonitis, der negative Ausfall aber peritoneale Reizung beweise. Abgesehen von den früher schon erwähnten Schwierigkeiten, resp. Unsicherheiten in Bezug auf den Nachweis von Peritonealexsudat ist auch dieses Kriterium nicht ohne Einschränkung zu benützen. Da wäre zunächst ein Zustand zu erwähnen, den SONNENBURG als „sympathische Peritonitis“ bezeichnet und der durch das Auftreten eines serösen Exsudates in der Bauchhöhle im Gefolge einer circumscribten intraabdominalen Eiterung charakterisirt ist. (Dieser Zustand hat seine Analogie in den serösen Gelenkergüssen bei Vorhandensein von Knocheneiterungen in der Nähe der Gelenkenden.) Hier wäre freies, allerdings nicht bacterienhaltiges Exsudat nachweisbar und doch wäre der Zustand prognostisch und auch in Bezug auf die therapeutische Indicationsstellung gewiß nur einer peritonealen Reizung und nicht einer fortschreitenden Peritonitis gleichzustellen. Gerade die letztere ist wieder häufig fibrinös-eitrig, läßt ein nur in geringen Mengen vorhandenes freies Exsudat nicht nachweisen und entzieht sich dadurch dem physikalischen Nachweis. Beiden Krankheitsformen gemeinsam ist die Darmlähmung; sie kommt bei der „peritonealen Reizung“ infolge einer circumscribten Peritonitis ebensowohl vor wie bei der fortschreitenden Peritonitis oder vielmehr, wir werden ja zumeist durch die Darmlähmung darauf geführt, daß neben dem umschriebenen Entzündungsherd einer dieser beiden Zustände vorliegen muß. — Wenn man zuwartet, so wird ja allerdings das Bild bald eindeutig. Die peritoneale Reizung dauert ja doch nur wenige Tage an und macht dann einer entschiedenen Besserung des Allgemeinzustandes Platz, während die fortschreitende Peritonitis mehr oder weniger rasch zunimmt, in der Regel unter den Erscheinungen der Sepsis zum Tode führt und nur in ganz vereinzelt Fällen in Besserung, resp. Heilung übergeht. Aber hier ist das Zuwarten oft genug nicht zu rechtfertigen und man kann die Verantwortung dafür nur übernehmen, wenn man eben die volle Ueberzeugung davon gewonnen hat, daß nur eine peritoneale Reizung, resp. eine sympathische Peritonitis infolge einer localen intraabdominalen Eiterung und nicht eine fortschreitende Eiterung im Bauchraum vorliegt. Daß für diese Entscheidung weder der Zustand der Därme (Meteorismus), noch der Nachweis von Exsudat verwertbar ist, haben wir schon erwähnt. Nur dem Verhalten des Allgemein-

befindens und vor allem des Pulses, kann hier größere diagnostische Bedeutung zugesprochen werden. Erscheint das Allgemeinbefinden sehr schwer beeinträchtigt, steigt die Pulsfrequenz bei normaler Körpertemperatur auf 100, bei bestehendem Fieber gegen 120, so nehme man lieber das Fortschreiten der Peritonitis an und verfare dementsprechend. Ferner möchte ich folgendes Verhalten der Erscheinungen bei den uns eben beschäftigenden Processen hervorheben. Erfolgt von einem abgekapselten intraabdominalen Eiterherd aus eine allgemeine Peritonealreizung, so finden wir zumeist kein allmähliches Zunehmen der peritonealen Symptome, diese brechen vielmehr fast plötzlich herein (doch fehlt der Shok, der die Perforation solcher Eiterherde in die Bauchhöhle zu begleiten pflegt). Langsam gehen diese Erscheinungen wieder zurück. Schreitet hingegen die eiterige Peritonitis fort, so finden wir eine consequente Steigerung aller Symptome und auch das Fortschreiten der Schmerzhaftigkeit über das ganze Abdomen läßt sich bei regelmäßiger Untersuchung verfolgen. Nur ist hier wieder zu beachten, daß, wenn das Fortschreiten der Peritonitis sich infolge einer Perforation eines Eiterherdes entwickelt, der zunächst eintretende Shok einer Besserung des Befindens Platz macht, der zu Täuschungen über den wahren Sachverhalt Anlaß geben kann. Bald ändert sich aber das Bild wieder zum Schlechten und so muß man denn für die hier erörterte Differentialdiagnose nur den einen Satz betonen: ein Kranker mit circumscribter intraabdominaler Eiterung, bei dem Zeichen allgemeiner peritonealer Erkrankung im weitesten Sinne des Wortes auftreten, muß unter beständiger genauer ärztlicher Beobachtung stehen, und der Arzt, den die Verantwortung für den speciellen Fall trifft, möge ihn in nur mehrstündigen Intervallen immer wieder untersuchen und wird gut daran thun, das Verhalten des Pulses, des Erbrechens, der peritonealen Percussionsverhältnisse und Empfindlichkeit stets auch schriftlich zu fixiren; verhängnißvolle Erinnerungstäuschungen und Flüchtigkeiten der Untersuchung werden so am besten vermieden. — Ich habe mich bei der Differentialdiagnose zwischen peritonealer Reizung bei circumscribter Eiterung und fortschreitender Peritonitis und bei der Unzulänglichkeit dieser Differentialdiagnostik besonders lange aufgehalten, weil sie von ausschlaggebender Bedeutung für die Indicationsstellung ist und ich für meine Person kein verantwortungsvolleres Gebiet chirurgischer Indicationsstellung kenne. Hier sind wohl keinem Operateur traurige Erfahrungen erspart geblieben und ich kann auch nicht glauben, daß diejenigen, welche in Erkenntniß der Unzulänglichkeit der individuellen Diagnostik sich das Princip zurecht gelegt haben: in dubiis operatio, vor Enttäuschungen bewahrt geblieben sind.

(Fortsetzung folgt.)

Die Lepra in Dalmatien.

Von **Dr. Hugo Zechmeister**, k. u. k. Fregattenarzt. *)

Der Aussatz gehört glücklicherweise hierzulande zu den allergrößten Seltenheiten, ist aber noch in manchen Gegenden eine wahre Volkskrankheit und wurde im Mittelalter wegen seiner allgemeinen Verbreitung und verheerenden Wirkung für eine Geißel Gottes gehalten.

Nichtsdestoweniger leben im westlichen Europa noch immer circa 3000 Lepröse, und ist sogar an den meisten früher weniger verseuchten Orten eine Zunahme der Krankheitsfälle zu constatiren. Trotzdem dürfte es sich nicht um eine Vermehrung der Krankenzahl handeln, sondern meines Erachtens der Grund dieser Erscheinung darin zu suchen sein, daß die Zahl der specialistisch geschulten Aerzte überall zugenommen hat und hiedurch die vereinzelt Krankheits-

*) Vorgelesen anlässlich einer Krankenvorstellung im k. u. k. Marine-spitale zu Pola am 17. November 1900.

herde gründlicher zur Beobachtung kommen, als es früher der Fall gewesen ist.

Die genaue Bestimmung jedes einzelnen bisher unbekanntes Lepraerdes ist von großer socialer Wichtigkeit, denn die Lepra ist infolge der langen Incubationszeit und wegen ihres traurigen Ausgangs eine der heimtückischsten Krankheiten.

Es ist daher naheliegend, daß, wenn schon die genaue Kenntniß jedes einzelnen Lepraerdes infolge der Gefahr der Verbreitung der Krankheit im Allgemeinen ein Staatsinteresse ist, für die k. u. k. Kriegsmarine die genaue Kenntniß der Lepraerde in Dalmatien aus dem Grunde von noch erhöhtem Interesse sein muß. Denn so wie im vorliegenden Falle können Mannschaften ohne ausgesprochene Lepraerscheinungen assentirt werden, welche die Krankheit auf andere leicht übertragen, so daß die Seuche bei dem Umstande, als die Mannschaft der Kriegsmarine sich aus allen Theilen des Reiches ergänzt, bei der langen Incubationszeit der Krankheit von der ausgedienten Mannschaft, wenn dieselbe den Keim der Ansteckung hier bekommen haben sollte, in die übrigen Theile der Monarchie verschleppt werden kann.

Die Lepra ist, nach der Meinung der hervorragendsten Lepraforscher, wie ARNING, BABES, BESNIER, LELOIR, NEUMANN etc., eine sowohl auf hereditärem Wege, wie auch durch Contagium von Person zu Person übertragbare Krankheit. Die Uebertragung kann auf die verschiedensten Arten erfolgen, sowohl direct durch Inoculation des Virus von einem Individuum auf das andere, wie z. B. durch Tätowirung und Impfung, sowie auch durch Einathmung, da, wie die Untersuchungen SCHÄFFER'S in Breslau zeigten, ein Lepröser durch Niesen, Husten etc. die Bacillen bis auf eine Entfernung von 1½ Meter von sich streuen kann, als endlich durch Benützung gemeinschaftlicher Schlafstätten mit einem Aussätzigen oder durch das Tragen der Kleider eines Leprösen.

In unserer Monarchie sind bis in die 90er-Jahre nur ein Leprafall von LANG in Tirol und mehrere Fälle von Lepra in Südungarn von SCHWIMMER, sowie einige Erkrankungen in Galizien (SCHEUBE) diagnosticirt worden. Weiters sind durch die Untersuchungen NEUMANN'S die ersten 8 Fälle derselben Krankheit in Bosnien und in der Hercegovina bekannt geworden, welche Zahl durch die rastlosen Nachforschungen GLÜCK'S in Sarajevo sich bisher auf 40 vermehrt hat (L. GLÜCK: Zur Kenntniß der leprösen Affectionen an der Glans penis, Lepra, Bibliotheca internationalis).

In Dalmatien wurden bisher 7 Fälle von Lepra einwandfrei nachgewiesen. Sämmtliche 7 Fälle gehören der tuberosen Form an. Der vorliegende 8. Fall ist der einzige, als rein maculo-anästhetische Form zur Beobachtung gekommene aus diesem Kronlande.

Zwar sind, wie mir Linienschiffsarzt Dr. A. PLUMERT, ein gründlicher Kenner des Aussatzes, mittheilt, in den Jahren 1882/83 im Landesspitale zu Sebenico mehrere zweifellose Leprakranke in Behandlung gestanden, wurden jedoch mit den tertiär-syphilitischen zusammen unter dem Sammelnamen „Skerljevo“ geführt.

Im Jahre 1895 wurde im bosnisch-hercegovinischen Landesspitale ein Mann Namens Ante Dolic auf der Abtheilung des Primarius GLÜCK mit Lepra aufgenommen, der aus Banja nächst Vrgorac (polit. Bez. Makarska) stammte. Auf die dienstlich eingeleiteten Nachforschungen wurde vom dortigen Bezirksarzte Dr. DEFRAnceschi festgestellt, daß auch die 57jährige Mutter Iva Dolic, und auch die 33jährige Schwester Joza Dolic an derselben Krankheit leiden, ferner daß ein mittlerweile verstorbener Onkel Ivan Dolic ebenfalls an Lepra erkrankt gewesen war. Leider konnten in diesen Fällen bacteriologische Untersuchungen nicht vorgenommen werden.

Im Jahre 1897 wurde ich anlässlich meiner Einschiffung auf den Schiffsjungen-Beischiffen während meiner Anwesenheit in Lissa von dem mir befreundeten Bezirksarzt Dr. R. v. DOJMI

ersucht, mir zwei seiner Armenpraxis angehörige Fälle anzusehen, auf welche ihm keine Diagnose recht zu passen schien, und hinsichtlich welcher er den Verdacht hegte, daß es sich um Lepra handeln könnte.

Nun kamen aber damals verschiedene Fälle aus Dalmatien zur Veröffentlichung und Anzeige, die sich bei genauerer Untersuchung als ganz differente Krankheiten herausstellen, so z. B. die Fälle HOWORKA'S auf Meleda, die von NEUMANN als Keratoma hereditarium diagnosticirt wurden (NEUMANN: Ueber Keratoma hereditarium, Arch. f. Dermat. und Syphilis, Bd. XLII), so daß Dr. v. DOJMI es nicht wagte, mit seiner Diagnose gleich vor die Oeffentlichkeit zu treten. Beide Fälle, zwei neben einander wohnende und befreundete Mädchen betreffend, waren ausgesprochene, im fortgeschrittenen Stadium befindliche Leprafälle. Auf meine Veranlassung wurden der einen Kranken zwei Knoten excidirt und an Hofrath NEUMANN geschickt, der in denselben massenhaft Leprabacillen vorfand (Dr. L. v. DOJMI: Zwei auf Lissa in Dalmatien beobachtete Fälle von Lepra, „Wiener med. Woch.“, 1897, Nr. 39).

Weiterhin wurde vom Statthaltereirath Dr. IVANIC ein Fall von Lepra in Sinj constatirt und im Februar 1900 auf der Abtheilung des Primarius Dr. GLÜCK in Sarajevo neuerdings ein Kranker aus der Gegend von Metkovic mit Lepra aufgenommen.

Wenn wir nun die Frage aufwerfen, wie die Lepra in den obgenannten Orten aufgetreten sein mag, müssen wir uns, wie eingangs erwähnt, vor Augen halten, daß die Lepra sowohl alte endemische Herde besitzen, also auch von außen importirt werden konnte. Das letztere scheint bei den zwei Lissaner Fällen stattgefunden zu haben, da der Vater der einen Leprakranken, der sich viele Jahre hindurch im Auslande aufgehalten hatte, an einer ähnlichen Krankheit gelitten haben soll. In Dalmatien ist es ja nicht selten, daß die Männer oft Jahrzehnte lang in allen Theilen der Welt herumkommen und nach Erwerb eines kleinen Capitals, bei der so ausgesprochenen Vaterlandsliebe dieses Volkes, in ihre alte Heimat zurückkehren.

Es könnten aber auch von altersher einzelne Aussatzerde in Dalmatien zurückgeblieben sein, obzwar die meisten isolirten Herde durch die bei den Leprösen bald auftretende Sterilität von selbst zu erlöschen pflegen. Trotzdem könnten sich einzelne bis auf unsere Tage erhalten haben, und es wird zur Beleuchtung dieser Frage nicht ohne Interesse sein, einen kurzen Rückblick auf die Geschichte Dalmatiens zu werfen.

Die Lepra pflegt wie alle Infectiouskrankheiten hauptsächlich längs der Verkehrs- und Heeresstraßen aufzutreten und solche Inseln und Häfen am meisten zu befallen, welche einen regen Seeverkehr aufweisen.

Nun war aber Dalmatien 2000 Jahre lang durch die früher ausschließlich geübte Küstenschiffahrt eine Haupttroute des Verkehrs nach dem Orient und öfters der Schauplatz der Kämpfe zwischen dem Norden mit dem Süden.

Der Feldzug des Tiberius in Dalmatien war einer der blutigsten, den Rom führte. Nach Eroberung des Landes wurden die Veteranen mit Grund und Boden in Dalmatien beschenkt. Zahlreiche römische Colonien entstanden und Spalato hatte seine erste Blüthezeit unter Diocletian. Nun ist aber allgemein bekannt, daß die Lepra in den ersten Jahrhunderten des Christenthums in Rom ungemein verbreitet war und bei dem engen Zusammenleben der Soldaten diese Krankheit in den Legionen keine Seltenheit war.

In der ersten Hälfte des VI. Jahrhunderts finden wir Justinian's oströmische Truppen im Kampfe gegen das ostgothische Reich unter Belisar und Narses in Dalmatien. Dieselben kämpften theilweise vorher bis zum Jahre 531 in Persien gegen Kosru Mushirvan, bald darauf gegen die Vandalen in Afrika, Sardinien und Corsica. Nun war aber damals sowohl in Persien und Nordafrika, wie auch im byzantinischen Kaiserreiche die Lepra eine fürchterliche Volksplage.

Im Mittelalter war daher die Lepra eine in Dalmatien stark verbreitete Krankheit, denn nach einem (von GLÜCK herausgegebenen) Erlasse des kleinen Rathes von Ragusa wird den Aussätzigen ein bestimmter Ort zum Aufenthalte angewiesen und ihnen mit der Ausweisung aus dem Districte Ragusas gedroht, falls sie sich am Meeresstrande oder in den Straßen blicken lassen sollten („Archiv f. Derm. und Syphilis“, Bd. XXXVI).

Während der Kreuzzüge war die Insel Lagosta von den Kreuzfahrern als Aufenthaltsort der Aussätzigen benützt worden.

Auch die Herrschaft der Türken mußte bei der allgemeinen Verbreitung der Lepra unter diesem Volke für Dalmatien vom größtem Einflusse gewesen sein.

Erst mit der Annexion durch Oesterreich im Jahre 1814 kam Ruhe für dieses arme Land.

Wenn wir uns die Frage vorlegen, welche Vorkehrungen oder Einrichtungen wohl in Dalmatien getroffen worden sein mögen, um der Seuche Herr zu werden, so müssen wir zur Antwort geben, daß, obwohl bis in die neueste Zeit die Lepranken in ganz Europa isolirt gehalten worden sind und im XIV. Jahrhundert nach SCHWIMMER sogar in ganz Europa 19.000 Leprosorien bestanden haben: aus dem ganzen Lande über den Bestand einer Leprosorie keinerlei authentische Aufzeichnung vorgefunden werden kann (NEUMANN, Ministerialbericht).

Es ist daher mehr als wahrscheinlich, daß in den im Gebirge isolirten Ortschaften und auf den abseits gelegenen Inseln noch einzelne unbekannte Lepraherde sich vorfinden dürften, so daß sich das endemische Vorkommen der Lepra als einer Jahrhunderte alten Krankheit in einigen isolirten, weltabgeschiedenen Gegenden Dalmatiens ganz gut supponieren läßt.

Der vorliegende, $\frac{3}{4}$ Jahre hindurch unconstatirt gebliebene Fall beweist jedoch am besten, wie leicht in Ländern, wo die Lepra wie bei uns äußerst selten vorkommt, die Symptome selbst dem Auge des Arztes entgehen können, um wie viel weniger demnach das Auftauchen und Vorhandensein der Krankheit auf dem Lande zwischen Bauern die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, wo die Leute, da ihnen der Schwund der Tastempfindung, dieses Hauptsymptom der maculoanästhetischen Form, nicht besonders auffällt, bei der ihnen eigenen Indolenz in den seltensten Fällen ärztliche Hilfe aufsuchen.

In den vorstehenden Auseinandersetzungen habe ich es versucht, eine Erklärung des Vorkommens der Lepra in einzelnen Gegenden Dalmatiens, sowohl als einer von auswärts eingeschleppten, als auch einer möglicherweise seit Jahrhunderten an einzelnen Krankheitsherden sporadisch immer vorhanden gewesenen, jedoch meistens unbeachtet gebliebenen Krankheitserscheinung zu geben; ich erlaube mir nunmehr auf die Beschreibung des vorliegenden Falles überzugehen:

Unser Kranker J. S., Matrose 2. Classe, gibt an, aus dem Orte Vidonje, Bezirk Metković, gebürtig zu sein und aus einer vollständig gesunden Familie zu stammen. Sein Großvater väterlicherseits sei Landmann gewesen, der zufällig durch Ertrinken den Tod fand. Seine Großmutter starb noch als junge Frau. Hinsichtlich seiner Voreltern mütterlicherseits weiß er, daß sein Großvater sich auf der Jagd erkältete und nach kurzem Leiden starb. Ueber den Tod seiner Großmutter weiß er nichts Näheres anzugeben. Sein Vater, dem die Explosion einer Mine die rechte Hand abriß, war ein kräftiger Mann, der an einer acuten Krankheit gestorben ist. Die Mutter ist 48 Jahre alt und gesund. Zwei Brüder und 6 Schwestern leben und sind ebenfalls gesund. Unter seinen Verwandten kennt er Niemand als krank, sowie er überhaupt in der ganzen Ortschaft niemand kennt, der an einer Hautaffection leiden würde.

Auch kam der Mann weder vorher, noch während seiner activen Dienstzeit durch eine Einschiffung in von Lepra verseuchte Gegenden.

Der Mann trat im Herbst 1898 seine Dienstzeit in der Kriegsmarine an und war im Sommer 1899 mit mir zusammen am Bord S. M. Schiffes „Don Juan d'Austria“ eingeschiff, woselbst er mit einem leichten Bronchialkatarrh in ambulatorischer Behandlung stand. Von der Lepra waren damals noch keine sichtbaren Symptome zu constatiren. Nach Abrüstung der Sommer-Escadre wurde er auf das Torpedo-Schulschiff „Alpha“ transferirt. Dortselbst traten vor 10 Monaten pemphigusähnliche Blasen an beiden Vorderarmen auf, deren Grund, nach Platzen der Blasen, lange Zeit zum Ueberhäuten benöthigte.

Auf der Ulnarseite beider Vorderarme sieht man auf der rechten Seite drei fingernagelgroße, braun pigmentirte Flecke, am oberen Rande des unteren Drittels des linken Vorderarmes eine 4 Cm. lange und 2 Cm. breite, ebenso gefärbte Stelle und einen fingernagelgroßen Fleck von demselben Colorite auf der Volarseite oberhalb des Carpalgelenkes ober dem Metacarpus des Daumens.

Am 15. März 1900 entstand auf der Ulnarseite des Oberarmes, nahe dem Ellbogen der rechten Seite, eine flachhandgroße Blase und nach Platzen derselben bildete sich ein immer tiefer um sich greifendes Geschwür wieder am Pemphigusgrunde, weshalb er am 19. März auf die chirurgische Abtheilung des k. und k. Marinespitals transferirt wurde. Zur selben Zeit bemerkte er auch, daß an seinem Körper kleine, weiße Flecke entstanden, die sich im Laufe der Zeit allmähig vergrößerten. Da dieselben ihm jedoch nie Schmerzen verursachten, er im Gegentheile eine Abnahme der Empfindlichkeit wahrnahm, that er nie den behandelnden Aerzten eine Erwähnung davon. Zu gleicher Zeit mit dem Geschwüre am Vorderarme trat ein ebensolches auf der rechten Fußsohle auf, das die Größe eines Taubeneies erlangte und das noch jetzt theilweise mit einer festhaftenden Borke bedeckt ist.

Nach erfolgter Ueberhäutung des Geschwüres am Vorderarm wurde der Mann, der immer mehr und mehr abmagerte, am 9. Juli mit ärztlichem Befund auf 3 Monate zur Erholung in seine Heimat beurlaubt.

Nach seiner Rückkehr am 11. October konnte der Mann neuerlich zu keiner Dienstleistung herangezogen werden, da er während seiner Urlaubszeit ein neuerliches hühnereigroßes Geschwür am linken Ellbogen bekam, das ebenso wie die früher aufgetretenen mit der Eruption einer Blase begonnen hatte. Zur selben Zeit entstanden auch am linken Unterschenkel zwei 3 Cm. lange Geschwüre oberhalb des linken Malleolus externus, die jedoch bereits derzeit überhäutet sind, ebenso wie drei kreuzerstückgroße, ineinander theilweise confluirende Geschwüre am linken Gesäße mit Hinterlassung von rothbraunen Narben.

Er wurde vom 11. October bis 6. November im Marodenzimmer der Marinekaserne behandelt und an diesem Tage in das k. u. k. Marinespital transferirt, wo er vom 6. November bis zum 11. November auf der chirurgischen Abtheilung untergebracht wurde und von dort, da Verdacht auf tertiäre Syphilis vorlag, auf die Abtheilung für Harn-, Haut- und Geschlechtskrankheiten transferirt worden ist.

Status praesens:

Der 23 Jahre alte Mann ist 179 Cm. groß, von kräftigem Körperbau und mittelkräftiger Musculatur. Die Haut läßt sich am Rumpfe und an den Extremitäten in großen Falten abheben, das Unterhautzellgewebe ist schwach entwickelt. Am behaarten Kopfe finden sich kleine Narben von Verletzungen, aus seiner Kindheit herrührend. Augenbrauenbogen und Lider nicht verdickt, Augenbrauen und Wimpern festsitzend. Haut auf der Stirne verdickt, runzlig, Knötchen sind jedoch keine zu tasten. Sonst am Kopfe nichts Abnormes. Mund und Rachen, sowie die Nasenhöhle frei von pathologischen Erscheinungen.

Auf der Brust findet sich über dem Brustbein eine 15 Cm. große Tätowirung, Christus am Kreuze darstellend. Auf der Brust und am Oberarm sieht man flachhandgroße, unregelmäßig contourirte, im Niveau der Haut liegende, von einem blaßrothen Saume begrenzte, schmutzigweiße Flecke in symmetrischer Anordnung. Außer den obgenannten Pigmentnarben findet sich ein fingernagelgroßer Substanzverlust 4 Finger breit nach links oben vom Nabel,

von einer Excision herrührend, welche zu diagnostischen Zwecken vorgenommen wurde.

Das Genitale ist wohlentwickelt und zeigt keine Abnormitäten. Auf den Oberschenkeln befinden sich ebenfalls symmetrisch vertheilt, theils lichtbraune, handflächengroße Flecke, theils solche von weißer Farbe mit einem lichtbraunen Hofe umgeben. Am Rücken finden wir ebenfalls symmetrisch vertheilt hellerstück- bis flachhandgroße, rothumsäumte, weiße Flecke. Ueber dem Kreuzbein und den Lendenwirbeln eine quergestellte, 12 Cm. lange, 7 Cm. breite, oblonge, gelbbraune, scharf begrenzte Stelle, die nach Auflegen eines Pflasters vor einem halben Jahre entstanden ist. Unter den Glutealfalten beiderseits ein circa 10 Cm. langer, lichtbraun contourirter, halbmondförmiger, innen hellerer Fleck.

Am linken Ellbogen gewahrt man ein hühnereigroßes, reactionsloses, anämisches, nicht belegtes Geschwür.

Bei der Palpation der oberflächlichen Nervenstämmen findet sich der N. supraorbitalis links deutlich tastbar, beide N. auriculares rabenfederkielartig, der N. medianus in beiden Achselhöhlen als dicker Strang palpirt, der N. ulnaris, besonders rechts, fast kleinfingerdick, der N. radialis greifbar und der N. peroneus superf. auf das dreifache seines Volumens verdickt.

Auf die Aufforderung, mit ganzer Kraft einem die Hand zu drücken, kommt der Mann derselben in sehr schwachem Grade nach, ebenso ist derselbe vom Gehen selbst auf kurze Distanzen schon ermüdet.

Auf die Empfindlichkeit prüfend finden wir folgende Veränderungen.

Streichen mit dem Pinsel: Ueber Gesicht und Brust wird dasselbe als Berührung erkannt. Am Bauche ist die Empfindlichkeit auf Berührung fast vollständig erhalten, während die unteren Extremitäten ganz unempfindlich sind.

Stich mit der Nadel: Im Gesichte wird derselbe nur als Tastempfindung wahrgenommen, auf der oberen Brusthälfte oberhalb der Mammilla werden dieselben in der Cutis nicht wahrgenommen, tiefere Stiche jedoch, wenn auch abgeschwächt, als solche erkannt. Bauchdecke wenn auch in etwas vermindertem Grade auf Stiche empfindlich. Genitale auf Stich unempfindlich. Auf den unteren Extremitäten ist jegliche Empfindung aufgehoben, die Nadel kann bis zum Kopf in das Gewebe hineingestochen werden, ohne daß der Patient die geringste Empfindung dessen hätte.

Temperatursinn: Gegen Kälte besteht dieselbe in ausgesprochenere Weise als gegen Wärme. Im Gesichte werden sowohl Kälte als auch Wärme, wenn auch herabgesetzt, empfunden. Auf den oberen Extremitäten erräth Patient meistens das Kalte, aber Verwechslungen mit warm kommen vor. Untere Extremitäten sind auf Temperatur vollständig unempfindlich.

Die Intelligenz des Mannes ist in keiner Hinsicht geschwächt, im Gegentheile finden wir bei demselben eine, im Vergleiche zu seinem geringen Bildungsgrade gut entwickelte Schärfe des Geistes.

Die Vita sexualis ist bei demselben gänzlich erloschen, der Mann hat nie etwas mit einem Frauenzimmer zu thun gehabt, Erectionen kommen seit Jahresfrist nicht mehr vor.

Von den Reflexen ist der Cornealreflex ungestört vorhanden, Abdominalreflex stark gesteigert, Cremaster und Patellarreflex nicht bedeutend vermindert, Fußclonus fehlt.

Puls 76, flach und klein. Temperatur, in der Achselhöhle gemessen beträgt 36°.

Die Nägel sind auf den Fingern normal, auf den Zehen jedoch ruffig, verdickt und brüchig.

Auscultation und Percussion ergeben normale Verhältnisse der Brustorgane.

Patient klagt über Schmerzen in der Milz, welche bei schlechtem Wetter angeblich stärker sein sollen, bei gutem Wetter jedoch nachlassen.

Aus dem Geschwürsgrunde und vom Geschwürsrande am linken Ellbogen, sowie von der Bauchhaut im Bereiche eines weißen Fleckes wurde je ein kleines Stück excidirt. Dieselben wurden dem bacteriologischen Institut des k. u. k. Marinespitals übergeben und vom Vorstande desselben Linienschiffsarzt Dr. HORČKA

mikroskopisch untersucht. Die Härtung der Gewebstücke wurde in absolutem Alkohol vorgenommen. Die mit dem Mikrotom gemachten Schnitte wurden mit Anilinwasser-Fuchsin gefärbt, mit 30% Salpetersäure entfärbt und mit LÖFFLER'schem Methylenblau nachgefärbt, mit Cedernöl aufgehellt und in Damarlack eingeschlossen.

Das Ergebnis der Untersuchung war folgendes:

1. Präparat: Geschwürsgrund auf Bacillen positiv.
2. Präparat: Geschwürsrand ergibt negativen Bacillenbefund.
3. Präparat: Haut von der Bauchdecke ebenfalls negativer Bacillenbefund. Außerdem wurden Untersuchungen im Nasenschleim vorgenommen und in demselben, wenn auch spärlich, Leprabacillen gefunden.

Das glücklicherweise seltene Auftreten der Lepra in den Ländern unserer Monarchie hatte bisher zur Veranlassung, daß auch die Literatur, bezw. Beobachtungen hierüber aus unseren Kronländern nur in geringem Maße vorhanden sind. Dieser Fall als ausgesprochene Form der Lepra maculoanaesthetica dürfte jedenfalls geeignet sein, das Interesse der ärztlichen und aller jener Kreise zu erregen, deren Beruf Forschung und Präventive ist.

Aus der III. med. Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Versuche über die Verwendung des Tropon am Krankenbette.

Von **Dr. Heinrich Grün** und **Cand. med. Robert Braun.**

(Schluß.)

Fall V: Vitium cordis und Pericarditis.

P. A., Stubenmädchen, 21 Jahre alt, am 14. Juli aufgenommen.

Im 7. Lebensjahre hatte Pat. einen Gelenksrheumatismus. Seit dieser Zeit Herzklopfen. Im März dieses Jahres abermals Gelenksrheumatismus; vor 3 Wochen wiederholte sich diese Krankheit. Seit dieser Recidive heftige Erscheinungen von Seite des Herzens, die sie total entkräften und zwingen, das Spital aufzusuchen.

Status praesens: Sensorium frei, Musculatur und Fettpolster dürftig entwickelt; Haut und sichtbare Schleimhäute blaß; Arterie gut gefüllt, von etwas erhöhter Spannung. Puls irregulär, 110 Schläge. 20 Respirationen. Die Herzdämpfung überschreitet rechts das Sternum, links die Mammillarlinie; an der Spitze systolisches und diastolisches Geräusch. Zweiter Pulmonalton verstärkt. Lungenbefund normal; Harn sauer, zeigt Eiweiß. Temperatur 39·2°.

Pat. erhält Infus. fol. Digital. 0·8 : 200·0. Als Diät wird verordnet:

- 2 Kraftsuppen,
- 4 Milch,
- 1/2 Huhn,
- 2 Semmeln,
- 1 Milchspeise.

16. Juli. Es treten unter hohem Fieber (40·6°) alle Erscheinungen einer Pericarditis auf. Da Pat. keine feste Nahrung verträgt, werden bloß 2 Kraftsuppen und 4 Flaschen Milch als Diät angesetzt. Wir gaben in jede der Kraftsuppen 1 Eßlöffel, in jede Flasche Milch 1 Kaffeelöffel Tropon, zusammen 50 Grm. Das Körpergewicht der Pat. betrug 46 Kgrm. 10 Dgrm. Fleisch zeigte 55%.

17. Juli. Temperatur 39·8°. Pat. nimmt das Tropon gerne.

17.—24. Juli. In dieser Zeit nimmt das Fieber bis zu 38·1° ab, auch die Erscheinungen der Pericarditis gehen zurück. Das Tropon wird während dieser ganzen Zeit gegeben.

25. Juli. Temperatur 37·8°. Gewicht 47 Kgrm. 20 Dgrm. Fleisch 55%.

30. Juli. Pericarditis kaum mehr nachweisbar. Körpergewicht 47 Kgrm. 80 Dgrm. Fleisch 55%. Pat. verlangt 1/2 Huhn und abends 1 Milchspeise; beides wird gewährt. Ihre Diät ist nun:

- 2 Kraftsuppen,
- 4 Milch,
- 1/2 Huhn,
- 1 Milchspeise.

Die 50 Grm. Tropon werden zu den flüssigen Vehikeln weiter gegeben.

6. August. Pat. fühlt sich gekräftigt, die Erscheinungen von Seite des Herzens machen sich nur wenig bemerkbar. Wir gaben der Pat. Troponbiscuits mit dem Gehalte von 10 Grm., im ganzen also 60 Grm. Tropon. Körpergewicht 48 Kgrm. 30 Dgrm. Fleischl 60%.

18. August. Das Herzklopfen hat nachgelassen, Pat. hat sich auch sehr gekräftigt, so daß sie als „gebessert“ entlassen werden kann. Körpergewicht 49 Kgrm. 20 Dgrm. Fleischl 65%. Pat. hat also trotz der überstandenen schweren Pericarditis in 34 Tagen 3 Kgrm. 10 Dgrm. zugenommen, Fleischl ist um 10% gestiegen.

Fall VI. Cholelithiasis.

Ph. L., 55 Jahre alt, Gemeindevorsteher, am 16. Juli aufgenommen. Pat. leidet seit 3 Monaten an Durchfällen, starker Appetitlosigkeit, Erbrechen, aber insbesondere an heftigen Kolikanfällen. Wegen dieser suchte er das Spital auf.

Status praesens (vom 16. Juli): Pat. groß, kräftige Muskulatur und starker Knochenbau, Haut und sichtbare Schleimhäute blaß, kein Icterus, Herz- und Lungenbefund normal; Arterie rigid und geschlängelt, Puls 112, Temperatur 37.6°; Abdomen oberhalb des Nabels aufgetrieben, Lebergegend stark druckempfindlich, keine Oedeme. Vor dem Essen nie, nach dem Essen meist Erbrechen grünlicher, schleimartiger Massen; der Kranke bietet das Bild einer Cholelithiasis, er erhält Karlsbader Wasser.

Diät: 4 Milch, 2 Kraftsuppen, in jede Milch 1 Kaffeelöffel, in jede Suppe 1 Eßlöffel Tropon, zusammen 50 Grm. Das Körpergewicht beträgt 50 Kgrm. 20 Dgrm. Fleischl 65%.

22. Juli. Gewicht 51 Kgrm. 40 Dgrm. Fleischl 65%; kein Erbrechen, keine Diarrhoen mehr. In diesen 6 Tagen war nur ein abgeschwächter Kolikanfall. Bei dem Pat. stellt sich Heißhunger ein, er erhält:

- 2 Milch und 10 Grm. Tropon,
- 1 Suppe und 15 Grm. Tropon,
- Rindfleisch mit Gemüse,
- 1 Milchspeise und 15 Grm. Tropon als Diät für den ganzen Tag.

23. Juli. Da bei dem Heißhunger des Pat. die angesetzte Diät nicht genügt, der Pat. immer wieder über Hunger klagt, so beschlossen wir, außer der gemischten Kost bis 120 Grm. Tropon zu geben. Bei dieser Gabe stellte sich endlich Sättigungsgefühl ohne Beschwerden ein.

30. Juli. Körpergewicht 52 Kgrm. 50 Dgrm. Fleischl 65%; alle Erscheinungen der Cholelithiasis sind geschwunden, kein Schmerz, keine Diarrhoen, kein Erbrechen; Appetit andauernd gut.

Der Pat. wird entlassen; er nahm in 14 Tagen um 2 Kgrm. 30 Dgrm. zu; der Hämoglobingehalt des Blutes hat keine Aenderung erfahren.

Fall VII. Anaemia gravis.

P. B., Tischlergattin, 24 Jahre alt, aufgenommen am 24. Juli, erlitt infolge des 1. Partus 1895 großen Blutverlust. Für die damals aufgetretenen Schwächezustände suchte sie auf dem Lande mit wenig Erfolg Erholung. Im Jahre 1897 Abortus im 4. Lunarmonte. Wiederum sehr starker Blutverlust mit Schwächegefühl. Ständiger Kopfschmerz, Appetit gut, doch konnte sich Pat. infolge ihrer Armut nicht kräftig genug nähren. Beim Arbeiten oder auch beim bloßen Bücken Schwindelgefühl, allgemeine Mattigkeit. März 1900 zweiter Abortus in der 7. Woche der Schwangerschaft. Blutungen durch volle 2 Monate. Seit damals ist Pat. auffallend blaß und leidet nebst ständigem Kopfschmerz an quälendem Ohrensausen, so daß sie viele an sie gerichtete Fragen nicht hört. Arbeitsunfähigkeit. Druckgefühl auf der ganzen Brust. Beim Liegen Schmerzen in der linken unteren Brustgegend. Pat. suchte daher am 17. Juli das Spital auf. Seit Mai Cessatiou der Menses.

Status praesens: Pat. mäßig kräftig, geringer Panniculus adiposus. Hautdecken und Schleimhäute äußerst blaß, namentlich die Lippen. Conjunctiva fast vollständig farblos, ebenso das Zahnfleisch ganz weiß. Das Colorit im ganzen spielt mehr ins Gelbliche. Auffallend ist die weiße Farbe der Skleren gegen die übrige Hautfarbe. Klage über sehr heftigen Kopfschmerz, Sausen und Klingen in den Ohren; leichtes Oedem an den beiden Unterschenkeln. Leichte Facialisparesie rechterseits. Zunge sehr blaß, ebenso der weiche und harte Gaumen, überhaupt alle Rachengebilde von auffallender Blässe. Starke Pulsation der Halsvenen, negativer Venenpuls; an den Carotiden systolisches Schwirren deutlich fühlbar. Herzgegend stark pulsierend. Lungenbefund normal. Herzdämpfung bis über die Mitte des Sternums, links über die Mammillarlinie reichend. Ueber der Spitze der erste Ton auffallend laut, über der Pulmonalis rauhes systolisches Geräusch, über der Aorta zwei dumpfe Töne. Ueberall leicht vergrößerte Drüsen tastbar. Arteria radialis weich, gut gefüllt, Spannung herabgesetzt, Puls arhythmisch, inäqual, etwas celer. Temperatur 37.2°, 96 Pulsschläge, 24 Respirationen; rothe Blutkörperchen 900.000, weiße 4900, Blutfarbstoffgehalt mittels Fleischl'apparat nicht bestimmbar. Im nativen Präparat: Blutkörperchen auffallend blaß, deutliche Poikilocytose, vereinzelte kernhaltige Blutkörperchen.

Pat. erhielt täglich 10 Chocoladepastillen Siccio Schneider (also 2.5 Hämoglobin). Diät: Kalbsbraten, Reis, 2 Semmeln, 4 Milch, abends Schinken.

27. Juli. Pat. nimmt Solutio Fowleri (3 × 5 gtt.).

2. August. Fleischl 12%. Pat. hört links gar nichts. Rothe Blutkörperchen 1,275.000.

4. August. Appetit schlecht. Ohrensausen und Herzklopfen quälend; heftige Kopfschmerzen; Temperatur 36.4°.

17. August. Lippen schon besser gefärbt, rothe Blutkörperchen 1,025.000. Gewicht 53 Kgrm. 30 Dgrm.

29. August. Pat. fühlt sich heute besonders matt. Fleischl 12%. Nun verabreichen wir der Pat. BLAUD'sche Pilleu und zur gemischten Kost 45 Grm. Tropon, also eine Combination, entsprechend dem Eisentropon.

6. September. Fleischl 16% (d. i. 4.26 Grm. Hämoglobin auf 1000); rothe Blutkörperchen 1,450.000, weiße 7800, Körpergewicht 53.85 Kgrm.

19. September. Rothe Blutkörperchen 3,100.000. Fleischl 27%. Pat. ißt mit viel Appetit, sieht besser aus.

22. September. Körpergewicht 54 Kgrm. 15 Dgrm. Wir steigen mit der Tropondose auf 60 Grm. täglich.

29. September. Körpergewicht 56 Kgrm. 65 Dgrm. Rothe Blutkörperchen 3,500.000, Fleischl 24%.

9. October. Körpergewicht 57 Kgrm. 80 Dgrm. Rothe Blutkörperchen 3,800.000, weiße 4200; Fleischl 30%.

22. October. Körpergewicht 60 Kgrm. 20 Dgrm. Fleischl 36%.

2. November. Körpergewicht 60 Kgrm. 80 Dgrm. Rothe Blutkörperchen 4,000.000, weiße 5000; Fleischl 40%.

21. November. Körpergewicht 61 Kgrm. Fleischl 42%. Die Menses treten in der Nacht ein.

25. November. Körpergewicht 61 Kgrm. 30 Dgrm.

Pat. verläßt das Spital in gutem Wohlbefinden; Kopfschmerzen und andere Unannehmlichkeiten bestehen nicht mehr. Appetit sehr gut.

Wir sehen aus diesem Falle von Anaemia gravis ganz besonders schön die Wirkung des Tropon. P. kommt verfallen und entkräftet zu uns; auf die durch mehrere Wochen dargereichten Gaben von Haemoglobinum purum reagirt sie laut Blutbefund soviel wie gar nicht. Der Appetit ist trotz der Bettruhe, die allein auf schwere Constitutionskrankheiten günstig einwirkt — mäßig. Auch auf Solutio Fowleri steigt die Zahl der rothen Blutkörperchen kaum über 1,000.000. Nun erhält P. Pilulae Blaudii und, da sie sich schwach fühlt, Tropon; wir beginnen mit 45 Grm. und erhöhen nach 3 Wochen die Dosis auf 60 Grm. täglich.

Vier Wochen nach Darreichung des Tropon hat Pat. bereits um 3000 Grm. an Körpergewicht zugenommen; am 21. November stellen sich die Menses ein. Hämoglobingehalt:

42%. Und als Pat. das Spital verläßt, wiegt sie 61 Kgrm. 30 Dgrm., hat wenig mehr als 4,000.000 rothe Blutkörperchen, eine annähernd normale Färbung der Schleimhäute und Haut und keine Beschwerden. An Körpergewicht hat sie genau 8 Kgrm. zugenommen! Wenn wir auch vollkommen anerkennen, daß dem Eisenpräparat in erster Linie die Regeneration des Blutes zu verdanken ist, können wir doch nicht umhin, mit Rücksicht auf den Eisengehalt des Tropon dieses als mitwirkendes Agens zu betrachten. Es läßt sich dies wohl schwer aus dem vorliegenden Falle beweisen. Aber bedenkt man, daß mit zunehmendem Körpergewicht die Blutbildung vorwärts schreitet sowohl hinsichtlich der Erythrocyten als auch des Färbungsindex und mit der Kräftigung des Gesamtorganismus auch die Beschwerden, wie z. B. Taubheit links, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit etc. schwinden, dann ist es begreiflich, wenn wir das Tropon als gut brauchbares Nährpräparat bezeichnen.

In keinem der Fälle haben wir Ueblichkeiten, Erbrechen, Obstipation oder Diarrhöen durch Tropondarreichung constatiren können. Der Stuhl war überall gut geformt, und selbst die größten Mengen von Tropon (das Maximum der Darreichung bestand in einem Falle in 150 Grm. pro die) bewirkten keine Reizung der Magen- und Darmschleimhaut. Viele von den Pat., denen wir (außer den beschriebenen Fällen) Tropon gaben, waren Reconvalescenten. Nun ist es wohl richtig, daß die Reconvalescenz allein oft Gewichtszunahme, Besserung des Appetits und des Kräftezustandes mit sich bringt, aber andererseits muß aus der Regelmäßigkeit und Gleichmäßigkeit des Erfolges, den wir während unserer fünfmonatlichen Versuche bei Tropondarreichung stets eintreten sahen, nicht allein bei Genesenden, sondern, wie die vorhergehenden Krankengeschichten zeigen, auch bei acut und chronisch erkrankten Menschen, der Schluss erlaubt sein, daß wir dem Tropon einen großen Antheil an dem Erfolge selbst zuschreiben.

Um zu ersehen, inwieweit das Tropon imstande ist, den Nahrungsstickstoff zu ersetzen, wurden vier Stickstoffbestimmungen, und zwar ein Versuch an Cand. med. BRAUN selbst durchgeführt, der zur Zeit vollständig gesund war und sich im Stickstoffgleichgewicht befand. Die übrigen drei Versuche wurden an Reconvalescenten angestellt, die in der Genesung nach ganz leichten Affectionen als gute Versuchsbeispiele dienen konnten.

In jedem Falle wurde der ganze Versuch in 3 Perioden eingetheilt zu je 5 Tagen, von denen die ersten und letzten fünf Tage als Vor- und Nachperiode benützt wurden, während welcher Zeit die Versuchspersonen ihren Stickstoffbedarf aus einer ziemlich gleichmäßigen, diesem Versuche angepaßten Diät deckten. In der Periode der zweiten fünf Tage wurde ein Theil des Nahrungsstickstoffes ersetzt durch Troponstickstoff, und zwar in den beiden ersten Versuchen eine geringere Menge, in den zwei anderen Versuchen ein ganz bedeutender Theil, um speciell in den zwei letzteren Fällen zu ergründen, ob der Körper auch bei Mangel einer größeren Stickstoffmenge der Nahrung sich durch Ersatz desselben aus Tropon im Stickstoffgleichgewicht erhalten könne.

Die Bestimmung des Stickstoffes geschah in der herkömmlichen Weise nach KJELDAHL, und es wurden zu dieser Bestimmung einerseits kleine Mengen der dargereichten Nahrungsstoffe, andererseits Harn und Koth verwendet. Die Abgrenzung des Kothes geschah mit Kohle.

Die Nahrung in Vor- und Nachperiode bestand der Einfachheit der Bestimmung und Gleichmäßigkeit halber aus Fleisch, Brot und Milch, die in der entsprechenden Weise während des Tages vertheilt wurden.

Im Nachstehenden wollen wir bloß zwei Versuche anführen, da die beiden anderen in ihren Resultaten so ziemlich mit den ersten beiden übereinstimmen.

I. Versuch.

Vor- und Nachperiode: je 5 Tage				Troponperiode: 5 Tage			
	Menge Grm.	Stickstoff	Eiweiß		Menge Grm.	Stickstoff	Eiweiß
Fleisch . . .	250	8.125	52.813	Fleisch . . .	125	4.063	26.409
Brot . . .	250	2.862	18.412	Brot . . .	250	2.862	18.412
Milch . . .	1500	8.315	54.047	Milch . . .	1500	8.315	54.057
Summe . . .		19.302	125.272	Tropon . . .	28.7	4.062	26.403
				Summe . . .		19.302	125.281

	N-Einfuhr		N-Ausfuhr			N-Bilanz
	Nahrungs-N	Tropon-N	Harn-N im Mittel	Koth-N im Mittel	Harn-N + Koth-N	
Vorperiode	19.3	—	17.16	1.62	18.78	+ 0.52
Troponperiode	15.2	4.1	17.29	1.71	19.0	+ 0.30
Nachperiode	19.3	—	17.53	1.29	18.82	+ 0.48

Wir hatten den Stickstoff der Ausfuhr für die tägliche Harn- und Kothmenge berechnet und die Mittelzahlen aus diesen Berechnungen dem Resultate zugrunde gelegt.

Wir sehen aus diesen Versuchen, daß zwar die Stickstoffbilanz in der Troponperiode etwas ungünstiger ist, jedoch findet keineswegs ein Verlust an Stickstoff statt.

II. Versuch.

(Dieser Versuch wurde an Cand. med. BRAUN ausgeführt. Bei demselben wurde die ganze Menge Fleisch und ein Theil der Milch durch Troponstickstoff ersetzt.)

Vor- und Nachperiode: je 5 Tage				Troponperiode: 5 Tage			
	Menge Grm.	Stickstoff	Eiweiß		Menge Grm.	Stickstoff	Eiweiß
Fleisch . . .	250	8.214	53.391	Fleisch . . .	—	—	—
Brot . . .	250	2.774	18.031	Brot . . .	250	2.774	18.031
Milch . . .	1500	8.315	54.047	Milch . . .	1000	5.87	38.155
Summe . . .		19.303	125.469	Tropon . . .	75.2	10.659	69.835
				Summe . . .		19.303	126.021

	N-Einfuhr		N-Ausfuhr			Bilanz
	Nahrungs-N	Tropon-N	Harn-N (im Mittel)	Koth-N (im Mittel)	Harn-N + Koth-N	
Vorperiode	19.303	—	17.333	1.65	18.983	+ 0.32
Troponperiode	8.644	10.659	17.233	1.95	19.183	+ 0.12
Nachperiode	19.303	—	17.203	1.72	18.923	+ 0.38

Noch mehr als aus dem ersten Versuch kann man aus dieser letzten Tabelle ersehen, daß auch bei Ersatz eines sehr großen Theiles des Nahrungseiweißes durch Troponweiß der Körper eigentlich keinen Verlust an Stickstoff erleidet, da sich auch bei diesem Versuch eine Stickstoffbilanz von + 0.12 ergab. Es kann daher das Tropon von diesem Standpunkt aus als ein Nährmittel verwendet werden, welches uns in Fällen, in denen wir Stickstoff in anderer Weise nicht so gut zuführen können wie bei Ulcus ventriculi, kachektischen Zuständen und appetitlosen Kranken ganz ausgezeichnete Dienste leisten kann.

Eine Zusammenfassung unserer Erfahrungen bei den mehrmonatlichen Troponversuchen ergibt also:

I. Das Tropon wird, selbst in größerer Menge, ohne Widerwillen von den Kranken genommen.

Auch hat es selbst bei längerem Gebrauche und längerer Anwendung keine unangenehmen Nebenwirkungen.

II. Es wird vom Darne zum größten Theile resorbirt und ist deshalb auch imstande, sowohl bei acuten als auch

bei chronischen Erkrankungen den Stickstoffbedarf des Körpers zum großen Theile zu decken.

III. Es kann, da es an Wirksamkeit keinem der uns bekannten Nährpräparate nachsteht, an Billigkeit sie jedoch alle übertrifft, von diesem Standpunkte aus ohneweiters empfohlen werden.

Zum Schlusse erfüllen wir die angenehme Pflicht, unserem hochgeschätzten Herrn Primarius, Dr. LEO REDTENBACHER, für die Ueberlassung der Fälle, sowie dem Assistenten der Abtheilung, Herrn Dr. JOSEF WINTERBERG, für die freundliche und werththätige Unterstützung unseren herzlichsten Dank auszusprechen.

Referate.

A. HOFFA (Würzburg): Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten.

Die Behandlung der verschiedenen Hüftgelenksdeformitäten, die früher ein recht undankbares Gebiet des Orthopäden gewesen ist, hat in der neuesten Zeit mannigfache und bedeutende Fortschritte gemacht. Es gelingt jetzt oft, durch orthopädische Behandlung allein noch Heilung oder Correction zu erzielen, wo früher unbedingt hätte blutig operirt werden müssen. Immer aber bleiben noch Fälle übrig, bei denen eine Osteotomie wohl indicirt ist. H. bespricht („Festschrift zur Feier ihres 50jährigen Bestehens herausgegeben von der physik.-medic. Gesellschaft zu Würzburg“ 1899) auf Grund von 49 in den letzten 6 Jahren vorgenommenen Osteotomien wegen Hüftdeformitäten kurz die allgemeine Technik und Prognose dieser Operation. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich, daß alle Formen der Osteotomien angewandt wurden, die einfache, die lineare subtrochantere, die keilförmige, die schräge, die pelvetrochantere, die Osteotomie im Schenkelhalse und die Meißelresection des Gelenkes. Die Ursachen der Hüftdeformitäten waren tuberculöse,luetische, rheumatische, osteomyelitische und Scharlachcoxitis. In einer größeren Anzahl von Fällen wurde die Osteotomie nothwendig bei Patienten, an denen vorher die blutige Reposition der angeborenen Hüftgelenksluxation gemacht worden war. Ganz besonders empfiehlt H. die Osteotomia subtrochanterica obliqua für die Behandlung einseitiger angeborener Hüftluxationen bei älteren Kindern nach dem 10. Lebensjahre. Durch dieselbe wird nicht nur die Deformität corrigirt, sondern auch die Verkürzung möglichst ausgeglichen. Auch in jenen Fällen von Coxa vara, bei denen die confirmative mechanische Behandlung keine erhebliche Besserung erzielte, kann die subtrochantere Osteotomie mit recht gutem Erfolge verwendet werden. Die näheren Details der mit 14 Photographien und vier Roentgenbildern illustrierten Krankengeschichten sind zu einem kurzen Referate nicht geeignet. GRÜNBAUM.

NESCHEL: Beitrag zur Lehre der Operationsführung unter localer Anästhesie nach SCHLEICH.

Ueber das SCHLEICH'sche Verfahren ist bereits so viel geschrieben worden, daß man beim Antreffen einer neuen Mittheilung kaum etwas Neues mehr erwartet. Der Aufsatz N.'s („Wratsch“, 1900, Nr. 49) enthält aber doch einen neuen und sogar sehr interessanten Beitrag zu der so viel besprochenen Frage. Bekanntlich gibt SCHLEICH in seinem Werke an, daß er selbst nicht Gelegenheit hatte, die Sectio alta unter localer Anästhesie auszuführen, wenn er auch durchaus überzeugt ist, daß diese Operation unter localer Anästhesie durchaus ausgeführt werden kann. Nun, Verf. war in der Lage, viermal die Sectio alta unter localer Anästhesie vorzunehmen. In den ersten zwei Fällen, die Kinder betrafen, wurde von Seiten der Operirten nicht im geringsten über Schmerzen geklagt; in dem dritten Falle, der gleichfalls ein Kind betraf, klagte dasselbe zwar über Schmerzen, jedoch waren dieselben so geringfügiger Natur, daß die Operation zu Ende geführt werden konnte. Dagegen mußte in dem 4. Falle, in dem es sich um eine 24jährige Patientin handelte, wegen Mangelhaftigkeit

der localen Anästhesie die Operation unter Chloroformnarkose zu Ende geführt werden.

Verf. gewann aus seinen Beobachtungen die Ueberzeugung, daß die Sectio alta und die Extraction von Steinen aus der Harnblase auch unter localer Anästhesie schmerzlos ausgeführt werden kann, daß aber allerdings die Fälle gewählt werden müssen. In denjenigen Fällen, in denen die Harnblasenwandungen infolge längeren Verweilens der Steine in der Harnblase oder infolge besonders ungünstiger Eigenschaften der Steine noch nicht zu stark alterirt sind, und die bei gefüllter Blase operirt werden können, ist das SCHLEICH'sche Verfahren durchaus geeignet. Sollte aber das Verfahren einmal versagen, so ist es auch nicht von besonderer Bedeutung, weil dasselbe an und für sich durchaus ungefährlich ist und zu jeder Zeit durch eine Chloroformnarkose in seiner Wirkung ersetzt werden kann. L—y.

RIEDEL (Jena): Ueber die Gallensteine.

Die Indicationen für die Behandlung Gallensteinkranker lauten („Berliner klin. Wschr.“, 1900, Nr. 3):

Nicht operirt soll derjenige werden, der sofort vom ersten Schmerzanfalle an alle typischen Erscheinungen des vollkommen erfolgreichen Anfalles darbietet, der also am 2.—3. Tage Icterus bekommt und dann kleine Steine per vias naturales entleert. Kleine Steine sind niemals Gegenstand der Operation; sie sind schwer im D. choled. zu finden und sie können von selbst abgehen. Selbst oft wiederholte Anfälle sollen nicht zur Operation veranlassen, wenn jedesmal kleine Steine entleert werden. Erst wenn weiterhin erfolglose Anfälle einsetzen, wenn keine Steine mehr entleert werden, kommt die Operation in Frage, weil dann der Verdacht entsteht, daß neben den kleinen auch größere Steine in der Gallenblase stecken.

Nicht operirt werden soll derjenige, der nach längeren erfolglosen Anfällen endlich einen vollkommen erfolgreichen Anfall bekommen hat mit Entleerung von etwas größeren Steinen; wenn ein größerer Stein die Papille passirt hat, können auch weitere folgen, ganz abgesehen davon, daß der einzig existirende, resp. der letzte ausgeworfen sein kann; treten weiterhin erfolglose Anfälle auf, so ist die Operation indicirt.

Dagegen ist ein einziger erfolgloser Anfall ohne Icterus Grund zum Operiren; der Stein oder die Steine sollen nicht in die Tiefe gedrängt werden durch weitere Anfälle, sie sollen extrahirt werden, bevor sie in die Tiefe gehen, Wir haben kein einziges sicheres Mittel, die Steine in den „Zustand der Latenz“ zu bringen; sie werden ja oft genug von selbst latent, aber zwingen können wir sie nicht dazu. Durch Abführmittel erreichen wir einen gewissen Grad von Latenz (Karlsbad), dieselbe kann zufälliger Weise von Dauer sein, oft ist sie nicht von Dauer.

Indicirt ist gleichfalls die Operation, wenn nach langen erfolglosen Anfällen der zu oberst sitzende Stein in den D. choled. geworfen ist und dort stecken bleibt. Selbstverständlich muß dieses „Steckenbleiben“ durch längeres Abwarten festgestellt werden; 2—3wöchentliches Abwarten genügt, doch läßt sich selten ein Kranker so früh operiren, weil er immer noch auf spontanen Abgang des Steines hofft. Die früheste Choledochotomie, die R. gemacht hat, fand 6 Wochen nach Eintritt von 3 Steinen in den Duct. choled. statt; einer war sofort per vias naturales entleert worden, die beiden anderen extrahirte er aus einem bereits fingerdick gewordenen Choledochus: es wurde glatte Heilung erzielt.

N.

R. SACHS (Breslau): Beiträge zur Behandlung der Scabies.

Ein neues Präparat, das Peruol (Benzoessäurebenzylester), bildet den Gegenstand der Untersuchung. Es wurden vergleichsweise Abtödtungsversuche mit den sonst üblichen Antiscabiosis und dem Peruol an lebenden Milben vorgenommen und dadurch experimentell constatirt, daß das neue Präparat neben Styrax und β -Naphthhol zu den wirksamsten Mitteln gehört. Bei Menschen wurde es in

der Mischung 1:3 Ricinusöl angewendet, wobei der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes und Halses innerhalb 36 Stunden dreimal eingerieben wurde. Wenn vor Beginn der Behandlung Reizerscheinungen fehlen und die Hornschicht sich als sehr dick erweist, erscheint es zweckmäßig, der Cur ein Seifenbad vorzuschicken. Nach der letzten Einreibung wird die Wäsche gewechselt.

Das Mittel wirkt auf die Haut nicht reizend, auch in jenen Fällen nicht, wo bereits von der ersten Einreibung Reizerscheinungen vorhanden sind, und ist auch sonst bei dieser Application für den Organismus unschädlich. Als Vorzüge hebt der Autor resumierend („Deutsche Medic. Wochenschr.“, 1900, Nr. 39) hervor: 1. daß es sicher auf Milben tödtend wirkt, 2. daß es weder auf die Haut, noch auf die inneren Organe schädigend wirkt, 3. daß es weder Haut noch Wäsche verfärbt, 4. daß es geruchlos ist. Dagegen ist der relativ noch zu hohe Preis ein Nachtheil.

Anhangsweise berichtet der Autor noch über die Nachprüfung eines von Dr. SHORWELL empfohlenen Verfahrens, wo nach einer Abreibung mit Schmierseife im Bade der Körper mit einer 5%igen Schwefelsalbe eingerieben und in die Leibwäsche Schwefelblumen eingestreut werden. Diese Einreibungen werden jeden 2.—3. Abend wiederholt; im Ganzen genügen 3 Einreibungen. Der Erfolg ist ein sehr guter, doch findet eine Steigerung der Reizerscheinungen statt, wenn bereits Ekzem zu Beginn der Cur vorhanden war; auch bei sehr empfindlicher Haut wird sich die Anwendung wegen eventueller Reizung nicht empfehlen. Ein Nachtheil, den der Autor nicht hervorhebt, scheint uns die Behandlungsdauer zu sein, die sich denn doch auf 6—9 Tage erstrecken muß. DEUTSCH.

BABUCKE (Königsberg): Ueber die Desinfection mit Typhusbacillen inficirter Badewässer.

Die Versuche des Verf. zeigen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 27, H. 22/23), daß der Chlorkalk in geringer Menge und bei bestimmter Zeitdauer selbst sehr stark verunreinigtes und mit gröberen, flottirenden Fäcespartikeln vermengtes Badewasser desinfectiren kann. Nach den Erfahrungen des Verfassers genügt für ein Vollbad von 200 Litern eine halbstündige Einwirkung von 200 Grm. Chlorkalk, um eine Vernichtung der Coli- und Typhusbacillen selbst bei festen Fäcespartikeln herbeizuführen. Dabei wird betont, daß der Chlorkalk billig und sowohl für die Handhabung als für das Material der Wannen ungefährlich ist. Dr. S.—

J. PAULSEN (Ellerbeck): Ein Fall von gonorrhoeischen Gelenks- und Hautmetastasen im Anschluß an Blennorrhoea neonatorum.

Bei Kindern ist das Auftreten von Gelenksmetastasen nach Blennorrhoe nicht besonders häufig beobachtet worden, in so früher Kindheit als in dem vom Autor geschilderten Falle („Münch. Medic. Wochenschr.“, 1900, Nr. 35), ungefähr 8 Tage post partum, überhaupt nicht. Es trat zunächst Anschwellung des linken, später des rechten Knies, sowie des rechten Metacarpophalangealgelenkes ein, nach weiteren 10 Tagen zeigten sich Papeln und Bläschen zuerst an den Beinen, dann auch im Gesicht. Zur Exsudation des linken Knies gesellte sich auch Schwellung des Oberschenkels, das Exsudat erwies sich als eitrig, das Gelenk wurde eröffnet und

drainirt, normaler Heilungsverlauf mit vollständiger Erhaltung der freien Beweglichkeit.

In dem Eiter wurden trotz eifrigen Suchens in sehr zahlreichen Präparaten — Culturen waren nicht angelegt worden — nur Gonokokken, keinerlei Eiterkokken, gefunden. Auch der Inhalt der Bläschen war vom Autor untersucht worden, und in allen Präparaten fanden sich Gonokokken, nur in dem Exanthem des Gesichtes war der Befund negativ. Auf Grund des Gonokokkenfundes in dem Serum der Bläschen glaubt der Autor die Ansicht, daß es sich bei den Exanthemen der Gonorrhoe um reflectorische Exantheme handle, widerlegt zu haben, entkräftet aber diese Behauptung sofort, indem er sie nur für die oben beschriebene Kategorie der Exantheme in Anspruch nimmt und für die anderen Fälle zumindest eine ätiologische Beziehung zwischen Exanthem und Gonococcus annimmt, als ob die reflectorische Form je andere Beziehungen befürwortet hätte. DEUTSCH.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der anorganischen Chemie. Von Prof. Dr. H. Erdmann. 2. Auflage. Braunschweig 1900, Friedrich Vieweg & Sohn.

Die neue, zweite Auflage des E.'schen, mit vielem Rechte bereits weitverbreiteten Lehrbuches ist durch eine Fülle neuer Thatsachen erweitert worden, welche den Fortschritten und dem heutigen Stande des großen, umfassenden Wissensgebäudes entspricht, das die Chemie unserer Zeit darstellt. Die gediegene Bearbeitung und Durcharbeitung des Stoffes einerseits, die ganz ausnehmend plastische und anziehende Darstellungsweise ERDMANN'S andererseits haben den trockenen Lehrgegenstand in ein fesselndes Werk umgestaltet und dem toten Materiale warmes kräftiges Leben eingehaucht. 287 treffliche Abbildungen und sechs farbige Tafeln dienen an passender Stelle zur Illustration des Gesagten. Dem 1. Theile „der Einleitung in die Chemie“ folgt der specielle Theil, in den zwei Abschnitten, in welche er naturgemäß auseinanderfällt, den Metalloiden und den Metallen. Den Schluß bildet — wie in der 1. Auflage — das natürliche System der Elemente zusammen mit einigen Ausführungen, welche bereits eingehendere, chemische Kenntnisse voraussetzen und die daher erst an dieser Stelle dem richtigen Verständnisse von Seite des Studirenden begegnen können. Ld.

Pratique de la Chirurgie courante. Par Dr. Marius Cornet. Avec 111 Fig. Paris 1900. Félix Alcan.

Das Buch verfolgt den Zweck, dem praktischen Arzte als Rathgeber bei seiner täglichen chirurgischen Beschäftigung und bei den dringenden Operationen, die jeder Arzt ausführen muß, zu dienen; dementsprechend läßt Verf. sich in keine weitläufigen theoretischen Erörterungen ein, sondern empfiehlt überall Methoden von allgemein praktischem Werth. Ein besonderes Capitel ist den kleineren gynäkologischen Eingriffen gewidmet, die der Arzt oft vornehmen muß (Tamponade, Columnisation, Curettement). Das Buch, welches in einer Vorrede von Prof. OLLIER warm empfohlen wird, ist ein sehr nützliches Hilfsbuch für den Praktiker. dh.

Feuilleton.

Prager Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

I.

— Februar 1901.

Unsere Aerztekammer liegt in den letzten Zügen. Ihr Schwanengesang, die Abschiedsversammlung, ist bereits verklungen, und sanft, wie sie gelebt, sieht sie nach dreijähriger Functionsperiode ihrem Ende entgegen. Noch einmal sind aus allen Gauen Böhmens die Aerzte herbeigeeilt, um durch ihre Anwesenheit ihrer Pflicht als Kammermitglieder Genüge zu thun, noch einmal haben sich die

Angehörigen beider Nationen die Hände geschüttelt und sich gegenseitig der sprachgrenzenlosen Verehrung versichert, und nur durch den Grad der Rührung, mit dem dies geschah, unterschied sich diese Versammlung von den früheren.

De mortuis nil nisi bene! Auch ich würde diesem edlen Principe huldigen, umsomehr, als ich mir keineswegs den Vorwurf zu machen brauche, der Kammer zu ihren Lebzeiten zu viel Gutes nachgesagt zu haben. Aber hier handelt es sich nicht um Todte. Soweit sich die Situation überblicken läßt, wird in allernächster Zeit die Kammer ihre Auferstehung in alter Pracht feiern und so wird der Nekrolog für die alte gleichzeitig zum Prologe der neuen Kammer.

In diesem feierlichen Momente drängt sich gewiß die Frage auf: Was hat die alte Kammer geleistet, was haben wir von der erneuerten zu erwarten?

Wenn ich diese Frage mit einem einzigen Worte beantworte: „Nichts“, so werde ich auf keinen großen Widerspruch stoßen, die erhebende Thatsache ist uns Allen bekannt und selbst die Großen der Kammer pflegen dies, wenn auch zögernd und unter Hinweis auf verschiedene Actionen, die ich noch besprechen werde, denn doch zuzugeben. Aber im selben Momente klagen sie auch schon das schlechte Kammergesetz an und die noch schlechteren Collegen.

Aber sind es wirklich das mangelhafte Gesetz, die schlechte Organisation der Aerzte, die Alles lähmenden politischen Verhältnisse, die eine Thätigkeit der Kammer nicht aufkommen ließen und für die Zukunft eine ebenso trübe Prognose bieten?

Zum Theile gewiß, aber nur zum geringeren; die Hauptschuld an dem Siechthum der Kammer trägt wenigstens bei uns die Art ihrer Zusammensetzung, die im Laufe der verflossenen 6 Jahre eine wesentliche Veränderung nicht erfahren hat und auch in der neuen Kammerperiode keine solche aufweisen wird. In unserer Kammer sitzen nicht praktische Aerzte, die sonst kein anderes Ziel vor Augen haben, als die Interessen ihrer Collegen zu wahren und sich jedem Schädiger derselben rücksichtslos entgegenzustellen. Wir sind vertreten durch Aerzte, die die Wahl in die Aerktekammer als eine ihnen vermöge ihrer akademischen Würde, ihrer gesellschaftlichen Stellung, ihres Wohlstandes gebührende Ehrung seitens der Aerzteschaft beanspruchen und die es mit den genannten Verhältnissen absolut nicht vereinbaren können, maßgebenden Factoren gegenüber so aufzutreten, wie es die Interessen der hart kämpfenden Aerzte erfordern.

Kann man es einem Professor, der ein sicht- oder hörbares Ehrenzeichen anstrebt, verdenken, wenn er mit der Sanitätsverwaltung gut Freund bleiben will, kann man es einem Docenten verübeln, wenn er es nicht unternimmt, sich dem Professoren-collegium entgegenzustellen, kann man endlich einem praktischen Arzte einen Vorwurf machen, der, gerne in besserer Gesellschaft verkehrend, es nicht für angemessen hält, die übliche oberflächliche Behandlung unserer Angelegenheiten zu verlassen und den Dingen auf den Grund zu gehen, auf die Gefahr hin, in der ihm lieb gewordenen Sphäre Anstoß zu erregen? Gewiß nicht.

Aber wer solche Rücksichten zu nehmen hat, der möge eben ruhig zu Hause bleiben und sich nicht in Stellungen drängen, die sich mit seinen sonstigen Verhältnissen nicht vertragen. Und das ist der Krebschaden, der unserer Kammer seit ihrer Constituirung anhaftet, daß dieselbe in ihrem wesentlichsten Bestandtheile, dem Ausschusse, aus Personen zusammengesetzt ist, die weder die Absicht, noch die Beschaffenheit besitzen, sich für unsere Forderungen zu exponiren.

Will man heute für die Aerzteschaft etwas von Kammerwegen erreichen, dann heißt es vor Allem den Kampf aufzunehmen gegen die öffentliche Sanitätsverwaltung, die in Verkennung ihrer Bestimmung dem praktischen Arzte eine Berufssphäre nach der anderen schmälert und ihm durch ihre schlecht besoldeten Organe schwere Schädigungen beibringt; es gilt energischen Vorstoß zu unternehmen gegen die klinischen und poliklinischen Ambulatorien und deren Leiter, in denen die praktischen Aerzte der Stadt ihre ärgsten Feinde erblicken; es bedarf kräftiger Abwehr gegen Collegen, die ihre akademischen Grade dazu ausnützen, um den in minder glücklicher Position befindlichen Arzt unmöglich zu machen. Um aber in dieser Weise aufzutreten, muß man eben vollkommen unabhängig sein; wer es nicht ist, möge den eigenen Ehrgeiz dämpfen und auf die Leitung ärztlicher Standesangelegenheiten verzichten.

Oder sollen sich die Aerzte mit dem, was bisher geleistet wurde, zufrieden geben? Jetzt will ich daran gehen, das „Nichts“ von vorhin zu erläutern. Es wurde ein strenges Annoncenverbot erlassen und später wieder revocirt. Es wurde die Annahme von Krankencassenpauschalien verpönt und diesem Beschlusse folgte die Reassumirung auf dem Fuße. Nach diesen beiden Mißgriffen wagte sich unsere Kammer an nichts Bedeutenderes mehr heran. Sie begnügte sich damit, die kleinlichen Streitigkeiten der Aerzte unter einander zu verarbeiten, den Kammerbeitrag drakonisch einzutreiben, um damit einem wankenden Zeitungsunternehmen auf die Beine zu helfen; es wurde die Specialistenfrage vertagt, die

Honorarfrage auf später verschoben, eine Standesordnung promulgirt, um die sich kein Mensch kümmert, schließlich, und darauf bildet sich unsere Kammer am meisten ein, eine Krankencasse gegründet. Die Kosten derselben tragen freilich einzig und allein die beigetretenen Mitglieder, aber die Statuten hat die Kammer verfaßt, sie erwiesen sich als so unbrauchbar, daß vom Cassenausschusse schleunigst neue ausgearbeitet werden mußten, um nicht gleich mit einem Fiasco zu beginnen.

Aber ich will nicht einmal von irgend welchen Erfolgen sprechen, die etwa hätten errungen werden können; die Kammer war nicht einmal imstande, durch ihre Thätigkeit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich zu ziehen, und nichts ist bezeichnender für die Werthschätzung, die sie genießt, als die Umstände, unter denen heuer die Candidaturen aufgestellt wurden. Wer sich des Interesses erinnert, das die Kammerwahlen noch vor der verflossenen Amtsperiode auf sich zogen, wer kurz zuvor die Berichte über die Wahlbewegung in Wiener Aerktekreisen gelesen, der konnte sich bei Betrachtung dieses Wahlvorganges kaum des trübsteigsten Gefühles erwehren. Den recht zahlreich im Aerkztevereine anlässlich fachlicher Vorträge erschienenen Collegen wurden die Namen der Candidaten vorgelesen, über die sich kurz zuvor eine kleine Gruppe geeinigt hatte, und sie erhoben als Zeichen der Zustimmung so mechanisch die Hände, als ob über eine selbstverständliche Trauerkundgebung abgestimmt würde. Der ganze Vorgang dauerte keine 5 Minuten, und so haben wir glücklich wieder die Kammer, die wir verdienen; sie verdankt ihre Entstehung der Intrigue weniger Interessenten und der Indolenz der großen Menge. Unsere Prager Vertreter (und diese bilden den Kammerausschuß, die auswärtigen Kammermitglieder kommen gar nicht in Betracht) sind zunächst zwei Professoren, von denen einer ein rein theoretisches Fach liest, von der ärztlichen Praxis nicht die blasseste Ahnung besitzt und auch bisher für die Lebensfragen der Aerzteschaft nicht das mindeste Interesse gezeigt hat. Aber aus dem Reiche, aus dem er kürzlich zu uns kam, hat er ein kräftiges Vereinsmeierthum mitgebracht; in zahlreichen Vereinen ist er bereits thätig, nun kommt er auch noch in den Turnverein und die Aerktekammer. Außerdem werden der Kammer ein klinischer Assistent und zwei Docenten angehören, von denen einer bereits seit Jahren erklärt, eine Wahl nicht mehr anzunehmen, aber im entscheidenden Moment fehlt ihm der Muth, der Kammer diesen schweren Schlag zu versetzen. Zu diesen fünf Angehörigen der Universität kommt als letzter und einziger unser ganzer Stolz, ein praktischer Arzt, der für die Schmerzen der Collegen ein mitfühlendes Gemüth besitzt, auch gelegentlich die Faust im Sacke ballt und gerne den bekannten Pelz wäscht, ohne ihn naß zu machen.

So beschaffen sind Diejenigen, welche berufen sind, den Aerktestand in seinen schwersten Zeiten und Nöthen zu vertreten; was Wunder, wenn unter solchen Verhältnissen selbst die wenigen Aerzte, die bisher in Standesfragen gearbeitet haben, einer nach dem anderen den Windmühlenkampf aufgeben und das Terrain denjenigen überlassen, denen es eine Freude bereitet, am grünen Tische zu sitzen und statt einer Kartenpartie auch hie und da „Kammer“ zu spielen. —ch—

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Beseitigung der Hg- und Jodkalidyspepsie** berichtet BOLEN („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 1): Leider vermögen Lueskranke, welche sich einer energischen Cur unterziehen, oft die leicht verdaulichsten Speisen nicht zu assimiliren. Schon gleich nach Beginn der Cur zeigt sich bei fast allen Patienten eine Abnahme des Appetits, die sich oft binnen Kurzem zum gänzlichen Widerwillen gegen die Mehrzahl der Speisen steigert. Sodbrennen, Völle im Magen, Magendruck sind vielfach begleitende Symptome. Die Speisen gehen bei dem häufig auftretenden Darmkatarrh unvollkommen verdaut ab. In diesen Fällen von Quecksilber- und Jodkalidyspepsie verordnet B. 3mal täglich 10 bis 15 Tropfen Extr. Chinae Nanning in einem Schnapsglas Portwein. Der Erfolg ist kein gleichmäßiger. Während sich in einigen Fällen

SALOPHEN

Farbenfabriken
vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.
Abteilung für pharmaceutische Producte.

prompt wirkend bei

neuralgischen Schmerzen, (Kopfschmerzen, Migräne)
acutem Gelenkrheumatismus und Ischias,
Specificum bei Influenza.



Das Salophen besitzt im wesentlichen die kombinierte Wirkung der Salicylate und der Antipyretica, aber ohne deren Nachteile; seine antineuralgische Wirkung ist weit prompter. Das Salophen wird daher allgemein als vorzüglicher Ersatz des salicylsauren Natrons bezeichnet. Bei acutem Gelenkrheumatismus, bei nervösen Kopfschmerzen, Migräne, rheumatischen und nervösen Zahnschmerzen, Ischias, Chorea rheumatica und Neuralgien verschiedener Art hat sich das Salophen vorzüglich bewährt und wird ferner geradezu als ein

Specificum bei Influenza

bezeichnet.

Das Salophen belästigt den Magen nicht, ist frei von jeder Nebenwirkung und selbst in grossen Dosen absolut unschädlich, dabei hat es noch den Vorteil, vollkommen geruch- und geschmackfrei zu sein. Aus diesen Gründen wird es auch besonders in der *Kinderpraxis* empfohlen. Die Darreichung des Salophen geschieht in Pulverform oder zweckmässig auch in Form von Tabletten.

Bei Kopfschmerzen ist gewöhnlich eine Dosis von 1 g. wirksam, die erforderlichen Falles nach einer Stunde zu wiederholen ist. Bei acutem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus und Neuralgien giebt man 1—1,5 g. 4 mal täglich; bei Influenza alle 3 Stunden 1 g..

Dosis für Kinder 0,25—0,5 g..

Zu äusserlichem Gebrauche, gegen von Jucken begleitete Hautaffectionen, wie Prurigo, Urticaria, Pruritus (durch Diabetes und Ekzeme verursacht), sowie gegen Psoriasis findet eine 5—10%ige Salophen-salbe Verwendung.

Ueber den therapeutischen Wert des Salophens liegt eine überaus grosse Anzahl klinischer Mitteilungen und Berichte vor, welche es übereinstimmend als eine wertvolle und dauernde Bereicherung unseres Arzneischatzes bezeichnen.

An dieser Stelle mögen speciell einige Urteile über die Brauchbarkeit des Salophens als Influenza-mittel Platz finden:

Dr. A. Hennig, Poliklinik in Königsberg i. Pr. (Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1895) schreibt in einem Aufsätze: „Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der nervösen Formen der Influenza“:

„Unter den von mir angewandten Antineuralgicis hat sich keines so constant wirkend erwiesen, wie das Salophen. Es zeichnet sich durch seine absolute Geschmack- und Geruchlosigkeit und vollständige Ungefährlichkeit bei richtiger Anwendung aus. Je nach der Intensität und der Dauer der Krankheit, wie aber auch der Individualität und dem Alter der Patienten wechselt die zu verabreichende Menge zwischen 1 bis 5 g. den Tag über. Im allgemeinen dürfte es sich bei Kindern empfehlen, Dosen von 0,25 g. bis 0,5 g. in 2—3stündigen Zwischenräumen zu geben, bei Erwachsenen dagegen die doppelte Dosis (0,5—1 g.). Sobald die Beschwerden nachlassen, wird man auch mit der Menge heruntergehen, doch empfiehlt es sich immerhin, auch noch über mehrere Tage nach Schwinden aller subjectiven Empfindungen die Kranken mehrmals kleinere Dosen nehmen zu lassen, wodurch dieselben vor Rückfällen und schweren Nachkrankheiten geschützt werden dürften.“

Dr. Claus in Gent. (Flandre Médicale No. 9, 1895) erzielte bei Influenza fast sofort nach Darreichung von im ganzen 1—2 g. Salophen eine bemerkenswerte Erleichterung und schmerzstillende Wirkung. In den meisten Fällen war die Heilung innerhalb 2 Tagen erfolgt. Diese so günstige Wirkung des Salophens giebt demselben einen ersten Platz unter allen spezifisch wirkenden Präparaten, welche zur Bekämpfung der Influenza empfohlen werden.

Aus dem Leopoldstädter Kinderspital in Wien. Dr. Pfeiffenberger. (Aerztl. Centr.-Ztg. No. 8, 1900.)

„Erleichtert wurde die Salophen-Medication, wie bei Kindern, so auch bei Erwachsenen, durch die absolute Geruch- und Geschmacklosigkeit des Präparates und durch das Ausbleiben aller störenden Begleit- und Folgeerscheinungen. In dieser Hinsicht verdient das Salophen auch unter den spezifischen Influenzmitteln besondere Beachtung. Denn es wirkt hier ebenso energisch, wie Chinin etc., ohne die unangenehmen Seiten dieser Präparate zu haben, schafft durch schnelle Herabstimmung der Schmerzen wesentliche Erleichterung und beseitigt ebenso prompt auch die übrigen Symptome der Influenza.“

Ueber den Wert des Salophens als Antirheumaticum und Antineuralgicum sind aus einer Reihe grösserer Krankenanstalten Publicationen erschienen, u. a.:

aus dem städt. Krankenhause Moabit in Berlin, von Prof. Dr. Paul Guttman,
„ der IV. med. Abt. des k. k. Allgem. Krankenhauses (Prim. Dr. Scholz) in Wien, von Dr. J. Fröhlich,
„ der Univ.-Poliklinik (Prof. Dr. Thomas) in Freiburg i. B., von Dr. Koch,
„ der med. Klinik (Geh.-Rat Prof. Dr. Riegel) in Giessen, von Dr. Osswald,
„ der med. Abt. des k. k. Allgem. Krankenhauses (Hofrat Dr. Drasche) in Wien, von Dr. Hitschmann,
„ der med. Univ.-Klinik (Prof. Dr. Stinzing) in Jena, von Dr. R. Gerhardt,
„ dem städt. Krankenhause in Barmen, von Dr. Lutze,
„ der Kinderklinik in Philadelphia, von Prof. Dr. Hare,
„ dem Allg. Krankenhause in Gothenburg, von Dr. Köster,
„ der Klinik des „Hôtel-Dieu“ in Paris, von Dr. Pierre Marie,
„ der Univ.-Klinik (Prof. Dr. Raimondi) in Siena, von Drs. Ciullini und Viti,
„ dem „Presbyterian Hospital“ in New-York, von Dr. Waters,
„ dem k. k. Krankenhause Wieden b. Wien, von Dr. Goldschläger,
„ dem „Hôpital Saint-Antoine“ in Paris, von Dr. Galliard,
„ der med. Univ.-Klinik in Greifswald, von Prof. Dr. Mosler,

In analoger Weise berichten aus der Privatpraxis über die zuverlässige Wirkung des Salophens: Caminer, Müller-Darier, De Buck und Vanderlinden, Dreuss, Bloch, Lavrand, Huot, Richy, Kölbl, Radcliff-Crocker, Lehmann u. v. a.

Alle Beobachter sind darin einig, dass das Salophen hinsichtlich seines therapeutischen Effectes und mit Rücksicht auf das Fehlen jeglicher unangenehmer Nebenwirkung einen trefflichen Ersatz der Salicylate und sonstiger für die oben bezeichneten Indicationen gebrauchter Präparate vorstellt.

Als besonders bequeme und billige Ordinationsform empfehlen wir unsere **Salophen-Tabletten** à 0,5 g. in „Original-Packungen“ zu 10, 25, 50, 100, etc. Stück. Diese Tabletten zerfallen in Wasser leicht pulverförmig.



Den Herren Aerzten stehen Litteratur und Gratismuster auf Verlangen gerne zur Verfügung.

sofortige Besserung des Appetits und der Verdauung einstellte, gelang es B. in anderen Fällen, nur den Widerwillen gegen die Speisen zu vermindern. Die Patienten klagen zwar Anfangs durchweg über den schlechten Geschmack des Extr. Chin. Nanning, bald aber gewöhnen sie sich daran. Läßt man es aber in Portwein nehmen, dann wird der unangenehme Geschmack fast vollständig beseitigt und die Patienten nehmen das Extract sehr gern.

— Das **Ekzema narium** behandelt BONNE mit folgender Salbencomposition („Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 3):

Rp. Ung. praecipitat. alb.,	
Vaselin. boric.	aa. 10'0
Zinc. oxyd.	5'0
Plumb. acet.	0'02
M. f. Salbe.	

— Bei **acutem Alkoholismus** gibt LODENIS große Digitalisdosen („Med. News.“ — „Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 2). Den besten Erfolg sieht man bei robusten, jugendlichen Alkoholikern, die sonst gesund sind. Tritt nach dreimaliger Darreichung einer halben Unze Digitalinctur keine narkotische Wirkung ein, so höre man auf. Chronische Alkoholiker (in höherem Alter) und Leute von anämischer Constitution und in schlechtem Ernährungszustande vertragen die hohen Digitalisdosen schlecht. Diejenigen Individuen, welche sie gut vertragen, sind nach dem Erwachen aus dem Delirium sofort wieder arbeitsfähig.

— Ueber die **Verwendung des Mehles in der Säuglingsernährung** stellte GREGOR Versuche an („Archiv f. Kinderheilk.“, Bd. 29, H. 1 u. 2). Sein Beobachtungsmaterial erstreckt sich auf 90 Kinder, die sämtlich in der Entwicklung zurückgeblieben waren und bei Eintritt in die poliklinische Behandlung die Symptome acuter Ernährungsstörungen aufwiesen. Sie wuchsen in verhältnißmäßig ungünstigen Verhältnissen auf, besonders was Wohnung und Pflege anlangt, da die Eltern größtentheils der Arbeiterbevölkerung angehörten. Ueber die Hälfte derselben war, als mit der Anwendung der kohlehydratreichen Nahrung (Malzsuppe) begonnen wurde, im Alter von 1—3 Monaten, die anderen im Alter von $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ Jahren, nur 10 waren über $\frac{3}{4}$ Jahre alt. G. wendet sich gegen die bisherigen Vorurtheile betreffs der Kohlehydrate, die Erfolge seiner Behandlung sind günstige, Gewichtszunahme und allgemeiner Ernährungszustand befriedigten.

— Zur **Behandlung des Pruritus** empfiehlt EVANS im „Treatment“ die Bäder als wirksamste Heilmethode dieses lästigen, häufig qualvollen Leidens („Frauenarzt.“ — „Allg. Wr. med. Ztg.“); am wirksamsten sind Alkalibäder ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Pfd. Natr. carb.), auch ein Boraxbad (30—150 Grm.) wirkt sehr günstig. Anstatt der Bäder können auch Waschungen oder Salben angewendet werden, am zweckentsprechendsten Salben mit Acid. carbol. 1:60 oder eine Lösung mit folgender Formel:

Rp. Acid. carb. liq.	4'0
Liq. Kali. caust.	2'0
Aq. font.	300'0

Ferner

Acid. carbol.	4'0
Natrium bicarb.	4'0
Aq. font.	500'0

Waschungen sind angezeigt, wenn die afficirte Hautfläche sehr groß ist, ist die letztere klein, kann man von der Acid. carbol.-Salbe Gebrauch machen. Nächst der Carbonsäure ist das Ichthyol, besonders wenn die Stellen entzündet sind, sehr passend. Ichthyol 1·5—12·00, Colamin 8·0, Ungt. Paraffin. 30·0. Gut ist auch Resorcin (1·0:30·0). In manchen Fällen, jedoch nur bei nicht ausgebreitetem Proceß, empfehlen sich Mercursalben, wie:

Rp. Hydrarg. ammon.	2'00
Zinc. oleat. pulv.	4'0
Paraffin. liq.	20'0
Paraffin.	30'0

Innerlich wird Acid. carb. in Pillenform, die Dosis bis 0·065 dreimal täglich und Pilocarpin. nitr. 0·006 zweimal täglich gereicht.

— Zur **Behandlung der prämenstruellen Krisen** empfiehlt LUTAND („Journ. de Méd. de Paris.“ — „Allg. Wiener med. Ztg.“) die Anwendung von warmen Klysmen, denen man 2 Grm. Chloral und 2 Grm. Bromnatrium hinzusetzt. Handelt es sich um junge Mädchen, so genügt die Hälfte dieser Dosis. Erwachsenen Frauen

können zwei solche Klysmen in Abständen applicirt werden. Auch kann man die Klysmen durch Suppositorien ersetzen, nach folgender Formel bereitet:

Rp. Extr. Opii	0'02
Extr. Belladonnae	0'005
Butyr. Cacao	
q. s. ut f. suppos.	
DS. 2stündlich ein Stück bis zum Eintritt der Besserung.	

— Zur **Behandlung der Larynx tuberculose** empfiehlt FREUDEN-THAL („Arch. f. Laryng. und Rhinol.“, Bd. 11, pag. 139) besonders in den Fällen, wo starke Schluckbeschwerden vorhanden sind, die Injection folgender Emulsion:

Rp. Menthol	1'0—5'0—10'0—15'0
Ol. amygd. dulc.	30'0
Vitell. ovorum	25'0
Orthoform	12'0
Aq. dest.	100'0
F. emuls.	

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.

Gehalten vom 16.—22. September 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XIV.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für Chirurgie.

NIHUES (Bonn): Die Behandlung der chirurgischen Tuberculose mit Zimmtsäure (Hetol).

N. spricht über das LANDERER'sche Verfahren, das in intravenöser Injection von Zimmtsäure besteht und eine aseptische Entzündung hervorruft. N. hält nicht die aseptische Entzündung, resp. die Leukocytose für das Wirksame, sondern die zimmtsäuren Salze selber; worauf die Wirkung beruht, ist nicht festgestellt. 66 Fälle. Die Tuberculose wurde nebenbei local durch Jodoform-injectionen, Ruhigstellen des Gliedes behandelt, eventuell wurden Fisteln gespalten und offene tuberculöse Processe mit einem Gemisch von Hetokresol und Jodoform bestreut. Da die Secretion sich im Anfang der Behandlung sehr steigert, ist das Verfahren für elende Kranke nicht zu empfehlen. Von den Behandelten wurden 26 nach einem Jahr geheilt, 15 gebessert, 12 unbeeinflusst, 9 starben. Somit hat Vortragender 63% Heilungen gegen 90% LANDERER. N. bittet um Nachprüfung.

Vulpus (Heidelberg) hat das LANDERER'sche Verfahren bei 20 Pat. angewandt. Da das Allgemeinbefinden darunter litt, wiederholt Schüttelfrost mit hohem Fieber eintrat, wurde die Methode verlassen.

Niehues glaubt, die Temperatursteigerung der Anwendung des zimmtsäuren Natrons zuschreiben zu müssen.

QUADFLIEG (Aachen): Ueber Intubation.

Im Mariahilfspital zu Aachen wurden seit October 1899 von 310 diphtheriekranken Kindern 43 intubirt bei gleichzeitiger Serumbehandlung. Von diesen mußten hinterher 24 tracheotomirt werden, während 19 nur intubirt wurden. Von letzteren starben $2 = 10\cdot6\%$. Zuerst intubirt und dann tracheotomirt und direct tracheotomirt wurden 63, davon starben $16 = 25\%$. Q. empfiehlt die Intubation namentlich für Kinder unter 1 Jahr, weil so die Pneumonie leichter vermieden werden kann. Der Tubus blieb zwei Tage liegen, dann Extubation. Mehr als dreimal wurde bei demselben Patienten nicht intubirt. Nach Intubation regelmäßig Temperatursteigerung. Intubation wird empfohlen fürs Krankenhaus mit ständiger Controle, da nach dem Aushusten plötzlich schwere Erstickungsfälle auftreten. Die Intubation kann die Tracheotomie nicht verdrängen, sie ist nur neben derselben wichtig.

BADE (Hannover): Die Knochenstructur des coxalen Femurendes bei Arthritis deformans.

B. unterscheidet zwei Formen von Arthritis deformans des coxalen Femurendes: 1. wenig deforme, 2. sehr deforme; bei

beiden Arten finden sich atrophische und hypertrophische Knochen. Bei der atrophischen Form sind die Zug- und Druckbogen zusammen, bei der hypertrophischen auseinandergedrängt. Der Bälkchenverlauf ist bei den deformen Arten sehr abweichend von dem normalen; er kann sich so umkehren, daß die Bögen der Trochanterseite zu Druck-, die der Adductorenseiten zu Zugbögen werden. Der Trochanter major wird so gewissermaßen Kopf, und der Kopf wird Trochanter major. B. glaubt, daß man diese Verhältnisse nicht mit der WOLFF'schen Krahntheorie in Einklang bringen könne. Um die Sache zu klären, seien nicht nur mathematische, sondern auch embryologische und vergleichend anatomische Studien nöthig.

BLIESENER (Köln): Ueber Eiterungen am Kiefergelenk.

In einem einschlägigen Falle bestätigte sich die Annahme, daß sich rechts derselbe Weg der Eiterung finden würde, nicht. Canal. inframaxill. und Inhalt waren unverändert. Absteigend war die Eiterung dem M. pterygoid. ext. nach hinten gefolgt und verlor sich dann nach dem Kiefer hin. Einige tiefe Temporalvenen waren vereitert. Hier handelte es sich also um einen absteigenden Proceß. Die Vermittlung zwischen der Phlebitis beider Seiten hatte die epidurale Eiterung hergestellt.

Es gelang nun, beide Bahnen, die aufsteigende wie die absteigende, durch Injectionsversuche an der Leiche darzustellen und die Resultate bestätigten die Richtigkeit der Annahme über die verschiedenen Wege, die die Phlebitis hier nehmen kann.

Ein weiteres Beispiel für diese Verhältnisse lieferte ein Fall, in dem es sich um eine genuine Osteomyelitis der Sella turcica handelte. Der Eiter kam im Wangenfett zum Vorschein, das Kiefergelenk war mit ergriffen, ebenso das Schläfenfett, das Auge vortrieben. Es wurde traumatische Eiterung angenommen. Der Jochbogen wurde resecirt, der halbe Kieferast fortgenommen, der äußere Orbitalrand nach außen geklappt, das Schläfenfett ausgeräumt. Trotz guten Abflusses Tod an Meningitis. Bei der Section findet sich ein absteigender Proceß, der von der Sella turcica ausging, von hier auf die mittlere Schädelgrube, die M. pterygoidel, die Kieferkapsel, übergegriffen hatte.

In einem dritten Falle von Oberkieferosteomyelitis nach Zahnextraction mit Vereiterung des Kiefergelenkes, des Wangen- und Schläfenfettes wirkte ein sofortiger ausgedehnter Eingriff (Resection des halben Kieferastes und des Jochbogens, Entfernung des Schläfenfettes) lebensrettend.

Nur ein frühzeitiges, radicales Vorgehen kann bei diesen perniciosösen Processen das Leben erhalten. Da die Anfangsbahnen der aufsteigenden Eiterung stets die gleichen sind, so muß sich die Operation typisch in der beschriebenen Weise gestalten; sie gestattet, allen Bahnen nachzugehen und guten Abfluß zu schaffen. Bei der descendirenden Eiterung kann der Ausgangspunkt unerreichbar sein. Bei Kieferosteomyelitis ist weitgehende Entfernung des erkrankten Knochens nöthig, oft die Entfernung des ganzen aufsteigenden Astes.

Es ist zu hoffen, daß die zunehmende Kenntniß von diesen Entzündungsprocessen am Kiefer auch die Resultate der Operationen bessern wird, ähnlich, wie es bei den osteophlebitischen Erkrankungen des Felsenbeins der Fall gewesen ist.

STERN (Kassel): Die Erfolge der orthopädischen Behandlung von Kieferdeformitäten.

St. spricht über die Erfolge der orthopädischen Behandlung bei vorstehendem Unter- und Oberkiefer und bei offenem Gebiß in einer Reihe von Fällen aus der Klinik von Dr. HENKEROTH in Kassel. Eine Reihe von Modellen und Photographien veranschaulichen seine Ausführungen.

In einem Falle wurde eine 18jährige, an Prognathismus und habitueller Luxation des Unterkiefers leidende Patientin mit der Gummikappe behandelt, einem elastischen Bandapparat, der den Unterkiefer nach oben und hinten zieht. Es trat allmähliche Besserung ein; die Luxation des Unterkiefers verschwand langsam. Nach 9 Monaten war ein normal functionirendes Kiefergelenk und normale Sprache vorhanden.

Ein zweiter Fall, bei dem eine abnorm starke Entwicklung des Unterkiefers vorlag (17jährige Patientin), wurde ebenfalls

durch die Kinnkappe sehr günstig beeinflusst. In einem dritten Falle (16jähriger Patient) kam nach längerem Tragen der Kinnkappe mit dem zurücktretenden Unterkiefer der entstehende Gesichtsausdruck ganz zum Verschwinden.

Nach denselben Principien gestaltet sich die orthopädische Behandlung bei Prognathismus des Oberkiefers.

Longard (Aachen) fragt, ob die starke Federkraft der Apparate nicht eine Gangrän hervorrufen könne, und meint, die Zugbehandlung finde jedenfalls ihre Grenze mit dem Ende der Wachstumsperiode. Auch wundert er sich, daß die vorgezeigten Photographien der erreichten Resultate alle diese Patienten en profil und nicht auch en face zeigten.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 30. Januar 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Dr. W. LATZKO demonstriert unter Beziehung auf die Angriffe ZWEIFEL'S und MONTI'S eine Reihe von **Phosphormedicamenten**, die alle deutlich die **Leuchtprobe** bestehen. Vortr. beweist hiedurch die Anwesenheit metallischen Phosphors in einem übriggebliebenen Tropfen einer Monate alten, häufig geöffneten, 1%igen Stammlösung, ferner in den letzten Resten eines zu Ende gebrauchten Phosphorleberthrans, endlich in 6 Monate alten Pillen à 1 Mgrm. und in 5 Jahre altem Phosphorleberthran in Gelatine kapseln, die in einer gewöhnlichen Schachtel aufbewahrt worden waren. Die Frage der Phosphorthherapie ist übrigens nicht im chemischen Laboratorium, sondern klinisch zu entscheiden und thatsächlich — wenigstens so weit die Osteomalacie in Betracht kommt — endgiltig in günstigem Sinne entschieden.

Dr. HOLZKNECHT zeigt das Ergebnis eines Versuches, den er gemeinsam mit Herrn Dr. SPIELER gelegentlich einer im Zuge befindlichen Arbeit über die **biologischen Veränderungen der von Roentgenstrahlen getroffenen Bakterien** angestellt hat, weil derselbe gegenwärtig actuelles Interesse beansprucht. Da seit den Arbeiten RIEDER'S die Frage, ob die Roentgenstrahlen Wachstums- hemmung der Bakterien erzeugen können, im positiven Sinne erledigt ist, so bestünde kein Grund, diese Cardinalfrage wieder aufzunehmen, wenn nicht die Herren Doc. SCHIFF und Dr. FREUND auf Grund negativer Versuche die biologische Wirksamkeit der Roentgenstrahlen bestritten hätten. HOLZKNECHT demonstriert deshalb eine den genannten Untersuchungen entstammende, mit Pyocyanus inficirte und gegossene Gelatineplatte, welche bei der einstündigen Bestrahlung mit weicher Roentgenröhre von beiden Seiten her derart mit Bleiblech überdeckt wurde, daß den (geradlinig verlaufenden) Roentgenstrahlen nur ein schmaler, zackig begrenzter Streifen der Plattenoberfläche zugänglich war. Nach 12stündigem Aufenthalte im Thermostaten bei 24° war der genannte, von Roentgenstrahlen getroffene Streifen der Platte unverändert, während die übrige Platte von dichten Culturen vollständig bedeckt war. Nach der Versuchsanordnung (die Spalte zwischen den beiden Bleiblechstücken war 1 Cm. von der Plattenoberfläche entfernt) mußte die wachstumshemmende Wirkung durch ein Agens erzeugt worden sein, welches durch Bleiblech abgehalten wird und, geradlinig vom Focus der Roentgenröhre ausströmend, das scharfe Lichtbild der Spalte auf die Platte geworfen hat: also die Roentgenstrahlen. Die Herren SCHIFF und FREUND meinen: die elektrischen Entladungen. Sie gehen davon auch nicht angesichts der Thatsache ab, daß die elektrischen Entladungen, die von allen Stellen der ganzen Röhrenoberfläche, aber nicht aus ihrem Focus ausgehen, den Rand der abhaltenden Bleiplatte aus einiger Entfernung nicht scharf auf die empfindliche Schichte (Haut, Bacterienaussaat) zeichnen könnten. Glücklicherweise haben sie denjenigen, denen an ihrer Bekehrung viel liegt, die Achillesferse gezeigt, an der ihr System verwundbar ist. Sie versprechen in ihrer letzten Arbeit ¹⁾, sie würden an die biologische Wirksamkeit der Roentgenstrahlen glauben, wenn ein Versuch gelänge, dessen Anordnung die Roentgenstrahlen nicht abhält, wohl aber die elektrischen Entladungen

¹⁾ „Klin.-therap. Wochenschr.“, 1901, Nr. 1.

durch eine leitende Zwischenschichte abhält. Ich habe mit Herrn Dr. SPIELER an der Klinik Hofrath NOTHNAGEL diesen Versuch mit positivem Resultate ausgeführt, und es wird nun Sache der genannten Herren sein, ihr Wort einzulösen. Wie sie an der zweiten Platte sehen, hinderte ein zwischen Platte und Röhre gebrachtes, zur Erde abgeleitetes Staniolblatt die Wirkung nicht, die Roentgenstrahlen haben es durchdrungen und bildeten ein darüber gelegtes, sternförmiges Bleiblechstück derart auf der Platte ab, daß im Bereich einer entsprechenden Sternfigur Wachstumshemmung besteht. Die Abschwächung der Wirkung in diesem Versuche rührt daher, daß das Staniol einen Theil der Roentgenstrahlen auffängt. Die elektrischen Entladungen hatten, zur Erde abgeleitet, an der Wirkung keinen Antheil.

Dr. R. KIENBÖCK demonstriert aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium FÜRTH vier **dermatologische Fälle**, welche er mit **Roentgenstrahlen erfolgreich behandelt** hatte.

Fall 1. 60jähriger Mann, seit Jahren mit schuppender und pustulöser Sykosis an Wangen und Oberlippe behaftet, von Prof. EHRMANN zur Radiotherapie überwiesen. Vorbehandlung mit Resorcinumschlägen. Vom 8. Mai bis 18. September 1900 13 Bestrahlungen (auf mehrere Serien an verschiedenen Regionen vertheilt nach der in der „Wiener klin. Woch.“ vom 13. December 1900 beschriebenen Methode). Haarausfall und Schwinden der Erkrankungs-herde; später unvollständiger Nachwuchs der Haare und sehr unbedeutendes Recidiv der Sykosis. — Die Reactionserscheinungen zur Zeit des Defluvium capillorum waren sehr geringe, leichte Schwellung und Hyperämie ohne Schmerzen. — Wegen gleichzeitiger chronischer, hypertrophischer Rhinitis ist definitive Heilung der Sykosis an der Oberlippe zweifelhaft, so lange nicht die Nase geheilt ist.

Fall 2. 41jähriger Mann (derselbe, der im oben erwähnten Artikel angeführt wurde, und zwar auf Tabelle II, Patient W.) mit Lupus der linken Wangengegend seit 24 Jahren. Die mit heftigen Reactionserscheinungen einhergehende Radiotherapie (seit 18. März 1900 keine weitere Exposition) hat zu einem sehr günstigen Resultat geführt, wenn auch noch keine Heilung eingetreten ist: am Rande des Herdes fand kein Fortschreiten statt, die Knötchen daselbst liegen im Hautniveau und schuppen, während vor der Therapie Progression und Ulceration bestand.

Fall 3. 14jähriges Mädchen (Tabelle II, Patientin B.), seit 9 Jahren wiederholt operativ behandelter Lupus tumidus der linken Gesichtshälfte. Erste Serie von Bestrahlungen 14. Januar bis 17. März 1900 mit einer harten Röhre ohne wesentliche Veränderungen; zweite Serie 18. März bis 2. April mit einer mittelweichen, intensives Roentgenlicht gebenden Röhre; dieser Uebergang von der harten zur weichen Röhre hatte wie im früheren Falle eine schnelle und heftige Reaction zur Folge. Dritte Serie von Bestrahlungen wieder mit einer guten, regulirten Röhre im Juli (12 kurze Expositionen), abermals heftige Reaction. Seither hat sich der Zustand in hohem Grade gebessert, indem die hypertrophischen Partien fast bis zum Niveau der Haut geschrumpft sind und sich noch immer weiter allmähig zurückbilden. Die frühere Entstellung des Mädchens ist weit geringer geworden.

Fall 4. Aus dem Ambulatorium Prof. EHRMANN's: 35jähr. Mann (A. D.), seit 3 Jahren Lupus der linken Wange und des linken Ohres mit bedeutender Schwellung. Vorbehandlung mit Resorcin. Seit 17. September 1900 wurden mehrere Serien von intensiv wirkenden Bestrahlungen applicirt; jedesmal erschien eine heftige Reaction (eiterige Entzündung) mit consecutiver, allmähig zunehmender Schrumpfung des Herdes.

Es ist zu hoffen, daß die Patienten allmähig durch fortgesetzte combinirte Behandlung — Aetzung und Roentgenbestrahlung — Heilung der lupösen Hauterkrankung erfahren werden. Schon die bisherigen Erfolge ermuthigen zu weiteren Bemühungen mit den seit einigen Jahren aufgefundenen, neuen Behandlungsverfahren.

(Schluß folgt.)

Notizen.

Wien, 9. Februar 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der Sitzung vom 1. Februar d. J. erstattete zunächst Prof. Dr. M. v. ZEISSL eine „Vorläufige Mittheilung über die Innervation der Blase“. Aus den zuerst im Jahre 1892 aufgenommenen Versuchen des Vortr. geht hervor, daß das von v. BASCH aufgestellte Gesetz der gekreuzten Innervation für die Innervation der Blase zu Recht besteht. v. Z. nimmt an, daß der Hypogastrius motorische Fasern für die Ringmuskulatur der Blase, inbegriffen den Sphincter, führt, und hemmende für den Detrusor. Des weiteren enthalte der Erigen motorische Detrusorfasern und hemmende Fasern für die Ringmuskulatur, inbegriffen den Sphincter. — Hierauf gelangte Dr. A. SCHIEF zum Schlußworte „Ueber die Be-

ziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen“. Er führte an, daß nach nasaler Behandlung dysmenorrhische Beschwerden, die vorher jahrelang bestanden, für Monate und Jahre ausgeblieben seien. Der Werth dieser Therapie sei unverkennbar. Das Auftreten von Recidiven sei begreiflich, weil jede Menstruation auch neue Veränderungen an den Genitalstellen der Nase setze. Gegen die behauptete Allgemeinwirkung des Cocains spreche auch das Resultat des fractionirten Cocainversuchs (Aufhören der dysmenorrhischen Schmerzen auf einer Seite bei unilateraler Nasaltherapie). Suggestivwirkung sei sicher ausgeschlossen. — Schließlich folgte die Discussion über die Ausführungen des Dr. v. FRIEDLÄNDER zum vorgestellten Falle von Appendixabsceß im Douglas. Prim. Doc. Dr. SCHNITZLER bemerkte, daß nach Ansicht mancher Chirurgen nicht jeder vom Appendix ausgehende Absceß zu operiren sei. Im Stadium der peritonealen Reizung sei operatives Vorgehen contraindicirt, Eröffnung des Abscesses von der Bauchhöhle aus bei starkem Meteorismus gefährlich. Die Douglasabscesse können vom Rectum, der Vagina, vom Perineum und parasacral eröffnet werden. Am vortheilhaftesten sei die Incision vom Rectum aus. — Prim. Doc. Dr. FRANK meinte, daß für die perineale Methode die Möglichkeit der Drainage am tiefsten Punkte und die versteckte Lage der Narbe spreche. — Dr. LATZKO empfahl bei geschlechtsreifen Frauen Eröffnung des Douglasabscesses von der Vagina aus. Der Schnitt wird im hinteren Scheidengewölbe in der Längsrichtung der Vagina angelegt, um Verletzung der Ureteren zu vermeiden. — Dir. Dr. GERSUNY sprach die Ansicht aus, man solle sich bei Eröffnung des Douglasabscesses von den concreten Verhältnissen des Falles leiten lassen. — Hofr. Prof. Dr. GUSSENBAUER rieth, dort zu incidiren, wo sich der Absceß zum Durchbruche vorbereite. Bei den vom Appendix ausgehenden Douglasabscessen empfiehlt sich der typische Weg der Eröffnung von den Bauchdecken aus. — Dr. v. FRIEDLÄNDER gab zu, daß die Heilungsdauer bei der parasacralen Operation eine lange sei, dafür seien aber auch die Drainageverhältnisse überaus gute. — In der Sitzung vom 8. d. M. stellte zunächst Dr. PAUL FEUERER einen 40jährigen Mann vor, der seit frühester Jugend an chronischer Obstipation leidet, und zwar in so hohem Maße, daß in der Regel nur einmal in 14 Tagen Stuhlentleerung zu erfolgen pflegt. In den letzten Wochen hat das Abdomen allmähig an Volumen zugenommen und ist gegenwärtig von einem überaus mächtigen Kottumor ausgefüllt. — Hierauf erörterte Prof. Dr. URBANTSCHITSCH im Anschlusse an eine Krankendemonstration eine neue Behandlungsmethode des Schwindels. Die Kranken haben hiebei systematisch kreisende Kopfbewegungen auszuführen. Vortr. wurde zu dieser Therapie durch die Thatsache geleitet, daß ein bei bestimmten Kopfbewegungen eintretendes Schwindelgefühl immer schwächer wird, wenn man die dasselbe producirenden Bewegungen stets von Neuem wiederholen läßt. — Schließlich hielt Dr. HRYNTSCHAK den angekündigten Vortrag: „Ueber Phosphorleberthran und Phosphortherapie.“ Er suchte den Nachweis zu erbringen, daß der Phosphorleberthran bei längerem Stehen allmähig an Phosphor ärmer werde und erhob Einwände gegen die Erklärungen, die KASSOWITZ von dem Wesen der Rachitis gegeben hat. KASSOWITZ berücksichtige z. B. bloß die Knochenveränderungen, die Rachitis betreffe jedoch den ganzen Organismus in cyclischer, durch die Phosphormedication unbeeinflusster Weise. — Doc. Dr. EISENSCHITZ bemerkte, daß der Haupteinwand H.'s, den Phosphorgehalt des Phosphorleberthrans betreffend, ein rein pharmakologischer sei, der die Dignität der Phosphortherapie ganz unberührt lasse.

(Die Aerzte im österreichischen Parlamente.) Der neugewählte österr. Reichsrath zählt zu seinen Mitgliedern in toto vier Doctoren der Medicin und zwei Wundärzte. Es sind die DDr. FRANZ KINDERMANN, EDUARD GREGR, WILHELM ELLENBOGEN, KARL CHIARI und die Wundärzte EMIL GLADIJSZOWSKI und HANS WINTER. — „So wenig Vertreter des Arztstandes wie diesmal — schreibt das „Oest. Aerzte-Kammer-Bl.“ — waren noch nie im österr. Abgeordnetenhaus, und das ist der Erfolg davon, daß zum erstenmale die Aerzte an der Wahlbewegung sich mit der Absicht betheiligten, Vertreter ihres Standes im Parlamente zu sehen. Aber

auch diese wenigen Aerzte sind unseres Wissens nicht, weil sie Aerzte sind, nicht als Vertreter unserer Standesinteressen, sondern aus rein politischen Motiven, deren Durchführung und Verfechtung sie ihre Intelligenz gewidmet haben, in das Parlament entsandt worden. Wie anders lauten doch die Zahlen der Repräsentanten anderer Stände. Fünf Aerzten stehen im Parlamente 69 Advocaten und Notare, 52 Handel- und Gewerbetreibende, 38 Beamte, 24 Geistliche, 31 Professoren und Lehrer u. s. w. gegenüber. Es folgt daraus, meint, und sicherlich mit Recht, das genannte Blatt, daß der ärztliche Stand nur dann eine Vertretung in den gesetzgebenden Körperschaften erlangen kann, wenn er selbst sich diese Vertreter wählt, wenn die Aerztekammern ein Wahlrecht besitzen. Wollen wir also mit einiger Aussicht auf Erfolg eine Berücksichtigung unserer Standesinteressen anstreben, so müssen wir vor allem das Wahlrecht unseren Aerztekammern zu erkämpfen suchen.

(Aus den ärztlichen Vereinen Wiens.) In den ärztlichen Bezirksvereinen Wiens haben in den letzten Tagen die Neuwahlen in die Bureaux stattgefunden. Die letzteren sind — soweit uns Berichte vorliegen — wie folgt zusammengesetzt:

Verein der Aerzte des I. Bez.: Obmann: JOS. KORNFELD; Obmann-Stellvertreter: E. FINGER; Schriftführer: ZAPPERT u. LUTHLEN; Cassier: J. SAMUELY. — Aertzl. Verein im II. Bez.: Obmann: LERCH; Obmann-Stellvertreter: STEINBERGER u. J. WEIS; Schriftführer: REISBERG u. SEIF; Cassier: J. EHRMANN. — Aertzl. Verein im III. Bez.: Obmann: SWETLIN; Obmann-Stellvertreter: A. KLEIN; Schriftführer: LAUB u. FLIEG; Cassier: P. LANGER. — Aertzl. Verein der westl. Bezirke: Obmann: SCHUM; Obmann-Stellvertreter: LAUTERSTEIN; Schriftführer: RIMBÖCK u. FRIEDMANN; Cassier: J. KOMN. — Aertzl. Verein der südl. Bez.: Obmann: SCHOLZ; Obmann-Stellvertreter: BAUER; Schriftführer: STRANSKY und R. ULLMANN; Cassier: J. HEIM. — Aertzl. Verein im V. Bez.: Obmann: F. GERSTINGER; Obmann-Stellvertreter: L. BOROS; Schriftführer: v. LINDTHOUT und Th. STERN; Cassier: A. KAPL. — Aertzl. Verein im VIII. Bez.: Obmann: SKORSCHEBAN; Obmann-Stellvertreter: E. KRAUS; Schriftführer: LAUTERBACH und KIESLER; Cassier: A. SCHMIDT. — Aertzl. Verein im IX. Bez.: Obmann: HERZ; Obmann-Stellvertreter: NUSSBAUM u. KÜCHLER; Schriftführer: KÖNIGSTEIN u. DREIKURS; Cassier: A. FOGES. — Aertzl. Verein im X. Bez.: Obmann: K. G. KOCH; Obmann-Stellvertreter: LICHTENSTEIN u. WEINHARDT; Schriftführer: BECK u. M. ROSENTHAL; Cassier: HANDL. — Aertzl. Verein im VII., XVI. und XVII. Bez.: Obmann: H. JELLINEK; Obmann-Stellvertreter: C. GROSS; Schriftführer: G. WOLF; Cassier: B. JOACHIMOWITZ. — Aertzl. Verein im XIX. Bez.: Obmann: SIGM. POLLAK; Obmann-Stellvertreter: FR. SCHWARZ; Schriftführer: M. OBERSOHN; Cassier: W. KRAUS.

(Ernennungen.) Der a. o. Professor für Dermatologie und Syphilis Dr. ADOLF JARISCH ist zum o. Professor an der Universität in Graz, der Abtheilungsassistent Dr. EMIL MAYRINGER zum Primararzte und Leiter der Infectionsabtheilung im Kaiser Franz-Josephspitale in Wien, der Bezirksarzt Dr. JOHANN TAMARO in Triest zum Oberbezirksarzte ernannt worden.

(Influenza.) Die Influenza, welche vor nunmehr eilf Jahren alle Continente in unheilvollem Zuge durchgemessen hat, scheint in diesem Jahre abermals, wenn auch mit ungleicher Intensität, über den ganzen Erdenrund verbreitet zu sein. Auch in Wien sind bereits überaus viele Fälle, glücklicherweise leichter Natur, verzeichnet worden. Am stärksten wüthet die Seuche — wie wir erfahren — in den östlichen Staaten der nordamerikanischen Union. In New-York allein sind bis Anfang Februar mehr als eine Viertelmillion Krankheitsfälle vorgekommen. Der öffentliche Verwaltungsdienst bei der Post und den Eisenbahnen stockt, zumal in New-York, Boston und Philadelphia. In diesen Städten herrscht auch empfindlicher Aerztemangel, da die Mehrzahl der Aerzte Opfer der Infection geworden sind. Die Letalitätsprocente sind noch nicht bestimmbar, doch scheinen dieselben geringer zu sein als i. J. 1890.

(Unentgeltliche Fortbildungscurse für Berliner Aerzte.) Vor Kurzem hat sich in Berlin ein Verein gebildet, der es sich zur Aufgabe macht, den Berliner Aerzten durch die Vermittlung von unentgeltlichen Fortbildungscursen die Antheilnahme an allen Fortschritten der medicinischen Wissenschaft und Technik zu sichern. Seitdem jener Verein mit seinem Programm in die Oeffentlichkeit getreten ist, tobt in den deutschen medicinischen Fachblättern ein Federkrieg über die Frage, ob derartige Fortbildungscurse den Aerzten Berlins unentgeltlich oder gegen ein entsprechendes Entgelt zu lesen seien. Die Anhänger der Gratuität der Course führen u. a. die billigen Gründe der Humanität ins Treffen, daß viele Aerzte nicht imstande seien, 30—50 Mark für solche Course zu erübrigen, die Anhänger der Bezahlungstheorie,

darunter auch der Docentenverein, haben die Devise „jede Arbeit ist ihres Geldes werth, darum auch das Lehren“, zum Argumente erhoben. — In diesem Widerstreite der Meinungen hat nunmehr auch der Chirurg FRANZ KÖNIG das Wort ergriffen. Er tritt naturgemäß für die Einführung von Fortbildungscursen ein. Da uns einzelne seiner Argumente so weise und bemerkenswerth erscheinen, daß sie auch den maßgebenden Factoren anderer Staaten als Ziel und Richtschnur dienen könnten, führen wir dieselben auszugsweise an. K. faßt die Gründung der Gesellschaft für ärztliche Fortbildung als ein Zeichen der Zeit, als ein Zeichen, daß allerwärts die Einsicht sich Bahn gebrochen hat, daß es nicht in alter Art weitergehen soll, daß wir uns nicht damit begnügen, eine neue Examenordnung mit erheblich erweiterten Anforderungen für die Studirenden zu erlassen, sondern daß wir von dem Arzt in der Folge verlangen, nicht einzurosten in der Zeit, seit welcher er sein Examen bestand, sondern fortzuschreiten mit der fortschreitenden Kunst und Wissenschaft. Das muß der moderne Staat mit seinem großen Interesse für die Volksgesundheit verlangen. Aber er muß es nicht nur verlangen, er muß auch die Hand dazu bieten, daß die Ausführung möglich ist. Wie der Militärarzt, so muß der Civilarzt die Möglichkeit haben, von Zeit zu Zeit in Cursen, welche die nothwendigsten Disciplinen entsprechend der Zeit, in welcher sie gehalten werden, behandeln, seine Kenntnisse aufzufrischen und zu erneuern.

(Verurtheilung eines Arztes.) In Galizien ist — wie wir erfahren — ein Arzt zu einer Geldstrafe verurtheilt worden, weil er sich weigerte, eine gerichtliche Obduction vorzunehmen, da er kurz zuvor eine Fingerverletzung erlitten hatte. Die ostgalizische Aerztekammer nahm zu dieser Frage principielle Stellung und richtete ein Schreiben an das Präsidium des Strafgerichtes in Lemberg, in welchem sie ausführte, daß der Arzt allerdings verpflichtet sei, auch mit eigener Lebensgefahr das Leben und die Gesundheit anderer zu retten, eine Leichenobduction involvire jedoch keine Lebensrettung für andere, während sie, mit verwundeter Hand ausgeführt, einem Selbstmord des Obducenten gleich käme. Auf Grund dieser Argumentation wird die zweite Instanz ersucht, das erwähnte Urtheil aufzuheben und zugleich das Nöthige zu verfügen, um für die Zukunft ähnlichen Vorkommnissen und Mißbräuchen vorzubeugen.

(Tuberculosecongreß.) Unter dem Protectorate des Königs wird — wie uns aus London geschrieben wird — am 22. Juli d. J. daselbst ein Congreß zur Bekämpfung der Tuberculose tagen.

(Aus Frankfurt a. M.) wird uns geschrieben: Im März d. J. werden im SENCKENBERG'schen Institute Vorlesungen über den heutigen Stand der Tuberculosefrage von EHRlich, MAX NEISSER, WEIGERT, MORITZ SCHMIDT, REHN, DETTWELER und HESS gehalten werden.

(Wiener Aerzteclub.) Dienstag den 12. Februar findet in diesem Club (I., Schottengasse 7) der zweite Damenabend statt.

(Statistik.) Vom 27. Januar bis inclusive 3. Februar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7303 Personen behandelt. Hievon wurden 1395 entlassen; 171 sind gestorben (10·91% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 59, egypt. Augenentzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 11, Dysenterie —, Blattern 4, Varicellen 83, Scharlach 82, Masern 478, Keuchhusten 55, Rothlauf 26, Wochenbettfieber 4, Rötheln 2, Mumps 82, Influenza 27, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 809 Personen gestorben (+ 94 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. PHILIPP REIS-MANN im 52. Lebensjahre; in Karlsbad der Nestor der dortigen Curärzte Hofrath Dr. GALLUS Ritter von HOCHBERGER, ein vielgeehrter, weltberühmter und überaus erfahrener Arzt, im patriarchalischem Alter von 97 Jahren; in Kauřim der praktische Arzt und dortige Bürgermeister Dr. FRANZ TUČEK im Alter von 90 Jahren; in Meran der Zahnarzt Dr. MORIZ AUSTERLITZ, 40 Jahre alt; in Preßburg der Oberstabsarzt I. Cl. d. R. Dr. FRANZ SPANNER im 83. Lebensjahre; in Eger der Stadt- und Spitalsarzt Dr. ADAM SOMMER im Alter von 53 Jahren; in Budapest Dr. JAKOB SAMEK;

in Regensburg Hofrath Dr. AUGUST BRAUSER, ein hervorragendes Mitglied des bayerischen Kreismedicinalausschusses, ein eifriger Vorkämpfer in ärztlichen Standesinteressen; in Essart-le-Roi der Altmeister der französischen, medicinischen Journalistik Professor Dr. GASPARD ADOLPHE CHATIN im hohen Alter von 88 Jahren.

**Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.
Wissenschaftliche Versammlung.**

Montag den 11. Februar 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).
Vorsitz: Reg.-R. Dr. GERSUNY.

Programm:

Doc. Dr. L. MÜLLER: Ueber Conjunctivitis scrophulosa.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 13. Februar 1901, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik Schütter (Allgem. Krankenhaus).
Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

- I. Demonstrationen.
- II. Dr. ARTH. FOGES: Ueber Belastungstherapie.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld**, über „Das Salophen bei Influenza“. Wir empfehlen denselben der ge-
neigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz, Wien

PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER,
ELEGANTER AUSFÜHRUNG

Rossel, Schwarz u. Co.
Dolzheim-Wiesbaden.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brunnen-Versandung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogeriehandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

Yohimbin Spiegel

Alkaloid der Yohimbehe-Rinde
Aphrodisiacum ohne nach-
theilige Nebenwirkungen.

Alleinige Fabrikanten:
Dr. Hillringhaus & Dr. Heilmann,
Chemische Fabrik
GÜSTROW.

Hauptniederlage bei **PEZOLDT & SÜSS, Wien, I., Schottenhof.**

Litteratur: Virch. Arch. 1898: 292.
Therap'e der Gegenwart 1900: 289.
Berliner klin. Wochenschrift 1900,
Nr. 42. Therapeutische Monatshefte
1900, Heft 11.

**Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für
Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.**

Aerztliche Leitung: Professor Dr. E. Redlich und Dr. E. Fries.

Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.
Pharmaceutische Abteilung.

Hedonal.

Neues Hypnoticum,
absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spec. Ind.: nervöse Agrypnie (bes. bei Neura-
sthenie, Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm
schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1,0 gr. 3—5mal täglich (am besten im
Laufe des Spätnachmittages).

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum
bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasser-
löslich, reizlos.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat,
geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich.
Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.
Dos.: 5—10% Salben.

Protargol
Aristol
Creosotal
Cannigen
Jodothyryn
Lycetol
Eisen-Somatose

B A D

POELTSCH
SOMMERAUENTHALT

Bewährte Heilstätte für Magen-, Leber- u. Nierenleiden, Zuckerharnruhr, Gallensteine, Nerven- u. Kehlkopfkatarrhe, etc.

Prospecte durch den Director, Südbahnstation: Poeltschach.
PRACHTVOLLER SOMMERAUENTHALT

Bei **KONGESTION** und Funktionsstörung der **LEBER**, **ATONISCHER DYSPEPSIE**, **WECHSELFIEBER** sowie bei **MALABIAKACHEXIE**, welche ein längerer Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann, verordnet man in den Hospitälern in Paris und Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von

BOLDO-VERNE

oder 4 Kaffeelöffel von **ELIXIR BOLDO-VERNE**

Dépôt: **VERNE**, Professor an der Schule für Medizin in **GRENOBLE (FRANKREICH)** und in allen grösseren Apotheken Frankreichs und des Auslands.
Engros-Dépôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

Verbandstoffe

(aseptische, antiseptische und Verbandstoffe laut Vorschrift der Arzneitaxe)

aus der „Internat. Verbandstoff-Fabrik in Schaffhausen“.

Dr. C. MIKOLASCH's **Medicamentöse Weine**

China-, Chinaeisen-, Pepsin-, Pepton-, Rhabarber- u. Condu-rangowein pr. Flac. K 3.—

-Leberthran gereinigt
(in gesetzlich geschützter Adjustirung)
Gelb per Flacon K 2.—
Weiss per Flacon K 3.—

DORSCH 

Chinosol (Tabletten und Pulver) von Franz Fritzsche & Co. in Hamburg

Vasogene und Vasogene - Präparate
von Pearson & Co. in Hamburg

Fleisch - Essenzen (Hühnerfleisch-, Rindfleisch-, Hammelfleisch-, Bouillon-Essenz, Preis per Dose K 1.50) von Geo. Baker & Co. in Rom

erlaubt sich bestens zu empfehlen

Wilhelm Maager in Wien

III/3, Heumarkt 3. 11

Preislisten und Prospective auf Verlangen gratis und franco.

Das von Dr. Roth empfohlene, in der Reichspalatin-Apotheke zu Budapest hergestellte

Pulvis cinereus Dr. Egger

stellt eine wesentliche Verbesserung der Welanderschen Behandlung dar. — Das **P. ciner. Egger.**, wenn es auch nicht berufen ist, die Icterus-erkrankung absolut zu verdrängen, wird sich dennoch eine dauernde Position unter den beliebtesten antiluetischen Mitteln erringen, sei es zur intermediären Behandlung, sei es als bequemeres, reines Agens der **Syphilis-Therapie**. — Das Präparat sammt den vorschriftsmässigen Säckchen ist in Original-Boxen à 12 Phiolen erhältlich in dem **Hauptdepôt für Wien: Alte k. k. Feldapotheke, Wien, I., Stephansplatz 8** und dem Erzeugungsdepôt: **Reichspalatin-Apotheke, Budapest, VI., Waltzner-Boulevard 17.** — Literatur etc. auf Wunsch.

1368

Gemüthsranke und Morphinisten

Dr. Svetlin's Heilanstalt

Wien III., Leonhardgasse 1—5

Jederzeit Aufnahme und sorgfältige Pflege.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin.

Neues vorzügliches, in psychiatrischen Kliniken, Heilanstalten, als auch in der Privatpraxis bewährtes **Antiepilepticum** und **Sedativum**. Bester Ersatz für Bromalkalien und gänzlich frei von den unangenehmen Nebenwirkungen derselben. Vorzügliches Mittel bei nervösen Störungen, insbesondere geeignet für die **Kinderpraxis**.

Vgl. *Leubuscher*, Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1899, Bd. V; *Zimmermann*, Neurolog. Centralblatt, 1899, Nr. 11; *Schulze*, Dissertation, Göttingen, 1899; *Wulff*, Aertzliche Monatsschr., 1899, Nr. 11; *R. Laudenhaimer*, Therapie d. Gegenw. 1900, Nr. 7.

Dionin.

Neues Morphinderivat, ohne die gefährlichen Nebenwirkungen des Morphins und seiner Abkömmlinge. Bewährt bei allen Erkrankungen der Athmungsorgane. In subcutaner Anwendung Ersatzmittel f. Morphinium bei Entziehungscuren, sowie bei melancholischer Verstimmung und bei decrepiden, gegen Morphin empfindlichen Patienten. Nach *Meltzer* Ersatz für Morphin und Hyoscin bei **Erregungszuständen**.

Vgl. *Ranschoff*, Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 20; *Meltzer*, Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 51; *Fromme*, Allgem. med. Centralztg., 1900, Nr. 24 u. 25; *W. Salzmänn*, Wiener med. Presse, 1900, Nr. 24; *Bornikoeel*, Therapie d. Gegenwart, 1900, Nr. 4.

Literatur auf Wunsch gratis und franco.

Dr. Kahlbaum in Görlitz.

Heilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemüthsranke.

Gesunde Höhenlage, Alle Hilfsmittel umgeben von Garten- und der modernen Nerven-Parkanlagen. pathologie.

Ausser den dirigierenden Aerzten zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftl. und Handfertigkeit-Lehrer.

Preis 250 bis 300 Mark.
Ausführliche Prospective frei.

PROPOLISIN

ein neues eigenartiges, organisches, balsamisch-flüssiges, hochwerthiges, ungiftiges, reizloses Antisepticum eminent schmerzstillend und resorbirbar. Für äusserliche und innerliche Gebrauch.

Hervorragend als schmerzstillender antiseptischer Wundschutz. Angewendet von den Sanitätsämtern der Kaiserlich deutschen Marine. Erprobt im südafrikanischen Kriege (Gutachten von Dr. Powell in Capstadt).

Specielle Indicationen für äusserliche Anwendung: Wunden jeder Art, Eiterungen, wunde Brustdrüsen, Wundsein der Säuglinge, Geschwüre, Neuritis, Verbrennungen 1., 2. u. 3. Grades (sofortige Schmerzstillung), Erysipelas, Ekzeme jeder Art, Scabies, Lupus, Furunculose, Pemphigus, Psoriasis, Impetigo, Decubitus, Ulcus molle, Gonorrhoe, Favus, Herpes tonsurans, Sykosis, Pityriasis vera, Seborrhoe, Alopecia, Acne etc.

Inhalationen bei Tuberculose, Keuchhusten, Gangraena pulmonum, Bronchitis.

Indicationen für interne Anwendung: Magen- und Darmleiden, Tuberculose, Scrophulose.

Aerztlich empfohlen: Dr. Meyer, Bernstadt. — Dr. Goldmann, Wien. — Dr. Aufrecht, Berlin. — Prof. Scogniglio, Neapel. — Dr. Powell, Capstadt.

Erhältlich in den Apotheken. — **Auslandsvertreter gesucht.**
Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenfrei.

R. Spiegler, Chemische Fabrik, Kunnersdorf b. Bernstadt in Sachsen.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalen und klinische Vorlesungen. Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen. Von Doc. Dr. WILH. ROTH in Wien. — Ein Fall von unter merkwürdigem Symptomencomplexe verlaufener Rückenmarksläsion. Von Dr. ERNST R. v. CZYHLARZ, Assistenten der Klinik NOTHNAGEL in Wien. — Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER, Privatdocent für Chirurgie in Wien. — **Referate.** HANS HAENEL (Dresden): Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten. — E. WINTERNITZ (Tübingen): Erfahrungen über Angiotripsie. — KÜSTER (Berlin): Ueber Operationshandschuhe. — DETTMER (Braunschweig): Bacteriologisches zur Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe. — ABLOW: Ein Fall von irrtümlicher Schwangerschaftsdiagnose. — A. BUSCHKE (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Kenntniß der Alopecie. — HUGO STARCK (Heidelberg): Die Verwendung der Divertikelsonde bei Oesophagustumoren. — PROCHÁZKA (Prag): Ueber die Beziehung der Tuberculose zum Trauma. — **Literarische Anzeigen.** Die pathologischen Beckenformen. Von Prof. Dr. CARL BREUS und Prof. Dr. ALEX. KOLISKO. — Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung. Compensatorische Uebungstherapie, ihre Grundlagen und Technik. Von Dr. H. S. FRENKEL, dirig. Arzt des Curhauses „Freihof“ in Heiden (Schweiz). — **Feuilleton.** Beiträge zur socialen Medicin. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. III. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber die therapeutische Verwendung des Natrium sulfuricum. — Zur Behandlung von Influenza. — Anwendung von Unguentum Credé bei Phlegmasia alba dolens. — Gegen Pyelitis. — Dormiol. — Zur Behandlung des Tic douloureux. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus englischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Wiener medicinischer Club.** (Officielles Protokoll.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** MAX v. PETTENKOFER †. 1818—1901. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen.

Von **Doc. Dr. Wilh. Roth** in Wien. *)

Wenn ich die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen zum Gegenstande meiner heutigen Besprechung gewählt habe, so geschah dies nicht, um Ihnen etwas Neues vorzubringen, sondern ich wollte nur meine eigenen Erfahrungen und die Erfahrungen Anderer über diesen Gegenstand zusammenfassend mittheilen und hoffe, daß diese Darstellung einerseits wegen der Actualität des Gegenstandes, andererseits wegen des häufigen Vorkommens und der praktischen Bedeutung dieses Krankheitsbildes Ihr Interesse erwecken dürfte.

Ich muß nun gleich vorweg hervorheben, daß ich keineswegs jene Kopfschmerzen im Sinne habe, welche, wie bei jeder fieberhaften Krankheit, so auch bei der Influenza, während des Fieberstadiums als Folge der congestiven Erregung auftreten und mit dem Schwinden des Fiebers gleichfalls aufhören, ich habe vielmehr jene Schmerzen im Auge, welche nur selten während des Fieberstadiums, viel häufiger erst nach Ablauf des Fiebers den Patienten befallen und die mitunter eine solche Heftigkeit erlangen, daß sie zur fast unerträglichen Qual des Kranken werden und in diesem Stadium das Krankheitsbild vollständig beherrschen.

Diese Schmerzen treten zwischen dem 3. und 8., am häufigsten nach dem 5. Tage der Influenzaerkrankung auf,

zeigen im Beginne keine wesentliche Heftigkeit, sondern äußern sich als dumpfe Eigenommenheit des ganzen oder nur einer Hälfte des Kopfes; sie steigern sich aber dann mit jedem Tage immer mehr, bis sie endlich jene vorher erwähnte Höhe erreichen. Dabei kann man zwei Typen dieses Schmerzes beobachten: der eine Typus ist der des „remittirend-continuirlichen“, der zweite der des „intermittirenden“ Schmerzes, bei ersterem Typus dauern die Schmerzen wohl continuirlich, sie zeigen aber deutliche Remissionen und Exacerbationen, bei letzterem stellen sich die Schmerzen zu gewissen Tageszeiten, zumeist des Morgens nach dem Aufstehen ein, beginnen unauffällig als leise Mahnung, steigern sich aber im Laufe der nächsten Stunden immer mehr, bis sie ihre Akme erreichen, dann klingt der Schmerz wieder langsam ab und macht schließlich einer vollständigen Euphorie Platz, um am nächsten Tage denselben Lauf durchzumachen. Bei beiden dieser Typen zeigt sich die ergriffene Kopfhälfte (selten der ganze Kopf) oder nur einzelne bestimmte Abschnitte derselben, wie die Stirn-, die Unterjochbogen-, die Hinterhaupt- oder Scheitelgegend spontan sehr schmerzhaft, bei Berührung und Druck empfindlich, das Auge der ergriffenen Seite ist weniger geöffnet, die Conjunctiva geröthet, es besteht Thränenfluß, der Gesichtsausdruck ist ein schwer leidender. Jede Bewegung, jede Erschütterung des Kopfes, wie dies beim Husten oder Niesen der Fall ist, steigert den Schmerz, weshalb die Patienten bestrebt sind, in vollkommener Ruhe zu verharren.

Es ist begreiflich, daß man diesen Symptomencomplex in seinen beiden Typen von jeher wegen der Heftigkeit der Schmerzen auf die Nerven bezogen hat, und selbst heute noch sind viele Aerzte geneigt, diese Schmerzen immer als „Neuralgien“ zu bezeichnen, für welche Ansicht ihnen einerseits die Thatsache, daß im Verlaufe von Infections-

*) Vorgetragen in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums“ am 21. Januar 1901.

krankheiten Neuralgien zuweilen auftreten, andererseits aber der Umstand, daß die Schmerzen nach innerlicher Darreichung der sogenannten „Antineuralgica“, wie Chinin, Phenacetin, Antipyrin, Salipyrin, Pyramidon etc. zuweilen wesentlich gemildert werden oder selbst ganz schwinden, als Stütze dient. Man spricht dann von einer Neuralgia supra- oder infraorbitalis, occipitalis, temporalis u. dgl.

Die neueren rhinologischen Forschungen haben jedoch ergeben, daß diese exorbitanten Schmerzen in einer großen Zahl der Fälle nicht auf Reizungen und Veränderungen der Nervenscheide oder des Nerven selbst zu beziehen sind, sondern daß es sich bei diesen um Entzündungen der Schleimhaut der Nebenhöhlen der Nase, also um acute Sinuitiden handelt, die durch die Wirkung der in die Nebenhöhlen eingedrungenen specifischen Influenzabacillen oder Kapselkokken hervorgerufen werden.

Ueber die Häufigkeit des Auftretens dieser Erkrankung während einer Influenzaepidemie lassen sich keine genauen Daten geben, da es an einer diesbezüglichen genauen Statistik mangelt, man kann sie nur annähernd abschätzen, und ich kann nach meinen Erfahrungen sagen, daß sie bei der Influenza weitaus häufiger beobachtet wird, als die wirklichen Neuralgien. Ich hatte Gelegenheit, im Winter des Jahres 1899—1900 27 Fälle solcher nach Influenza aufgetretener schmerzhafter Affectionen zu beobachten, von denen sich jedoch 2 der weiteren Beobachtung entzogen, so daß nur 25 bis zu ihrem Ende verfolgte Fälle verbleiben. Es zeigte sich nun, daß in allen diesen Fällen eine Erkrankung der Nebenhöhlen vorlag, welche als Ursache der Schmerzen angesprochen werden mußte, und zwar bestanden in 5 dieser Fälle Erkrankungen der Stirnhöhle, in 20 Fällen solche der Oberkieferhöhle. Erkrankungen der Keilbeinhöhle und der Siebbeinzellen habe ich bei meinen Fällen nicht constatiren können, doch soll damit keineswegs behauptet werden, daß solche nicht auch gelegentlich aus dieser Ursache vorkommen können.

Nicht unerwähnt will ich lassen, daß in meinen 25 Fällen die Erkrankung nur fünfmal doppelseitig war, und zwar in einem Falle von Stirnhöhlen- und in 4 Fällen von Antrum-erkrankung, eine Beobachtung, welche mit den von HARKE gemachten Angaben, daß die acuten Antrumerkrankungen in einem Drittel, die acuten Stirnhöhlenerkrankungen in einem Fünftel der Fälle doppelseitig auftreten, nicht vollkommen übereinstimmt; doch dürfte dieser Widerspruch nur auf einem Zufalle beruhen, denn aus einer so geringen Zahl von Fällen lassen sich keine brauchbaren Schlüsse ziehen.

Bei allen diesen Fällen bestanden die Schmerzen schon mehrere Tage hindurch, anamnestisch ließ sich eruiren, daß Influenza vorausgegangen war, daß sich die Schmerzen erst einige Tage nach dem Einsetzen der Influenzaerkrankung (3—8 Tage) einstellten, vorerst nur als Eingenommenheit des Kopfes oder als Druck im Gesichte wahrgenommen wurden, sich dann aber allmählig steigerten und trotz der gegen dieselben angewandten Medicamente (Antineuralgica) eine solche Höhe erreichten, daß die Patienten sich genöthigt sahen, meinen ärztlichen Rath in Anspruch zu nehmen. Ich konnte ferner feststellen, und hiezu habe ich mich auch mit den behandelnden Collegen ins Einvernehmen gesetzt, daß die verschiedenartigsten Manifestationen der Influenza vorausgegangen waren, daß somit nicht bloß die „katarrhalische“, sondern auch die „intestinal“, ja selbst die „nervöse“ Form von derartigem schmerzhaften Ergriffensein des Kopfes und Gesichtes gefolgt waren.

Um mich vor Täuschungen zu schützen, habe ich nur jene Patienten, welche über continuirlichen Schmerz klagten, sofort, jene dagegen, bei welchen der Schmerz ihrer eigenen Angabe gemäß nur zu gewissen Tageszeiten besonders stark auftrat, erst um diese Zeit untersucht. Unter Berücksichtigung der subjectiven Localisation des Schmerzes wurden nach vorheriger Cocainisirung des Naseninneren zuerst die dieser Localisation entsprechenden Nebenhöhlen, sodann aber auch

noch die anderen Nebenhöhlen auf etwaige Erkrankungen geprüft. Denn wenn es auch richtig ist, daß die Localisation des Schmerzes bei vorhandener Nebenhöhlenerkrankung nicht immer dieser selbst entspricht, und z. B. bei Erkrankung der Keilbeinhöhle der Schmerz zuweilen in die Stirngegend, bei Erkrankung der Highmorshöhle auf den Scheitel oder auch auf die Stirngegend verlegt wird, gilt doch im Allgemeinen für die Mehrzahl der Fälle die Regel, daß die Schmerzen in der Gegend der erkrankten Höhle empfunden werden, bei Sinuitis frontalis in der Stirngegend, bei Sinuitis antri in der Wangengegend, bei Sinuitis sphenoidalis in der Hinterhaupt-gegend oder am Scheitel, und bei Sinuitis ethmoidalis an der Nasenwurzel und am vorderen Abschnitte der Innenwand der Orbita, während die Abweichungen von dieser Regel als Ausnahmen zu betrachten sind.

Was die Methode der Untersuchung selbst anlangt, führte ich entsprechend gekrümmte HARTMANN'sche Röhren durch das natürliche Ostium in die betreffende Nebenhöhle ein, blies dann zuerst mittelst des POLLITZER'schen Gummiballons Luft durch das Röhren in die Höhle ein, um etwa darin enthaltenes spärliches Secret herauszutreiben, dann erst wurde die Höhle mit einer 1%igen lauwarmen Borsäurelösung ausgespült und das Spülwasser auf beigemengte schleimige oder eiterige Secrete untersucht. Die anatomischen Verhältnisse in den von mir untersuchten Fällen waren insoferne günstig, als ich in keinem Falle genöthigt war, zum Zwecke dieser Untersuchung etwa das vordere Ende der mittleren Muschel abzutragen, um in die Stirnhöhle ein- dringen zu können, ebensowenig war ich bemüsst, mittelst des zugeschärften Röhrens die Innenwand des Antrum zu punctiren, was, nebenbei gesagt, insoferne hätte störend ein- wirken müssen, als sich dem sowohl durch die comprimirt Luft, als auch durch die Ausspülung herausbeförderten Secrete Blut beigemengt hätte, welches das Resultat der Untersuchung zu trüben imstande wäre.

Auf diesem Wege diagnosticirte ich in 5 Fällen acute Sinuitis frontalis (in einem Falle doppelseitig), 3mal mit eiterigem, 2mal mit schleimigem Secrete, in 20 Fällen acute Entzündung des Antrum (4mal doppelseitig), und zwar 2mal mit massigem, viscidem, zusammengeballten Secrete, 5mal mit in Klumpen herausgespültem Schleim und 13mal mit Eiter, der zumeist rahmartig, flüssig, nur selten mit krümmeligen, käsigen, übelriechenden Massen vermischt war. In allen Fällen hörte der bestandene intensive Schmerz sofort nach der Aus- spülung auf, die Kranken gaben an, erleichtert, wie neu- geboren zu sein. Die Keilbeinhöhle fand ich, wie bereits erwähnt, bei dieser Art der Untersuchung in keinem der Fälle afficirt, die Ethmoidalzellen entziehen sich durch das Verstecksein ihrer Ostien dieser Untersuchung; ich glaube aber bei dem Fehlen der der Erkrankung der Siebbeinzellen entsprechenden Localisation des Schmerzes, wie auch bei dem Mangel von Secret im mittleren und oberen Nasengange einige Zeit nach der Ausspülung der Stirn- und Oberkiefer- höhle zu der Annahme berechtigt zu sein, daß dieselben in meinen Fällen nicht erkrankt waren.

Die Euphorie, welche nach der Ausspülung eingetreten war, hielt in allen beobachteten Fällen den ganzen Tag an, am nächsten Tage traten aber neuerdings Schmerzen auf, die durch eine neuerliche Ausspülung wieder prompt beseitigt wurden, bis sie nach einigen Tagen gänzlich sistirten, die Patienten somit als geheilt betrachtet werdsn konnten. Die Ausspülung der ergriffenen Nebenhöhle bildete somit zugleich die curative Behandlung der Erkrankung derselben, und es variirte die Zeit bis zur gänzlichen Beseitigung der schmerz- haften Anfälle von 3 Tagen bis circa 3 Wochen. Dabei konnte ich die Beobachtung machen, daß die Affectionen der Stirn- höhle dieser Behandlung rascher weichen, als die der Ober- kieferhöhle, was vielleicht auf die günstigeren Abflußbedin- gungen für die Secrete der Stirnhöhle gegenüber denen der

Oberkieferhöhle zu beziehen ist, und notire ich 3 Tage Heilungsdauer bei einer Stirnhöhlenaffection, während die längste Heilungszeit, nämlich 22 Tage, auf eine Oberkieferhöhlenerkrankung fällt.

Während der Behandlung konnte ich die Beobachtung machen, daß das anfänglich eiterige Secret nach wiederholten Ausspülungen allmählig einen schleimigen Charakter annahm und erst dann bei Fortsetzung der Ausspülungen vollständig verschwand. Es kam aber auch vor, daß trotzdem bei einer Ausblasung der Höhle gar kein Secret mehr zutage gefördert wurde, dennoch die zur Zeit der Secretion bestandenen Schmerzen noch immer auftraten und nach einer vorgenommenen Ausspülung wieder prompt schwanden; man ist in solchen Fällen zu der Annahme gedrängt, daß da noch immer eine entzündete, wiewohl nicht mehr secernirende Nebenhöhle Schleimhaut besteht, und daß auch in diesem Falle die Ausspülung calmirend auf die Schmerzauslösung wirkt. Diese Thatsache ist in diagnostischer Hinsicht deshalb von Belang, weil auch Fälle zur Beobachtung kommen, in denen trotzdem die oben geschilderten Schmerzattacken angegeben werden, eine Probeausblasung negativ ausfällt und man sich nach dem Ergebnisse dieser Untersuchung veranlaßt sehen könnte, eine Sinuitis auszuschließen. Macht man aber dann eine Ausspülung der Höhle und lassen die Schmerzen hierauf sofort nach, so muß man doch eine Erkrankung der Nebenhöhle annehmen, bei welcher nur wenig oder gar kein Secret geliefert wird.

Fragen wir uns nun, ob diese Affectionen der Nebenhöhlen eine besondere, nur der Influenza zukommende Erkrankung darstellen, oder ob sie auch infolge anderweitiger Erkrankungen beobachtet werden, so müssen wir wohl zugeben, daß auch andere Infectionskrankheiten, ja selbst die gewöhnliche mit schleimigem oder schleimig-eiterigem Secret einhergehende „Coryza“ Entzündungen der Schleimhaut der Nebenhöhlen mit dem in Rede stehenden Symptomencomplexe im Gefolge haben können, daß sie aber bei der Influenza am häufigsten beobachtet werden. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben bei allen aus den verschiedensten Ursachen entstammenden Entzündungen die gleichen Veränderungen erwiesen, überall fand man Hyperämie, Wulstung und Oedem der Schleimhaut, an welcher zahlreiche Ecchymosen sichtbar sind, und entweder gar kein freies oder ein an der Oberfläche der Schleimhaut liegendes, seröses, schleimiges oder eiteriges Exsudat. WEICHELBAUM hat aber schon im Jahre 1890 und 1892 in dem Exsudate von nach Influenza auftretenden Nebenhöhlenentzündungen Influenzabacillen und Kapselkokken nachgewiesen, welche er als die Erreger der Entzündung anspricht, während in anderen, nicht durch Influenza bedingten Entzündungen andere Bacterienarten, so der Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus und andere gefunden wurden, denen die entzündungserregende Wirkung zugeschrieben wird. Es liegt demnach durchaus kein Grund vor, die Influenzaentzündung der Nebenhöhlen als etwas Specificisches zu betrachten; man muß vielmehr sagen: die acute Entzündung der Schleimhaut der Nebenhöhlen wird durch verschiedene Ursachen, zu deren einer auch die Influenza gehört, hervorgerufen.

Ueber den Modus der Infection herrschen gegenwärtig noch getheilte Meinungen. Während ZUCKERKANDL für alle acuten Entzündungen der Nebenhöhlen annimmt, daß die Entzündung der Nasenschleimhaut sich auf die Nebenhöhlen fortsetzt, ist KILIAN und mit ihm Andere, der Ansicht, daß die Entzündung sowohl der Nasenhöhle als auch der Nebenhöhlen zu gleicher Zeit eintritt. Man müßte somit nach der ersten Ansicht annehmen, daß bei der Influenza der Erreger vorerst in die Nase gelangt, dieselbe inficirt und dann erst von da in die Nebenhöhlen durch starkes Schnutzen oder durch Luftwirbel hineingetrieben wird, nach der anderen Anschauung jedoch müßte man zu dem Schlusse gelangen, daß die Infection auf dem Wege der Blutbahn vor sich geht,

eine Annahme, welche durch jene meiner Fälle, in denen es sich um eine viscerale oder nervöse Form der Influenza handelte, bei welchen also die Nasenschleimhaut überhaupt nicht erkrankt war, und bei welchen dennoch eine Sinuitis auftrat, an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Es wäre jedoch auch möglich, daß gelegentlich sich beide dieser Infectionsarten geltend machen; weitere Beobachtungen müßten diese Verhältnisse klarstellen.

Die bei den acuten Sinuitiden auftretenden bedeutenden Schmerzen sind jedenfalls auf die Schleimhaut der Nebenhöhlen und auf die in derselben verlaufenden, wenn auch spärlichen, sensitiven Nerven zu beziehen. Fast alle Autoren sind der Ansicht, daß die Akme der Schmerzattacke mit der Füllung der Nebenhöhlen und mit der Retention des Exsudates zusammenhängt, und daß nach Entleerung desselben der Schmerz entweder vollständig oder zum größten Theile schwindet. Es würden sich aus diesem Verhalten beim remittirenden continuirlichen Typus die freien Intervalle in ungezwungener Weise erklären lassen. Eines bleibt aber auch dann noch unerklärt, warum der Schmerz in einzelnen Fällen selbst nach der Entleerung der Nebenhöhle nur unvollständig schwindet, d. h. nur abgeschwächt wird, und ferner, warum in Fällen, in denen man nur spärliches oder selbst gar kein Secret vorfindet, dennoch heftige Schmerzen angegeben werden? Ich glaube wohl, daß man da für die Entstehung des Schmerzes noch einen anderen Factor, nämlich die durch Verlegung der Ostien behinderte Ventilation der Nebenhöhlen verantwortlich machen muß. Gleichwie beim aufgehobenen Luftwechsel in der Paukenhöhle treten auch da infolge der durch Resorption eines Theiles der abgesperrten Luft Differenzen zwischen der abgesperrten und der Außenluft ein, und diese werden als Schmerzen empfunden. Daß hier wirkliche solche Verhältnisse obwalten, ist daraus ersichtlich, daß durch eine nach der Methode Prof. POLLITZER's erfolgte Luftpneumatisierung auch die von den Nebenhöhlen abhängigen Schmerzen beseitigt werden können.

Die Schmerzen localisiren sich in der Regel in der Gegend der afficirten Nebenhöhle, sie können aber auch nach anderen Gegenden ausstrahlen; so wird manchenmal bei einer Antrumerkrankung der Schmerz auf den Scheitel, ja mitunter sogar auf die Supraorbitalgegend verlegt, ohne daß hiebei die Stirnhöhle erkrankt sein muß. Ebenso begegnet man Fällen, in denen der Schmerz wohl in der Gegend der ergriffenen Nebenhöhle deutlich empfunden wird, wo aber überdies noch ein oder der andere Ast des Trigeminus oder die ganze Kopfhälfte schmerzempfindlich ist, es sind das „Irradiationen“ auf benachbarte Nerven.

Aus dieser Mannigfaltigkeit im Auftreten, Verlauf und der Localisation des Schmerzes läßt sich schon ersehen, daß auf dieses Symptom allein hin eine sichere Diagnose nicht gestellt werden kann. Insbesondere wird man aus dem Schmerz allein keine Unterscheidung zwischen einer wirklichen Neuralgie und einer Sinuserkrankung machen können. Sind ja, wie bereits erwähnt, auch bei Erkrankungen der Nebenhöhlen zuweilen die benachbarten Trigeminusäste druckempfindlich, und wie leicht könnte dieser Befund zur Annahme einer wahren „Neuralgie“ verleiten?

Eine vollkommen sichere Diagnose verbürgt nur eine genaue Untersuchung der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen. Verhältnißmäßig leicht gestaltet sich die Diagnose bei manifesten objectiven Erscheinungen. Findet man nämlich die Schleimhaut in der Umgebung der Ostien geschwellt und geröthet und sieht man Secret aus einem Ostium hervorsickern, dann ist wohl die Erkrankung der diesem Ostium zugehörigen Nebenhöhle mit Sicherheit anzunehmen, und es erübrigt nur noch, um die Diagnose erschöpfend zu stellen, die Untersuchung, ob außer dieser Nebenhöhle nicht auch noch andere erkrankt sind. Etwas schwieriger wird die Diagnose, wenn kein Secret sichtbar ist, dann empfiehlt es sich, in jede einzelne Nebenhöhle ein entsprechend gekrümmtes

Röhrchen einzuführen und durch dieses vorerst comprimirt Luft durchzublasen, um zu sehen, ob nicht spärliches Secret herausgepreßt werden könnte, dann aber noch eine Ausspülung der Nebenhöhle mit lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung oder mit einer 1%igen Borsäurelösung vorzunehmen. Die Ausspülung kann nun auch noch Secret herausbefördern, welches zur Diagnose verwerthet werden kann, oder es kommt dabei kein Secret zum Vorschein, aber der Schmerz läßt erheblich oder vollständig nach, dann muß eine Entzündung der betreffenden Nebenhöhlenschleimhaut ohne freies Secret angenommen werden. Nur jene Fälle, bei denen eine Ausspülung weder Secret zutage fördert, noch aber den vorhandenen Schmerz beseitigt, kann man demnach nach den heutigen klinischen Erfahrungen den echten „Neuralgien“ zuzählen.

Ich habe bereits erwähnt, daß in meinen Fällen die anatomischen Verhältnisse so günstig waren, daß ich mit den Röhrchen durch die natürlichen Ostien eindringen konnte. Ich würde jedoch, wenn dies in irgend einem Falle nicht möglich wäre, keinen Anstand nehmen, das vordere Ende der mittleren Muschel abzutragen, um in die Stirnhöhle eindringen zu können, oder behufs Probeausspülung der Highmorshöhle eine Punction ihrer inneren Wand vom mittleren Nasengange aus vorzunehmen, es sind ja dies Manipulationen, welche man zu diagnostischen Zwecken auch bei den chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen zu üben pflegt. Die Ergebnisse der Durchleuchtung können nach meinen Erfahrungen für sich allein zu einer untrüglichen Diagnose nicht verwerthet werden, dieselben haben nur relativen Werth und sind als Bestätigung der durch andere Methoden gewonnenen Resultate schätzenswerth.

Die Therapie richtet sich nach dem Stadium und der Dauer der Erkrankung. Für den Beginn derselben werden Bett-ruhe, Diaphoresis, anfänglich kühle, dann warme Ueberschläge auf die vom Schmerz heimgesuchte Kopf- und Gesichtshälfte, und innerlich Phenacetin, Antipyryn, Chinin oder ein anderes Antipyreticum empfohlen, und es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß diese Behandlung zuweilen recht günstige Resultate liefert. Unterstützt wird diese Behandlung noch durch Abstinenz aller aufregenden Getränke, wie Kaffee, Thee, Alcoholica etc. und durch öfteres Einathmen warmer Wasserdämpfe, denen etwas Menthol zugesetzt wird, durch die Nase. Ich pflege das Menthol in 3—5%iger ätherischer Lösung zu verordnen und davon einige Tropfen in ein mit kochend heißem Wasser gefülltes Gefäß träufeln zu lassen; die dem Gefäße entstehenden, mit Menthol geschwängerten Wasserdämpfe werden dann vom Patienten mit geschlossenem Munde durch die Nase eingeathmet. Das Menthol wirkt abschwellend auf die Nasenschleimhaut und die tiefe In- und Expiration ruft Luftwirbel in der Nasenhöhle hervor, welche auch die Ventilation der Nebenhöhlen zu fördern imstande sind. Auch das Einlegen von mit einer 1%igen Cocainlösung getränkten Wattebäuschchen in die Nase bewirkt Abschwellung der Nasenschleimhaut und erleichtert die Beschwerden des Kranken. In welcher Weise die Antipyretica wirken, ist bisher nicht bekannt, es scheint jedoch, daß ihnen eine Beziehung zu den Toxinen zukommt, und daß sie die Wirkung derselben, wie auf den Gesamtorganismus, so auch auf die Schleimhaut und deren Nerven abschwächt. In dieser Voraussetzung wende ich das bei Influenza praktisch als wirksamstes Medicament erprobte Salipyrin auch bei den durch Influenza hervorgerufenen, auf acuter Entzündung der Nebenhöhlen beruhenden Schmerzen im Gesichte und am Kopfe an und habe allen Grund, mit dessen Wirkung zufrieden zu sein. Ich lasse davon 1grammige Dosen 3—4mal täglich nehmen.

Wenn bei dieser Therapie das Leiden sich nicht wesentlich bessert und die außerordentlichen Schmerzen, die den Patienten quälen, zu einem energischen Einschreiten seitens des Arztes auffordern, dann cocainisire man die Nase und versuche vorerst die ausgiebige Anwendung der POLLITZER'schen Luftdouche, ein Verfahren, welches von HARTMANN empfohlen,

nicht selten dadurch eine erhebliche Linderung des Schmerzes bewirkt, daß es die in den Nebenhöhlen zurückgehaltenen Secrete zur Entleerung bringt und die Luft in den Nebenhöhlen erneuert. Ich warne jedoch, dieses Verfahren in Fällen anzuwenden, wo die entzündete Nebenhöhle eiteriges Secret producirt, weil durch dasselbe Eiter aus einer Nebenhöhle heraus- und in eine andere, und zwar in eine sehr bedeutungsvolle, die Paukenhöhle, hineingetrieben und auf diese Weise eiterige Mittelohrentzündung hervorgerufen werden kann. Bei günstiger Wirkung dieses Verfahrens soll dasselbe selbstverständlich bei Wiederauftreten des Schmerzes wiederholt und bis zur vollständigen Heilung fortgesetzt werden. Versagt aber dieser Versuch, d. h. verringern sich nach demselben die Schmerzen nicht oder nicht erheblich, dann bleibt nichts übrig, als die Ausspülung der erkrankten Nebenhöhle in der Weise vorzunehmen, wie ich dies oben geschildert habe. Es wird wohl von einigen Autoren angegeben, daß bei acuten Sinuitiden, die ja im Allgemeinen eine günstige Prognose gestatten und auch ohne jedes Hinzuthun zur Heilung kommen, derartige Eingriffe nicht nöthig sind und dem Patienten nur unnöthige Belästigungen verursachen. Dem gegenüber möchte ich aber hervorheben, daß wir ja von den Patienten gedrängt werden, etwas gegen ihre Schmerzen zu unternehmen, und da, wie aus der Beobachtung meiner Fälle hervorgeht, die Ausspülungen den Schmerz so verlässlich beseitigen oder zumindest herabsetzen, ist es nicht einzusehen, weshalb man eines so einfachen Eingriffes entzathen sollte. Die im Verhältnisse zur Intensität des Schmerzes gewiß geringe Belästigung, welche das Einführen des Röhrchens in das Ostium der ergriffenen Nebenhöhle und das nachfolgende Ausspülen dieser letzteren verursacht, darf ja in solchen Fällen nicht in Frage kommen. In einer in den letzten Tagen erschienenen Arbeit¹⁾ hebt WERTHEIM neuerdings hervor, daß die acuten Sinuitiden keiner localen Behandlung bedürfen, da sie in der Regel auch ohne solche heilen, ja daß es sogar schädlich sei, in diesen Fällen Ausspülungen vorzunehmen, da man hiedurch in eine vielleicht nur leicht gereizte Nebenhöhle Infectionskeime hineinführen und dadurch erst recht eine eiterige Entzündung ihrer Schleimhaut herbeiführen könne. Diese Möglichkeit muß durchaus zugegeben werden, und ich wiederhole, daß ich eine locale Behandlung nur für jene Fälle empfehle, welche bereits durch einige Zeit in anderer Weise behandelt wurden, ohne daß die erheblichen Schmerzen der Kranken gemildert wurden. Die Gefahr einer Infection der Nebenhöhlen kann aber, denke ich, durch eine sorgfältige Auskochung der Röhrchen vermieden werden, es fällt somit dieses Moment als Gegenanzeige für die Ausspülungen weg. Ueberdies ist es genügend bekannt, daß die acuten Sinuitiden unter gewissen, nicht näher bekannten Verhältnissen die Tendenz zeigen, chronisch zu werden, und da diese Tendenz von vorneherein nicht erkannt werden kann, ist auch aus diesem Gesichtspunkte zur Verhütung des Chronischwerdens der Entzündung die Durchspülung der ergriffenen Nebenhöhle geboten.

Endlich will ich nicht unerwähnt lassen, daß auch Bepinselungen der die Ostien der Nebenhöhlen begrenzenden Schleimhaut mit 2—5%igen Lösungen von Arg. nitr. sich als vortheilhaft erwiesen haben, sie bewirken ein rascheres Abschwellen der Schleimhaut und schaffen hiedurch günstigere Verhältnisse sowohl für die Lüfterneuerung in den Nebenhöhlen als auch für den Abfluß der Secrete aus denselben.

Fasse ich nach dem Gesagten die Ergebnisse meiner Beobachtungen noch einmal kurz zusammen, so ergibt sich Folgendes:

Im Gefolge der Influenza treten häufig Schmerzen in der Stirn-, Schläfen- und Wangengegend, nach anderen Beobachtungen auch im Hinterhaupte und an der inneren Wand

¹⁾ Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Von Dr. EDMUND WERTHEIM (Breslau). „Arch. f. Laryng. u. Rhinol.“, XI. Bd., H. 2.

der Orbita auf, welche entweder einen remittirenden oder intermittirenden Charakter haben; man findet die ergriffenen Stellen druckempfindlich, die Haut an denselben zuweilen geschwollen.

Als Ursache dieser mit außerordentlicher Heftigkeit auftretenden Schmerzen habe ich in allen von mir beobachteten Fällen eine acute Entzündung der Stirn- oder der Oberkieferhöhle gefunden, und die Schmerzen ließen sofort nach einer Ausspülung der ergriffenen Nebenhöhle nach, um nach einigen Ausspülungen gänzlich aufzuhören.

Die Ausspülungen beseitigten auch dann die Schmerzen, wenn durch vorherige Ausblasung der Höhle kein Secret in derselben gefunden wurde; ich benütze somit diese Erfahrung, um zwischen einer Neuralgie und einer acuten Sinuitis zu differenzieren, indem ich nur jene Fälle, bei denen kein Secret gefunden wird, als Neuralgien anspreche, bei denen eine Ausspülung keinen Nachlaß der Schmerzen mit sich bringt.

In Bezug auf die Therapie stimme ich den allgemein für die Behandlung der acuten Sinuitiden aufgestellten Normen bei, empfehle jedoch bei längerer, trotz dieser Behandlung bestehender Persistenz der äußerst heftigen Schmerzen Durchspülungen der ergriffenen Höhle, allerdings unter aseptischen Cautelen und mit der nöthigen Vorsicht vorzunehmen, da nach meiner Erfahrung diese Schmerzen nach einer solchen Spülung immer prompt wesentlich verringert oder gänzlich beseitigt werden.

Ein Fall von unter merkwürdigem Symptomen-complexe verlaufender Rückenmarksläsion.

Von **Dr. Ernst R. v. Czyhlarz**, Assistenten der Klinik NOTHNAGEL in Wien. *)

Das jetzige Leiden der 25jährigen A. H., deren Familienanamnese belanglos ist, begann im October 1898. Sie wachte des Nachts einmal plötzlich mit den heftigsten Schmerzen im Genicke auf; es hätten ihr spontan, noch weit mehr aber auf Druck die „Flachsen“ am Halse weh gethan, dabei zeigt sie auf den Trapezius, Cucullaris und die Muskelwülste der beiden Fossae supraspinatae; auch die Wirbelsäule selbst soll in ihrem obersten Abschnitt sehr druckempfindlich gewesen sein. Wenn die Kranke den Kopf wenden wollte, mußte sie den ganzen Körper in den unteren Wirbelgelenken drehen. Diese Schmerzen hielten mit annähernd gleicher Heftigkeit und ohne Unterbrechung durch etwa 3 Wochen an. Patientin war vollständig arbeitsunfähig und verbrachte den größten Theil des Tages im Bette. Fieber soll angeblich nicht bestanden haben.

Während dieser Zeit wurde die Kranke vom Arzte mit Pillen behandelt. Nach 3 Wochen ließen die Genickschmerzen in ihrer Intensität nach; auch waren sie von da ab nicht mehr constant, sondern kamen anfallsweise, oft jede Viertelstunde, wobei ein derartiger Schmerzanfall bis zu 5 Minuten dauerte. Von gleicher Intensität und gleichem Typus blieben diese Schmerzen auch späterhin durch 1½ Jahre. Doch waren damals — nach jenen 3 Wochen — im rechten Arme plötzlich Schmerzen aufgetreten, welche Patientin als „Reißen“ charakterisirt. Sie traten ebenfalls anfallsweise circa ¼ stündlich und in der Dauer von 5 Minuten auf. An der Außenseite des Armes reichten sie herab bis in den Daumen, die übrigen 4 Finger zunächst frei lassend, an der Innenseite des Armes bildete der Ellbogen die Grenze. Bald gesellte sich zu diesen Schmerzen auch ein Gefühl von Kriebeln von der Schulter bis in die Hand und die Fingerspitzen, das seither bis zum heutigen Tage andauert. In der ersten Zeit bemerkte Pat. keine Einbusse an Motilität der Extremität, bald aber machte sie die Erfahrung, daß die Kraft der erkrankten Extremität langsam, aber beständig abnahm. Seit einem Jahre kann sie dieselbe fast gar nicht mehr gebrauchen. Seit etwa einem halben Jahre bemerkt Pat. in der erkrankten Extremität auch Zuckungen.

*) Nach einer in der Sitzung des „Wiener med. Club“ vom 16. Januar 1901 erfolgten Krankenvorstellung.

In der rechten unteren Extremität empfand die Kranke noch im Winter 1898 leichte Ermüdbarkeit. Das Ameisenlaufen trat auch in dieser Extremität hin und wieder auf. Die Krankheitserscheinungen in dieser Extremität haben seither nicht irgendwie wesentlich zugenommen.

Die obenerwähnten Schmerzen im Genicke und der rechten oberen Extremität sind in den letzten 6 Wochen nicht mehr aufgetreten. Seit 2 Jahren bemerkt Patientin, daß sie mit dem linken Auge undeutlicher sieht; seit derselben Zeit sei „das rechte Auge etwas kleiner als das linke“. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Lues wird negirt. Kein Trauma.

Wenn wir die Kranke betrachten, so fällt uns im Gebiete der rechten oberen Extremität eine starke Atrophie auf, die betrifft: den Deltoid., d. Supraspinatus und Infraspinatus, den Biceps und den Supinator longus.

Frei ist der Triceps, die Handmuskulatur und die übrige Muskulatur des Unterarms. Die Motilität ist der Affection der genannten Muskeln entsprechend eingeschränkt. Die Sensibilität für alle Qualitäten durchwegs normal. Das wäre also das Bild der sogenannten ERB'schen (DUCHENNÉ'schen) oberen Plexuslähmung. Außerdem fällt aber an der Kranken auf, daß die linke Lidspalte wesentlich weiter als die rechte, und daß der rechte Bulbus etwas eingesunken erscheint. Die Pupille ist rechts deutlich enger als links. Die rechte Wange erscheint beim Erröthen deutlich röther als die linke, Symptome, die auf eine Affection des rechten Sympathicus schließen lassen.

Betheiligung des Sympathicus ist bei Plexuslähmungen nicht so selten; allerdings handelt es sich da um sogenannte untere (KLUMPKE'sche) Plexuslähmungen, welche die Handmuskeln und am Unterarm besonders die Beuger betreffen, Muskelgebiete, die in unserem Falle gerade frei sind. Die Sympathicusaffection erklärt sich in diesen KLUMPKE'schen Fällen dadurch, daß die Fasern für die obengenannten Functionen des Sympathicus durch den Ramus communicans des ersten Dorsalnerven aus dem Rückenmark zum Sympathicus hinziehen; begreiflicherweise gehen Affectionen der ersten Dorsalwurzel (die neben der achten Cervicalwurzel die Fasern für die Muskeln führen, die bei der unteren Plexuslähmung getroffen werden) mit derartigen Sympathicusstörungen einher. Bei der oberen (ERB'schen) Plexuslähmung (5., 6., eventuell 7. Cervicalwurzel) ist ein derartiger inniger Zusammenhang mit einer Sympathicusaffection schwer denkbar, man müßte rein annehmen, daß eine solche Affection zugleich die entsprechenden Wurzeln und zugleich auch den ziemlich weit hinten neben der Halswirbelsäule verlaufenden Grenzstrang des Sympathicus treffe. Aber eine derartige Affection könnte höchstens ein Tumor sein, der beide zugleich comprimirt, ein solcher müßte jedoch an einem mageren Halse wohl zu palpieren sein, was in unserem Falle nicht der Fall ist. Auch das Roentgenbild zeigt nichts Derartiges (auch im Uebrigen normal).

Aber noch eine andere Affection erscheint denkbar, die uns das Bestehen der genannten oculopapillären Symptome neben dem Bilde der oberen Plexuslähmung erklären könnte. Denken wir uns nämlich diese oculopapillären Fasern nicht im Grenzstrang des Sympathicus selbst, sondern auf ihrem Wege im Rückenmark (sie verlaufen im Halsmark in der weißen Substanz an nicht näher gekannter Stelle hinunter) unterbrochen, so könnte eine diese Unterbrechung verursachende Affection ganz gut auch die Symptome einer Plexuslähmung machen, indem sie nicht die Wurzeln selbst, wohl aber die dazugehörigen Vorderhornzellen oder die zu diesen führenden Pyramidenbahnen ergreift; dies wäre dann eine Rückenmarksaffection. Gestützt wird diese Annahme durch die Affection der rechten unteren Extremität, von der ja die Kranke angegeben, daß auch sie ein wenig schwächer geworden sei. Bei der Untersuchung dieser Extremität sehen wir auch in der That, daß sie eine geringere motorische Kraft aufweist als die linke. Die Sensibilität ist ganz normal. Der linke Unter- und Oberschenkel ist an der Stelle seiner größten Circumferenz

je um 1 Cm. umfangreicher als der rechte. Der Patellarreflex ist rechts deutlich stärker als links, rechts ist Fußclonus auszulösen, links nicht. Auch sei noch erwähnt, daß die elektrische Untersuchung der ergriffenen Muskeln der rechten oberen Extremität nur eine quantitative Herabsetzung, keine Entartungsreaction nachweisen ließ, was wohl auch eher im Sinne einer Rückenmarksaffection spricht.

Wenn wir nun fragen, welcher Natur wohl die vorliegende Rückenmarksaffection ist, so kommen bei dem einseitigen Charakter derselben und bei der geringen Ausdehnung des Herdes nur ein Tumor des Rückenmarkes, bezw. der Wirbelsäule oder Syringomyelie in Betracht. Ist schon die strenge Halbseitigkeit bei einem Tumor schwer zuzugeben, so sprechen vor Allem der so wenig progressive Charakter, das Aufhören der Schmerzen in der letzten Zeit, der negative Roentgenbefund geradezu dagegen. Dagegen wäre dies alles mit der Annahme einer Syringomyelie recht gut in Einklang zu bringen; wissen wir doch, wie auch SCHLESINGER betont, daß, was vorerst etwas befremdend erscheint, Syringomyelie ohne nachweisbare Sensibilitätsstörungen und mit heftigen Schmerzen einsetzen kann.

Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung.

Von **Primararzt Dr. Julius Schnitzler**, Privatdocent für Chirurgie in Wien.*)

(Fortsetzung)

Wenden wir uns zunächst der Besprechung der chirurgischen Therapie der diffusen eiterigen Peritonitis zu, und zwar zunächst unter der Voraussetzung, daß wir den Patienten erst im Zustand der voll entwickelten Peritonitis zur Behandlung zugewiesen bekommen. Auch in diesem Stadium wird es von Bedeutung sein, womöglich zu eruiren, von wo die Peritonitis ihren Ausgangspunkt genommen hat. Der Häufigkeit nach werden wir unser Augenmerk zunächst auf den Appendix, dann auf Magen, Duodenum, die Gallenwege, Genitalien etc. richten, während wir ja in jenen Fällen, in welchen eine Verletzung vorausgegangen ist, einen bestimmten Anhaltspunkt für unsere Diagnose finden. Die Diagnose des Ausgangspunktes, resp. der Entstehungsort der Peritonitis ist für die Prognose und damit auch für die Indicationsstellung von großer Bedeutung.

Früher schon sprach ich davon, daß die echten Perforationsperitonitiden, d. h. die durch Perforation eines intraabdominellen Hohlorganes (Magen, Darm, Gallenblase etc.) in die Bauchhöhle entstandenen Bauchfellentzündungen von den durch Durchbruch eines früher circumscripten Eiterherdes entstandenen geschieden werden sollen. Erstere sind, und ich kann mich da auf hinreichende eigene Erfahrungen stützen, noch in einem vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung einer chirurgischen Therapie mit Aussicht auf Erfolg zugänglicher als letztere, dafür ist bei letzteren relativ öfter ein spontaner Stillstand und eine Abkapselung, resp. Heilung der Erkrankung zu beobachten. Die Erklärung hiefür läßt sich unschwer finden. Zunächst sind im Inhalt der intraperitoneal gelegenen Hohlorgane in der Regel keine so virulenten Infectionserreger vorhanden, als in Abscessen. Daher das mitunter — nach Ueberwindung des ersten durch die Irruption der schädlichen Massen bedingten Shoks — relativ langsamere Vorschreiten der schweren Erscheinungen, das relativ häufig zu constatirende und dann auch leider zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gebende Fehlen, resp. späte Eintreten septischer Erscheinungen. Darum schafft in den früheren Stadien der Perforationsperitonitis durch Durchbruch eines Hohlorganes die Laparotomie mit consecutivem Verschuß der Perforationsöffnung gute Chancen; der einmalige oder nur

kurze Zeit hindurch fortgesetzte Einbruch von Magen- oder Darminhalt schafft in der Regel keine irreparablen Veränderungen; tritt aber hier keine operative Abhilfe ein, fließt beständig weiter schädliche Materie in die Bauchhöhle, so geht das betroffene Individuum fast ausnahmslos zugrunde, weil beständig neue Nachschübe des infectiösen und toxischen Materiales erfolgen. Ganz anders bei dem Durchbruch eines bis dahin abgekapselten Abscesses in die Bauchhöhle. Hier erfolgt eine einmalige Ueberschwemmung mit meist sehr virulentem Materiale, das zu einer fortschreitenden Peritonitis Veranlassung gibt. Daß man auch hier durch eine möglichst bald nach der Perforation durchgeführte Laparotomie mit Reinigung der Bauchhöhle in der später zu beschreibenden Weise und Drainage der Absceßhöhle die Chancen verbessert und eine klare Indication erfüllt, steht wohl außer Zweifel. Anders steht jedoch die Sache, wenn man erst in einem späteren Stadium der Erkrankung in die Lage kommt, die Operationsfrage in Erwägung zu ziehen. Hier handelt es sich zumeist nicht um ein fortwährendes Nachströmen des Infectionsmaterialies, da sich ja zumeist der Absceß auf einmal in die Bauchhöhle entleert hat; hier handelt es sich vielmehr um das Fortwirken dieses Infectionsmaterialies in der Peritonealhöhle, und während bei der Perforationsperitonitis im eigentlichen Sinne des Wortes die Indication zur Operation besteht, so lange der Kranke überhaupt noch operationsfähig ist, so muß bei der an einen Absceß sich anschließenden Peritonitis die Indicationsstellung individualisirend sein. Je kürzere Zeit seit dem Platzen des Abscesses verflossen ist, desto entschiedener wird die Operation indicirt sein. Man wird dann vielleicht noch eine größere Menge Eiters an einer Stelle — zumeist im DOUGLAS'schen Raume — finden und entfernen können. Mit der zurückbleibenden Eitermenge kann das Peritoneum dann schon fertig werden. Kommt man aber erst zum Kranken, wenn die an die Perforation des Abscesses sich anschließende Peritonitis voll ausgebildet ist, so muß die Indication zur Laparotomie wohl erwogen werden. Die Entscheidung der Frage stünde ja sehr einfach, wenn tatsächlich jede derartige Peritonitis ohne operativen Eingriff unbedingt zum Tode führen müßte. Dann könnte ja die Operation nur nützen und keineswegs schaden. So steht aber die Sache nicht. Auch derartige eiterige Peritonitiden können — wenn auch nur selten — spontan ausheilen oder unter Bildung eines oder mehrerer circumscripter Abscesse zurückgehen, während andererseits zugestanden werden muß, daß die Laparotomie bei den an eiteriger Peritonitis Erkrankten stets als ein schwerer Eingriff aufzufassen ist. Handelt es sich doch stets um Menschen, deren Herz durch die Peritonitis gelitten hat, die durch das Erbrechen, Mangel an Ernährung, Wasserverarmung der Gewebe, stark heruntergekommen sind, so daß schon die Narkose — und diese kann gerade in derartigen Fällen kaum durch Localanästhesie ersetzt werden — gefährlicher ist als bei den meisten anderen Operationen. Vor allem wird also das Allgemeinbefinden für die Entscheidung über die Vornahme der Laparotomie in Betracht kommen und in erster Linie ist es wieder das Verhalten des Pulses, nach dem wir uns zu richten haben, während dem Verhalten der Temperatur in dieser Frage kaum eine Bedeutung zukommt. Ist bei bestehender diffuser Peritonitis der Puls nicht über 120, so kann man mit dubiöser Prognose — eine bessere gibt es bei den Peritonitisoperationen dieser Art nicht — operiren; ist die Pulsfrequenz 120 bis 140, so ist die Prognose mit und ohne Operation recht schlecht, und ist die Pulsfrequenz noch höher gestiegen, so wird man wohl besser von einer Laparotomie absehen. Ebenso werden Erscheinungen schon bestehender schwerer Septikämie — Icterus, Cyanose, schwere Störungen des Sensoriums, kühle Extremitäten — die Operation fast ausnahmslos contraindiciren. Ich sage fast ausnahmslos,

weil man unter Umständen einmal, wenn auch überwiegend ungünstige Symptome da sind, durch irgend ein günstiges Symptom veranlaßt, doch noch den Entschluß zur Operation fassen kann. Von den localen Symptomen ist das Verhalten des Exsudates von Bedeutung für die Indicationsstellung.

Die meisten Chirurgen sind darin einig, bei der sogenannten peritonealen Sepsis, d. h. bei der ohne Exsudatbildung verlaufenden schweren Peritonealinfektion jeden operativen Eingriff als aussichtslos zu unterlassen und es ist ja auch ersichtlich, daß eine Laparotomie unter diesen Umständen keinen heilsamen Einfluß haben könnte, der ja doch zunächst in der Entfernung des Exsudates und der systematischen Ableitung desselben zu suchen ist. Nur dort, wo sich eine peritoneale Sepsis an die Perforation eines intraperitonealen Hohlorganes unmittelbar anschließt, hielte ich die baldigst vorzunehmende Operation behufs Verschlusses der Perforationsöffnung und Verhinderung der weiteren Zufuhr septischen Materiales für geboten. Im Allgemeinen entschließt man sich umso leichter zur Laparotomie, je mehr Exsudat nachweisbar ist, weil man ja dann auf einen überzeugenden Erfolg der Laparotomie naturgemäß am ehesten rechnen kann. Eine rasche Zunahme des Exsudates während der Beobachtungszeit ist daher eine schwerwiegende Indication für die Ausführung der Laparotomie bei der fortschreitenden eiterigen Peritonitis. Im Uebrigen aber möchte ich nur sagen, daß man sich bei der an die Perforation eines Abscesses sich anschließenden Peritonitis um so entschiedener der Operation zuwenden soll, je früher man den Patienten zu behandeln Gelegenheit hat. Sind einmal 48 Stunden seit dem verhängnißvollen Ereigniß verflossen, dann rettet man durch die Laparotomie nur mehr wenige, während man zugeben muß, daß von den Patienten, die zu diesem Zeitpunkt nicht bereits so schwer krank sind, daß eine Laparotomie gar nicht mehr in Frage kommen kann, manche auch ohne Operation wieder gesund werden. Bedenkt man nun, daß die Operation auch als Gefahr in Rechnung gezogen werden muß, so sieht man, daß für eine Anzahl von, durch die Operation zu rettenden Menschenleben, bei der Peritonitis auch ein oder das andere durch die Laparotomie erst dem Tode verfallende Menschenleben in Betracht gezogen werden muß, daß also auch hier, wie auf anderen Gebieten der operativen Chirurgie, der Chirurg manchmal die Schicksale vertauscht, während er sie zu gestalten wünscht.

Ehe ich auf die Technik der Laparotomie bei der eiterigen Peritonitis übergehe, muß ich vorher in Kürze von den Fällen sprechen, in denen sich eine fortschreitende Peritonitis an einen abgekapselten Absceß anschließt, ohne daß dieser perforirt, also durch Durchwanderung von Infektionserregern.

Hier sind die Erscheinungen naturgemäß nicht so foudroyant, es kommt zu einer allmäligen, bei genauer Beobachtung zu verfolgenden Ausbreitung der entzündlichen Erscheinungen, doch kommen auch hier die früher erwähnten Schwierigkeiten in Bezug auf die Unterscheidung von der peritonealen Reizung in Betracht, Schwierigkeiten, die wieder für die Indicationsstellung schwerwiegende Bedeutung haben. Handelt es sich nämlich zweifellos um eine derartige fortschreitende Peritonitis, so wird man gewiß nicht zaudern, zumindest den ursächlichen Absceß zu behandeln, d. h. zu eröffnen und zu drainiren, eventuell auch die erkrankte Bauchhöhle zu eröffnen und nach den später zu besprechenden Methoden zu verfahren. Hingegen sind die Ansichten darüber getheilt, ob man einen intra-abdominalen Eiterherd bei bestehender peritonealer Reizung operiren soll oder nicht. So hat sich z. B. SONNENBURG erst kürzlich in der Arbeit eines Schülers (MÉRKEN'S) dahin ausgesprochen, daß er, wenn der locale Befund ein Aufschieben der Operation gestattet, nicht gerne bei diffuser Schmerzhaftigkeit des Peritoneums operirt und stützt sich

dabei auf seine Erfahrung, daß die peritonitisartigen Erscheinungen beim Abwarten sehr oft zurückgehen, und daß dann die Operation viel bessere Aussichten bietet, während andererseits ein operativer Eingriff bei frischer Reizung des Peritoneums, mag diese durch Bacterien oder nur durch deren Toxine bedingt sein, stets Gefahren in sich birgt. Im Gegensatz hiezu will RIEDEL jeden unter Fieber und entzündlichen Erscheinungen entstandenen Tumor in der Cöcagegend innerhalb der ersten 24—48 Stunden operirt wissen. Sie sehen aus diesen beiden Beispielen, wie weit die Ansichten erfahrener Chirurgen auseinandergehen, Ansichten, zu deren präziser Formulierung gewiß jeder Einzelne gerade auf Grund besonders trauriger und dadurch tieferen Eindruck hinterlassender Fälle gekommen ist.

Es ist ja klar, daß die Indicationsstellung zur Laparotomie bei der eiterigen Peritonitis durch die Prognose dieser Krankheit bestimmt wird. Daß sie keine absolut letale ist, wurde schon erwähnt, daß sie aber eine überaus ernste ist, ist bekannt, und daß die Zahl der Heilungen unter den operirten Fällen eine größere ist als unter den expectativ, resp. gar nicht behandelten, muß hervorgehoben werden. Einige Zahlen mögen hier angeführt werden. Ueber eine besonders große Anzahl von Fällen hat KÖRTE berichtet. Unter 99 diffusen Peritonitiden sah er 68 sterben und 31 heilen; darunter waren 71 operirte Fälle — mit 25 Heilungen und 46 Todesfällen — und 28 nicht operirte Fälle mit 6 Heilungen und 22 Todesfällen. Von besonderem Interesse sind hier die Zahlen, die sich auf Fälle von Peritonitis im Anschluß an Epityphlitis beziehen. Von diesen Peritonitiden wurden 34 operirt mit 13 Heilungen und 21 Todesfällen, 11 nicht operirt mit 4 Heilungen und 7 Todesfällen. ROTTER hat von 26 operirten Peritonitiden nach Epityphlitis 11 zur Heilung gebracht. JALAGUIER, der nur über ein an Kindern gesammeltes Material berichtet, hat unter 22 operirten analogen Fällen 4 gesund werden gesehen. HERHOLD berichtet aus BARDELEBEN'S Klinik über 5 Heilungen bei 25 operirten diffusen eiterigen Peritonitiden. Ich verfüge aus dem Materiale meiner Abtheilung im k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital über 5 operative Heilungen diffuser, resp. fortschreitender eiteriger Peritonitis unter 29 derartigen operirten Fällen. Andererseits sah ich zwei Fälle zweifellos diffuser Peritonitis, eine puerperale und eine epityphlitische, unter Ausbildung eines Abscesses ausheilen. Von diesen operirten 5 Fällen betrafen 3 Darmverletzungen (eine rupturirte Hernie, eine subcutane Darmruptur, eine multiple Stichverletzung des Darmes), eine Peritonitis war puerperalen Ursprunges und eine war vom Appendix ausgegangen. — Nicht so sehr durch den Anblick der Zahlen, welche uns die Heilungsprocente darstellen und die ja nur relativ befriedigend sein können, als durch die Analyse einzelner Fälle kommt man zur Ueberzeugung davon, daß der Laparotomie bei zahlreichen Fällen von eiteriger Peritonitis ein Heilwerth zukommt. Es sind dies jene Fälle, die bis zur Laparotomie eine unaufhaltsame Progredienz der Erscheinungen aufweisen, so daß sie nach ärztlicher Ueberzeugung dem letalen Ausgang entgegengehen, und die dann im unmittelbaren und dadurch unzweifelhaftem Anschluß an die Operation einen Stillstand und weiterhin einen Rückgang der Erscheinungen aufweisen. Man wird sich daher zur Operation entschließen, sobald, wie KÖRTE sich ausdrückt, die Krankheit trotz sachgemäßer Behandlung einen schweren Charakter annimmt und ein eiteriges Exsudat nachweisbar wird, da, wie schon früher erwähnt, leichtere Fälle auch ohne Operation genesen, Fälle ohne Exsudat operativ kaum beeinflussbar sind. Nochmals sei hier darauf hingewiesen, daß man zur Beurtheilung des Krankheitsverlaufes, also zur Constatirung einer Verschlimmerung, nicht ein einzelnes Symptom, wie Schmerzen, Erbrechen etc. heranziehen darf, sondern daß neben der Frequenz und Qualität des Pulses hier der Gesamteindruck des Kranken entscheidet, daß also für die Prognose

und Indicationsstellung der „klinische Blick“ des Arztes eine ausschlaggebende Rolle spielt. Der Gesichtsausdruck des Patienten, ganz leichte Veränderungen des Sensoriums und andere, schwer in Formeln fixirbare Symptome müssen hier richtig verwerthet werden, und als objectiv verwerthbarer Indicator bleibt immer wieder nur der Puls übrig. Schon früher erwähnte ich, daß man die Pulsfrequenz, natürlich unter Beachtung der übrigen Pulsqualitäten, prognostisch verwerthen muß, und damit ist ja auch schon die Bedeutung dieses Symptoms für die Indicationsstellung gegeben. Ist die Pulsfrequenz über 120 angelangt, dann entschieße man sich rasch zur Operation, wenn man nicht entweder aus dem sicheren Fehlen des Exsudates und schwerer septischer Erscheinungen die Nutzlosigkeit jedes Eingriffes erkennt, oder andererseits aus der Günstigkeit aller anderen Symptome — z. B. streng localisirtes Exsudat, geringer Meteorismus, Möglichkeit der Nahrungsaufnahme etc. — einen Rückgang der Peritonitis anzunehmen berechtigt ist. Aber nochmals sei es wiederholt, daß es nicht genügt, einen derartigen Fall einmal innerhalb von 24 Stunden zu sehen, sondern daß nur der Arzt die Verantwortung tragen kann, der, so lange der Zustand des Peritonitikers ein schwankender ist, ihn zumindest 2—3mal innerhalb eines Tages untersucht.

Wir haben nun, soweit es im Rahmen eines kurzen Vortrages möglich ist, die nicht seltenen Schwierigkeiten der Diagnose, die Unsicherheit der Indicationsstellung, die Unverläßlichkeit der Prognose bei der eiterigen Peritonitis erörtert und wollen uns nun nicht wundern, daß unter diesen Umständen auch die Chirurgen sich noch nicht über die therapeutischen Verfahren geeinigt haben. Nur das steht fest, daß man in geeigneten, d. h. mit nachweisbarer Exsudatbildung einhergehenden Fällen von Peritonitis durch Incision dem Eiter Abfluß verschaffen soll. Schon die Frage der Anästhesirung ist in Discussion gestellt. Da, wie schon erwähnt, das Herz der Peritonitiker geschädigt ist, so erscheint Chloroform mit Recht als doppelt gefährlich, obwohl andererseits derartige Patienten zumeist durch minimale Chloroformmengen betäubt werden können. Im Allgemeinen ist aber hier die Aethernarkose vorzuziehen, da sie das Herz gar nicht schädigt; nur ist sie, wie bekannt, dort zu unterlassen, wo die Untersuchung das Bestehen einer Bronchitis ergibt, die ja auch bei Peritonitikern nicht selten zu finden ist. Mit SCHLEICH'scher Infiltrationsanästhesie wird man in der Regel sein Auslangen nicht finden, da man ja doch beim Entschluß zur Laparotomie auch auf einen complicirteren Eingriff, Aufsuchen einer Perforationsöffnung etc., gefaßt sein muß. Aber hier gehen die Ansichten maßgebender Chirurgen weit auseinander. Während einzelne (REHN-BODE etc.) es für erforderlich erklären, in jedem Falle die Quelle der Peritonitis aufzusuchen, findet z. B. KÖRTE das Aufsuchen einer Perforationsstelle nur beim Ausgang der Peritonitis vom Magen oder Duodenum aus für erforderlich. Diese Differenz findet meines Erachtens ihre Erklärung in dem früher schon von mir hervorgehobenen Umstand, daß man eben zweierlei Perforationsperitonitiden unterscheiden sollte, deren principielle Verschiedenheiten schon besprochen wurden. Auch therapeutisch verhalten sie sich gewiß in der Beziehung verschieden, daß bei den Perforationsperitonitiden im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. bei den durch Perforation eines intraperitonealen Hohlorganes in die Bauchhöhle entstandenen, der Verschuß der Perforationsöffnung die *Conditio sine qua non* zur Erzielung eines Heilresultates ist, ohne deren Erfüllung das stets neu nachfließende Infectionsmaterial die Ausheilung der Peritonitis hindert, während bei der durch das Platzen eines Eiterherdes in die Bauchhöhle entstandenen Peritonitis mitunter auch durch Eröffnung und Drainage der Bauchhöhle allein eine Heilung ermöglicht werden kann, weil eben hier kein so reicher Nachschub an Infectionsmaterial aus dem schon entleerten Absceß erfolgt;

derartige Peritonitiden sieht man daher, wenn auch nur in vereinzelt Fällen, ohne operativen Eingriff ausheilen. Aber auch in den Fällen dieser zweiten Kategorie von Perforationsperitonitiden steigern sich erfahrungsgemäß die Heilungsaussichten der operativen Behandlung, wenn nicht nur die Bauchhöhle geöffnet, sondern auch der ursächliche Eiterherd bloßgelegt und drainirt wird. Da nun das Hauptcontingent dieser Perforationsperitonitiden von den nach Epityphlitis auftretenden geliefert wird, so erklärt es sich, warum die Resultate sich gebessert haben, seitdem man gelernt hat, in derartigen Fällen mit der Laparotomie stets die Freilegung der Ileocöcalgegend und Drainage des dort entdeckten Abscesses zu verbinden. — Dies führt uns auf die Wahl des Schnittes für die Laparotomie bei der eiterigen Peritonitis. Können wir aus der Anamnese und dem klinischen Bilde den Ausgangspunkt der Peritonitis erkennen, so soll der Schnitt so angelegt werden, daß wir dem primär erkrankten Organ möglichst leicht nahe kommen können, also bei Perforation des Magens oder Duodenums als Median-schnitt im Epigastrium, bei epityphlitischer Peritonitis als Schrägschnitt in der Ileocöcalgegend etc. Ist der Ausgangspunkt der Peritonitis unbekannt, so wird zumeist ein Median-schnitt unterhalb des Nabels bevorzugt, da er eine rasche Orientirung ermöglicht. Ich incidire, wenn Epityphlitis als Ausgangspunkt nicht mit Bestimmtheit auszuschließen ist, stets in der Ileocöcalgegend, da man ja bei unbestimmtem Ursprung der Peritonitis stets zuerst den Appendix untersuchen soll, der ja doch in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle sich als der schuldtragende Theil herausstellt und daher entfernt werden muß. — Eine weitere Frage ist die nach der Größe der Incision. Auch hier finden wir wieder die divergentesten Ansichten. REHN (Bode) ist für große Schnitte, durch die man die Därme eventrirt, entsprechend reinigt und eventuell durch Punction oder Incision ihres Inhaltes entleert. KÖRTE hingegen ist für kleine Incision und ein möglichst rasches und einfaches Operationsverfahren, um die Gefahr des Collapses nicht zu steigern. Innerhalb dieser Extreme spielt sich das übliche Operationsverfahren ab. Dort, wo es sich um einfache Emphyeme des Bauches, d. h. um große, gut abgegrenzte, in großem Umfang der Bauchwand anliegende intraperitoneale Eiteransammlungen handelt, da bestehen natürlich keine Schwierigkeiten. Solche Emphyeme werden incidirt, eventuell contraincidirt und drainirt, worauf sie in der Regel rasch ausheilen. Liegt aber die progrediente Peritonitis mit dem bekannten fibrinös-eiterigen Belag der Därme, dem an den verschiedensten Stellen der Bauchhöhle liegenden Exsudat und zahlreichen Verklebungen vor, so stehen wir vor einer schwierigen Aufgabe. Am radicalsten geht wohl REHN vor. Er incidirt, wie schon erwähnt, ausgiebig, packt die Därme aus, spült sie mit heißer Kochsalzlösung ab, macht Contraincisionen an beiden Bauchseiten und führt nicht nur gegen den Douglas und nach beiden Bauchseiten Drains ein, sondern führt auch ein dickes Drain durch das Mesenterium des Dünndarms, das quer durch den Bauchraum verlaufend auch während der Nachbehandlung zum fleißigen Durchspülen der Peritonealhöhle benützt wird. Die von REHN unter Anwendung dieser Methode erzielten Resultate müssen als sehr günstige bezeichnet werden und es geht ja auch aus der anatomischen Betrachtung der Verhältnisse hervor, daß bei den diffusen Peritonitiden durch einfache Laparotomie und Incision eines oder des anderen gerade in das Operationsgebiet fallenden Abscesses nicht viel zu erzielen sein kann. Ganz anders, wenn man durch Entwicklung der Därme die einzelnen Eiteransammlungen entfernt und durch ausgiebige Drainage der Bauchhöhle für genügende Abfuhr der Secrete sorgt. Nun wird bei Anwendung eines so eingreifenden Verfahrens bei so schwer Kranken Individuen die Entstehung eines Collapses befürchtet und darum hat, wie erwähnt, z. B. KÖRTE für ein weniger heroisches Verfahren plaidirt.

Thatsächlich erscheint mir aber die Wahrscheinlichkeit des Collapses bei Anwendung gleich zu erwähnender Cautelen nicht allzu groß und andererseits eine Operation bei Patienten, die nach ihrem Puls etc. einem etwas länger dauernden Eingriff überhaupt nicht gewachsen sind, kaum mehr indicirt, von einer gleich zu erwähnenden Ausnahme abgesehen. Es kommt nämlich vor, daß bei Patienten mit Erscheinungen schwerer diffuser Peritonitis an einer Stelle des Abdomens eine große Eiteransammlung zweifellos nachweisbar ist. Diese zu incidiren erscheint auch bei schon recht elenden Kranken geboten, da dieser Eingriff ein einfacher und die dadurch zu erzielende Besserung der Heilungschancen eine nicht gering anzuschlagende ist.

Zu den angedeuteten Cautelen gehört vor Allem die vorsichtige Leitung der Narkose, die ja bei diesen septischen Patienten meist schon als sog. „Halbnarkose“ ihren Zweck erfüllt. Eine tiefe Narkose derartiger Kranker halte ich für gefährlich und ganz überflüssig.

Ferner müssen die Kranken während der Operation sorgsam vor Abkühlung bewahrt werden und vor Allem muß der vorgelagerte Darm beständig warm erhalten werden. Dies erzielt man am besten durch fleißiges Irrigiren mit sehr warmer (40—50°) Kochsalzlösung. Diese Irrigationen besorgen außerdem eine mechanische Reinigung der Serosa von den aufgelagerten infectiösen Massen und regen zweifellos den Darm zu erneuerter Thätigkeit an; sie erzwingen vielleicht dadurch auch eine Wiederkehr der physiologischen Function des Darmes und des Peritoneums und schaffen dadurch wieder günstigere Heilungsbedingungen. Vor Allem aber ist es ganz auffallend zu beobachten, wie sich während der heißen Irrigation der Därme und der Bauchhöhle sofort die Herzaction bessert, der Puls voll und kräftig wird, eine Wirkung, deren längere Fortdauer oft zu constatiren ist. Daß die vorgelagerten geblähten Därme infolge der heißen Kochsalzirrigationen leichter reponirbar würden (REHN), habe ich allerdings nie beobachten können. Um die Reposition zu erzielen, ist vielmehr mitunter die Punction oder Incision der Därme erforderlich und es ist ja von mehreren Seiten, speciell von Seiten englischer und amerikanischer Chirurgen, der Entleerung der meteoristischen Därme durch Incision oder Punction eine wesentliche Rolle in der Behandlung der Peritonitis zugesprochen worden. Ich selbst verfüge über einen Fall, in dem ich bloß diesem Verfahren die Rettung der Patientin zuschreiben zu müssen glaube.

Es handelte sich um eine 40jährige Frau, welche 4 Tage nach einer durch Kunsthilfe beendeten Entbindung (Querlage, Wendung, Extraction) mit den Erscheinungen der eiterigen Peritonitis an meine Abtheilung gebracht wurde. Als ich die Kranke sah, bestand Fieber, fortwährender Singultus, Erbrechen stinkenden Dünndarminhaltes, enormer Meteorismus, so daß durch den Zwerchfelldruck die Athmung erschwert und die Athmungsfrequenz über 40 gestiegen war. Der Puls war äußerst schwach, gegen 140, Stuhl und Winde waren zurückgehalten. Aus dem Uterus bestand übelriechender Ausfluß. Die Rectaluntersuchung ergab eine ganz leere, weit klaffende Ampulle. Die sofort vorgenommene Laparotomie mittelst Medianschnittes unterhalb des Nabels ergab eine sehr starke Blähung der in das Operationsgebiet fallenden Dünndärme und des Colon transversum. Die Därme überall mit fibrinös-eiterigem Belag bedeckt, im Douglas eine geringe Menge fibrinösen Eiters, die Oberfläche des Uterus mit fibrinösem Eiter bedeckt, keine Perforation im Bereiche des Uterus nachweisbar. Ich habe in diesem Falle unter dem Eindrucke, daß der Meteorismus, resp. die Darmlähmung das schwerwiegendste Symptom dieses Falles darstelle, meine Thätigkeit darauf beschränkt, die Wand des Colon transversum in den obersten Theil der Bauchwunde einzunähen und diese im Uebrigen zu schließen. Dann öffnete ich sofort das eingenahte Colon, worauf sich Winde und Darminhalt entleerten. Wie mit einem Schlage änderte sich nunmehr das Bild; schon

nach wenigen Stunden war die Pulsfrequenz heruntergegangen, das Aufstoßen und Erbrechen sistirte, nur wenige Tage ging der ganze Stuhl durch die Fistel, bald ging auch Stuhl per anum ab und schon am zweiten Tage post operationem war der Zustand der Kranken ein ganz beruhigender. Thatsächlich ging die Heilung glatt vor sich, nur mußte die Colonfistel durch eine kleine Plastik zum Verschlusse gebracht werden.

In diesem Falle war also nach Beseitigung des Meteorismus durch Eröffnung eines geblähten Darmes die durch operative Autopsie sichergestellte eiterige Peritonitis, welche die untere Bauchhälfte eingenommen hatte, zum Stillstand gekommen, während ich nach dem Eindrucke, den die Kranke auf mich gemacht hatte, nicht zweifeln kann, daß sie ohne den operativen Eingriff innerhalb sehr kurzer Zeit hätte zugrunde gehen müssen. Ich möchte mich der Gruppe jener Chirurgen anschließen, welche, wie beim Darmverschluß, auch bei der peritonitischen Darmlähmung im Falle starken Meteorismus, die operative Eröffnung des Darmes befürworten, und glaube, daß, abgesehen von der schon vielfach bestätigten Erfahrung über den günstigen Einfluß dieses Vorgehens, auch die theoretische Ueberlegung für dasselbe spricht, daß sonst zur Intoxication seitens des peritonealen Exsudates sich noch die Auto-intoxication durch den zersetzten Darminhalt hinzugesellen kann. Allerdings würde ich eine langsame Entleerung des angesammelten Inhaltes befürworten, da eine allzu bruske Entleerung eventuell einen Collaps und durch die rasche Zwerchfellverschiebung und Lungenentlastung ein Lungenödem provociren könnte.

Mit der Incision, den heißen Kochsalzirrigationen, dem Verschlusse einer etwa gefundenen Perforationsöffnung, resp. Entfernung des perforirten oder gangränösen Appendix, der eventuellen Eröffnung der Därme und dem Einlegen von Drains, resp. Gazetampons an verschiedene Stellen des Bauches ist die Operation beendet. In der Regel wird man noch auf dem Operationstisch eine Campherölinjection für angebracht finden und auch in den allernächsten Tagen diese Injectionen mehrmals täglich wiederholen. Behält der Operirte Nahrung, so wird man ihm während der Nachbehandlungszeit zunächst reichlich Milch und etwas Wein, von der zweiten Woche an auch feste Kost verabreichen. Erbricht er zunächst noch, so wird er hiedurch, und durch die meist reichliche Secretion aus den Bauchwunden beträchtliche Wasserverluste erleiden und man muß dann durch subcutane oder rectale Kochsalzinfusionen dieser Wasserverarmung entgegenarbeiten, ganz abgesehen davon, daß man durch diese Infusionen und die dadurch gesteigerte Diurese der Intoxication entgegenwirkt. Ich mache seit 3 Jahren von den subcutanen Kochsalzinfusionen speciell bei septischen Processen ausgedehnte Anwendung und habe mich mehr als einmal von der vortrefflichen Wirkung dieses Mittels überzeugen können. So entsinne ich mich z. B. eines Falles von Peritonitis nach Exstirpation eines Pyosalpinx, wobei die Infection durch das virulente Secret des Eitersackes erfolgte. Tagelang erbrach die Kranke alles, und nur die Zufuhr von Flüssigkeit durch die subcutanen Kochsalzinfusionen konnte sie über die kritischen Tage hinaus am Leben erhalten, bis nach Ueberwindung der Infection seitens des Peritoneums eine Ernährung wieder möglich war. (Nebenbei bemerkt, habe ich in diesem Falle, wie in anderen Fällen von postoperativer Peritonitis eine Secundärlaparotomie unterlassen, weil ich dieselbe nur unter ganz bestimmten Verhältnissen [z. B. Platzen einer Intestinalnaht] für indicirt halten kann, für die Mehrzahl der Fälle aber mit KÜSTNER und MARTIN gegen die Secundärlaparotomie bei postoperativer Peritonitis bin.) — Im Uebrigen Sorge man bei der Nachbehandlung der wegen eiteriger Peritonitis Laparotomirten durch fleißigen Verbandwechsel und eventuelles Durchspülen des Drains für unbehinderten Secretabfluß, verabreiche vom 3. Tage ab Glycerinklysmen zur Beförderung des Stuhl-

ganges und beobachte vor Allem den Operirten die erste Woche hindurch genau, ja argwöhnisch, da jederzeit eine Secretretention, ein Wiederauflackern eines localen Entzündungsherdens im Abdomen den Kranken neuerlich in Gefahr bringen können.

(Schluß folgt.)

Referate.

HANS HAENEL (Dresden): Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten.

Vor Kurzem hat HENRY HEAD in einer größeren Monographie die bei Erkrankungen innerer Organe auftretenden Sensibilitätsstörungen der Haut eingehend dargestellt. Er fand zunächst bei Magenkranken eine umschriebene Hyperästhesie der Haut, ebenso konnte er auch bei anderen Erkrankungen innerer Organe hyperalgetische, scharf abgegrenzte Zonen an der Haut nachweisen, welche den Rückenmarkssegmenten entsprachen. Die Erklärung liegt darin, daß von dem erkrankten Organe auf dem Wege der von diesem zu dem entsprechenden Rückenmarksegment ziehenden sensiblen sympathischen Fasern in ersterem functionelle Störungen ausgelöst werden, wodurch ein aus einer anderen Stelle zu dem betreffenden Rückenmarkssegment ziehender Impuls eine Aenderung erleidet. Es kommt nun zu einer abnormen Reaction des in dieser Weise pathologisch beeinflussten Rückenmarkssegmentes; da sich nun dieselbe in verstärkter Empfindung äußert, so ist daraus die gesteigerte Empfindlichkeit der mit dem betreffenden Rückenmarkssegment in Verbindung stehenden Hautzone gegen äußere Reize zu erklären. Dies gilt jedoch nach HEAD nicht für das ganze Rückenmark, sondern es liegen vom 5.—8. Cervicalsegment und vom 2.—5. Lumbalsegment Gebiete, die nicht mit inneren Organen und Hauptzonen zugleich verbunden sind, so daß daselbst reflectirte Schmerzen nicht zustande kommen. — Verf. hat die Angaben HEAD's nachgeprüft („Münch. med. Woch.“, 1. Januar 1901) und konnte im Allgemeinen die Angaben des genannten Autors bestätigen, indem sich tatsächlich bei Erkrankungen innerer Organe scharf begrenzte Hyperalgesien der Haut nachweisen ließen, welche als reflectirte aufgefaßt werden. Diese bieten insofern praktisches Interesse, als sie sonst als nervös, hysterisch oder rheumatisch aufgefaßte Schmerzzustände erklären. Ein positiver Befund solcher circumscripiter hyperalgetischer Hautzonen spricht für die Erkrankung eines inneren Organes, ihr Fehlen ist diagnostisch nicht verwertbar. Zur Bestimmung des Sitzes des erkrankten Organes sind diese Zonen nur dann zu verwerthen, wenn sie nicht zu weit ausgedehnt sind und stets an derselben Stelle nachgewiesen werden können. Bei Erkrankungen des Magens scheint entsprechend der Angabe von HEAD das 7.—9. Dorsalsegment des Rückenmarkes besonders betroffen. Größere Ausdehnung des hyperalgetischen Gebietes spricht nicht unbedingt für die Miterkrankung eines anderen Organes. Für die Differentialdiagnose zwischen Magengeschwür und functionellen Magenerkrankungen ist die angegebene Methode nicht verwendbar. Entgegen den Angaben von HEAD, nach welchen an den Extremitäten reflectirte Schmerzen in der Regel nicht vorkommen, konnte Verf. an denselben hyperalgetische Zonen bei Erkrankungen innerer Organe nachweisen. Der von BOAS bei Magenkrankheiten beschriebene Druckpunkt am Rücken ist wahrscheinlich eine solche Reflexhyperalgesie. M. K.

E. WINTERITZ (Tübingen): Erfahrungen über Angiotripsie.

In neuester Zeit sind bei gynäkologischen Operationen, namentlich bei den vaginalen Totalexstirpationen, Klemmen zur Blutstillung vielfach in Anwendung gezogen worden. Solche Klemmen wurden an den Operationsstümpfen, u. zw. an solchen Stellen, welche für die Ligatur schwer zugänglich sind, angelegt und durch 2—3 Tage liegen gelassen. Die zwischen den Klemmen befindlich gewesenen Gefäße wurden thrombosirt, wodurch die Blu-

tung verhindert war und nach Abnahme der Klemmen eine weitere Versorgung der Gefäße nicht mehr notwendig erschien. Ein Nachtheil der Methode liegt in dem Auftreten von Gangrän an den geklemmten Stellen, wodurch die Wundheilung wesentlich verzögert wurde („Münch. med. Woch.“, 18. December 1900). Um diesen Uebelstand zu vermeiden, gab DOYEN eine Methode an, die in der Anwendung einer kräftigen Compressionszange besteht, welche die zwischen ihren Branchen befindlichen Gewebe und Gefäße derart zerquetscht, daß man nach einigen Minuten die Zange abnehmen kann, ohne daß Blutung auftritt. Dieses als Angiotripsie bezeichnete Verfahren wurde unter Anwendung verschiedentlich modificirter Instrumente mehrfach nachgeprüft und hat sich nach den vorliegenden Berichten sowohl bei vaginalen, als bei abdominalen Operationen als verlässliches Blutstillungsmittel bewährt. Verf. berichtet über die Erfolge der Angiotripsie an der Tübinger Frauen-Klinik, welche nicht besonders günstig ausfielen. Die Methode wurde im Ganzen bei 150 Operationen, darunter 96 Laparotomien und 52 Totalexstirpationen angewendet. Von den Operirten starben 4, wovon 1 nach Laparotomie wegen Myom, 3 nach vaginalen Totalexstirpationen, wovon 2 wegen Myom, 1 wegen totalen Prolaps ausgeführt wurde. Zwei dieser Todesfälle erfolgten durch Nachblutung (Myomoperationen) und sind daher auf Rechnung der Angiotripsie zu setzen. Unter den verschiedenen Instrumenten scheint das erste, von DOYEN angegebene, die meisten Mängel zu besitzen, und man konnte öfters sehen, wie nach Abnahme der Klemmen die Gefäße spritzten. Eine absolut sichere Blutstillung kann in keinem Fall mit Angiotripsie erzielt werden, so daß man, wenn man Nachblutungen vermeiden will, auch Ligaturen anlegen muß. Bei sehr dicken Stielen bietet die Angiotripsie insofern einen Vortheil, als die Gewebe dadurch plattgedrückt werden und die Anlegung der Ligaturen erleichtert wird, ebenso wird dadurch Blutung aus den Stichcanälen vermieden, wenn man sofort nach Abnahme der Klemme ligirt, auch die Gefahr des Ableitens von Ligaturen wird vermindert. Für sich allein ist die Angiotripsie mit Rücksicht auf ihre ungenügende Wirkung auch bei Anwendung verbesserter Instrumente nicht geeignet, die Dauerklemmen und die Ligatur zu ersetzen.

M. K.

KÜSTER (Berlin): Ueber Operationshandschuhe.

DETTMER (Braunschweig): Bacteriologisches zur Händedesinfection unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe.

1. Da in der letzten Zeit vielfach der Nachweis erbracht wurde, daß mit keinem der jetzt gebräuchlichen Desinfectionsverfahren eine sichere Asepsis der Hände zu erzielen ist, hat man versucht, durch Operationshandschuhe die Wunde gegen Infection mit den an den Fingern haftenden Keimen zu schützen. Es wurden zuerst Gummihandschuhe benützt, die sicher keimfrei zu machen sind, die aber nach vom Verf. auf der Klinik BERGMANN gemachten Erfahrungen insofern unpraktisch sind, als sie, wenn auch noch so dünn (FRIEDREICH'sche condommdünne Gummihandschuhe), dennoch das Tastgefühl herabsetzen und daher bei der Operation störend wirken. Außerdem haben die Handschuhe noch den Nachtheil, daß sie nur mit Flüssigkeit gefüllt angezogen werden können und daher zwischen Handschuh und Hand eine Flüssigkeitsschicht bleibt, die die Haut ziemlich stark macerirt. Endlich haben die Handschuhe noch einen großen Nachtheil, der es bewirkt, daß die Handschuhe auf der Klinik nicht benützt werden. Verf. zeigte nämlich, daß in den zwischen Handschuh und Hand zurückbleibenden Flüssigkeiten in kurzer Zeit, wahrscheinlich von der macerirten Epidermis, eine sehr große Anzahl von Keimen sich ansammelt, und da andererseits, um das Tastgefühl nicht besonders herabzusetzen, nur sehr dünne Handschuhe verwendet werden, die bei etwas derberem Zugreifen oder beim Anziehen der Fäden sehr leicht reißen, so besteht die Gefahr, daß intra operationem die Wunden mit der an Keimen sehr reichen Flüssigkeit überschwemmt werden und die Infection leichter zustande kommt, als ohne dieselben („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62, H. 2).

Weiters hat Verf. Versuche darüber angestellt, inwiefern die gewirkten engmaschigen Tricothandschuhe einen Schutz gegen Infection der Wunde abgeben. Er fand, daß der sterilisirte Tricothandschuh, wenn die Hand trocken bleibt, bei den Manipulationen des Knüpfens und ähnl. die Keime längere Zeit nicht durchläßt, vorausgesetzt, daß die Infection keine allzu starke war. War aber der Handschuh feucht, so traten in kurzer Zeit Keime an die Oberfläche derselben und konnten mittelst Eintauchen der Finger in Nährflüssigkeiten nachgewiesen werden. Da es aber während einer Operation unmöglich ist, mit trockenen Händen zu operiren, und schon in kurzer Zeit die Handschuhe mit Blut oder Lymphe durchtränkt werden, wurde auf der Klinik auf das Tragen der Handschuhe bei den Operationen verzichtet und das Hauptgewicht auf eine zweckmäßige und gewissenhafte Händedesinfection gelegt.

2. Zu ganz anderen Resultaten betreffend die Brauchbarkeit der FRIEDREICH'schen Gummihandschuhe gelangte DETTMER auf der chirurgischen Abtheilung des Prof. SPRENGEL („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62, H. 2).

Verf. gibt zu, daß das Tragen der Gummihandschuhe gewisse Unbequemlichkeiten verursacht, weist aber darauf hin, daß man sich an dieselben sehr bald gewöhnt; einen gewissen Nachtheil bildet auch der Preis von circa 1'50 Mark, da die Handschuhe wegen der leichten Zerreißbarkeit im Mittel höchstens zu drei Operationen verwendet werden können. Dem gegenüber seien die Vortheile in die Augen springend. Es ist selbstverständlich, daß die Handschuhe im strömenden Wasserdampf absolut keimfrei zu machen sind. D. hat auch nachgewiesen, daß sie in sterilem Zustande über die Hand gestülpt werden können; was aber ganz bedeutend ins Gewicht fällt ist der Umstand, daß die Handschuhe, wenn sie intra operationem verunreinigt wurden, durch eine einfache mechanische Behandlung, wie das Abspülen der behandschuhten Hand in sterilem Wasser, wieder steril gemacht werden konnten; sogar mit Koth verunreinigte Handschuhe wurden durch Abspülen in einmal zu wechselndem sterilem Wasser durch $\frac{1}{2}$ —1 Minute sicher keimfrei und konnten während der Operation weiter benützt werden. Dementsprechend werden während der Operation die mit den Handschuhen bekleideten Hände öfters in sterilem Wasser gespült.

ERDHEIM.

ABLAW: Ein Fall von irrtümlicher Schwangerschaftsdiagnose.

Daß sich kinderlose Frauen, die sich nach dem Besitze eines Kindes sehnen, häufig und leicht einbilden, schwanger zu sein, ist allgemein bekannt. Auch dürfte es nicht unbekannt sein, daß diese Einbildung bisweilen so tief wurzelt, daß es selbst dem Arzte nicht gelingt, den betreffenden Frauen eine andere Ueberzeugung beizubringen. Weit seltener kommt es selbstverständlich vor, daß von Aerzten eine irrtümliche Schwangerschaftsdiagnose gestellt wird. Ein derartiger Fall liegt nun der Mittheilung des Verf. zugrunde. Derselbe („Wratsch“, 1900, Nr. 41) wurde eines Tages zu einer Frau angeblich wegen beginnenden Aborts gerufen. Er erfuhr, daß die Patientin sich für im 5. Monate schwanger hielt, daß sie wegen unbedeutender Blutungen, die sich seit Beginn der Schwangerschaft häufig eingestellt haben sollten, mehrere Aerzte consultirt und auch 14 Tage in einer Privatklinik gelegen hat. In dieser letzteren wurde Schwangerschaft im Ausgange des 4. Monats bei regelmäßiger Fruchtlage, jedoch bei anscheinend vollständig vorliegendem Mutterkuchen, diagnosticirt. Bei der Entlassung wurde der Pat. der Rath ertheilt, zu der Geburt unbedingt einen Arzt zuzuziehen. — Ferner theilte die zum zweitemale schwangere Frau mit, daß sie seit einigen Tagen Kindesbewegungen verspürte, die kurz vor der Ankunft des Verf. aufgehört haben sollen. Die anwesende Hebamme theilte mit, daß sie noch heute früh Herztöne der Frucht deutlich wahrgenommen habe, die aber seit 4 Stunden verschwunden sein sollen. — Status: Patientin sehr blutarm, schwach; Puls 120, fadenförmig; aus den Geschlechtstheilen bedeutende Blutung.

In der Annahme, daß thatsächlich ein beginnender Abort vorliegt, schritt nun Verf. zur inneren Untersuchung. Dieselbe ergab: Gebärmutterhals für 2 Finger durchgängig; hinter dem inne-

ren Muttermunde schien der Gebärmutterkuchen zu liegen. Mit dem zwischen dem Rande des Mutterkuchens und der linken Gebärmutterwand durchgeschobenen Finger fühlte Verf. einen runden, harten Körper, an dem jedoch keine Fontanellen wahrzunehmen waren. Diesen Körper seitwärts zu schieben, gelang nicht. Durch sorgfältige Untersuchung überzeugte sich A., daß der Körper mit der hinteren Gebärmutterwand in Verbindung stehe und folglich nicht der Kopf sein könne. Verf. führte nun die ganze Hand in die Gebärmutterhöhle ein und war nicht wenig überrascht, als er in derselben keine Frucht fand. Zu gleicher Zeit wurde ein Theil des Mutterkuchens durch Gebärmuttercontractionen ausgestoßen. Derselbe erwies sich als ein Theil einer Blasenmole. Schließlich stellte sich heraus, daß es sich um eine Blasenmole und eine Gebärmuttergeschwulst, wahrscheinlich Fibromyom (von einer eingehenderen Untersuchung der Geschwulst mußte wegen des ungünstigen Allgemeinzustandes der Kranken Abstand genommen werden) gehandelt hat.

Obiger Fall lehrt einerseits, wie wenig Bedeutung man bisweilen den Angaben der Schwangeren und deren Umgebung beimessen darf, und andererseits, wie vorsichtig der Arzt in ähnlichen Fällen mit seinen Aeußerungen sein und nie von einer nahe bevorstehenden Entbindung sprechen soll, bevor er sich durch innerliche Untersuchung von der Anwesenheit einer Frucht im Uterus mit Sicherheit überzeugt hat.

L—y.

A. BUSCHKE (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Kenntniß der Alopecie.

Der Beobachtung einzelner Autoren, die nach Darreichung von Thalliumacetat zur Verminderung profuser Schweißsecretion bei Phthisikern das Auftreten von Neuralgien und rapidem Haarausfall zumeist in Form alopecischer Herde constatirten, beschloß BUSCHKE auf dem Wege des Experimentes näher zu kommen und verabreichte zu diesem Zwecke Kaninchen und Meer-schweinchen das Mittel zum Theil innerlich, zum Theil in subcutaner Injection. Die Thiere starben zumeist so rasch (1—4 Tage), daß von einer Beobachtung nicht die Rede sein konnte. Infolge dessen stieg B. mit der Dosirung („Berl. klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 53) zu fast homöopathischen Dosen ab. Die Thiere (weiße Mäuse) erhielten täglich mit ihrem Futter 0'0004 Grm. Thalliumacetat, und wirklich traten nach ungefähr vierzehntägiger Fütterung alopecische Herde auf, die sich bis zu dem nach 14—18 Tagen erfolgenden Tode der Thiere peripher ausdehnten. Der Tod erfolgte unter Erscheinungen von Darmkatarrh, Trägheit und Somnolenz. Die Lebensdauer konnte verlängert werden, wenn nach 8—10tägiger Fütterung mit dem Mittel ausgesetzt wurde, um nach wenigen Tagen wiederum fortgesetzt zu werden; auch in diesen Fällen trat Alopecie auf.

Auf Grund dieser positiven Ergebnisse der experimentellen Fütterung nimmt BUSCHKE das Thalliumacetat als die Ursache der bei Menschen in den einschlägigen Fällen beobachteten Alopecie an und faßt die Wirkung, da ein Haarausfall bei localer Application in Form von Pinselung u. s. w. auf die erodirte Haut nicht eintritt, als eine neurotrophische auf, umsomehr, als einerseits der unter Somnolenz erfolgende Tod der Thiere, andererseits die Anwendung des Thalliums als schweißbeschränkendes Mittel dieser Anschauung sehr zu statten kommen. Weitere Versuche werden diesbezüglich wohl vollständige Aufklärung bringen.

DEUTSCH.

HUGO STARCK (Heidelberg): Die Verwendung der Diver-tikelsonde bei Oesophagustumoren.

Bei malignen Tumoren der Speiseröhre handelt es sich meist nicht um eine einfache cylindrische Stenose, sondern der Tumor wuchert ganz unregelmäßig, so daß das Lumen der Stenose unregelmäßig configurirt wird, kann auch das Lumen vollständig verlegen, selbst die Wand des Oesophagus anstülpen. In solchen Fällen kann man — selbst wenn die Stenose für Flüssigkeit durchgängig ist — dieselbe eben wegen ihrer unregelmäßigen Configuration nicht mit geraden Oesophagussonden passiren, hier

leisten die nach Art der Mercierkatheter gebogenen Divertikelsonden die besten Dienste („Münch. med. Wochenschr.“, 4. December 1900). Es sind verschiedene derartige Divertikelsonden angegeben, Verf. fand, daß man auch aus einem gewöhnlichen Magenschlauch eine Divertikelsonde herstellen kann, indem man in diesen einen Kupferdraht oder noch besser einen entsprechenden Bleimandrin bis zum Ende einführt und diesem dann eine beliebige Krümmung ertheilen kann. Bei hochsitzenden Stenosen leisten mit Mandrin versehene Nelatonkatheter gute Dienste. Diese Sonden haben den Vortheil, daß sie auf ein dünneres Kaliber gebracht werden können als die geraden Sonden, daß sie auch ferner nach Entfernung des Mandrins als gewöhnliche Schlundsonden benützt werden können. In den meisten Fällen empfiehlt es sich, das Sondenende nur zu biegen, nicht aber scharf zu knicken, der abgebogene Abschnitt soll $1\frac{1}{2}$ —3 Cm. lang sein, der Biegungswinkel sich einem geraden Winkel möglichst nähern. Nach Knickung und Bezeichnung der Richtung, in welcher die Spitze des Schlauches abgebogen ist, wird derselbe derart eingeführt, daß die Krümmung seitlich gerichtet ist, nicht aber nach hinten oder vorne, da man auf diese Weise leicht in den Kehlkopf gerathen könnte. Cocainisierung ist nicht nothwendig.

Ist man bei der pathologischen Stenose angelangt, so wird die Wand so lange vorsichtig abgetastet, bis man den richtigen Weg findet. Im Falle der Versuch nicht gelingt, so versucht man mit anderem Kaliber oder anderer Krümmung. Nach Ueberwindung der pathologischen Stenose ist noch die physiologische Stenose an der Cardia zu überwinden. Mit Hilfe dieser Sonden gelang es dem Verf., durch Stenosen zu kommen, welche für die dünnsten gewöhnlichen Sonden unpassierbar waren, auch bei Cardiacarcinomen bewährte sich die Divertikelsonde. In diagnostischer Hinsicht gestattet sie eine genaue Orientirung über die Configuration der Stenose in der Längs- und Querrichtung, ebenso ermöglicht sie eine Ausheberung des Mageninhaltes. Der Hauptwerth liegt in der Möglichkeit der Schlundsondenernährung in solchen Fällen, wo die dünnsten geraden Sonden nicht mehr zu passiren imstande sind, sowie in der Möglichkeit, über diesen Sonden dickere Sonden einzuführen und auf diese Weise eine allmälige Dilatation der Stenose zu erzielen, welche eine Wiederaufnahme der natürlichen Ernährung gestattet.

M. K.

PROCHÁZKA (Prag): Ueber die Beziehung der Tuberculose zum Trauma.

Es ist nicht zu bestreiten, daß dem Trauma in der Aetiologie der Tuberculose manchmal eine wichtige Rolle zukommt, doch da die Tuberculose eine Infectiouskrankheit ist, kann das Trauma nur als ein Moment adjuvant angesehen werden.

Durch Infection einer Lungenwunde könnte zwar direct Lungentuberculose entstehen, doch ist dies ein sehr seltener Vorgang.

Häufiger handelt es sich um ein latentes Stadium der Phthise, das erst durch ein Trauma zum Ausbruch kommt. Unfallversicherte Arbeiter hätten in solchen Fällen, Verf.'s Meinung nach („Sbornik klin.“, Bd. II, H. 2) Entschädigungsansprüche.

Was die Tuberculose der serösen Membranen anbelangt, sind das meistens secundäre, von den Drüsen, Knochen und den Genitalien ausgehende Affectionen, doch eben hier kann ein Trauma eine Exacerbation des existirenden, oder sogar durch Infection aus einer Darmwunde erst eine Entstehung eines tuberculösen Processes zur Folge haben.

Eine tuberculöse Hirnhautentzündung darf als traumatisch nur dann angesehen werden, wenn sie unmittelbar nach dem Trauma folgt; entsteht sie später als nach 3 Tagen, dann handelt es sich gewiß nur um ein zufälliges Zusammentreffen.

In der Tuberculose der Knochen und Gelenke spielt das Trauma die Hauptrolle. Die Tuberculose der genannten Organe ist nur selten eine primäre Affection, gewöhnlich sitzt die Erkrankung schon früher anderorts. Entwickelt sich nun nach einem localen Trauma eine Knochen- oder Gelenktuberculose, so ist dem Unfallversicherten gewiß das Recht zur Entschädigung zuzusprechen.

Schwerer ist diese Frage zu beantworten für den Fall, wenn eine Knochen- oder Gelenkerkrankung schon vor dem Unfall vorhanden war. In solchem Falle muß dem Arzt zur Beurtheilung der ganze Verlauf des Falles genau bekannt sein.

Am Ende folgt eine Reihe von Fällen, in welchen vor dem Entscheidungsgerichte der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für das Königreich Böhmen über Ersatzansprüche verletzter Personen, die später tuberculös erkrankten, verhandelt und entschieden wurde.

Stock.

Literarische Anzeigen.

Die pathologischen Beckenformen. Von Prof. Dr. Carl Breus und Prof. Dr. Alex. Kolisko. I. Band, I. Theil, und III. Band, I. Theil. Mit 116 und 96 Abbildungen. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke.

Diesem an Umfang und Inhalt gleich bedeutenden Werke in einem, dem Rahmen dieser Zeitschrift entsprechenden Referate vollkommen gerecht zu werden, erscheint fast unmöglich. Nur eine kurze Inhaltsangabe und ein Hinweis auf die wichtigsten Forschungsergebnisse kann in der nachfolgenden Besprechung geboten werden. Hoffentlich wird dadurch die Anregung zum Studium dieser hervorragenden Arbeit gegeben. Der allgemeine Theil behandelt die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Pelvikologie, die Beckenmessung, graphische und bildliche Darstellung, die Entstehung der Beckenformen, die Eintheilungssysteme der pathologischen Becken. Hier sei insbesondere auf die lichtvolle und in vieler Hinsicht neue Auffassung und Darstellung der Entstehung der Beckenformen aufmerksam gemacht.

Der Einfluß des Knochenwachsthumes auf die Gestaltung eines Beckens wird als der weitaus Wichtigste von allen hingestellt, demgegenüber selbst die mechanischen Einflüsse (Rumpflast etc.) in den Hintergrund treten.

Nach Aufzählung und kritischer Sichtung der allgemein bekannten Eintheilungen der pathologischen Beckenformen, unter welchen die Verf. der SCHAUTA'schen als der wissenschaftlichsten und vollkommensten den Vorzug geben, kommen sie zur Aufstellung eines neuen Systemes, dem folgende ätiologische Momente zugrunde liegen. Sie unterscheiden:

- Abnorme Becken als Folge von Störungen der embryonalen Entwicklung und des extrauterinen Wachsthums;
 - als Folge von Erkrankungen der Beckenknochen und ihrer Synchondrosen;
 - als Folge von Wirbelsäulen-Anomalien;
 - als Folge von Anomalien der unteren Extremitäten;
 - als Folge von Anomalien des Centralnervensystems.

Aus dem speciellen Theile des I. Bandes, in welchem die Mißbildungs-, Assimilations- und Zwergbecken aufgezählt sind, sei insbesondere auf die eingehende Darstellung der Spaltbecken aufmerksam gemacht, bei welchen die Autoren zwei Typen unterscheiden, und zwar: 1. die von LITZMANN beschriebene Form mit convexer Ventralfläche des Kreuzbeines und 2. solche mit concaver Vorderfläche des Sacrums.

In Bezug auf die nun folgenden überaus seltenen Becken mit congenitalen Ossificationsdefecten, sowie in Betreff der weiterhin in Betracht gezogenen Assimilationsbecken und der Zwergbecken muß auf das Studium des Originalen verwiesen werden. Es sei nur bemerkt, daß es den Verf. gelungen ist, auch diese schwer zu verstehenden und in Bezug auf ihre Genese nicht leicht richtig zu deutenden Formen mit besonderer Klarheit dem Leser vor Augen zu führen und seinem Verständniß näher zu rücken.

Des III. Bandes I. Theil (I. Band, II. Theil und II. Band noch nicht erschienen) behandelt das spondylolisthetische, das kyphotische, das skoliotische und kyphoskoliotische Becken. Der größte Theil desselben ist der Spondylolisthese gewidmet.

Während namentlich durch CHIARI und NEUGEBAUER die sonderbare Erscheinung der Wirbelschiebung geklärt ist, fand die durch dieselbe bedingte Veränderung der Beckenform geringere

Beachtung. Diesen Mangel auszufüllen, sind die Autoren durch genaueste Berücksichtigung von 18 bisher bekannten Fällen, denen sie noch 2 bisher unbeschriebene hinzufügen, bestrebt. Sie kommen zu dem Schlusse, daß das spondylolisthetische Becken seine Gestalt gewann unter der Nöthigung zu einer besonders strammen Fixation durch Muskel- und Bänderspannung, bei durch die letzteren genauestens gesicherter Unterstützung auf den Unterextremitäten. Die Gleichstellung des Beckens bei Spondylolisthese mit jenen bei gewissen Kyphosen (BREISKY) ist, sowohl was Form als Genese anbelangt, gänzlich unzulässig und auf falschen Voraussetzungen aufgebaut, denen die anatomischen Thatsachen nicht entsprechen.

Eine ebenso ausführliche und genaue Darstellung erfährt das nun folgende Kyphosen-Becken. Die berühmte Schrift BREISKY'S: „Ueber den Einfluß der Kyphose auf die Beckengestalt“ bildet die Grundlage dessen, was gegenwärtig über Gestalt und Dimensionen des Kyphosen-Beckens, sowie über den Mechanismus seiner Entstehung allgemein gelehrt wird. Das anatomische Studium einer großen Zahl von Kyphosen-Becken hat die Verff. jedoch zu Resultaten geführt, welche sich mit der heute geltenden Lehre nicht in Einklang bringen lassen. Während BREISKY das Kyphosen-Becken als ein exquisit trichterförmiges, im Eingang allgemein erweitertes, im Ausgang allgemein, doch ungleichmäßig verengtes geschildert hat, betonen die Verff., daß die Erweiterung im Eingang ausschließlich die sagittale Richtung betrifft. In der Beckenmitte ist die Verengung eine allgemeine, in sagittaler ebenso wie in querer Richtung. Im Beckenausgange Verkürzung in querer Richtung. Dies der Typus bei dorsolumbalen Kyphose. Bei lumbosacraler Kyphose erreicht die quere Verengung des Ausganges die höchsten Grade und wird die Elongation der Vera meistens minder bedeutend; dagegen ist hier sehr oft die Ausgangsconjugata verlängert. Auch in Bezug auf die Entstehungsmechanik der kyphot. Beckenform weichen die Verff. in wesentlichen Punkten von der Erklärung BREISKY'S ab. Die detaillirte Schilderung dieser complicirten mechanischen Verhältnisse würde den Rahmen dieser Besprechung weit überschreiten und muß diesbezüglich auf die ausgezeichnet begründete und eingehende Erörterung, die dieses Capitel im Originale erfahren, verwiesen werden.

Den Schluß dieses Bandes bilden die Skoliosen- und Kyphoskoliosen-Becken.

Das Endurtheil über dieses, wenn auch noch unvollendete Werk lautet kurz: Es ist ein Opus, welches für lange Zeit hinaus von geradezu fundamentaler Bedeutung für die Lehre von den pathologischen Beckenformen bleiben wird. Die Ausstattung ist dieses bedeutenden Werkes würdig; die Wiedergabe der vollendeten Zeichnungen eine tadellose, kaum zu übertreffende.

LHOTZKY.

Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung. Compensatorische Uebungstherapie, ihre Grundlagen und Technik. Von **Dr. H. S. Frenkel**, dirig. Arzt des Curhauses „Freihof“ in Heiden (Schweiz). Mit 132 Abb. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel.

Ein Decennium ist verflossen, seit FRENKEL auf der Naturforscher-Versammlung zu München die erste Mittheilung über seine

Methode der Ataxiebehandlung durch systematische Uebung von Bewegungen erstattet hat. Seither hat die Literatur eine recht stattliche Reihe von Publicationen über diesen die Aerzte naturgemäß überaus interessirenden Gegenstand gebracht. Mehr als 60 Arbeiten weist das Literaturverzeichnis am Schlusse des vorliegenden Buches auf, ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können. Nicht weniger als ein Dutzend Publicationen stammen vom Autor dieses Buches selbst, der das Studium der Uebungsbehandlung der tabischen Ataxie sich zur Aufgabe eines an unermüdlicher, streng wissenschaftlicher Arbeit reichen Lebens gemacht hat.

Die reife Frucht dieser Arbeit ist das vorliegende Werk, dessen allgemeiner, die „compensatorische Uebungstherapie“ begründender Theil wohl zu den besten Leistungen auf dem Gebiete der Neuropathologie gezählt zu werden verdient. Reiche Erfahrung, ausgezeichnete Beobachtung, logische Darstellung, folgerichtige Deduction kennzeichnen die einzelnen Capitel dieses Theiles, Bausteine, aus welchen ohne Künstelei die mächtigen Fundamente für die Theorie der tabischen Ataxie, die zuerst von LEYDEN und GOLDSCHIEDER aufgestellt worden ist, zusammengesetzt werden. Die Sensibilitätstheorie, welche so entschiedenem Widerspruche begegnet ist, hat durch die Arbeiten FRENKEL'S und seiner Schüler festen Boden gewonnen; denn nur sie ist imstande, einerseits die Erscheinung der Ataxie, andererseits die Erfolge der Uebungstherapie einwandfrei zu erklären, die einzig und allein auf der von FRENKEL gezeigten Möglichkeit beruht, ataktisch ausgeführte Bewegungen durch häufig wiederholte systematische Uebung dadurch in coordinirte umzuwandeln, daß man den Kranken lehrt, mit dem ihm gebliebenen Reste seiner musculo-articulären Sensibilität das Auslangen zu finden.

Von nicht geringerem Werthe ist der zweite, technische Theil des Werkes. Hier ist es wieder in erster Reihe die große Erfahrung, die bewundernswürdige Beobachtungsgabe des Autors, die ihn befähigte, eine Summe von zahllosen Uebungen und Varianten fast ohne Benützung von Apparaten und mit Hilfe unschwer zu improvisirender Vorrichtungen zu construiren, welche sein Buch jedem Arzte unentbehrlich machen, der geneigt ist, sich mit dieser Methode zu beschäftigen. Wir zweifeln nicht daran, daß das Studium dieses Buches so Manchen, der den Erfolgen der compensatorischen Uebungstherapie bisher skeptisch gegenübergestanden, zu eigenen Versuchen anregen und so der Methode selbst neue Anhänger zuführen wird. Diejenigen aber, die bisher nach Kenntnißnahme der FRENKEL'Schen Technik durch den Besuch seiner Anstalt in dem hoch über dem Bodensee lieblich gelegenen Curorte Heiden oder durch die bisherige, bezüglich der Technik nur wenig instructive Literatur zur Anwendung der Methode angeregt wurden und durch eigene Arbeit und Beobachtung sich auch technisch gefördert haben, begrüßen das Erscheinen eines Werkes mit Freuden, das ihnen das Fortschreiten auf dem eingeschlagenen Wege so wesentlich zu erleichtern geeignet ist.

Dem inneren Werthe entspricht die prächtige Ausstattung des Werkes, welches zahlreiche, nach Momentaufnahmen hergestellte, instructive Abbildungen enthält. Einzelne bei der Revision übersehene Satzfehler, Hinweise auf Illustrationen u. dergl. betreffend, wird der aufmerksame Leser selbst corrigiren. BÜM.

Feuilleton.

Beiträge zur socialen Medicin.

Von **Dr. Max Kahane** in Wien.

III.

Die große Bedeutung der socialen Medicin tritt in voller Klarheit zu Tage, wenn man sich vor Augen hält, daß das weltbewegende Problem der Vererbung im Rahmen dieser Wissenschaft seinen Platz findet. Eine Betrachtung der Socialkrankheiten ergibt die bedeutende Rolle, welche der Vererbung zukommt, wenn auch dieselbe nicht immer in dem Sinne eine unmittelbare und directe ist, daß dieselbe Krankheit von den Eltern auf die

Kinder übertragen wird. Bei einer häufigen und wichtigen Socialkrankheit trifft allerdings die directe und unmittelbare Vererbung zu, nämlich bei der Syphilis, insoferne eben die Kinder von syphilitischen Eltern gleichfalls die Zeichen der syphilitischen Infection darbieten können, thatsächlich auch häufig darbieten, aber nicht unbedingt darbieten müssen. Gerade in jüngster Zeit mehren sich die Beobachtungen, welche dahin lauten, daß die Vererbung der Syphilis sich nicht unbedingt in specifisch syphilitischen Erscheinungen kundgeben muß, sondern daß die Kinder syphilitischer Eltern sehr oft eine Hemmung der physischen und geistigen Entwicklung zeigen und die Kennzeichen der Minderwerthigkeit an sich tragen. Auch will man gefunden haben, daß die Nachkommen solcher Individuen gleichfalls häufig die Stigmata der körperlichen und psychischen Minderwerthigkeit an sich tragen und so an ihne

die biblischen Worte, „von den Sünden der Väter, die bis ins dritte und vierte Geschlecht gerächt werden,“ zur Wahrheit werden. Wenn man sich nun weiter vor Augen hält, daß solche minderwerthige Nachkommen syphilitischer Erzeuger eine erhöhte Disposition für Erkrankungen darbieten, daß wahrscheinlich Tuberculose, Alkoholismus, Neurosen und Psychosen besonders derartige Individuen befallen, welche, wenn auch keine ausgesprochene Krankheit darbieten, doch minderwerthig sind, so erkennt man klar, daß die Hauptgefahr nicht so sehr in der directen, unmittelbaren Uebertragung einer bestimmten Erkrankung auf dem Wege der Zeugung liegt, sondern darin, daß minderwerthige Individuen durch diese Zeugungsacte geschaffen werden, die ihrerseits eine erhöhte Disposition für schwere Erkrankungen lebenswichtiger Organe darbieten und deren Nachkommenschaft mit den gleichen Stigmen behaftet erscheint. Daß die menschliche Gesellschaft, wenn zahlreiche Individuen dieser Art in ihr vertreten sind, einen schweren Abbruch an ihrem Gesamtbesitze an Gesundheit, Arbeitskraft, Lebensfreude und Reproductionskraft erleidet, daß ferner die Entartung ganzer Nationen und Rassen mit der abnormen Zunahme solcher minderwerthiger Individuen zusammenhängt, ist nicht zu bezweifeln und läßt die Bedeutung körperlicher und seelischer Gesundheit für die Wohlfahrt und die Zukunft eines Staates, bzw. einer Nation deutlich erkennen. An dem Beispiel der Syphilis läßt es sich deutlich zeigen, daß es nicht die Erkrankung einzelner Individuen, sondern die directe und indirecte Vererbung es ist, in welcher die verhängnißvolle Tragweite dieser immer stärker um sich greifenden Volkskrankheit liegt. Betrachten wir die Tuberculose, die häufigste und wichtigste Socialkrankheit der civilisirten Menschheit, so sehen wir, daß früher die Annahme einer directen unmittelbaren Vererbung die herrschende war, daß man die Tuberculose geradezu als das Prototyp einer unmittelbar und direct vererbaren Krankheit ansah, und denjenigen, welche aus „tuberculösen Familien“ stammten, in geradezu fatalistischer Weise das Schicksal zuschrieb, daß sie gleichfalls der mörderischen Krankheit geweiht seien. In neuerer Zeit haben sich mit dem Vordringen der bacteriologischen Auffassungen die Anschauungen über die Vererbung der Tuberculose ganz wesentlich geändert, es wird die Bedeutung der Vererbung nur in geringem Maße zugestanden, ja selbst von extremen Verfechtern der bacteriologischen Anschauungsweise ganz in Abrede gestellt. Jedenfalls ist die Frage in hohem Maße strittig, und jede Partei vermag mehr oder weniger stichhaltige Beweisgründe für ihre Ansicht beizubringen. Eine ruhige Erwägung der Frage muß zu dem Ergebniß führen, daß wohl die Häufigkeit der directen, unmittelbaren Vererbung bei der Tuberculose geringer ist, als man früher annahm, daß also die Kinder tuberculöser Eltern durchaus nicht immer gleichfalls an Tuberculose erkranken müssen, daß aber andererseits auch die Möglichkeit, bzw. die Wahrscheinlichkeit einer directen unmittelbaren Vererbung nicht ganz von der Hand gewiesen werden darf. Weit wichtiger dürfte aber auch hier die mittelbare Vererbung sein, d. h. die Thatsache, daß auch tuberculöse Eltern eine Nachkommenschaft erzeugen, welche zwar nicht die klinischen und anatomischen Zeichen der tuberculösen Infection darbietet, aber doch die Stigmen der physischen und psychischen Minderwerthigkeit an sich trägt. Noch sind die Arbeiten über die Nachkommenschaft tuberculöser Individuen nicht zahlreich genug, um sichere Schlüsse ziehen zu können, und es wird eben eine der wichtigsten Aufgaben der socialen Medicin sein, die auf diesem Gebiete nothwendigen Vorarbeiten zu leisten, vor Allem eine exacte Methodik für das Studium aller in das Gebiet der Heredität zählenden Fragen zu schaffen. Die Aufgabe ist so groß, so complicirt und enthält Probleme von solcher Tragweite, daß die Arbeit eines Einzelnen — und würde er derselben sein ganzes Leben widmen — kaum ausreichen würde, und daß hier nur organisirte Arbeit zahlreicher, auf verschiedenen Wegen dasselbe Ziel erstrebender Forscher Aussicht auf Erfolg bietet.

Sowie die sociale Medicin nicht das einzelne Individuum, sondern die gesammte menschliche Gesellschaft im Auge hat, so kann auch die Arbeit ihres Ausbaues nicht vom Einzelnen, sondern nur durch organisirtes Zusammenwirken gefördert werden. So lange

nicht ein riesiges, mehrere Generationen umfassendes, mit exactester Methodik durchgearbeitetes Thatsachenmaterial vorliegt, so lange werden wir auf dem Gebiete der Vererbung — bei aller Erkenntniß der enormen Tragweite des Gegenstandes — nicht über Hypothesen und Analogieschlüsse hinauskommen. Wenn also hier die Behauptung aufgestellt wird, daß bei der Tuberculose, gerade so wie bei der Syphilis, die unmittelbare, directe Vererbung an Bedeutung und Tragweite hinter der mittelbaren, indirecten Vererbung, die zur Production minderwerthiger Individuen führt, zurücksteht, so läßt sich gleichsam ein ziffermäßiger Beweis nicht erbringen, aber ebensowenig die Wahrscheinlichkeit einer solchen Auffassung a limine zurückweisen. Klarer als bei der Tuberculose und Syphilis, die ihrem Wesen nach Infectionskrankheiten sind, scheinen die Verhältnisse bei den anderen Socialkrankheiten, beim Alkoholismus, bei den Neurosen und Psychosen zu liegen. Hier ist die Bedeutung der Heredität in vollstem Umfange anerkannt. Aber auch hier ist es nicht gerade die directe, unmittelbare Vererbung, welche in erster Reihe steht, wenn auch dafür genügend Beispiele anzuführen sind, daß Nachkommen von Alkoholisten gleichfalls dem chronischen Alkoholismus verfallen, daß hysterische Mütter hysterische Töchter haben, daß Psychosen von Eltern auf die Kinder direct übertragen werden etc. Jedoch sind die Fälle zahlreich genug, wo eine derartige directe Vererbung desselben pathologischen Zustandes nicht vorliegt, dagegen eine mittelbare Vererbung häufig ist, daß von Alkoholikern, Neurotikern etc. eine minderwerthige Nachkommenschaft producirt wird, welche ihrerseits eine erhöhte Disposition für schwere Erkrankung lebenswichtiger Organe zeigt und wahrscheinlich auf Reize, welche das körperlich und geistig gesunde Individuum gar nicht schädigen, in abnormer Weise reagirt. Jedenfalls scheint es bei den Socialkrankheiten im hohen Maße wahrscheinlich, daß die Vererbung hier von wesentlichster Bedeutung ist, d. h. daß alle diese Krankheiten auf die Nachkommenschaft einen schädigenden Einfluß ausüben, der sich aber durchaus nicht immer in directer, unmittelbarer Vererbung äußern muß, sondern sich wahrscheinlich viel häufiger in der Production physisch und psychisch minderwerthiger Individuen äußert, welche eine erhöhte Krankheitsdisposition besitzen und auf pathologische Reize aller Art in abnormer Intensität reagiren. Die Hauptgefahr der Socialkrankheiten liegt in der zunehmenden Production minderwerthiger Individuen, welche, wenn nicht eine Compensation im günstigen Sinne stattfindet, zu einer Degeneration der Nationen und Rassen führen muß, wodurch wieder die Wohlfahrt der Völker und Staaten in empfindlicher Weise bedroht erscheint. Eine Wissenschaft also, wie die sociale Medicin, welche sich die Erforschung und Bekämpfung aller Schädigungen, welche die civilisirte Menschheit bedrohen, zur Aufgabe macht, darf mit Recht die Anerkennung ihrer Bedeutung und die Förderung ihrer Ziele von Seite des Staates beanspruchen.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die therapeutische Verwendung des Natrium sulfuricum berichtet MANQUAT („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, December 1900). Das Glaubersalz kann entweder als mildes Laxans oder zur Bekämpfung dyspeptischer Zustände verwendet werden: Als Laxans sind Dosen von 6—7 Grm. meist genügend, 1. wenn es sich nicht um Patienten handelt, welche sich durch ihren abnorm großen Appetit auszeichnen oder den Darm mit Fäcalmassen überfüllt haben; in solchen Fällen ist eine größere Dose zu geben; 2. wenn das Mittel nüchtern genommen wird und wenigstens eine Stunde nachher nichts genossen wird; 3. das Salz ist in einem großen Glas warmen Wassers aufzulösen. So genommen verursacht das Glaubersalz einen einzigen Stuhl, der relativ kurze Zeit nach der Medication erfolgt. Es handelt sich dabei nicht um eine purgirende Wirkung, sondern bloß um eine Anregung der normalen Darmfunctionen. Diese Wirkung erweist sich von Nutzen: 1. bei habitueller Obstipation, namentlich wenn dieselbe von einem dyspeptischen Zustande abhängt, der durch Anwendung von Glaubersalz günstig beeinflusst werden kann; 2. in Fällen, wo jede Anstrengung beim Stuhlgang

zu vermeiden ist (bei Bauchhernien, Apoplektikern, Neigung zu Congestionen); 3. bei Hämorrhoidariern; 4. bei Personen, die an Appendicitis gelitten haben, nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen; 5. bei Enterocolitis membranacea; 6. bei Personen, welche früher an Peritonitis gelitten haben und bei welchen Neigung zu Darmobstruction besteht; 7. bei chronischer Diarrhoe der Tropen und bei chronischer Dysenterie. Je nach dem Falle ist das Mittel täglich oder bloß alle 2 oder 3 Tage zu verabreichen. Bei der Behandlung dyspeptischer Zustände verschreibt MANQUAT 6 Grm. Glaubersalz in einem großen Glas Wasser von 37° Morgens nüchtern während 20 Tagen. Gleichzeitig bekommt Pat. eine reichliche Kost. Gute Resultate beobachtet man 1. in Dyspepsieformen, klinisch charakterisirt durch Hyperästhesie der Magenschleimhaut und den daraus resultirenden spastischen Zusammenziehungen des Pylorus. Als weitere Folgen dieses Zustandes treten hervor: saures Aufstoßen, verlangsamte Entleerung des Magens, Plätschern in der Magenregion 5, 6 Stunden und mehr nach der Mahlzeit. Dabei ist der Appetit gut oder sogar abnorm stark; nach der Mahlzeit fühlen sich die Kranken schwer und zeigen keine Lust zu körperlichen Anstrengungen, sie leiden an Congestionen gegen den Kopf sofort nach der Mahlzeit, während einige Stunden später das Gesicht blaß wird. Nach der Mahlzeit besteht häufig große Schlafsucht, während nicht selten die Nacht durch Schlaflosigkeit ausgezeichnet ist; sehr oft besteht außerdem Obstipation. Dieser Zustand findet sich bei verschiedenen Dyspepsien, welche aber alle auf einer vermehrten Thätigkeit der gastrischen Functionen beruhen. Das Mittel wirkt durch regelmäßiges tägliches Auswaschen des Magens und durch eine eigenthümliche Wirkung auf die Magenschleimhaut, welche bei Hyperaciden die Magensecretion regelt. 2. Ferner hat man von der Anwendung des Glaubersalzes günstige Resultate gesehen bei Dyspepsien auf chlorotischer Grundlage, namentlich wenn die Magenstörung von Schmerzen oder Obstipation begleitet ist; 3. bei tuberculöser Dyspepsie; dabei ist aber die Cur sorgfältig zu beobachten und abubrechen, sobald sie nicht vertragen wird; 4. bei schmerzhaften Dyspepsien ohne organische Läsion; 5. bei übermäßiger Magensaftsecretion; 6. bei Glykosurie der Dyspeptiker.

— Zur **Behandlung von Influenza**, die in der letzten Zeit wieder häufiger auftritt, eignet sich nach den Berichten zahlreicher Kliniker am besten das Salophen, welches sowohl prophylaktisch als auch während der Anfälle vorzügliche Dienste leistet. Es hat sich gezeigt, daß das Salophen bei Influenza eine geradezu spezifische Wirkung entfaltet und dabei vollkommen unschädlich ist. Man gibt im Allgemeinen 1 Grm. pro dosi, 3—4 Grm. pro die. Die Wirkung des Salophen ist eine antineuralgische und zugleich antipyretische; die letztere ist zur Erreichung des gewünschten Zweckes vollkommen ausreichend, aber nicht so stark, um jemals unangenehme Nebenwirkungen zur Folge zu haben. Wie aus zahlreichen Publicationen hervorgeht, wird das Salophen selbst von Kindern allgemein sehr gut vertragen. Eine Verstärkung der Wirkung erzielt man durch Verschreibung von Salophen 1·0 mit Phenacetin 0·5 pro dosi für Erwachsene. Nach starken Influenzafällen treten bekanntlich häufig große Schwäche und Mattigkeit auf, zu deren Bekämpfung in letzter Zeit vielfach das lösliche Fleischeiweiß, die Somatose, empfohlen wird, und zwar entweder rein in Bouillon, Suppe, Milch, Cacao (Somatose-Cacao) gelöst, oder in starkem Medicinalwein combinirt als Somatose-Wein (Somatose-Roborans, aus bestem Sherry erzeugt). Mit der kräftigenden Wirkung der Somatose und der spezifischen Wirkung des Salophen wird jeder Praktiker, der von diesen beiden Präparaten in der Behandlung der Influenza Gebrauch macht, zufrieden sein.

— Ueber erfolgreiche **Anwendung von Unguentum Créde bei Phlegmasia alba dolens** berichtet A. HERZFELD („The New York Medical Journal“, Dec. 1900). Eine Kranke war mit der Zange entbunden, ein dabei entstandener Dammriß genäht worden. Die ersten 12 Tage des Wochenbetts verliefen normal. Da verließ sie gegen ärztlichen Rath des Bett. Am Damm befand sich da, wo ein Faden der Damмнаht durchgeschnitten hatte, ein kleines Geschwür, und dieses wurde die Ursache der eintretenden Infection.

20 Tage nach der Entbindung heftiger Frost, hohes Fieber, die linke untere Extremität um das Doppelte geschwollen, sehr schmerzhaft, hart. Der Wochenfluß war zwar vermindert, aber von widerlichem Geruch. Die Verordnung bestand zunächst in Sublimat-ausspülungen (1 : 3000), dreistündlichen Gaben von Chinin. sulfuric., Umschlägen von Bleiwasser und Opium; statt des letzteren später essigsaurer Thonerde. Nach dieser dreiwöchentlichen, ganz erfolglosen Behandlung wurden am 19. Juni zum erstenmale 15 Grm. Unguentum Créde in die ganz untere Extremität eingerieben und dies 2 Wochen lang fortgesetzt, bis im Ganzen 180 Grm. verbraucht waren. Die Kranke machte schnell Fortschritte. Es blieb nur noch eine Schwellung um das Knie- und Knöchelgelenk zurück, welche aber nach weiterer Anwendung von 60 Grm. Unguentum Créde in täglichen Dosen von 15 Grm. vollständig verschwand.

— Gegen **Pyelitis** empfiehlt sich folgende Medication („Progrès méd.“, 1900, Nr. 9):

Rp. Acid. benzoic.	0·2
Theriac.	0·1
Natr. benzoic.	4·0
Syr. Rubi Idaei	30·0
Aq. Tiliae	90·0
Ein Eßlöffel 3 Stunden nach der Mahlzeit in einer kleinen Tasse Infus. Spiraeae ulmariae zu nehmen.	

oder:

Rp. Ol. Terebinth.	6·0
Camph. subtiliss. pulv.	6·0
Extr. Opii	0·25
Radic. Aconiti	0·2
f. pilulae Nr. 60, alle 8 Stunden 1 Pill.	

— Mittheilungen über **Dormiol** veröffentlicht DEHIO („Psych. Woch.“, 1900, H. 37). Er hat mehrfach Gelegenheit gehabt, das Dormiol in recht hohen Gaben (zweimal 2·0 täglich) durch viele (bis zu fünf) Wochen hindurch regelmäßig zu geben. In diesen Fällen konnte eine Gewöhnung an das Mittel bemerkt werden; die Gewöhnung trat aber erst spät auf, später als beim Paraldehyd, welches meist schon nach 3 Wochen regelmäßigen Gebrauches zu versagen pflegt. Zur sicheren Erzeugung von Schlaf bei den in der Anstaltspraxis gewöhnlichen Fällen von Schlaflosigkeit mit motorischer Unruhe und lärmendem Wesen hat sich eine Gabe von Dormiol 2·0 immer als genügend erwiesen. Im Anfang, zur Zeit der ersten Versuche, hat D. oft 3·0 gegeben, ohne schädliche Folgen zu verspüren. Dormiol 1·0 wirkte nur in Fällen leichter Schlaflosigkeit. Entsprechend der Erfahrung, daß bei allen rein narkotischen Schlafmitteln, zu welchen auch das Dormiol gehört, eine Steigerung der einmaligen Abendgabe über die mittlere hinaus weniger wirksam ist als die Verbindung mit anderen Mitteln, pflegt D. jetzt in Fällen besonders schwerer Schlaflosigkeit eine Gabe Sulfonal vorauszuschicken, oder Morphium, Chloral oder Hyoscin anzuwenden. Die Verbindung einer am späten Nachmittag gegebenen Sulfonalgabe mit einem rein narkotischen Schlafmittel zum Abend (Chloral, Dormiol, Paraldehyd, Amylenhydrat) hat sich überhaupt in Fällen schwerer Schlaflosigkeit sehr gut bewährt; die allmählig auftretende und sich lang hinziehende Wirkung des Sulfonals mit besonderer Beeinflussung der motorischen Sphäre bereitet nicht allein den Boden für den rasch das Bewußtsein verdunkelnden Einfluß des Narkoticums günstig vor, sondern verschafft dieser Wirkung auch eine längere Dauer.

— Zur **Behandlung des Tic douloureux** empfiehlt GRAND-CLEMENT („Lyon méd.“, 1900, Nr. 1) subcutane Injectionen von Antipyrin und Cocain im Bereiche der Schmerzhaftigkeit. Er verwendet folgende Lösung:

Rp. Cotain	0·5
Antipyrin	4·0
Aqu. dest.	10·0

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Clinical Society of London.

JONES und TUBBY: Die Correctur der Deformität bei Caries der Wirbelsäule.

Bericht über 99 Fälle von angulärer Kyphose im Gefolge von *Malum Pottii*, wo die Deformität der Wirbelsäule auf manuellem Wege corrigirt wurde. Die Ergebnisse lauten dahin, daß die Correctur der Deformität an sich keinen lebensgefährlichen Eingriff darstellt, ferner nicht nothwendiger Weise Paraplegie im Gefolge hat, und daß es nicht selten gelingt, durch Compression den Gibbus zu verkleinern oder ganz zu beseitigen. Es ist nicht angezeigt, mit zu großem Kraftaufwand vorzugehen, besser ist es, in mehreren Sitzungen die Deformität zu behandeln, wobei das Intervall zwischen je zwei Sitzungen 4 Wochen beträgt. Die Nachbehandlung soll nicht weniger als 3 Jahre dauern. Im Ganzen sprechen die Erfahrungen zu Gunsten der manuellen Correctur des Gibbus. Absceßbildung ist selten, die Gefahr der Dissemination der Tuberculose durch den Eingriff kommt überhaupt nicht in Betracht, das Gleiche gilt für die Ruptur der Wirbelsäule. Contraindicationen sind: Hochsitzender, den Cervical- oder oberen Dorsaltheil der Wirbelsäule betreffender Gibbus, wenn nicht gleichzeitig Paraplegie besteht, ferner Ankylose der Wirbelsäule, große anguläre Kyphosen, tuberculöse Erkrankung anderer Organe, Alter von unter 2 und über 22 Jahren, Vorhandensein eines Abscesses, wenn nicht gleichzeitig Paraplegie besteht. Der Eingriff ist nur dann am Platze, wenn die Wirbelsäule nachgiebig ist und keine tuberculösen Erkrankungen anderer Organe bestehen. Der Zweck der Operation ist nicht vollständige Beseitigung, sondern möglichste Correctur des Gibbus. Die Fälle für die Operation müssen sorgfältig ausgewählt werden, ebenso muß die Nachbehandlung eine äußerst sorgfältige sei. Freiluftbehandlung ist ein ganz besonders wichtiger Factor der Nachbehandlung.

Pathological Society of London.

WALTER MYERS: Ueber die Neutralisation des Cobragiftes durch das Antivenin serum.

Das Cobralysin ist jener Theil des Schlangengiftes, welcher eine hämolytische Action ausübt, während ein anderer Bestandtheil Träger der auf das Nervensystem ausgeübten Wirkung ist. Zunächst wurde die kleinste Dosis des ersten Giftes, welche eben noch eine hämolytische Action auf das menschliche Blut ausübt, festgestellt, dann ein Vielfaches einer solchen Minimaldosis genommen, und das für die vollständige Neutralisation erforderliche Quantum des Anti-Schlangengiftserums bestimmt. Es wurde dann erprobt, ob diese Mischung noch hämolytische Wirkung besitzt, d. h. noch ein Theil des Giftes nicht neutralisirt ist. Bei Anwendung von $\frac{1}{13}$ der zur completen Neutralisation des Cobralysins erforderlichen Menge von Antivenin serum fand Votr., daß diese genügte, um $\frac{4}{5}$ des Cobralysins zu neutralisiren, mit einem $\frac{1}{6}$ gelang die Neutralisation von $\frac{9}{10}$ des Cobralysins. In Fällen, wo es sich darum handelt, eine große Menge des Giftes vollständig zu neutralisiren, ist eine größere Antitoxinmenge erforderlich, als das chemische Aequivalent betragen würde, während bei Ueberschuß von freiem Toxin die Gegenwart von freiem Antitoxin unmöglich ist, weil letzteres auf chemischem Wege vollständig gebunden ist. Verdünnte Giftlösungen zeigen bei bestimmten Temperaturen Herabsetzung der toxischen Wirkung ohne Aenderung des Bindungsvermögens gegenüber dem Antitoxin. Diese Körper, welche keine hämolytische Wirkung besitzen, aber das Antitoxin zu binden vermögen, können als Toxoide bezeichnet werden. Man ist gegenwärtig noch nicht imstande, die Menge der etwa vorhandenen Toxoide genau zu bestimmen, wenn man eben nicht erfahren kann, inwieweit die Reaction zwischen äquivalenten Theilen von Toxin und Antitoxin eine vollständige war.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Académie de médecine.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE: Bericht über die Serumtherapie der bösartigen Geschwülste.

Es handelt sich um einen Bericht über Untersuchungen von WLAÏEV in Petersburg und HOTMAN DE VILLIERS in Paris. Die Verff. haben in malignen Tumoren, besonders in Carcinomen, Blastomyceten nachgewiesen, dieselben isolirt, gezüchtet und Thieren eingepflegt und wollen dadurch eine typische Carcinominfection producirt haben. Es wurden auch Versuche angestellt, Thiere mit Blastomyceten zu immunisiren, jedoch nur bei Vögeln (Tauben, Hühner, Gänsen) ein wirksames Serum gewonnen. Um die Wirksamkeit dieses Serums zu demonstrieren, wurde eine Anzahl von Ratten mit den Blastomyceten geimpft. Einem Theil der Thiere wurden nun wöchentlich 0.5—1.0 Ccm. des Serums injicirt. Diese Thiere blieben gesund, während die Ratten, welche nicht mit Serum behandelt wurden, an generalisirter Carcinominfection zugrunde gingen. Das Serum wurde auch zur Behandlung von Krebsfällen angewendet und bei zweien derselben sehr günstige Resultate erzielt. Der Berichterstatter betont, daß die parasitäre Natur des Carcinoms wohl wahrscheinlich, aber nicht mit Sicherheit erwiesen ist, daß ferner die von WLAÏEV und HOTMAN DE VILLIERS an ihren Versuchsthiere beobachteten Neubildungen nicht ohne Weiteres mit echten Carcinomen identificirt werden können. Hinsichtlich der Heilwirkung ist zu bemerken, daß Ref. und zahlreiche Chirurgen, Seruminjectionen vornahmen. Das Serum erwies sich wohl als unschädlich, zeigte aber gar keine Wirksamkeit im Sinne einer Besserung oder Heilung. Bei einzelnen Tumoren wurde wohl eine zeitweilige Beeinflussung in günstigem Sinne constatirt, aber dieselbe wäre wohl auch durch jede andere Therapie zu erzielen gewesen. Für die Carcinome bleibt immer noch die chirurgische Therapie die wirksamste und nur in inoperablen Fällen wäre ein Versuch mit der Serumtherapie am Platze.

Berger bestätigt die Unschädlichkeit, aber auch die Unwirksamkeit des Serums. Bei einigen inoperablen Carcinomen wurde wohl unter Serumbehandlung eine zeitweilige Besserung des localen Befundes und des Allgemeinzustandes beobachtet, jedoch Nichts, was im Sinne einer Heilung oder auch nur des Beginnes einer Heilung zu deuten wäre.

Le Dentu schließt sich dieser Ansicht gleichfalls an. Die mit dem Serum gewonnenen Ergebnisse unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen, die mit der Einimpfung von Culturen des *Streptococcus erysipelatis*, rein oder mit Culturen des *Micrococcus prodigiosus* gemischt, mit directer Injection solcher Culturen in den Tumor selbst, mit Injectionen des Serums von Thieren, die mit Krebsaft oder Krebsbrei geimpft wurden, schließlich mit Einimpfung von Bierhefe erzielt wurden. Die zwar beschränkte, aber doch vorhandene Wirksamkeit aller dieser Mittel erklärt sich daraus, daß dieselben auf jene Elemente von Factoren einwirken, die den malignen Tumoren, Carcinomen und Sarcomen gemeinsam, also nicht specifisch sind. Ein Mittel, welches nur auf accessorische Momente einen Einfluß ausübt, kann nicht als ein wahres Heilmittel betrachtet werden. Immerhin scheint das WLAÏEV'sche Serum auf Epitheliome einen stärkeren Einfluß auszuüben, als die vorhin genannten Mittel. Das beste Mittel in der Therapie der bösartigen Geschwülste ist noch immer die möglichst frühzeitige Exstirpation, durch welche dauernde oder doch auf lange Zeit sich erstreckende Heilung erzielt wird.

Société de biologie.

ROGER und EM. WEIL: Pathogene Bedeutung der im Blut und in den Organen Blatternkranker gefundenen Körperchen.

Die Blatternpusteln enthalten neben den Leucocyten zahlreiche runde oder ovale, im Durchmesser durchschnittlich 1.75 μ große, Farbstoffe begierig aufnehmende Körperchen. Diese Elemente wurden von einzelnen Autoren als Variolaparasiten, meist aber als Zerfallsproducte von Zellen aufgefaßt. Votr. konnte sie auch im Blute nachweisen, und zwar waren sie bei Variolois spärlich, bei schwereren Formen reichlicher, besonders reichlich bei *Variola haemorrhagica*. Hier zeigten die Körperchen auch die typische Form, nämlich um den Kern einen deutlichen schmalen, gegen Farbstoffe wenig empfänglichen Protoplasmasaum. Diese Elemente wurden bei *Variola haemorrhagica* nicht nur in den Blutergüssen, sondern nach dem Tode auch in den inneren Organen, vor allem in der Milz und im Knochenmark nachgewiesen.

Bei der Autopsie von zwei variolösen Schwangeren wurden sie auch reichlich im Fruchtwasser nachgewiesen und zeigten hier auch auffallende Beweglichkeit. Auch bei Kaninchen, die mit dem Blute Variolakranker geimpft wurden, konnten im Blute und den Organen die gleichen Körperchen nachgewiesen werden. Die angeführten Befunde genügen jedoch nicht für den Nachweis, daß die geschilderten Körperchen tatsächlich die Erreger der Variola und nicht bloß Zerfallsproducte der Zellen sind. Zu diesem Zwecke wurden Culturversuche angestellt und das Blut eines geimpften Kaninchens für einige Tage in den Brutofen gestellt. Es zeigten dann die Körperchen eine beträchtliche Vermehrung, die aber nicht mit der Vermehrung von Bacterien in Culturen verglichen werden konnte. Von diesen Mutterculturen wurden weitere Culturen auf defibrinirtem, ferner auch durch Injection von Blutegelextract ungerinnbar gemachtem Kaninchenblut angelegt. In den Tochterculturen (gegenwärtig 18. Passage) haben die Körperchen ihre wesentlichen Eigenschaften beibehalten, sind nur etwas größer geworden. Der Impfung dieser Culturen ergab Erhaltung der Virulenz; in die vordere Augenkammer eingeimpft, erzeugten dieselben ein dem Variolaeiter ähnliches Exsudat, einzelne subcutan oder intravenös geimpfte Thiere zeigten blatternähnliche Pusteln, alle gingen, auch wenn sehr geringe Dosen eingeimpft wurden, 8 bis 30 Tage nach der Impfung an Septikämie zugrunde. Diese eigenthümlichen Körperchen, die man im Blut und den Organen der Variolösen und der mit Variolaproducten geimpften Thieren findet, scheinen die Erreger der Krankheit zu sein. Es kann sich hier um Protozoen, wahrscheinlich Sporozoen handeln, da in vitro sich die alten Elemente in glänzende, doppelt contourirte, farblose, sporenartige Gebilde umwandeln.

MAIROT und ARCLIN-DELTEIL: Ueber die Giftigkeit des Schweißes des gesunden Menschen.

Der von gesunden Menschen durch Aufenthalt in einem brutofenartigen Raum in der Menge von 80—800 Ccm. gewonnene Schweiß wurde in die Ohrvene von Kaninchen eingespritzt. Bei keinem einzigen Thier wurde, trotzdem die Dosen 116—301 Ccm. pro Kgrm. Körpergewicht entsprachen, durch die Injection tödtliche Wirkung hervorgerufen. Beobachtet wurde constantes Sinken der Temperatur während der Injection, danach manchmal Temperatursteigerung von mehrstündiger Dauer, constante Verstärkung des Pulses und der Athmung, Diarrhoe, gehäufte Entleerung von Harn, in dem weder Blut noch Farbstoff nachweisbar war, Frösteln, Betäubung, Gewichtsabnahme. Dieselben Erscheinungen werden beobachtet, wenn man größere Mengen physiologischer Kochsalzlösung injicirt, so daß aus diesen Versuchen hervorgeht, daß der Schweiß des gesunden Menschen nicht giftig ist.

Arlyng hat seinerzeit bewiesen, daß der Schweiß des gesunden Menschen toxische Wirkung besitzt, und zwar handelte es sich um Schweiß, welcher, nachdem die Versuchsperson angestrenzte Muskelarbeit verrichtet hatte, mit einem Schwamm vom Körper desselben aufgesogen worden war.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 30. Januar 1901.

(Schluß.)

Dr. L. FREUND setzt seinen Vortrag „Ueber die bisherigen Erfolge der sogenannten Roentgentherapie und ihre wahrscheinliche Ursache“ fort.

Auf Grund seiner Experimente glaubt der Votr. nicht, daß man bei dem heutigen Stande der Frage auf die Becquerelstrahlen und Phosphoreszenzstrahlen große therapeutische Hoffnungen setzen dürfe. Vielleicht läßt sich einiger Nutzen von denselben für Individuen erwarten, deren vordere Augenmedien getrübt sind. Fr. empfiehlt Versuche mit einfachen Figuren, die aus radioactiven Substanzen hergestellt sind.

Unipolare Potentladungen von großen Inductorien brachten auf der Haut von Versuchsthiere ähnliche klinische und histologische Veränderungen hervor, wie sie von der Roentgenbestrahlung und den Hochfrequenzströmen bekannt sind: Entzündung, temporärer

Haarausfall, Hyperämie der tiefen Cutisgefäße, Blutungen, Infiltrate mit eosinophilen Granulis und vacuolisirende Degeneration der Gefäßwände. Der histologische Befund erklärt manche klinische Symptome: das verspätete Auftreten der Erytheme, die Pigmentationen, die Hartnäckigkeit der Roentgenulcera. Aussaaten und ältere Rassen pathogener Bacterien wurden durch diese Potentladungen abgetödtet. Eine dritte, nach der Ansicht Fr.'s beachtenswerthe Wirkung der unipolaren Potentladungen ist die außerordentlich prompte Excitation tief narkotisirter Thiere. Fr. lenkt die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf dieses Moment. Zur Diffusion der kräftigen Funkenschläge bewährte sich Fr. im Wesentlichen eine Elektrode, bestehend aus einem mit Wasser gefüllten Reagenzkölbchen, in welches der Zuleitungsdraht taucht. Mit diesem Apparate hat Fr. Haarausfall beim Thiere, Abtödtung von Bacterien und jüngst rasche Ueberhäutung eines hartnäckigen Lupusgeschwüres erreicht.

Es ist noch nicht entschieden, was das eigentliche Agens bei der Roentgentherapie ist. Die Versuche, auf Grund welcher Fr. vor 4 Jahren annahm, daß es sich um die Wirkung der X-Strahlen selbst handle, erwiesen sich zum Beweise dieser Annahme ebensowenig ausreichend, als die Beobachtungen anderer Autoren, z. B. REID, REVILLET, SALVADOR, KIENBÖCK. Eine Wirkung isolirter Roentgenstrahlen auf die Haut konnte bisher Niemand nachweisen; eine solche auf Bacterien lassen die Versuche des Votr. direct ausschließen. Fr. muß daher vorläufig annehmen, daß es sich um die Wirkung stiller Entladungen handle, welche ja, wie gezeigt wurde, auch im isolirten Zustande ganz analoge Wirkungen haben. Für diese Annahme sprechen auch viele klinische Erfahrungen, z. B. daß dicke Aluminiumbleche, Paraffin salben, das Schließen der Augenlider vor Dermatitis, resp. Conjunctividen schützen. Die Roentgenstrahlen selbst könnten keine Wirkung in den Geweben hervorbringen; dies könnte man höchstens von dem Fluorescenzlichte erwarten, das von den X-Strahlen in den leimgebenden Geweben etwa wie in der photographischen Platte hervorgerufen wird.

Prof. Dr. Ehrmann erinnert an einen von ihm im Jahre 1890 vorgestellten Fall von totaler Alopecia areata (Pelade), in welchem nach längerer faradischer Behandlung der Kopfhaut Haare gerade auf den faradisirten Stellen nachgewachsen waren, und zeigt die Photographie desselben vor und nach der Behandlung. Der faradische Strom scheint ebenso wie die Roentgenstrahlen nicht auf die Nerven, sondern auf die Blutgefäße zu wirken, so daß das wirksame Agens die Hyperämie ist. Diese entsteht nicht, wie angenommen wird, zuerst in der Tiefe und schreitet nach oben fort, sondern an der Oberfläche und erst später in der Tiefe, wo es gerade die größeren Gefäße sind, die in ihrer Structur Veränderungen (vacuolisirende Degeneration) erleiden; dann folgt erst die Nekrose, namentlich wenn es zu Rupturen der Gefäße gekommen ist. Letztere sind anzunehmen, da in den bestrahlten Hautbezirken Hämosiderin nachgewiesen wurde, welches aus extravasirtem Blute entsteht. Die Pigmentationen nach Roentgenbestrahlung verschwinden nicht in allen Fällen. Zuerst tritt, wie bei Erythema solare, eine gelbliche Färbung auf, welche vom Blutfarbstoff herrührt, diese verschwindet bei blonden Individuen in kurzer Zeit. Bei brünetten Individuen bleibt diese Pigmentation länger bestehen, weil durch die entstandene Hyperämie die Melanoblasten angeregt werden, Melanin zu bilden, und in der reichlichen Diapedese von Blutfarbstoff auch reichliches Material hiezu zur Verfügung haben. Die Roentgenbestrahlung führt nicht immer zur Nekrose, sondern auch zu Atrophien; bei epilirten Fällen zeigen sich kleine Einziehungen in der Haut, welche vielleicht auf Atrophien von kleinen Bindegewebsbündeln zurückzuführen sind. Hier handelt es sich wahrscheinlich nur um Degeneration der kleinsten Arterien oder Capillaren, die zu dieser regressiven Gewebismetamorphose führt, wo aber die befallenen Gefäße nicht groß genug sind, daß es zur Nekrose kommen könnte. Für kosmetische Enthaarung kann bisher die Roentgentherapie die Elektrolyse nicht ersetzen, da bei ersterer die Einwirkung des Roentgenlichtes nicht so genau dosirt werden kann, daß die Haarpapillen absterben und demnach keine Nekrosen oder Atrophien erzeugt werden; deshalb traten nach radiographischer Epilation Recidive auf, was nach Elektrolyse nicht geschieht. Der Einfluß der Roentgenstrahlen auf die Gefäße zeigt sich in der electiven Wirkung derselben auf das Lupusgewebe. Die Gefäßversorgung desselben ist schon an und für sich schlecht und die Lebensfähigkeit des Lupusgewebes ist so minimal, daß eine geringe Einwirkung genügt, um es zum Absterben zu bringen. In gleicher Weise wirkt auch das Resorcin; E. verwendet es daher zur alleinigen Behandlung des Lupus, wie auch zur Vorbehandlung desselben vor der Radiographie, da auf diese Weise der Erfolg rascher eintritt. Die Roentgenstrahlen sind unbestritten ein wirksames therapeutisches Agens, doch wird man die Radiotherapie nach mancher Richtung erweitern, nach anderer wieder eingengen müssen.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 15. Februar 1901.

F. MRAČEK stellt einen Fall von rareficirender Ostitis syphilitica vor. Pat. hat vor 8 Jahren Syphilis acquirirt; vor 2 Jahren schwellen mehrere Zehen- und Fingerphalangen sowie einige Fingergelenke so beträchtlich an, daß die Haut über ihnen zu platzen drohte. Durch Diagraphie wurden weitgehende Resorptionsvorgänge an den Knochen festgestellt. Nach 5 Wochen während antiluetischer Behandlung (Jod innerlich, Handbäder mit Jodsalz, Einreibungen) sind die Schwellungen beträchtlich zurückgegangen; auch die Druckschmerzhaftigkeit hat sich vermindert.

G. KAPSAMMER berichtet über die Behandlung der Incontinentia urinae beim Weibe mit Vaselininjectionen. Drei Frauen, welche aus verschiedener Ursache (Dammrisse nach Forceps, chronische Cystitis) an Incontinentia urinae litten, wurden dadurch von ihren Beschwerden befreit, daß man in das submucöse Gewebe um die Urethra 8—12 Ccm. weißes Vaseline injicirte. Das Verfahren wirkt in der Weise, daß die entstehenden Vaselindepôts einen der Prostata ähnlichen Wall schaffen. Die Einspritzungen werden gut vertragen. Es empfiehlt sich, die Injection nur an einer Stelle auszuführen. Mißerfolge können eintreten, wenn zu wenig Vaseline injicirt wird oder dieses einen zu niedrigen Schmelzpunkt hat.

R. Gersuny bemerkt, daß der von PFANNENSTIEL beobachtete Mißerfolg einer Vaselininjection (Lungenembolie) auf den hohen Schmelzpunkt des verwendeten Vaselins (45°) und auf die Vornahme der Injection nach einer Operation zurückzuführen sei. Im Falle PFANNENSTIEL'S wurde die Incontinentia nicht beseitigt, weil die Einspritzung nicht ins submucöse Gewebe, sondern in die Schleimhaut selbst erfolgte. Zur Verhütung der Embolie sollte zunächst immer nur eine geringe Menge Paraffin injicirt werden, und erst wenn diese abgekapselt ist, die zweite Injection, und zwar an der nämlichen Stelle, erfolgen. Vortr. hat derartige Injectionen selbst in der Umgebung des Rectums, nach Amputation desselben, ja sogar in die Orbita applicirt und niemals üble Zufälle beobachtet.

H. REIMANN führt einen Pat. von Stichverletzung des Rückenmarkes vor. Der Messerstich traf die Gegend des ersten Lendenwirbels. Sogleich nach der Verletzung haben sich Lähmung der Musculatur der linken unteren Extremität mit Ausnahme der Zehenmusculatur und Anästhesie an der Vorderseite des Ober- und Unterschenkels entwickelt. Die motorische Störung ist gegenwärtig fast ganz behoben, die sensible besteht unverändert fort; das rechte Bein ist intact. Der Stich dürfte links in der Höhe des 1.—4. Lumbalsegmentes die motorische Bahn im Rückenmarke lädirt und die sensiblen Wurzeln durchtrennt haben. Bezüglich der sensiblen Störung ist die Prognose schlecht; in der letzten Zeit haben sich ihr heftige lancinirende Schmerzen und Parästhesien hinzugesellt.

J. WEINLECHNER demonstirt einen Kranken, dessen Verunstaltung durch Rhinophyma er dadurch beseitigt hat, daß die hypertrophischen und höckerigen Partien der Haut der Nase unter SCHLEICH'Scher Infiltrationsanästhesie einfach mit dem Messer abgetragen wurden. Das Resultat ist zufriedenstellend.

H. WINTERBERG erstattet eine vorläufige Mittheilung über die Resultate der Nachprüfung der Versuche von NENCKI und SALESKI über die Ammoniakvergiftung des Organismus durch Ausschaltung der Leber (ECK'Sche Fistel). Die Nachprüfung ergab, daß die Methode jener Autoren wegen der Verwendung von Kalkwasser die Resultate der Untersuchung unbestimmt gestaltet. Die aus dem Blute erhaltenen Ammoniakwerthe sind nämlich abhängig von der verwendeten Blutmenge und der zugesetzten Kalkwassermenge und schwanken unter Variation jener Factoren bei demselben Blute in hohem Maße.

H. ALBRECHT demonstirt anatomische Präparate von zwei Fällen von Deciduoma malignum. Im ersten Falle entstand das Deciduom nach einem Abortus. Es wurde vaginale Totalexstirpation des Uterus ausgeführt; im Fundus uteri saß ein apfelgroßer, blutreicher, durch Blutungen zerstörter und nekrotischer Tumor, welcher die Uteruswand stellenweise durchwuchert hatte.

Einige Tage darauf Exitus. Die Obduction ergab zahlreiche Deciduummetastasen in der Vagina, den Lungen, der Leber, der Milz, den Nieren, der Schilddrüse, in Gehirn und Dünndarm. — Im zweiten Falle war die Deciduombildung im Anschlusse an eine Extrauterin gravidität aufgetreten, welche zu einer Hämatokele retrouterina geführt hatte. Der Tumor war wegen hochgradiger Verwachsungen inoperabel. Bei der Obduction fanden sich Metastasen bloß in der Leber, weil der Einbruch der Geschwulstkeime nur in das Gebiet der Pfortader stattgefunden hatte.

A. FOGES zeigte anatomische Präparate von diffuser Hypertrophie der Mammae einer 18jährigen Frau. Beide Mammae sind während der Gravidität zu colossaler Größe angewachsen. Da die Kranke körperlich verfiel, wurden beide Brustdrüsen unter ESMARCH'Scher Blutspargung exstirpirt; sie wogen zusammen 12 Kgrm.

J. HOCHENEGG: Ueber sacrale Eröffnung von typhlitischen Douglasabscessen.

Im Gefolge der Appendicitis können in verschiedenen Partien des Abdomens Abscesse entstehen, am häufigsten im rechten Darmbeinteller (in 50% der Fälle), ferner im Douglas (30%), in der Lumbalgegend (9%), in der linken Darmbeingrube (7%), im Subphrenium (4%). Der Douglasabsceß kommt bei Appendicitis dadurch zustande, daß entweder ein erkrankter langer Wurmfortsatz bis ins kleine Becken hinabreicht und dort durchbricht, oder der Eiter fließt bei perforativer Appendicitis nach dem Gesetze der Schwere ins Becken hinab. Bei Appendicitis simplex kann es auch zu Exsudation im Douglas und später zu Infection des Exsudates kommen. Der Douglasabsceß wird von der Blase, dem Rectum und den verklebten Därmen begrenzt; er wächst entweder nach vorne und wird dann von der Bauchwand aus nachweisbar, oder nach oben gegen die Radix mesenterii. Die reinen Symptome dieses Abscesses bestehen in Drückerscheinungen von Seiten der Blase und des Rectum (Harnverhaltung, Meteorismus, Erbrechen), während die Initialsymptome der Erkrankung (Perforationsschmerz, Perforationsschok, Drückschmerz, Fieber, Erbrechen, peritoneale Reizung) durch die Appendicitis hervorgerufen werden. Die sichere Diagnose des Douglasabscesses läßt sich nur durch rectale Untersuchung stellen. Auch die Abscesse der rechten Darmbeingrube können sich, an Größe allmähig zunehmend, bis in den Douglas ausdehnen; diese Abscesse sind unter Umständen von vorne oder von unten her zu eröffnen, die primären Douglasabscesse aber werden am besten immer von unten her eröffnet. Per rectum sollen nur große Abscesse angegangen werden; ist der Absceß klein, dann könnte wohl allzu leicht eine vorliegende adhärente Darmschlinge verletzt werden.

Vortr. hat bei 12 von ihm beobachteten Douglasabscessen siebenmal die parasacrale Methode mit gutem Erfolg angewendet; die anatomischen Verhältnisse lehren, daß der Douglas so an seinem tiefsten Punkte eröffnet wird, und daß infolgedessen die Abflußbedingungen des Eiters auch bei Rückenlage des Kranken günstig sind. Bei der Operation wird in linker Seitenlage das Steißbein enucleirt, dann dringt man an der Seite des Rectum zum Douglas vor. Die Nachbehandlung ist nicht schwer; man muß nur darauf achten, daß das Drainrohr ruhig liegen bleibt und die Rectumampulle niemals vollkommen mit Koth gefüllt ist.

K. Gussenbauer bemerkt, daß man von einem secundären Douglasabscesse nur dann sprechen könne, wenn der Absceß sich z. B. in der Darmbeinhöhle entwickelt habe und dann erst in den Douglas perforirt sei. Für die Eröffnung der Douglasabscesse von vorne her spreche der Umstand, daß sie sich manchmal hinter dem Colon ascendens nach oben erstrecken und deshalb von unten nicht angegangen werden können; man verzichte auch bei der sacralen Methode von vorneherein auf die Entfernung des Appendix oder eines eventuell vorhandenen Kothsteines. Die Heilungsdauer bei der sacralen Operation sei eine sehr lange.

J. Hochenegg erwidert, daß auch er den Appendix womöglich entferne, doch komme dies erst in zweiter Linie in Betracht und könne auch durch eine spätere Operation erfolgen. Auch nach der Operation von vorne her bleiben manchmal lango Zeit hindurch Fisteln bestehen; dies hänge einzig und allein mit der Ausdehnung und der sonstigen Beschaffenheit des eröffneten Eiterherdes zusammen.

Notizen.

Wien, 16. Februar 1901.

Max v. Pettenkofer †.
1818—1901.

Von München aus hat vor wenigen Tagen die erschütternde Nachricht die Welt durchheilt, daß der Begründer der modernen praktischen und wissenschaftlichen Hygiene, der 82jährige MAX VON PETTENKOFER, in „einem Anfälle geistiger Umnachtung“ Hand an sich gelegt hat und aus dem Leben geschieden ist.

Mit ihm ist einer der letzten aus der Schaar jener Großen dahin gegangen, welche die Medicin in ihre jetzigen Bahnen gelenkt und an der Stätte der Wirrsal unfruchtbarer Speculationen das mächtige Gebäude der Experimental-Wissenschaft errichtet haben. Die Lehren der Hygiene sind mit und durch PETTENKOFER über den engen Rahmen der Staatsarzneikunde weit hinausgewachsen, der sie ehemals leichterdinge umspannte. Die Hygiene ist zur Wissenschaft für sich geworden, seitdem Chemie, Physik, Botanik und Physiologie, selbst zu hoher Entwicklung gelangt, sich willig in ihren Dienst gegeben und die Kenntniß von den kleinsten Lebewesen uns jenen Kampf ums Dasein kennen gelehrt, der, von mikroskopischen Anfängen beginnend, die belebte Welt durchwühlt und erschüttert. Auf dem letztgenannten Gebiete war die Hygiene schließlich siegreicher als ihr Altmeister selbst; hier wurde die Kraft des Schöpfers durch die Macht der eigenen Schöpfung am Ende ganz gewaltig ins Wanken gebracht.

Zu Neuburg a. d. Donau am 3. December 1818 geboren, hat PETTENKOFER in München, Würzburg und Gießen Medicin und Chemie studirt; er promovirte 1843 in München und trat 1845 als Assistent beim Münzamt in München ein. Im Jahre 1844 erschien in den LIEBIG'schen Annalen die Publication über die Gallensäurereaction mit Schwefelsäure und Zucker, in den folgenden Jahren publicirte er seine Studien über den Cyangehalt des Speichels, über Hippursäure, Kreatin und Kreatinin. 1847 a. o. Professor für diätetische Chemie, begann er alsbald seine großen chemischen Kenntnisse in den Dienst hygienischer Fragen zu stellen. So entstand dann die große Reihe von Arbeiten, durch welche PETTENKOFER zum Schöpfer der experimentellen Hygiene geworden ist, und die als Richtschnur der sanitären Beurtheilung von Boden, Luft, Wasser, Wohnung, Kleidung, Beheizung u. s. w. eine wahrhaft grundlegende Bedeutung erlangt haben. In Gemeinschaft mit VOIT stellte er an seinem großen Respirationsapparate Athmungs- und Stoffwechselversuche an Menschen und Thieren an und schuf damit auch für dieses Wissensgebiet eine exacte Basis, welche seine Schüler wesentlich erweitert und verbreitet haben.

PETTENKOFER'S Forschungen über Cholera, über den Zusammenhang von Choleraepidemien und Grundwasserstand, seine Verdienste um die Cholera- und Typhusfrage sind noch in ebenso frischer Erinnerung wie der beinahe mißglückte Selbstversuch der Infection mit Choleravibrionen. Seit 1883 war PETTENKOFER Ordinarius für Chemie, seit 1865 für Hygiene, der erste seines Faches. Als solcher hat er die große Hygieniker-Schule der Gegenwart begründet. Seine Studien sind durch die bayerische Regierung und die ihm hochverpflichtete Stadt München reichlich gefördert, mannigfache Auszeichnungen und Ehrungen sind ihm zuteil geworden. 1875 wurde nach seinen Plänen das erste hygienische Institut zu München errichtet und ist seither eine wahre Pflegestätte hygienischer Forschung und hygienischen Denkens; 1873 wurde PETTENKOFER geadelt, 1889 Präsident der bayerischen Akademie der Wissenschaften. Sein 70. und sein 80. Geburtstag, sein 50jähriges Doctorat anno 1893 waren seinen unzähligen Verehrern und Schülern Anlaß zu Ehrungen und Auszeichnungen wie sie unter den Sterblichen nur Auserwählten zuteil werden.

PETTENKOFER'S großes Verdienst bleibt es für alle Zeiten, auf allen Gebieten der Hygiene und der öffentlichen Gesundheits-

pflege durch präcise Fragestellung und Bearbeitung auch eine präcise Formulirung der Versuchsergebnisse erreicht zu haben.

Er ist aus dem Leben geschieden wie ein Heros der Vorzeit. Das Leben, das ihm nichts mehr zu bieten hatte, er warf es von sich. So lange er aber gelebt, hat er geschaffen und gewirkt zum Nutzen und Frommen der Mitwelt und späterer Geschlechter, die seinen Namen stets nennen werden unter den wahren Freunden und Helfern der Menschheit.

(Wiener Aerktekammer.) In der am 12. d. M. abgehaltenen Vollversammlung verkündete der Vorsitzende, Präsident Dr. HEIM ein ehrenrätliches Erkenntniß, mit welchem der Zahnarzt Dr. ERWIN PLOWITZ, VI., Mariahilferstraße 101 und III., Hauptstraße 101 ordinierend, wegen Abhalten seiner zahnärztlichen Ordination an mehreren Orten in Wien und durch fortgesetzte Ausübung seiner zahnärztlichen Praxis im Herumwandern von Ort zu Ort eines standeswidrigen Verhaltens, ferner wegen einer von ihm in einer Tageszeitung veröffentlichten Ankündigung seiner zahnärztlichen Leistungen für „Gegengeschäfte jeder Art“ einer schweren Verletzung der Standesehre schuldig erkannt, und demselben eine Geldbuße von 400 Kronen auferlegt wird. — Ein Erlaß der n.-ö. Statthalterei theilt mit, daß der Vorsitzende des Landes-Sanitätsrathes über Ersuchen der Kammer ermächtigt wird, den Delegirten der Aerktekammer zu allen Sitzungen dieses Fachrathes beizuziehen. — Dr. STRANSKY referirt über das Ansuchen des Verbandes der Aerzte Wiens um Ratification seiner Vereinbarungen mit den in Oesterreich arbeitenden Privatversicherungsanstalten bezüglich des Verkehres der Aerzte mit den Anstalten und der Honorirung der auszustellenden Berichte. Nach dem Antrage des Referenten wird beschlossen, die getroffenen Vereinbarungen zur Kenntniß zu nehmen und dem Präsidium des Verbandes, insbesondere dem Schriftführer desselben Dr. FERD. STEINER für seine ersprißliche Thätigkeit den Dank auszusprechen; weiters wird beschlossen, an vier Versicherungsanstalten, welche die Vereinbarungen ablehnten, das Ersuchen zu richten, diese Angelegenheit nochmals in Berathung zu ziehen. — Ueber eine von der geschäftsführenden Kammer übermittelte Anregung werden nach den Anträgen des Vicepräsidenten Dr. SVETLIN folgende Beschlüsse bezüglich einer wirksameren Vertretung des ärztlichen Standes im Parlamente gefaßt: 1. Die einzelnen Aerktekammern sollen sich deputativ zu den ins Parlament neugewählten Aerzten begeben, ihnen die energische Vertretung des ärztlichen Standes dringend ans Herz legen und sich erbötig machen, ihnen durch Beischaffung eines gut gesichteten und durchgearbeiteten Materiales die nöthige Hilfe zum Studium und zur Vorlage ärztlicher Fragen zu geben. 2. Es wäre Aufgabe jedes einzelnen Arztes, mit den ihm bekannten Abgeordneten in Fühlung zu treten, Conferenzen mit ihnen und den Kammervertretern zu ermöglichen und sie so für das Vertreten ärztlicher Interessen zu gewinnen. 3. Die ins Parlament gewählten Aerzte wären zu ersuchen, bei Vorlage von ärztlichen und Standesfragen gemeinsame Schritte, eventuell mit Hinzuziehung externer Collegen, zu berathen und die gefaßten Beschlüsse solidarisch und energisch im Plenum zu vertreten.

(Die Ambulatorienfrage) war Gegenstand der Berathung der diesmonatlichen Vollversammlung der Wiener Aerktekammer, welche ein von Prof. FINGER erstattetes Referat einhellig angenommen hat. Dasselbe bezieht sich auf eine von der Statthalterei zur gutächtlichen Aeußerung übermittelte Eingabe des Verbandes der Aerzte Wiens um Verweigerung der Errichtung neuer, nicht im Zusammenhange mit einer öffentlichen Krankenanstalt stehender Ambulatorien, ferner auf das Ansuchen eines Vereines um Bewilligung der Errichtung eines Kinder-Ambulatoriums im II. Bezirke. In dem vom Comité vorgelegten Entwurfe der Aeußerung wird u. A. hervorgehoben, die Wiener Aerkteschaft perhorrescire die Neugründung von Ambulatorien im gegebenen Zeitpunkte deshalb, weil, wie alle maßgebenden Factoren constatiren, ein Bedarf nach solchen Ambulatorien heute nicht bestehe, jedes solche neubegründete Institut also, um den Schein, daß es einem Bedürfnisse entspreche,

zu erwecken, mangels Unbemittelter auch Bemittelte als „Materiale“ zur unentgeltlichen Ordination heranziehen und zulassen müsse. Die Eingabe des Verbandes der Aerzte Wiens sei in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Wiener Aerzteschaft, durch den Mißbrauch der Ambulatorien durch Bemittelte schwer geschädigt, die diesen Schaden vervielfältigende Concessionirung neuer Ambulatorien fürchtet, so lange nicht Garantien in dieser Richtung bestehen. Die Wiener Aerztekammer studiere derzeit die Frage der Hintanhaltung des Mißbrauches der Ambulatorien durch Bemittelte und werde binnen kurzem in der Lage sein, der Statthalterei concrete und realisirbare Vorschläge zu unterbreiten. Die Kammer müsse verlangen, daß neu zu gründende Ambulatorien nur unter der Bedingung des factischen Bedürfnisses und des verlässlichen Ausschlusses Bemittelter concessionirt werden, und bitte die Statthalterei, von der Ertheilung neuer Concessionen insoweit abzusehen, bis die Kammer die vorerwähnten Vorschläge vorgelegt haben werde.

(Auszeichnungen.) Prof. Dr. FRANZ MRACEK in Wien ist zum corresp. Mitgliede der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, der mit dem Titel eines Oberbezirksarztes bekleidete Dr. ERWIN WASCHICZEK in Brünn zum Oberbezirksarzte ernannt worden; der Sanitätsarzt Dr. ISIDOR SPUNER in Trapezunt hat den Osmanieorden 4. Cl., der Badearzt Dr. IGNAZ KRAUS in Karlsbad den rumänischen Orden „Stern von Rumänien“, der prakt. Arzt Dr. ALFRED CAMBON in Triest den Daniloorden 4. Cl., der Zahnarzt Dr. SIGMUND REINHOLD in Lemberg den Titel eines Leibzahnarztes des Schah von Persien, der Anatom GEGENBAUER in Heidelberg von der Amsterdamer Gesellschaft zur Beförderung der Natur- und Heilkunde die goldene Swammerdam-Medaille pro 1900 erhalten. Diese Medaille wird einmal in zehn Jahren verliehen; bisher erhielten dieselbe i. J. 1880 TH. v. SIEBOLD, i. J. 1890 E. HAECKEL.

(Eine geschlossene Klinik.) Aus Krakau wird uns geschrieben: Der Vorstand der gynäkologischen Klinik der Universität in Krakau, Professor JORDAN, hat sich durch das Auftreten von Sepsisfällen an der seiner Leitung anvertrauten Klinik gezwungen gesehen, bis auf weiteres seine Klinik zu schließen. Der ohne Frage eingeschleppten Krankheit waren innerhalb zwei Wochen 5 Frauen erlegen. Die Klinik, die in ganz unzulänglichen Räumen untergebracht ist, muß gründlich desinficirt werden, ehe an ihre Wiedereröffnung gedacht werden kann.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Die Frage der ärztlichen Fortbildungscourse, über die Sie jüngst ihren Lesern berichtet haben, ist nunmehr in ein neues Stadium getreten. Ein Centralcomité, dem Vertreter der Unterrichtsverwaltung, der Charitédirection, der Krankenhäuser, des Magistrats, der Aerztekammer und des bisherigen „Curscomité“ angehören, soll zunächst die bereits bewährten „Charitévorlesungen“ fortführen. Vorläufig sind, und zwar in der Frage der Arbeiterversicherung, 9 Vorträge in Aussicht genommen, in welchen einzelne Punkte jenes großen und so actualen Thema zur Erörterung gelangen sollen. Das Comité wird auch die Docenten abwechselnd zur Abhaltung klinischer Vorlesungen, die einmal wöchentlich stattfinden werden, auffordern.

(Der VII. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft) wird am 28., 29. und 30. Mai d. J. zu Breslau tagen. An den beiden ersten Vormittagen finden ausschließlich Demonstrationen statt. Hauptthematika des Congresses sind: I. Eine Discussion über die Beziehungen von Hautaffectionen zur Vertheilung der Nerven an der Hautoberfläche, insbesondere zu der durch eine Reihe neuerer Arbeiten in den Vordergrund gerückten spinalen Metamerie. II. Referate. 1. Ueber Roentgen-Therapie SCHAFF (Wien). 2. Ueber FINSSEN-Therapie (FINSSEN). 3. Ueber die Verwendbarkeit hochgespannter Ströme für die Therapie (Tesla, Arsonval etc.) FREUND (Wien).

(Der 30. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) findet vom 10.—13. April statt. Nachstehende Vorträge sind bisher angemeldet worden: KÜSTER (Marburg): Die Nierenchirurgie im XIX. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick. v. BRUNS (Tübingen): Ueber die Castration bei Hodentuberculose. TH. KOCHER (Bern): Bericht über das 2. Tausend Kropfexcisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nichtopera-

tiven Behandlung des Kropfes. SCHJERNING (Berlin): Die Schußverletzungen der modernen Feuerwaffen. v. MIKULICZ (Breslau) und BIER (Greifswald): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indicationen. HENLE (Breslau): Pneumonie nach Laparotomie. M. JORDAN (Heidelberg) und SCHUCHARDT (Stettin): Ueber die Indicationen der vaginalen und abdominalen Uterusexstirpation. W. PETERSEN (Heidelberg): Ueber den Aufbau der Carcinome. NILS SJÖBRING (Lund): Ueber Krebsparasiten. v. EISELSBERG (Wien): (Thema vorbehalten). REHN (Frankfurt a. M.): Ueber chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis. HEUSNER (Barmen): Behandlung der Contracturstellung nach Entzündung des Kniegelenkes (mit Krankenvorstellung). KAUSCH (Breslau): Ueber congenitalen Hochstand der Scapula. ZIEMSEN (Wiesbaden): Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. Februar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7443 Personen behandelt. Hievon wurden 1505 entlassen; 186 sind gestorben (10.99% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, egypt. Augentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 96, Scharlach 59, Masern 444, Keuchhusten 50, Rothlauf 28, Wochenbettfieber 4, Rötheln 4, Mumps 89, Influenza 42, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 789 Personen gestorben (— 20 gegen die Vorwoche).

Bier als Nahrungsmittel: Wenn auch im Allgemeinen dem Bier als Nahrungsmittel nicht jene Bedeutung zukommt, die man gewöhnlich demselben beizumessen pflegt, so ist es nichtsdestoweniger richtig, daß dessen Genuß bei geschwächten, anämischen, abgemagerten Individuen sehr häufig von entschiedenem Nutzen sich erweist. Allerdings handelt es sich hierbei nur um Biere, die gut ausgegohren, ein richtiges Verhältniß zwischen Alkohol und Extract aufweisen. Von reinen, gut ausgegohrenen und extracthaltigen Bieren macht man daher in der Krankenernährung nicht wenig Gebrauch, weil sie weniger aufregen wie Wein und Nährwerth besitzen. Auch die schlafmachende Wirkung schwerer Biere ist oft schätzbar, sowie auch die schleimlösende Wirkung malzhaltiger Biere hervorgehoben zu werden verdient. In dieser Beziehung zeichnet sich das Spatenbier besonders aus und man kann dasselbe in oben angedeutetem Sinne als „medizinisches Bier“ bezeichnen, das als dextrinreiches Getränk vor anderen ähnlichen Bieren den Vorzug verdient. Es ist einzig schmackhaft, nahrhaft und wird auch von Reconvalescenten und Patienten mit schwacher Verdauung gut und leicht vertragen, ja es wirkt sehr häufig günstig auf die Verdauungsorgane, regt die Absonderung des Darmsaftes und die Thätigkeit der Nerven an.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 18. Februar 1901, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurnstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Dr. WILH. KNÖPFELMÄCHER: Die Nahrungsmengen des Säuglings.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Seifert O., Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin. Bd. 1, H. 1. Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. Würzburg 1900, A. Stuber. — M. 70.—
- Neviny Josef, Allgemeine und specielle Arzneiverordnungslehre. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke. — K 21.—
- Weyl Th., Oeffentliche Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 6.—
- Breus C. und Kolisko A., Die pathologischen Beckenformen. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke. — K 16.—
- Gruber M., Die Prostitution vom Standpunkte der Socialhygiene. Wien 1900, Franz Deuticke. — K 1.—
- Bottazzi, Physiologische Chemie. 2. Lieferung. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke. — K 2.40.
- Kolisch R., Lehrbuch der diätetischen Therapie chronischer Krankheiten. 2. Specieller Theil. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke. — K 12.—
- Grimm F., Aerztliche Beobachtungen auf Yezo. Berlin 1900.
- Der Curort Baden. Herausgegeben von der Carcommission. Wien und Leipzig 1900, Franz Deuticke. — K 1.50.
- Pagel J., Biographisches Lexikon. III. bis IV. Abtheilung. Wien und Berlin 1900, Urban & Schwarzenberg. — III. u. IV. Abth. à K 5.76, V. Abth. K 7.68.

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr. A. Bum und M. Herz in Wien. Zur Diagnostik und Therapie der habituellen seitlichen Rückgratsverkrümmung. Von Dr. ANTON BUM. — Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER, Privatdocent für Chirurgie in Wien. — Aus dem städt. Krankenhause zu Triest. Zur Pathologie des Samenstranges. Echinococcus hydatidosus funiculi spermatici. Hydrocele funiculi sperm. multilocularis. Von Dr. STUPARICH, chirurgischem Assistenten an obgenanntem Krankenhause. — **Referate.** PEL (Amsterdam): Die Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis. — KREILSHAIMER (Stuttgart): Ueber die Nachbehandlung blutig operirter Vorsprünge am Septum. — G. RIEHL (Leipzig): Ueber Viscin und dessen therapeutische Verwendung. — HABERKANT (Roda): Ueber Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane. — THOLE (Frankfurt a. O.): Allgemeine Narkose und locale Analgesie. — MADZAR und BALASSA (Budapest): Vorläufige Mittheilung über die klinische Verwendbarkeit des „Nervocidins“ (DALMA). — KRECKE (München): Praktische Winke für das aseptische Operiren. — OGATA (Tokyo): Ueber die Pestepidemie in Kōbe. — FERMI und LUMBAO (Sassari): Befreiung einer Stadt von den Mücken. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Von Dr. EDUARD FRANK, Professor der k. k. Hebammenlehranstalt und Primararzt der mährischen Landesgebäranstalt in Olmütz. — Atlas und Grundriß der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik. Von Prof. Dr. O. HAAB in Zürich. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber die Bedeutung des Kauactes für die Magensaftsecretion. — Therapie der Variola haemorrhagica. — Sauerstoff in der Krankenpflege. — Zur Behandlung des Abdominaltyphus. — Salol gegen Diabetes. — Zur Behandlung des Erysipels. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen. Gehalten vom 16.—22. September 1900. Aus den Abtheilungen. (Orig.-Ber.) XV. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr.
A. Bum und M. Herz in Wien.

Zur Diagnostik und Therapie

der

habituellen seitlichen Rückgratsverkrümmung.

Von Dr. Anton Bum. *)

Meine heutigen Ausführungen sind dem Zwecke gewidmet, in großen Zügen die Aufgaben zu erörtern, die dem praktischen Arzte bei der Diagnose und Indicationsbestimmung für die Behandlung der Scoliose erwachsen, dem Hausarzte, dessen Wohlmeinung, dessen Rath bei Verdacht auf die Entwicklung dieser so überaus häufigen Deformität des Kindesalters zur Zeit der ersten Schuljahre seitens der mit Recht besorgten Eltern zuerst eingeholt wird, und die Grundsätze zu besprechen, die ihn hier leiten sollten.

Es gibt wenige Erkrankungen, bei welchen die frühzeitige Erkenntniß des Pathologischen seitens des Arztes von solch entscheidendem Einflusse auf die physische und sociale Zukunft des Kranken ist, wie die Scoliose, und kaum eine Deformität des menschlichen Körpers, deren Anfänge selbst dem gründlichsten, gewissenhaftesten Arzte so leicht entgehen, wie die Anfangsstadien der seitlichen Verkrümmung der Wirbelsäule.

An der letztgenannten, durch die tägliche Erfahrung erhärteten Thatsache trägt neben anderen, später zu erwähnen-

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegium“ am 19. November 1900.

den Umständen sicherlich die bisherige Art unserer Ausbildung die Schuld.

Wir haben gelernt, zu denken, feine tactile, optische und acustische Untersuchungen präzise auszuführen, wir haben aber nicht gelernt, zu sehen; unser Formensinn hat weder in der Schule, noch am Krankenbette genügende Ausbildung gefunden. Was nicht grob-angefällig ist, wird leicht übersehen, und ist es sozusagen mit den Händen zu greifen, dann kommt in unserem Falle die Erkenntniß zu spät.

Daß dem so ist, soll eine kurze kritische Beleuchtung der Therapie und Prognose der Scoliose beweisen. An diese objectiven Ausführungen will ich dann einige, wie ich glaube, neue Behelfe für die Diagnostik anschließen, von welchen ich hoffe, daß sie für den Praktiker von bleibendem Werthe sein werden. Nicht ohne Absicht kehre ich die gewohnte Ordnung der Dinge um, indem ich zuerst von der Behandlung und ihren Aussichten in den verschiedenen Stadien der Scoliose und dann erst von der Diagnostik derselben spreche.

Meine Absicht geht dahin, die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose der Scoliose aus der relativen Aussichtslosigkeit der Therapie quoad restitutionem completam in gewissen Stadien der progredienten Deformität abzuleiten.

* * *

Die Scoliose ist eine Belastungsdeformität, welche durch die aufrechte Haltung des Menschen bedingt ist. Wäre es möglich, den Dorso-Lumbal-Muskeln frühzeitig, zum mindesten bevor das Kind schreiben lernt, durch einen idealen Stützapparat ihre Aufgabe, den Truncus in symmetrisch-aufrechter Stellung zu halten, zu erleichtern, ohne sie durch den Druck des Apparates, die Immobilisirung der Musculatur, die Behinderung der respiratorischen Thoraxexcursionen zu schädigen, und das Zusammensinken des Rumpfes zu verhindern, so würde

es — die rachitische Verkrümmung kaum ausgeschlossen — wohl niemals zur seitlichen Ausbiegung der Wirbelsäule kommen. Ist doch diese Verbiegung nichts anderes als das erstarrte Modell der Ermüdungshaltung des Kindes, die wir — vielleicht mit Unrecht — als das erste Stadium der Scoliose bezeichnen, während wir sie wohl richtiger die Vorstufe dieser Deformität nennen sollten. Wir werden sehen, daß die rechtzeitige Erkennung dieses Stadiums der Scoliose, der professionellen Schreiberkrankheit LORENZ', der Schulkrankheit KOCHER'S, der Sitzkrankheit STAFFEL'S, als Prophylaxe der Scoliose überhaupt zu betrachten ist.

Ihnen allen, m. H., ist die Art und Weise des Zustandekommens der „Ermüdungshaltung“ wohlbekannt. Sie wissen, daß für dasselbe theils pädagogische, theils gesellschaftliche Mißstände verantwortlich sind: die mangelhafte Ausbildung der Gesamtmusculatur unserer Jugend, besonders der minder widerstandsfähigen und viel „gesitteteren“ Mädchen, zumal zur Zeit des Beginnes der zweiten Dentition, sowie während der Pubertätsperiode, um welche Zeit sich im Organismus ein gesteigerter Wachsthumtrieb geltend macht; die unzureichenden Subsellen unserer meisten Schulen; die Ueberbürdung des Schulkindes mit Schreiarbeit in Schule und Haus, mit Clavierunterricht auf lehnlosen Stühlen, mit dem die scoliotische Haltung geradezu herausfordernden Violinspiel, wozu die Disposition einzelner Volksstämme und Familien zu Muskelschwäche kommt.

Bald gelangt der deletäre *Circulus vitiosus* — scoliotische Haltung beim Schreiben durch viele Stunden des Tages, bis sie „habituell“ wird, nutritive Schrumpfung zuerst der Weichtheile auf der concaven Seite der Krümmung, Dehnung derselben auf der convexen Seite, hiedurch bedingte Skeletveränderung (ROSER-VOLKMANN), Unvermögen der bereits geschwächten Musculatur, die Wirkung der retrahirten Bandmassen zu bekämpfen (HOFFA), Zunahme der Krümmungen infolge weiteren Nachlassens der immer größeren Skeletwiderständen begegnenden Muskelthätigkeit — zur vollen Geltung. Hierbei lasse ich die rachitische und die meiner Erfahrung nach viel häufiger als gemeinlich angenommen wird, vorkommende statische Scoliose, und zwar die virtuelle, auf Verkürzung einer Unterextremität zurückzuführende, wie die artificielle, durch Beckensenkung infolge Belastung nur eines Beines beim Stehen und nur einer Gesäßhälfte beim Sitzen zustande kommende statische Scoliose hier außer Besprechung.

Es liegt mir ferne, Sie mit der Besprechung der allgemeinen Prophylaxe der Scoliose, einem Ihnen allen geläufigen und durch die überzeugenden Ausführungen der Hygieniker und Orthopäden erschöpfend behandelten Thema, zu behelligen.

Von der Säuglingsernährung bis zur Pflege eines vernünftigen Sports seitens der Schuljugend, vom Steckkissen bis zur Reformkleidung des jungen Mädchens erstrecken sich die so voll berechtigten und so wenig beachteten Forderungen der Prophylaktiker.

Wir Aerzte können auch dort, wo die so wichtige Institution der Schulärzte noch nicht Wurzel gefaßt hat, wie dies leider in Oesterreich der Fall ist, in Wort und Schrift aufklärend auf das Publicum wirken; gegen die eingefleischten Lebensgewohnheiten, gegen die übermäßigen Anforderungen der Schule, vor Allem aber gegen die Mode kämpfen wir stets vergebens an.

Wo sollen wir daher den Hebel ansetzen?

Ein kurzer Ueberblick der Leistungsfähigkeit der Scoliosentherapie und die objective, ungeschminkte Beurtheilung derselben in den einzelnen Stadien dieser Deformität wird uns hierüber belehren.

* * *

Das reiche Armamentarium, dessen sich die Therapie der Scoliose bedient, soll folgende Indicationen erfüllen:

1. Kräftigung der Musculatur, zumal der Dorso-Lumbal-Muskeln,

2. Mobilisirung der Wirbelsäule,

3. Entlastung und Erhaltung der Wirbelsäule in corrigirter, bezw. in übercorrigirter Lage.

Der erstgenannten Indication, Kräftigung der Gesamtmusculatur, insbesondere aber der Rückenmuskeln, werden wir durch methodische Gymnastik sowie durch kunstgerechte Massage des Rückens und des oberen Brustsegmentes gerecht, die wir gegebenen Falles durch Faradisation des Rückens, kalte Waschungen desselben mit nachfolgenden Frictionen unterstützen. Wo die Möglichkeit gegeben ist, ergänzen wir die mechanische Behandlung durch Anwendung von Widerstandsapparaten mit besonderer Berücksichtigung der Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der oberen Extremitäten, ohne deshalb die EULENBURG'sche Theorie von der primären Störung des Antagonismus der Rückenstrecker zu acceptiren.

Die zweitgenannte Indication, Mobilisirung der Wirbelsäule behufs Bekämpfung der nutritiven Schrumpfung der Weichtheile an der concaven Krümmungsseite und Ermöglichung einer Ausgleichung der Krümmungen nicht nur, sondern der Ueberführung derselben in ihr Gegentheil, können wir in nicht allzu vorgeschrittenen Fällen durch Manipulationen, die wir am passiven Kranken durch längere Zeit womöglich täglich ausführen, erfüllen. Wir nennen diese Manipulationen das passive Redressement der Wirbelsäule, dessen Ziel erreicht ist, wenn der Patient selbst imstande ist, durch eigene Muskelkraft die Verkrümmung in ihr Spiegelbild umzuwandeln, oder, wie wir sagen, das active Redressement vorzunehmen.

Hat jedoch die Rigidität der Wirbelsäule jenen Grad erreicht, der unseren trotz zielbewußter Energie immerhin limitirten Manipulationen auch auf die Dauer Widerstand leistet, ist es zu höhergradiger Schrumpfung des Bandapparates und als Consequenz derselben zu Torsion zahlreicher Glieder der Wirbelsäule gekommen, wie dies bei mehrjährigem Bestande der Deformität fast die Regel ist, documentirt sich die Stellungsveränderung der Wirbelkörper zu den Wirbelbögen durch Krümmungsungleichheit der Rippenwinkel, dann haben wir von den genannten Manipulationen nennenswerthe Resultate nicht mehr zu erwarten.

Während wir also im ersten Stadium der habituellen Scoliose, der scoliotischen Haltung mit mobiler Wirbelsäule, durch Gymnastik und Massage, falls dieselben methodisch zur Anwendung gelangen, Heilung zu erzielen vermögen und bei einiger Ausdauer, sowie Entfernung der größten ätiologischen Schädlichkeiten auch erzielen, gelingt es uns im zweiten Stadium, dem Stadium beginnender Torsion, bei Vorhandensein deutlicher primärer und secundärer Krümmungen, die durch Suspension noch ausgeglichen werden können, durch lange Zeit fortgesetztes, häufig vorgenommenes manuelles und maschinelles Redressement, die Mobilmachung der Wirbelsäule zu erzwingen, durch mechanisch-gymnastische Behandlung die Musculatur zu kräftigen und dadurch die Deformität einerseits zu verbessern, andererseits ihr Fortschreiten zu verhindern.

Dort aber, wo Krümmungen und Gegenkrümmungen vollständig entwickelt sind und auch in suspendirter Stellung keine Veränderung zeigen, wo die Niveaudifferenzen zu beiden Seiten der Krümmungsscheitel zu hohen Graden gediehen sind und die Wirbelsäule rigid geworden ist, d. i. im dritten Stadium der Scoliose, erweisen sich unsere Encheiresen völlig machtlos, selbst wenn dieselben bei in orthopädischen Anstalten internirten Kindern durch mehrere Stunden des Tages ausgeführt werden.

Wohl haben vor Kurzem DELORE, dann CALOT und gleichzeitig REDARD und NOBLE SMITH Verfahren behufs forcirten Redressements, in allerjüngster Zeit SCHANZ die forcirte Extension von Scoliosen höherer Grade empfohlen, die zum Theil befriedigende Resultate ergeben haben sollen.

Ich werde auf diese Vorschläge und ihre Durchführbarkeit in der Praxis später zu sprechen kommen.

Ich gelange nunmehr zur Besprechung der dritten Indication der Scoliotherapie, der Entlastung der Wirbelsäule und ihrer Erhaltung in corrigirter, resp. übercorrigirter Lage durch Stützapparate.

Bis vor relativ kurze Zeit waren für die überwiegende Zahl der Aerzte und Orthopäden die Begriffe Scoliosenbehandlung und Corset identisch. Man glaubte, auch nachdem die Marterinstrumente abgethan waren, welche durch Druck von Pelotten, Federkraft u. dgl. auf die Deviation einwirken sollten, jedes scoliotische Kind in ein Corset einschließen zu müssen, das in seiner derzeitigen Form sich vor dem Gypsmieder SAYRE'S, dem Holzcüras seines Schülers PHELPS und den Apparaten eines EULENBURG, SCHILDBACH, NYROP, LORINSEER etc. durch seine Eleganz und Leichtigkeit allerdings auszeichnet. Erst in neuerer Zeit machte sich bei einer Anzahl von Orthopäden eine recht kräftige Opposition gegen die wahllose Anwendung des Corsets geltend, von welchen Einzelne — sicherlich zu weit gehend — die Anwendung jeglichen Stützapparates bei allen Formen und Stadien der Scoliose perhorresciren. In allerjüngster Zeit hat diese Frage zu einer heftigen literarischen Fehde zwischen SCHULTHESS (Zürich) und VULPIUS (Heidelberg) geführt, zu welcher auch Andere das Wort ergriffen haben.

Was verlangen wir von einem Stützapparat bei der Scoliose?

Er soll 1. suspendirend wirken, das Zusammensinken des Truncus verhindern und das Gewicht des Kopfes und oberen Brustsegmentes direct auf das Becken übertragen, die Wirbelsäule entlastend; er soll

2. redressirend wirken, die bereits nach Möglichkeit mobilisirte Wirbelsäule in der gewünschten correcten Lage erhalten.

Es kann sicherlich nicht bestritten werden, daß das Corset die erstgenannte Aufgabe, suspendirend zu wirken, bei richtiger Technik seiner Construction zu erfüllen imstande ist.

Zumal die von HESSING und BEELY angegebenen „Bügelcorsets“, bei welchen stellbare Achselkrücken an je zwei seitliche Schienen befestigt sind, die, dem Körper genauest angepaßt, von gleichfalls sorgfältig dressirten Hüftbügeln getragen werden, erfüllen die genannte Indication und sind schon deshalb zu empfehlen, weil sie mangels jeglicher Starrheit eine minder ungünstige Wirkung auf die Rückenmuskulatur ausüben. Wir bedienen uns ihrer außerhalb der gymnastischen Stunden bei Scoliosen II. Grades von muskelschwachen, in sich zusammensinkenden Kindern für Schule und Haus, dann bei Scoliotischen, die aus äußeren Gründen zu einer methodischen Behandlung nicht herangezogen werden können, endlich bei Scoliosen III. Grades, die jeder Therapie unzugänglich sind, zu cosmetischen Zwecken und zur Bekämpfung der hier vorkommenden Neuralgien.

Leider aber gibt es eine große Gruppe von Scoliotischen, bei welcher wir jedes Stützapparates entriethen müssen, obgleich sie desselben dringend bedürfte. Das ist die Gruppe der sogenannten „flachrückigen“ Kinder, die nach der Beobachtung aller Orthopäden zu Scoliose und gerade zu den schwersten Formen derselben ganz besonders disponiren. Es sind die Fälle, bei welchen die physiologische Kyphose des Dorsalsegmentes und die physiologische Lordose des Lumbalabschnittes hochgradig vermindert, vollständig geschwunden, ja selbst in ihr Gegentheil verwandelt ist.

Dieser, mit Verminderung, resp. Aufhebung der normalen antero-posterioren Krümmung einhergehende Haltungstypus (flacher, resp. flachhobler Rücken STAFFEL'S) ist es, der meiner Meinung nach eine Contraindication für das suspendirende Corset bildet, denn die Suspension erfolgt vorzüglich durch weitere Verminderung der antero-posterioren Krümmung, der sagittalen Curve der Wirbelsäule.

Allein auch dort, wo der bezeichnete Haltungstypus nicht vollständig ausgebildet ist, wo jedoch eine Abflachung der physiologischen Lordose denselben andeutet, perhorrescire ich das Suspensionscorset, um die Progredienz der Scoliose nicht zu begünstigen.

Die Corsetbehandlung soll jedoch, wie erwähnt, noch eine zweite Indication erfüllen, die Aufgabe, die bereits mobil gemachte Wirbelsäule in correcter, bezw. in „aufgerollter“ Haltung, also in Detorsionsstellung, zu fixiren.

Das starre Corset, wie wir das die Erfüllung der eben genannten Indication anstrebende Corset im Gegensatz zum früher besprochenen suspendirenden Bügelcorset nennen, steht und fällt mit der Beantwortung der Frage: „Ist es möglich, das temporäre Redressement durch Apparate in ein permanentes zu verwandeln? (JAFFÉ).“

Ein Apparat, ein starrer Verband, ein elastischer Zug wirkt zunächst nicht durch Druck auf die Deformität selbst ein, sondern auf Hebel, welche dieselbe indirect beeinflussen. Wenn wir — um bei dem gut gewählten Vergleiche JAFFÉ'S zu bleiben — bei Genu valgum einen die Deformität corrigirenden Gypsverband anlegen, so gypsen wir eine beträchtliche Partie des Ober- und Unterschenkels, also der Hebelarme des Kniegelenkes, mit ein, um auf diese einzuwirken. Dies ist bei der Wirbelsäule nur dann möglich, wenn wir einerseits das Becken, andererseits den Kopf in den Bereich des Verbandes, des Apparates mit einbeziehen. In der That verlangen die Vertreter der forcirten Redressements, bezw. der forcirten Extension der Scoliose — Verfahren, welche die Unzulänglichkeit unserer bisherigen Therapie in vorgeschrittenen Stadien der Deformität charakterisiren — behufs Sicherung des durch ihre Methode erhaltenen Resultates Verbände, die den Rumpf mit dem Becken und den Hals bis an die Warzenfortsätze einschließen (SCHANZ), und gerade diese Forderung, zumal die monatelange Tortur solcher Verbände ist es, welche der praktischen Durchführung des forcirten Redressements im Wege steht. Unser landesübliches Corset aber stellt lediglich den Torso eines solchen Verbandes mit kurzem, unterem Hebelarme dar, dem der obere Angriffspunkt fehlt.

Wenn VULPIUS in seiner Polemik gegen das von SCHULTHESS ausgesprochene Anathema des starren Corsets (mit Unrecht verwirft SCHULTHESS auch das suspendirende Bügelcorset fast wahllos) auf die Druckwirkung des starren orthopädischen Mieders hinweist und die Druckspuren in Wort und Bild hervorhebt, die ein solches Corset auf der Haut des Patienten hinterläßt, so kann man einerseits wohl mit WEINBERGER darauf verweisen, daß solche Druckspuren nach dem Tragen jedes größeren Netzleibchens zu finden sind, andererseits mit JAFFÉ der Ueberzeugung Ausdruck geben, daß selbst ein so gewaltiger, constanter Druck, daß er Hautgangrän erzeugen müßte, nicht ausreichend wäre, um eine genügende Wirkung im Sinne des Redressements zu erzielen.

Meiner Erfahrung und Ueberzeugung nach vermag auch das technisch vollendetste starre Corset einen nachhaltigen günstigen Einfluß auf die Deformität, die uns heute beschäftigt, die habituelle Scoliose höherer Grade, nicht auszuüben; andererseits muß die ungünstige Wirkung des flächenhaft angreifenden Druckes und der relativen Immobilisirung auf den Tonus der Dorsolumbalmuskeln hervorgehoben werden.

In den Anfangsstadien der seitlichen Deviation der Columna vertebralis ist das Corset, falls dieselbe entsprechender Behandlung zugeführt werden kann, durchaus entbehrlich, cosmetisch nicht selten wünschenswerth, jedoch viel weniger in Form des starren, als in jener die Träger minder belästigenden, die Muskulatur minder ungünstig beeinflussenden, den cosmetischen Zweck durchaus erfüllenden Gestalt des suspendirenden Bügelcorsets.

Während wir daher, wie ich nochmals hervorheben möchte, nach den bisherigen Erfahrungen im ersten Stadium der Scoliose von methodischer, mechanisch-gymnastischer Be-

handlung Heilung, im zweiten Stadium von dieser consequent angewandten Therapie im Vereine mit mobilisirenden und redressirenden Encheiresen Besserung, bezw. Verhütung der Progredienz der Deformität zu erwarten voll berechtigt sind, haben wir kaum Anlaß, an die Anwendung der Stützapparate, und zwar sowohl der portativen, wie der Lagerungsapparate, für die Nachtzeit, quoad restitutionem completam besondere Erwartungen zu knüpfen. So führt denn das Resumé des Werthes unserer bisherigen Therapie, von welcher abzugehen der derzeitige Stand unseres Könnens trotz der angeblichen Erfolge gewaltsamer Methoden uns nicht gestattet, immer wieder auf die dringliche Forderung der Frühdiagnose, auf das Verlangen zurück, die Anfänge der Deformität rechtzeitig und unzweideutig zu erkennen.

Die Diagnose der voll ausgebildeten Scoliose vermag jede Schneiderin zu machen. Sache des Arztes, in erster Reihe des Hausarztes, ist es, die initialen Veränderungen zu erkennen, welche die erste Stufe der Scoliose, die Ermüdungshaltung, charakterisiren.

Schon im Eingange meiner heutigen Ausführungen habe ich das Moment hervorgehoben, welches so manchen gewissenhaften Arzt die Anfangsstadien der seitlichen Verkrümmung der Wirbelsäule übersehen läßt. Es ist vornehmlich der Mangel an Übung in der richtigen Deutung der dem Arzte sich darbietenden Frontalansicht der Rückseite des zu untersuchenden, stets bis zu den Nates zu entblößenden Kindes. Dazu kommen zahlreiche Fehlerquellen: Man achtet nicht genügend darauf, daß die Beine parallel stehen, die Fersen einander berühren, die Kniee durchgedrückt sind; man läßt die Kinder andererseits mit Unrecht eine stramme militärische Haltung der Wirbelsäule einnehmen und vergißt, daß die typische Ermüdungshaltung für einige Zeit unterdrückt werden kann. Man ist gewohnt, das Hauptgewicht auf das Vorhandensein erheblicher Abweichungen der Dornfortsatzreihe zu legen, und übersieht vollständig die Wichtigkeit der für jeden Geübten so augenfälligen Incongruenz der Taillendreiecke als Ausdruck der Seitenverschiebung. Ich komme recht oft in die Lage, dies Collegen an ihren eigenen Kindern demonstrieren zu müssen, die mir dieselben wegen schlechter Haltung zuführen, ohne, wie sie sagen, trotz wiederholter Untersuchung Veränderungen nachweisen zu können. Untersuchungen auf Niveaudifferenzen zu beiden Seiten der Dornfortsätze in vorgebeugter Haltung oder in horizontaler Bauchlage des Kindes als Ausdruck vorhandener Torsion der Wirbelkörper werden kaum jemals vorgenommen.

Eine richtigere Deutung der Frontalansicht des Rückens würde selbst der Ungeübte gewinnen, wenn er es versuchen wollte, das Gesehene durch Anfertigung einer Zeichnung zu fixiren. Dies setzt jedoch eine gewisse Fertigkeit in der Kunst des Zeichnens voraus, die nur Wenige besitzen.

Daß Zeichen- und Meßapparate für Scoliosen in allen Phasen ihrer Entwicklung als dringend nothwendig betrachtet werden, beweist die Zahl der bisher hiezu verwendeten Methoden und Apparate, die nach SCHULTHESS-HOFFA'S Zusammenstellung 32 beträgt und seither noch zugenommen hat. Dieselben gehören bis auf 3 oder 4 der Geschichte an; es bleiben nur einige wenige brauchbare, jedoch sehr kostspielige und große Übung in ihrer Handhabung erfordernde Apparate, so jene von HEINLETH, SCHULTHESS, ZANDER übrig, die wohl nur in großen orthopädischen Instituten und an Kliniken Anwendung finden können. Für die Zwecke der täglichen Praxis sind sie unverwendbar; hier kommt gegebenenfalls die Photographie, welche im Uebrigen mehrere selten vorhandene Bedingungen voraussetzt und nicht jederzeit, an jedem Orte, von Jedermann vorgenommen werden kann, noch einfacher aber die richtige Zeichnung der Frontalansicht der Rückseite des Untersuchten in Betracht.

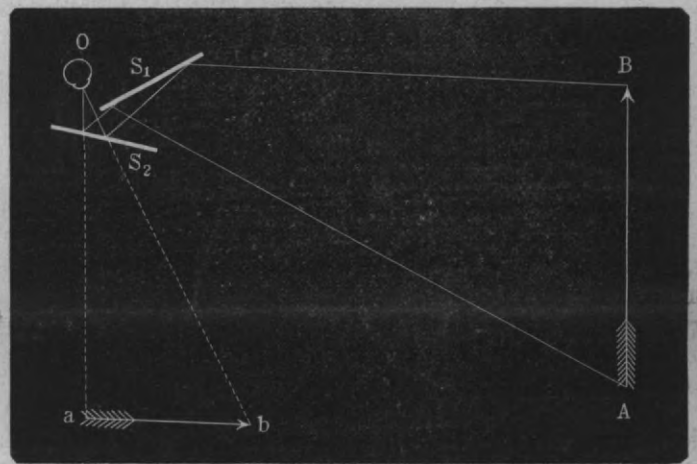
Denjenigen Aerzten, die keine außergewöhnlich guten Zeichner sind, empfehle ich ein Verfahren, welches bloß den Besitz eines compendiösen, sehr billigen Apparates, eines

Bleistiftes, eines Papierblattes und einer Tischplatte und weder Fertigkeit im Zeichnen, noch besondere Übung voraussetzt. Es wird, einer Anregung des Collegen Dr. HERZ zufolge, in unserem Institute seit längerer Zeit geübt und wurde vor Kurzem von Dr. GRÜNBAUM in einer vorläufigen Mittheilung geschildert.

Das Princip der Methode, die wir „Ikonometrie“ (von *εἶκων* Bild) nennen ¹⁾, besteht darin, daß man, conform dem „Camera lucida“ genannten Zeichenapparate, die Contouren eines virtuellen, auf eine Zeichenfläche projectirten aufrechten Bildes mit einem Bleistifte auf letzterer nachzieht und auf diese Weise ein genaues Bild des aufzunehmenden Objectes erhält. Dieses Princip liegt dem „Dikatopter“ von EPPER zugrunde, das um den Preis von circa 18 Kronen erhältlich ist. Es besteht aus einem Blechkästchen, in welchem zwei schief gegeneinander gestellte Planspiegel angebracht sind, von welchen der untere einen streifenförmig durchbrochenen Belag besitzt, so daß er zum Theil durchsichtig ist.

Der optische Vorgang ist leicht verständlich.

Der Spiegel S_1 reflectirt das Bild des aufzunehmenden Objectes A B auf den durchbrochenen Spiegel S_2 , von welchem



es in das Auge des Untersuchers geworfen wird, das sich an dem Schloche an der oberen Fläche des Kästchens befindet. Der Beobachter sieht das Bild des Objectes auf der Zeichenfläche, zu gleicher Zeit aber und mit demselben Auge durch die nicht spiegelnden Streifen des Spiegels S_2 hindurch die Spitze des von seiner Hand geführten Zeichenstiftes.

Es ist so Jedermann ohne sonderliche Übung leicht möglich, die Contouren des Objectes im Spiegelbilde auf das Genaueste und in sehr kurzer Zeit — kaum 1 Minute — nachzuzeichnen.

Die Größe des erhaltenen Bildes variirt je nach der Entfernung des Objectes von den Spiegeln, und läßt sich durch richtige Wahl der ein- für allemal berechneten Distanzen jede gewünschte Verkleinerung erzielen. Für die Praxis genügt die Aufnahme in $\frac{1}{4}$ der natürlichen Größe. Für exacte Messungen ist selbstredend die Aufnahme in natürlicher Größe nöthig, und können die gewünschten Maße mit dem Maßstabe gemessen oder — falls Millimeterpapier verwendet wird — direct abgelesen werden.

Behufs Verdeutlichung der Dornfortsätze sind dieselben mit dem Dermatographen oder mit chinesischer Tusche zu markiren, ebenso der obere und untere Scapularwinkel. In jüngster Zeit ist es uns überdies gelungen, auch Sagittalansichten der Wirbelsäule, also die antero-posteriore Krümmung, mittelst des Ikonometers zu fixiren.

Die Vortheile der Methode bestehen in ihrer allgemeinen Verwendbarkeit durch Jedermann, an jedem Orte und zu jeder Zeit, in der Raschheit ihrer Ausführung, in der absoluten Verlässlichkeit der überraschend plastischen Bilder, in dem

¹⁾ Ich folge der präzisen Darstellung der GRÜNBAUM'Schen Mittheilung (s. „Wiener Med. Presse“, 1900, Nr. 45).

Umstände, daß jede Berührung des zu Untersuchenden entfällt und eine Fixation fast immer überflüssig ist. Nur bei sehr unruhigen Kindern verwenden wir ein Stativ mit Kopfhalter nach Art der von den Photographen benutzten und einen kleinen Polster für das Sternum. An diesem Stativ kann ein Loth angebracht werden.

Auch andere Deformitäten, ferner Zeichnungen des Bewegungsumfanges ankylosirter Gelenke etc. können mittelst des Apparates fixirt werden (Demonstration).

Ich bin am Schlusse meiner heutigen Ausführungen. Wenn dieselben bei Ihnen, m. H., die Ueberzeugung neu gefestigt haben sollten, daß der Schwerpunkt der ärztlichen Intervention bei der habituellen Scoliose in die Frühdiagnose und Frühbehandlung zu verlegen ist, und wenn Sie in dem demonstrieren kleinen Apparate einen bescheidenen, aber sicherlich nicht zu verachtenden Behelf für die Diagnose durch den praktischen Arzt, den wichtigsten Bundesgenossen des Orthopäden, entgegennehmen wollen, so halte ich die Aufgabe für gelöst, die ich mir gestellt.

Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung.

Von **Primararzt Dr. Julius Schnitzler**, Privatdocent für Chirurgie in Wien.

(Schluß.)

Ueber die verschiedenen, ein chirurgisches Interesse bietenden Complicationen, wie Entstehung von Darmfisteln, Darmprolaps, Hernien etc., will ich an dieser Stelle nicht sprechen. — Vielmehr will ich mich nur noch der Erörterung einiger Formen von circumscripter intraabdominaler Eiterung zuwenden und da zunächst den einen Punkt streifen, was denn früher aus allen derartigen Eiterungen wurde, als man sie noch nicht, wie heute, operativ zu behandeln verstand. Zweifellos führte ein großer Theil von ihnen durch Perforation in die Bauchhöhle zur diffusen Peritonitis und damit meistens zum Tode. In anderen Fällen trat die Perforation nach der Körperoberfläche oder in den Darm ein und führte derart zur Heilung. Sehr oft aber kam es gewiß zu dem Vorgang, den man auch jetzt noch als „Resorption“ kleiner Eiterherde bezeichnet, der aber meiner Ueberzeugung nach nur eine Eindickung des Eiters darstellt, wodurch der Proceß nicht ausheilt, sondern nur in ein latentes Stadium überführt wird, aus dem er jederzeit durch ungünstige locale oder allgemeine Verhältnisse in ein manifestes Stadium überführt werden kann. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie beim Knochenabsceß, der ja bekanntlich auch mitunter Jahrzehnte lang latent bestehen bleiben kann. Auch manche Recidiven von Epityphlitis sind als Recrudescenzen derartiger Abscesse aufzufassen, wie ich mehr als einmal gelegentlich von Operationen nachzuweisen Gelegenheit hatte. Aus den nicht behandelten intraabdominalen Eiterherden werden aber auch mitunter chronische Krankheitsprocesse, die in ihrem weiteren Verlaufe manche klinische Ähnlichkeit mit dem klinischen Bilde der Tuberculose aufweisen. Ich verfüge über zwei derartige Fälle, die mir mit der Diagnose einer tuberculösen Peritonitis, resp. einer Darmtuberculose zugeschickt worden waren. In dem ersten dieser Fälle bestand eine enorme Flüssigkeitsansammlung im Abdomen, rechtsseitige Pleuritis, allabendliches Fieber; das betreffende Kind war sehr herabgekommen und bot thatsächlich ein typisch-phthisisches Aussehen. Es war also naheliegend, an tuberculöse Pleuritis und Peritonitis zu denken. Aber der Eiter des Peritoneal- und des Pleuralexsudates enthielt Streptokokken in Reincultur, die Anamnese ergab den 6 Monate zurückliegenden Beginn der Erkrankung mit einer typischen Blinddarment-

zündung und die Incision der beiden Eiteransammlungen führte zur raschen Heilung des Kindes.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Mann, der ebenfalls innerhalb monatelanger Krankheit auf das äußerste herabgekommen war. Er wies eine schmale Dämpfung im untersten Antheil der rechten Pleurahälfte auf, hatte abendliche Temperatursteigerungen, litt an Erscheinungen der Dünndarmstenose und in der Ileocöcalgegend war eine leichte Resistenz nachweisbar; daselbst endete die sichtbare Darmsteifung. Die Aerzte hatten Tuberculose des Darmes, Peritoneums und der Pleura diagnosticirt. Und doch ergab eine genaue Anamnese und Untersuchung des Falles, daß das ganze Krankheitsbild seinen Ursprung aus einer vor mehreren Monaten abgelaufenen Epityphlitis genommen hatte. Ein von damals zurückgebliebener kleiner Eiterherd in der Ileocöcalgegend war die Ursache der abendlichen Temperatursteigerungen wie auch der Stenosenerscheinungen. Die vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt. Wenige Tage später brach der Eiterherd in die Bauchhöhle durch und führte innerhalb eines Tages zum Tode des Patienten.

Sowie die diffuse Peritonitis sich mitunter durch auffallend geringe Prägnanz der Symptome auszeichnet, so auch der circumscripte intraabdominale Eiterherd. So lange er rapid wächst, verursacht er allerdings locale und allgemeine Erscheinungen, also Schmerz, Spannung, eventuell Hautödem, peritoneale Reizerscheinungen, Fieber etc., ist er aber in ein Ruhestadium getreten, so kann er symptomlos bleiben und dann, wie erwähnt, Monate und selbst Jahre lang unentdeckt seinen Träger gefährden. Schwer zu deutende, geringfügige und darum oft mißdeutete Symptome werden wohl da mitunter den Erfahrenen und durch unangenehme Erfahrungen Gewitzigten auf die richtige Spur führen, aber mitunter wird wohl jede Möglichkeit einer Erkennung ausgeschlossen sein, wenn z. B. nur Schmerzen da sind, während der Palpations- und Percussionsbefund wie die Temperaturmessung resultatlos verlaufen. Darum muß auch auf die geringfügigsten Symptome Werth gelegt werden. Dahin zählen wir z. B. Asymmetrie in der Dicke der aufgenommenen Hautfalte auf der gesunden und auf der suspecten Seite. Das geringe hiedurch erwiesene Oedem kann unter Umständen entscheidend für die Diagnose werden. Betreffs der Palpation vergesse man nicht, daß sie nicht nur von den Bauchdecken sondern auch vom Rectum aus durchgeführt werden muß worauf wir später nochmals zurückkommen müssen. Leider verbietet sich das werthvolle Hilfsmittel der Probenpunction gerade bei der Suche nach latenten intraabdominalen Eiterherden zumeist wegen der Gefährlichkeit dieses Mittels. Gar nicht selten deckt die Laparotomie als Ursache von Erscheinungen der Darmstenose — Koliken, Sistiren von Stuhl und Winden, Erbrechen — einen intraabdominalen Absceß auf, in diesem Falle zumeist einen im Douglas oder nicht viel weiter oben gelegenen. Es kann also eine umschriebene Eiterung im Bauchraume in analoger Weise wie die diffuse Peritonitis zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber einem Darmverschluß, resp. einer Darmverengerung Anlaß geben. Lassen sich in derartigen zweifelhaften Fällen Temperatursteigerungen constatiren, so sprechen sie natürlich für Absceß und gegen Darmstenose. Einen wichtigen Aufschluß in derartigen Fällen gibt, wie schon angedeutet, zumeist die Untersuchung per rectum, die überhaupt bei keiner abdominalen Erkrankung unterlassen werden darf.

Unter den circumscripten intraabdominalen Eiterungen sind schon der Häufigkeit wegen die durch eine Epityphlitis bedingten die vom praktischen Standpunkt aus wichtigsten und interessantesten. Mit einigen Erscheinungsformen dieser Abscesse wollen wir uns daher auch noch beschäftigen. Der typische Sitz des epityphlitischen Abscesses entspricht der Ileocöcalgegend. Jede Abweichung von diesem Sitze ist klinisch von Bedeutung, da sie prognostisch und

therapeutisch besondere Dignität erlangen kann. Die früher herrschende Ansicht, daß zumindest ein großer Theil der perityphlitischen Abscesse extraperitoneal gelegen sei, ist wohl heute dahin richtiggestellt, daß wir es zumeist mit intraperitoneal gelegenen, glücklicher Weise in einer großen Zahl von Fällen durch rasch entstehende Verklebungen gut gegen die freie Bauchhöhle abgegrenzten Abscessen zu thun haben. Erstrecken sich diese Abscesse besonders weit nach oben, wobei sie zumeist längs der hinteren Seite des Colon ascendens hinaufziehen, so nimmt die Wahrscheinlichkeit, daß ein subphrenischer Absceß als Complication hinzutritt, wesentlich zu. Unter meinen Epityphlitiden habe ich fünfmal die Complication mit subphrenischem Absceß beobachten können. Von diesen 5 Fällen habe ich 4 operirt, und zwar mit 3 Heilungen und 1 Todesfall, der 5. Fall kam in so elendem Zustande in die Behandlung, daß gar kein Eingriff mehr unternommen werden konnte. In allen diesen fünf Fällen saß der ursprüngliche epityphlitische Absceß ungewöhnlich hoch, so daß er sich größtentheils längs des Colon ascendens erstreckte. Frühzeitige Incision des epityphlitischen Abscesses wird dieser Complication eventuell vorbeugen. — Eine besondere Beachtung verdient aber auch die im Gefolge von Epityphlitis so häufig zu constatirende Eiteransammlung im Douglas'schen Raume, mit deren Bedeutung und Therapie sich in der letzten Zeit speciell ROTTER beschäftigt hat. Diese Douglasabscesse sind mitunter die einzige Eiteransammlung in dem betreffenden Falle, oder aber, und dies ist nach meinen Erfahrungen seltener der Fall, sie bestehen neben einem an typischer Stelle gelegenen epityphlitischen Absceß und sind dann meist jüngeren Datums als dieser. Das Zustandekommen solcher Douglasabscesse wird auf verschiedene Weise erklärt. In einer Reihe der Fälle erfolgt die Infection des Douglas'schen Raumes von dem abnorm tief in das kleine Becken hineinreichenden Appendix aus, der das infectiöse Material von seinem perforirten oder erkrankten Ende auf das benachbarte Peritoneum übertreten läßt. In anderen Fällen jedoch erfolgt die Infection von einem höher gelegenen epityphlitischen Absceß aus, indem Infectionserreger von diesem aus in den Douglas hinabgelangen und dort einen zweiten Absceß hervorrufen. Diese beiden Abscesse communiciren nur selten durch einen schmalen Gang miteinander, meist sind sie durch verklebte Därme von einander abgegrenzt. — Die Douglasabscesse verdienen zweifellos besondere Beachtung. Zunächst entgehen sie, wenn nicht ihr oberes Ende besonders hoch hinaufreicht, der Palpation von den Bauchdecken her, sie können nur durch rectale Exploration, deren Unerläßlichkeit schon hervorgehoben wurde, entdeckt werden. Sie präsentiren sich dann als elastische oder deutlich fluctuirende Prominenzen, welche die vordere Rectalwand (resp. die hintere Vaginalwand) mehrere Centimeter oberhalb des Sphincter vorwölben; die Schleimhaut des Rectums fühlt sich oft eigenthümlich succulent (ödematös) an und wird unmittelbar vor dem spontanen Durchbruch natürlich weniger verschieblich. Gerade diese Douglasabscesse führen oft zu dem Darmstenosen ähnlichen Krankheitsbild, wobei sich wohl entzündete Parese der anliegenden Därme, Knickungen durch Adhäsionen derselben und mechanische Behinderung des Rectallumens durch den Absceß zur Erzielung dieses Symptombildes vereinigen. Ich habe mehrere Fälle gesehen, die zu dieser Fehldiagnose Anlaß gaben. Daneben besteht oft, besonders wenn der Absceß den Douglas sehr weit herab ausgedehnt hat, Tenesmus, reichlicher Schleimabgang per anum. In einem Falle (bei einem 9jährigen Mädchen) bestand außerdem ein Klaffen des Anus mit Eversion der Schleimhaut, ein Symptom, das ich in den anderen analogen Fällen nicht finden konnte, und das in dem betreffenden Fall wenige Stunden nach Entleerung des Abscesses verschwunden war. Es dürfte wohl dem collateralen Oedem seine Entstehung verdankt haben. Bei

Männern ruft der Douglasabsceß naturgemäß auch häufig Blasenbeschwerden, Harndrang, Unmöglichkeit der activen Urinentleerung und ausstrahlende Schmerzen gegen das Genitale zu, hervor. All die angeführten Symptome müssen Verdacht auf einen Douglasabsceß erwecken und dieser Verdacht wird zumeist durch die rectale Untersuchung zur Sicherheit erhoben werden. — Nicht selten brechen diese Abscesse durch den Mastdarm, die Blase oder die Scheide durch und führen so zur Genesung. Da aber auch ein Durchbruch nach oben, d. h. in die freie Bauchhöhle möglich und oft genug beobachtet ist, so haben wir natürlich die Aufgabe, den constatirten Absceß baldmöglichst zu eröffnen. Eine ganze Reihe von Methoden ist in der jüngsten Zeit für die Eröffnung dieser tiefgelegenen epityphlitischen Abscesse empfohlen worden. Man kann als principielle verschieden drei Wege zu diesen Abscessen unterscheiden: 1. den abdominalen, 2. den perinealen, rectalen oder vaginalen und 3. den sacralen, resp. parasacralen.

Der abdominale Weg zur Entleerung von im Douglas sitzenden Abscessen ist meiner Ansicht nach in allen Fällen zu vermeiden, in welchen nicht die oberste Kuppe des Abscesses oberhalb des POUPART'schen Bandes der vorderen Bauchwand anliegend nachzuweisen ist. In diesem Falle ist die Absceßincision, da sie mit Vermeidung der freien Bauchhöhle erfolgt, nicht gefährlicher als eine Incision von unten (Perineum etc.) her, wenn auch die Verhältnisse für die Drainage ungünstiger liegen als bei letztgenanntem Verfahren. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn der obere Antheil des Abscesses nicht von der vorderen Bauchwand her fühlbar ist und man die Eiteransammlung nach Eröffnung der freien Bauchhöhle und Lösung der Verklebungen, welche die Darmschlingen zum Dache des Abscesses verbinden, incidirt oder vielmehr, wenn, wie dies thatsächlich in derartigen Fällen die Regel, nach dem Herausziehen einer durch Verklebungen im kleinen Becken fixirten Darmschlinge, der meist jauchige Eiter durch die Bauchhöhle strömt. Kein Zweifel, daß wir oft genug in der Lage sind, der derart provocirten Gefahr entgegenzuwirken, daß wir durch Auftupfen des Eiters, Abspülen, lockere Tamponade der Absceßhöhle und Offenlassen der Bauchwunde, trotz der ungünstigen Verhältnisse sehr häufig keine Peritonitis eintreten sehen. Aber darauf zu bauen, erscheint mir nicht erlaubt, und trotz mancher beruhigenden Mittheilungen in der Literatur ist doch jeder Chirurg um das Wohl eines in dieser Situation befindlichen Kranken 2—3 Tage lang in Sorge und leider sieht man das ein oder das andere mal an eine derartige Eröffnung eines abgekapselten Abscesses durch die freie Bauchhöhle hindurch eine rapid ad exitum verlaufende Peritonitis oder peritoneale Sepsis sich anschließen. Ich selbst habe dieses traurige Ereigniß zweimal im Anschluß an von mir ausgeführten Operationen dieser Art eintreten gesehen, während ich in einer Reihe anderer analoger Fälle Heilung ohne jeden beängstigenden Zwischenfall eintreten sah. — An dieser Stelle will ich gleich einige Bemerkungen über die Eröffnung abgegrenzter Eiterherde unter Eröffnung der Bauchhöhle, resp. durch die Bauchhöhle hindurch anschließen, weil ja derartige Eingriffe gerade bei den tief im Becken liegenden epityphlitischen Abscessen in Frage kommen, während die typisch gelegenen epityphlitischen Abscesse in der Regel ohne Eröffnung der freien Bauchhöhle incidirt werden können, resp. oft genug das zunächst behufs Orientirung eröffnete Peritoneum wieder geschlossen und der Absceß hierauf leicht bloßgelegt werden kann. Die Gefährlichkeit der Infection durch den darüber fließenden Eiter für das intacte Peritoneum wird sehr verschieden geschätzt und dies hängt wohl immer von den individuellen Erfahrungen des betreffenden Chirurgen ab. Doch scheint thatsächlich das intacte Peritoneum über eine relativ große Restistenz zu verfügen. Vielleicht ersetzen wir

aber die Bezeichnung „intact“ hier besser durch „wieder normal geworden“. Handelt es sich doch zumeist um Eingriffe, die wir ausführen, nachdem das früher gereizt, resp. entzündet gewesene Peritoneum wieder gesund, im klinischen Sinne des Wortes, geworden ist. Es erscheint da wohl nicht ausgeschlossen, daß durch die vorausgegangene Erkrankung eine hinreichende Immunisirung des Peritoneums eingetreten ist. — Ganz anders sind die Aussichten eines analogen Eingriffes während des Reizungsstadiums des Bauchfells. Schon früher erwähnte ich, daß erst in jüngster Zeit SONNENBURG sich gegen die Operation während des Zustandes der peritonealen Reizung aussprach, habe allerdings schon damals betont, daß die Differenzierung der peritonealen Reizung gegenüber der fortschreitenden Peritonitis kaum jedesmal möglich ist. Andere Autoren sehen wieder, wie erwähnt, in dem Bestehen von Reizerscheinungen keine Contraindication gegen die Vornahme der Operation. Sehr beruhigend lauten allerdings auch die Angaben dieser Autoren nicht. „Seitdem wir.... (das Secret) genügend ableiten, haben wir bei localisirten Processen auch schwerster Art nur noch in einer äußerst geringen Anzahl von Fällen durch Weiterverbreitung der Eiterung und dadurch bedingte Sepsis einen ungünstigen Ausgang zu verzeichnen gehabt“ sagt z. B. BODE (REHN). Eine „äußerst geringe Anzahl“ von durch die Operation aus localisirter zu allgemeiner Peritonitis umgestalteten Fällen ist aber leider auch kein zu vernachlässigender Factor bei der Indicationsstellung zur Operation. Hier kann natürlich jeder Chirurg in erster Linie nur seine eigene Erfahrung sprechen lassen, und ich muß betonen, daß, wenn die peritoneale Reizung zu hochgradigem Meteorismus durch Darmlähmung geführt hat, das Peritoneum die größte Empfänglichkeit für die Infection besitzt. Beide früher erwähnten, nach peritonealer Eröffnung eines tiefgelegenen, von unten aber nicht zugänglichen, resp. gar nicht palpablen, kleinen Abscesses an peritonealer Sepsis zugrunde gegangenen Fälle befanden sich zur Zeit der Operation in diesem ungünstigen Zustand, in dem einen derselben wurde hochgradiger Meteorismus geradezu die vitale Indication zum Eingriff. In beiden Fällen wurde nach Eröffnung des Abscesses dieser ausgiebig drainirt, die Bauchhöhle durch Tampons von der Absceßhöhle abgegrenzt und ebenfalls locker tamponirt. Trotz aller Vorsicht trat der ungünstige Ausgang ein. In analogen Fällen würde ich künftighin den Absceß keineswegs von oben her, sondern auf einem der anderen gleich zu besprechenden Wege zu eröffnen trachten, bei hochgradigem Meteorismus außerdem eine temporäre Darmfistel anlegen. —

Nach dieser Abschweifung kehren wir zur Technik der Eröffnung der epityphlitischen Beckenabscesse zurück.

Der rectale Weg zur Eröffnung derartiger Abscesse ist wohl schon seit längerer Zeit bekannt, im Zeitalter der Asepsis verloren jedoch die Chirurgen den Muth, einen so „unreinen“ Weg zu betreten und fürchteten eine Secundärinfection der Absceßhöhle. Diese Angst ist unbegründet und ich möchte ganz direct die rectale Eröffnung für alle die vordere Rectalwand deutlich vorwölbenden Abscesse als das Normalverfahren bezeichnen, auch wenn der obere Pol des Abscesses über dem POUPART'schen Band von vorne her palpabel ist. Unter Dehnung des Sphincter incidirt man nach vorgängiger Probepunction den Absceß durch die Rectalwand hindurch und erweitert die Incisionsöffnung stumpf mit der Kornzange. Die Jauche strömt heraus und die Erleichterung des Kranken nach dieser, eventuell unter Cocain-ästhesie des Sphincters auszuführenden Operation ist eine momentan sich einstellende. Ich kann nach meinen Erfahrungen an 5 Fällen die Angabe ROTTER's bestätigen, daß die Einführung von Drains in die eröffnete Absceßhöhle ganz überflüssig ist, da der Abfluß des Eiters stets ganz ungehindert vor sich geht. Nach der Operation gebe man 2 Tage Opium, dann Sorge man für leichte Stuhlentleerung.

Der vaginale Weg wäre dem rectalen nur dann vorzuziehen, wenn (bei hinreichend weiter Scheide) der Absceß von der Vagina, resp. dem Scheidengewölbe sehr leicht, vom Rectum aus aber nicht zugänglich wäre. Da man aber die Infection des Scheidenrohrs zu vermeiden Grund hat, so wird man in derartigen Fällen, sowie bei Männern, wenn der Absceß per Rectum zwar palpabel ist, dessen Wand aber nicht deutlich vorwölbt, oft den perinealen Weg einschlagen, der insoferne einwandfrei erscheint, als er die Absceßhöhle mit keinem Hohlorgane des Körpers in Communication bringt.

Allerdings ist die perineale Incision technisch viel schwieriger als die rectale, resp. vaginale. Sie beruht auf der Benützung des NELATON'schen Prärectalschnittes, dem später durch v. DITTEL und ZUCKERKANDL ein weiteres Indicationsgebiet (Mastdarmablösung behufs Bloßlegung der Prostata etc.) gegeben wurde. Für die Eröffnung der epityphlitischen Beckenabscesse hat meines Wissens zuerst v. EISELSBERG (STIEDA) den perinealen Weg eingeschlagen. Obwohl in derartigen Fällen die DOUGLAS'sche Falte relativ tief herabgedrängt ist, so hat man doch eine ziemlich weite Strecke durch einen engen, von Rectum und Urethra, resp. Blase begrenzten Weg zurückzulegen, wobei man sich natürlich vor Verletzung dieser Organe sorgsam zu hüten hat. Bei guter Beleuchtung und indem man hintere und vordere Wundfläche durch gerade, lange Vaginalspecula auseinanderhalten läßt, kann man die vorgedrängte Umschlagfalte des Peritoneums zur Ansicht bringen und nun eine Probepunction ausführen, an die sich sofort die Incision und die in diesem Falle unerläßliche Drainage anzuschließen hat. Ich habe drei epityphlitische Abscesse in dieser Weise vom Perineum her eröffnet; einer dieser Fälle, bei dem gleichzeitige diffuse septische Peritonitis bestand, starb, während die beiden anderen geheilt wurden. (Bezüglich der Ausführung der rectalen, resp. vaginalen und perinealen Incision in diesen Fällen möchte ich nur noch bemerken, daß man bei der Lagerung der zu Operirenden vorsichtig sein möge, da durch die mit der Lagerung verbundenen Manipulationen unter Umständen die durch locker verklebte Därme gebildete obere Absceßwand gesprengt und so eine Infection der Bauchhöhle mit Absceßinhalt provocirt werden könnte.)

Endlich steht noch der sacrale, resp. parasacrale Weg, den zu diesem Behufe zuerst KOCH in Nürnberg eingeschlagen hat, zur Eröffnung derartiger Fälle zur Verfügung. Dabei genügt es wohl stets nach Enucleation des Steißbeines die Sacralligamente einzuschneiden, um genügend Zugänglichkeit zu erhalten. Eine Kreuzbeinresection wird nie nothwendig sein. Die Indication zur Wahl dieses Weges werden jene seltenen Fälle geben, in welchen ein Beckenabsceß sicher constatirbar, aber rectal, vaginal oder perineal nicht erreichbar ist. Bedenklich ist hierbei nur die Eröffnung zahlreicher lockerer Zellgewebsräume, in denen durch den darüberfließenden Eiter eine Phlegmone angeregt werden kann. Lockere Tamponade und besonders sorgsame Nachbehandlung werden dieser Gefahr zu begegnen wissen. Jedenfalls erscheint das perineale Verfahren in allen Fällen, in denen es ausführbar ist, dem sacralen für diese Fälle durch Ungefährlichkeit und günstigere Verhältnisse für die Ableitung der Secrete überlegen.

Zum Schlusse dieses, nur einen kleinen Theil der abdominalen Eiterungsprocesse behandelnden Vortrages noch einige Worte über die Multiplicität derartiger Abscesse und ihre häufigsten Combinationen. Zunächst wiederhole ich die schon von anderen Autoren festgestellte Thatsache, daß an hochgelegene epityphlitische Eiterungen subphrenische Abscesse sich besonders oft anschließen, und will die diagnostische Bemerkung anschließen, daß jede an eine Epityphlitis sich anschließende Pleuritis den Verdacht auf eine Complication mit subphrenischem Absceß hervorrufen muß. Vorerst muß da genaue Temperaturbestimmung durchgeführt werden,

und der bekannte Typus des „Eiterfiebers“ wird den Verdacht bestärken; dann spare man nicht mit Probepunctionen behufs Feststellung des subphrenischen Abscesses. Entleert die Probepunctionsspritze im Bereiche der pleuralen Dämpfung Blut, dann hat man zumeist in diesen Fällen die durch Compression atelektatische Lunge getroffen und muß weiter unten, eventuell innerhalb einer tympanitischen Zone nochmals punctiren, um den jauchigen, gashaltigen Eiterherd zu finden. Hat die erste Punction Serum herausbefördert, so punctire man nochmals weiter unten, da ja häufig oberhalb eines subphrenischen Abscesses seröse Pleuritis besteht. — Nicht selten liegen zwei epityphlitische Abscesse, nur durch einige Darmschlingen voneinander getrennt, längs des Colon ascendens und Coecum.

Eine andere, auch schon erwähnte Combination ist die von an typischer Stelle gelegenen epityphlitischen Abscessen mit Douglasabscessen. Hier wird die rectale Exploration und vor Allem die nach der Incision eines Abscesses stets fortzusetzende regelmäßige Messung des Operirten auf den richtigen Weg führen. Ist ein intraabdominaler Eiterherd eröffnet, so hat überhaupt die Nachbehandlung vor Allem mit der Intention zu geschehen, daß kein zweiter Absceß übersehen werde, ein so häufig sich ereignender Fehler, der die schwersten Folgen nach sich ziehen kann. Kann man doch während der Operation, nachdem man einen Eiterherd eröffnet hat, nicht unter Gefährdung des vielleicht sonst noch gesunden Peritoneums auf die Suche nach einem zweiten Absceß gehen, es sei denn, daß die im Widerspruch zu dem erhobenen Palpationsbefund stehende Geringfügigkeit des bloßgelegten Eiterherdes keinen Zweifel daran bestehen läßt, daß noch ein weiterer Eiterherd vorhanden sein muß. In vielen Fällen wird man sich aber zunächst mit der Eröffnung des zunächst gefundenen Eiterherdes zufrieden geben müssen und erst durch den weiteren Krankheitsverlauf darüber Sicherheit erlangen, ob thatsächlich kein weiterer Krankheitsherd vorliegt.

Darum erfordert auch der von einem intraabdominalen Eiterherd operativ befreite Patient noch die sorgsamste Aufmerksamkeit des Chirurgen und darum wiederhole ich zum Schlusse die eingangs meines Vortrages ausgesprochene Ueberzeugung, daß die Behandlung der Eiterungsprocesse eine der vornehmsten, mühevollsten und vielleicht die schwierigste Aufgabe des Chirurgen bildet.

Aus dem städt. Krankenhause zu Triest.

Zur Pathologie des Samenstranges.

Echinococcus hydatidosus funiculi spermatici. — Hydrokele funiculi sperm. multilocularis.

Von **Dr. Stuparich**, chirurgischem Assistenten an obgenanntem Krankenhause.

Die im Monate October 1900 in der X. chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitales zu Triest beobachtete Localisation des Echinococcus dürfte zu den großen Seltenheiten gehören: der sowohl gegen die Peritonealhöhle sowie gegen die Tunica vaginalis propria streng abgesperrte — sc. nicht obliterirte — Processus vaginalis funiculi — der gewohnte Sitz der Hydrokele funicularis — war diesmal die Herberge des Echinococcus.

Der Kranke, ein 27jähriges, minder kräftiges, doch gesundes Individuum, Schneider, wußte über seine Erkrankung nur karge Auskunft zu geben: daß er seit 3 Monaten einen nicht näher zu beschreibenden, dumpfen Schmerz im rechten Hypochondrium verspürte, daß er seine nicht schmerzhaft längliche Leistenschwellung erst seit 4 (!) Wochen bemerkte, und daß er — auf die post operationem gestellte diesbezügliche Frage — jedweden Umgang mit Hunden entschieden verneinte. Unsere allerdings unsichere Diagnose lautete

auf eine eventuell angewachsene Omentahernie, woraufhin zur BASSINI'schen Radicaloperation geschritten wurde. Bei der Operation erwiesen sich Hode und Nebenhode, soweit man sich dessen vergewissern konnte, gesund, und ebenso frei von Infection die Peritonealhöhle, die beim Versuche, den Sack vollständig zu isoliren, an einer Stelle — am Diverticulum Nuckii — eine Oeffnung erhielt, durch die man eben den Zustand des Peritoneums besichtigen konnte. Nach der üblichen Lostösung des fraglichen Bruchsackes wurde dieser eröffnet, worauf sich eine reichliche Menge einer trüb weißlichen Detritusmasse und eine Unzahl kleinerer und größerer, im verschiedenen Grade heller Echinococcusblasen entleerten. Die Heilung verlief per secundam, weil, wie erwähnt, das obere, hoch hinaufreichende Sackende wegen der eingetretenen Gefährdung des Peritonealcavums nicht vollständig extirpirt werden konnte, sondern an die Haut fixirt und drainirt wurde.

Nebstbei erwähne ich einen im Januar l. J. operirten Fall von Hydrokele multilocularis funiculi bei einem 59jähr. Bauer. Es handelte sich um zwei weit von einander entfernte rundliche, gespannte, taubeneigroße Cysten am Funiculus; die eine saß intrainguinal, die andere extrainguinal, knapp oberhalb des Hodens. Beide ließen sich ohne besondere Mühe vom Samenstrange losschälen und besaßen wasserhellen Inhalt.

Referate.

PEL (Amsterdam): Die Aetiologie und Therapie der **Tabes dorsalis.**

Die causale Noxe der Tabes ist ein im Körper kreisendes Gift, das in $\frac{2}{3}$ aller Tabesfälle von einer syphilitischen Infection herzurühren scheint. Daneben gibt es („Berl. klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 29) auch disponirende Factoren. Dieselben sind: Die individuelle Empfindlichkeit. (Bei vorhandener Empfindlichkeit können schon minimalste Dosen eine giftige Wirkung ausüben); die elective Wirkung, der zufolge die Gifte eine Affinität zu gewissen Theilen des Nervensystems zeigen. So acquiriren die eingeborenen Russen fünfmal so häufig Syphilis und Tabes als die Juden, während andererseits auf 100 syphilitische Juden ebenso viele Fälle von Tabes kämen als auf 100 syphilitische Russen, obwohl die Juden zu nervösen Erkrankungen so sehr disponirt sind. Therapeutisch kann die Mercurialbehandlung großen Schaden bringen. Indicirt ist sie, wenn neben Tabes noch Syphilissymptome vorhanden sind, die Tabes sehr schnell nach einer gar nicht oder nur schlecht behandelten Lues ausgebrochen ist, Pseudotabes vorliegt. — Mit dem weniger eingreifenden Jodkalium ist ein Versuch gestattet. Auf Ergotin, Strychnin, Argentum u. s. w. folgen bisweilen Besserungen. Gegen die Schmerzen gebraucht man Antineuralgica, Nervina, äußerlich Ichthyol, besonders als Ichthyolmoor. Die kürzlich wieder von GILLES DE LA TOURETTE empfohlene MOTSCHUTKOWSKI'sche Dehnung des Rückenmarks zeitigt vorübergehende Erfolge. Gegen die gastrischen Krisen kann man eine Zeit lang hygienisch-diätetisch vorgehen, in schweren Fällen ist Morphium nicht zu entbehren. Neben dem Arsen, neben Bädern, Elektrizität und Massage ist die FRENKEL-LEYDEN'sche compensatorische Uebungstherapie zu erwähnen, die, zweckmäßig angewendet, symptomatische und so auch nicht zu verachtende psychische Erfolge zu verzeichnen hat. Stets soll der Arzt bei den vielen vorhandenen Behandlungsweisen daran denken, den durch das lange Leiden verzweifelten Kranken nicht nutzlos durch die Therapie zu belästigen, keine Maßregel zu übertreiben, über der Tabes nicht den Menschen zu vergessen. B.

KREILSHEIMER (Stuttgart): Ueber die Nachbehandlung blutiger operirter Vorsprünge am Septum.

Die chirurgische Entfernung einer Crista oder Spina septi gehört zu den dankbarsten Operationen der Rhinologie. K. beschreibt folgende besonders zweckmäßige Art der Nachbehandlung: („Arch. f. Laryng.“, 2. H., B. 11, 1900.)

Hat man mittelst der Säge oder Trephine eine Crista oder Spina septi entfernt, so athmet, im wahrsten Sinne des Wortes gesprochen, der Patient erleichtert auf; die momentane Wirkung der Operation ist eclatant. Bald aber wird die Freude gedämpft, denn die Furcht vor einer starken Nachblutung veranlaßt den Operateur zu einer recht energischen Tamponade der operirten Seite. So hat der Patient noch einige Tage recht unangenehm zu leiden; auch ist die Möglichkeit vorhanden, daß sich der Tampon löst und es zu einer schweren Nachblutung kommt. Alle diese Nachtheile lassen sich leicht dadurch vermeiden, daß man nach der Operation die Wundränder mit dem rothglühenden Galvanokauter verödet und die Wunde selbst glättet. Die gebrannte Stelle wird dann noch eine Zeit lang mit Xeroform eingepudert, wodurch die Wundheilung entschieden günstig beeinflußt wird. Auf diese Weise hat Verf. eine ganze Reihe Cristen und Spinen operirt, und dies zum Theil bei schwer arbeitenden Patienten, ohne jemals eine Nachblutung oder andere unangenehme Complication erlebt zu haben.

Durch die beschriebene Art der Wundversorgung hat die Operation entschieden an Exactheit und Sauberkeit gewonnen.

Lr.

G. RIEHL (Leipzig): Ueber Viscin und dessen therapeutische Verwendung.

Viscin ist ein bisher technisch fast unbenützter, kautschukähnlicher Stoff, welcher von *Viscum album*, der Leimistel, stammt, in deren Früchten (Samen) er im reinen Zustande vorhanden ist, während er in der Rinde sehr reich vertreten ist. RIEHL beschloß, diesen Stoff für die Medicin, speciell für die Dermatotherapie nutzbar zu machen und hat ihn daher der nothwendigen Prüfung unterzogen. Als Ausgangspunkt für die aus dem Viscin dargestellten Präparate benützte er eine Benzinviscinlösung, beide Stoffe reizen die menschliche Haut absolut nicht. Diese Lösungen können in verschiedenen Concentrationen hergestellt werden, und durch Eintragen verschiedener medicamentöser Stoffe in diese Grundsubstanz stellte R. zunächst eine Reihe von Collemplasten aus dem Viscin dar, so mit Salicyl, Hg, Zinkoxyd, Chrysarobin u. a. Sie erwiesen sich als außerordentlich verwendbar und behalten ihre Klebekraft sehr lange, ja oberflächlich trocken geworden, können sie durch Bestreichen mit Benzin leicht wieder klebend gemacht werden.

Weniger bewährt hat sich eine Traumaticinform des Viscin, d. h. eine Lösung von ungefähr Leinölconsistenz, in welche Medicamente, Pyrogallol, Chrysarobin eingetragen wurden. Dagegen hat eine Viscinpaste, d. i. eine Schüttelmixtur von wasserdünnere Viscinlösung und Zinkoxyd, sich sehr verwendbar gezeigt; diese Schüttelmixtur wird erst nach dem Aufstreichen auf die Haut durch Verdunstung des Benzins gewissermaßen zur Paste.

Auf alle Fälle würde die enorme Billigkeit dieser Präparate die Anwendung vollständig rechtfertigen. Also keineswegs besonders hervorzuhebende Nachtheile wird die vom Chlorophyll stammende Grünfärbung des Präparates, sowie ein leicht zu beseitigender, unangenehmer süßlicher Geruch genannt. Die Art der Gewinnung des Viscin, sowie die Herstellung der genannten Präparate ist gleichfalls in dem Artikel („Deutsche Medicin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 41) ersichtlich gemacht, und zwar, wie vom Autor betont wird, um eventuellen Mißbrauch in Bezug auf Patente zu verhindern.

DEUTSCH.

HABERKANT (Roda): Ueber Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane.

Die Aufzeichnungen des Verf. erstrecken sich auf 35 Fälle der verschiedensten Psychosen mit 440 Einzeldosen zwischen 0.5 bis 6 Grm. Er fing in der Regel gleich mit Gaben von 2 Grm. an, da schwächere Dosen fast stets wirkungslos waren. Ließ sich damit eine befriedigende Wirkung nicht erzielen, so stieg H. allmählig um 0.5—1.0 Grm. Längere Zeit bei derselben anfänglich ausreichend wirkenden Dosis stehen zu bleiben, erwies sich leider oft nicht möglich. Die Wirkung des Mittels erschöpfte sich bald.

Es mußte in der Dosirung gestiegen werden. Ueber 6 Grm. ist H. indessen nicht hinausgegangen, nicht etwa wegen unangenehmer Nebenwirkungen, sondern weil die Einnahme solcher Pulvermengen Schwierigkeiten bereitete. Auch längere Zeit fortgesetzte Gaben von 4—6 Grm. riefen, abgesehen von der später zu erwähnenden Polyurie, keine bedenklichen Erscheinungen hervor. („Zeitschr. f. Psychiatrie“, 1900, Bd. 57, H. 7.)

Besondere Indicationen für die einzelnen psychischen Krankheitsformen lassen sich nicht aufstellen. H. fand das Mittel sowohl bei Hypochondrie und Neurasthenie, hier schon in Dosen von 1—2 Grm., bei Melancholia agitata und anderen Depressionszuständen ebenso wirksam wie in Fällen heftigster, tobstüchtiger Erregung bei Manie, hallucinatorischer Verwirrtheit, in den Erregungszuständen der Paralyse, Epilepsie und des chronischen Alkoholismus. Die schlafmachende Wirkung des Hedonals trat in den meisten Fällen bald nach der Einnahme auf, oft schon nach weniger als 10 Minuten, meist nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde. Die Dauer des Schlafs bei 3—5 Grm. Hedonal betrug 7—8 Stunden. Bei längerer Darreichung wurde die Schlafzeit bald kürzer.

Als Nachtheil des Präparates ist zunächst der oft nicht verträgliche Geschmack zu nennen, so daß die Einnahme derselben bei Geisteskranken bisweilen auf Schwierigkeiten stößt. Ein weiterer Nachtheil für die Irrenpraxis ist die Schwerlöslichkeit des Mittels.

Die Darreichung im Klysma hat H. einigemal ohne besondere Vortheile versucht.

In mehreren Fällen konnte bei längerem Gebrauch von 4—5 Grm. eine Vermehrung der Harnsecretion bis auf das doppelte und darüber mit gleichzeitiger entsprechender Abnahme des specifischen Gewichtes (einmal bis auf 1006 Grm.) constatirt werden. Eine üble Bedeutung kommt dieser diuretischen Wirkung des Hedonals anscheinend nicht zu. Die Polyurie verschwindet rasch mit dem Aussetzen des Mittels. Nie fand sich im Urin Albumen oder Saccharum vor.

Die Ergebnisse seiner therapeutischen Versuche mit dem Hedonal faßt H. in folgender Weise zusammen:

„Das Hedonal hat auch bei Geisteskranken gute und ausreichende schlafmachende Wirkung. Diese Wirkung ist bei richtiger Dosirung (2—4 Grm.) prompt und sicher auch in Fällen stärkerer Erregung. Das Hedonal ist in Dosen über 2 Grm. in stande, das Chlorhydrat und Sulfonal zu ersetzen.“ B.

THÖLE (Frankfurt a. O.): Allgemeine Narkose und locale Analgesie.

TH. bespricht die Vortheile einer von ihm angegebenen Aethermaske („Deutsche milit. Ztschrft.“, 1901, Nr. 1), discutirt die Gefahren der Chloroformnarkose, die Vortheile der Aethernarkose und der gemischten Narkosen und gelangt schließlich zu folgenden Schlußfolgerungen:

Das ausschließliche, auch in Lazarethen übliche, schematische Chloroformiren muß aufhören. Chloroform und Aether sind nebeneinander zu verwenden, je nach der individuellen und zeitlichen Indication. Die Aethernarkose aber ist, wenn keine Contraindicationen vorliegen, als Normalverfahren vorzuziehen, sie eignet sich besonders auch für den praktischen Arzt.

Sie ist weniger gefährlich. Die Differenz zwischen der narkotisirenden und tödtlichen Dosis ist viel größer als beim Chloroform. Die Zahl der Todesfälle ist viel geringer. Die eventuell, aber selten, eintretenden üblen Zufälle sind erfolgreicher zu bekämpfen, Die Gesundheit und das Wohl des Patienten ist wichtiger als die Vorliebe des Operateurs für das ihm gewohntere und bequemere Chloroform.

Die Narkose kann, weil sie ungefährlicher ist und weil wesentlich nur auf Gleichmäßigkeit der Athmung geachtet zu werden braucht, auch Ungeübten und Nichtärzten überlassen werden.

Nach der Narkose erwachen die Patienten schneller und fühlen sich wohler, das Toleranzstadium tritt ebenso schnell ein wie bei Chloroform. Die Excitation ist nicht größer.

Die Nieren werden durch Aether weniger gereizt als durch Chloroform. Herz und Leber werden von Aether viel weniger ge-

schädigt. Lungenerkrankungen sind bei richtiger Methode nicht vorgekommen.

Wie für Chloroform die Tropfmethode, so ist für Aether nur die Darreichung in refracta dosi mit genügender Luftbeimischung zu empfehlen. Vorhergehende Morphiuminjection macht die Narkose ruhiger.

Die richtige Dosierung des Aethers ist mit einer Maske mit Einguß einfacher und sicherer zu erreichen als mit complicirten Apparaten. Bei Herzleiden, Herzschwäche und geringem Blutdruck ist nur die Anwendung des Aethers erlaubt. G.

MADZSAR und BALASSA (Budapest): Vorläufige Mittheilung über die klinische Verwendbarkeit des „Nervocidins“ (Dalma).

Die Versuche von M. und B. beschränkten sich vorderhand auf 44 Fälle („Vierteljahrschr. f. Zahnheilk.“, Dec. 1900). Die klinischen Experimente wurden folgendermaßen bewerkstelligt:

Nach der genauen Bestimmung der Diagnose und des Zustandes des Fornix cavi pulpaee wurde das Nervocidin mittelst befeuchteter Wattebäuschchen applicirt, ungefähr in derselben Menge wie Acid. arsenicosum. Diese Application des Nervocidins ist jedoch mit Schwierigkeiten verbunden, da das Präparat auf den feuchten Wattebäuschchen eine klebrige Masse ergab, welche an den Instrumenten, Sonden etc. leicht haften blieb, weshalb man es später mit trockenen Wattebäuschchen einführte. Darauf kam Occlusiv-Verband, und die Cavität wurde mit Watte, Mastixwatte, Wachs, FLETCHER'S Artificial-Dentin oder Guttapercha verschlossen.

Dem Resumé der Autoren ist zu entnehmen:

Der strengste Occlusiv-Verband aus Watte genügt nicht, um das Herausdringen des Nervocidins in die Mundhöhle zu verhindern. Dieses dürfte eine Förderung erfahren durch den Aether, in welchem (Mastixäther) die Wattebäuschchen des Occlusiv-Verbandes getränkt werden. Infolge dessen ist eine Pustelbildung besonders auf der Zunge stets zu gewärtigen, welche jedoch in zwei Tagen abläuft.

Das Erlahmen der Zunge und Wange ist eine harmlose Nebenwirkung. Zur Hintanhaltung des Hervorsickerns des Nervocidins muß der Occlusiv-Verband unbedingt ein fester sein, vielleicht aus Gyps oder FLETCHER'S Artificial-Dentin. Wachs, Guttapercha sind unverwendbar, da die Cavität feucht ist (Sublimatlösung, eigene Feuchtigkeit des cariösen Dentins). Ein Nachtheil ist das hartnäckige Kleben des Agens an Stahlinstrumenten, selbst wenn diese mit Vaseline bestrichen worden sind. Um das ruhige und sichere Niederlegen des Agens auf den geeigneten Punkt der Cavität bewerkstelligen zu können, ist an der Klinik die Verfügung getroffen worden, nach der Art des „Capsicum Pflasters“ das Nervocidin durch einen Apotheker auf Gaze dick auftragen zu lassen und in Hinkunft die Application mit 2—3 Quadratmillimeter-Stückchen vorzunehmen. Allerdings nach vorhergehender Befeuchtung des Cavitätengrundes mit Sublimatlösung. Auf diese Weise käme es einer etwas größeren Kappe gleich.

Indicationen für die Anwendung des Nervocidins ergeben sich:

Bei Pulpitiden, wo der Fornix noch verschlossen ist. Bei Pulpitiden, wo der Fornix eröffnet ist, oder operativ so geworden ist. (Bei sehr empfindlichen Patienten, wo eine Excavation, um die Pulpa zu exponieren, unausführbar ist.) Bei Pulpitiden, wo eine Unterbrechung der Behandlung eintreten muß oder kann. (In Fällen, wo die Exstirpation — aus individuellem Grunde — bereits in einigen Stunden erfolgen soll.) Es ist nicht unmöglich, daß Nervocidin, während sehr kurzer Frist angewendet, selbst bei Caries profunda nur zum Zwecke der schmerzfreien Excavation verwendbar sein wird.

Contraindicationen liegen vor:

Bei Pulpitis chr. gangr. Ein hohes Maß von Telangiectasie scheint das Nervocidin nicht oder kaum überwinden zu können. Bei Molaren, ja selbst Prämolaren, wo eine Atresie des Wurzelcanales zu gewärtigen ist oder bereits constatirt wird. In letzterem Falle, speciell für diese Wurzelpulpa, müßte zum Arsen zurückge-

griffen werden, da eine Hämorrhagie geringsten Grades die Entfernung des Blutgerinnsels aus dem impermeablen Wurzelcanal, schließlich Sepsis und Periodontitis etc. zur Folge haben könnte. N.

KRECKE (München): Praktische Winke für das aseptische Operiren.

Verf. schildert das in seiner Privatklinik übliche Desinfectionsverfahren, das im Großen und Ganzen dem sonst angewendeten Verfahren ähnlich ist. Bei der Händedesinfection läßt Verf. insofern eine Aenderung eintreten, als nur das Abreiben der Hände und Vorderarme mit Bürste, dann die Reinigung des Nagelfalzes und das nochmalige Reiben der Hände mit steriler Bürste von den bei der Operation beschäftigten Personen separat ausgeführt werden. Nach Anlegung der sterilisirten Mäntel geschehen die weiteren Manipulationen (nochmaliges Bürsten der Hände zwei Minuten, Abreiben der Hände in 50% Alkohol eine Minute lang und Waschen in 0.5% Sublimatlösung zwei Minuten lang) gleichzeitig unter Commando des Operateurs (Sep.-Abdr. aus „Deutsche Praxis“, III. Jahrg., H. 18).

Der Operateur hat auf diese Weise Gelegenheit, nicht nur die Zeit des Waschens, sondern auch die nicht minder wichtige Intensität der Waschung genau zu controliren. ERDHEIM.

OGATA (Tokyo): Ueber die Pestepidemie in Kōbe.

In einer kurzen Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 18, H. 6/7) berichtet Verf. über die in Gemeinschaft mit seinem Assistenten Dr. IMAMURA in Kōbe an vier Pestkranken vorgenommenen Untersuchungen von Blut und Lymphdrüsen. Auf Grund derselben kommt er zu dem Schlusse, daß die alleinige Untersuchung des Blutes pestverdächtiger Kranker nur in seltenen Fällen die Diagnose sicherstellen könne. Es ergab sich ferner, daß der Erreger der Epidemie in Kōbe der YERSIN'sche und nicht der KITASATO'sche Pestbacillus war, welcher Ansicht KITASATO selbst beipflichtet. Des weiteren wurde festgestellt, daß das Pestvirus schon außerhalb der befallenen Patienten unter den Ratten verbreitet war.

Dr. S—.

FERMI und LUMBAO (Sassari): Befreiung einer Stadt von den Mücken.

Die Versuche der Verff., Städte von Mücken zu befreien, verfolgten selbstredend in erster Linie die Absicht, die Einwohner von der die Malaria verbreitenden Anopheles und ebenso auch von der lästigen Culex pipiens zu schützen. Nach Aufzählung ihrer zahlreichen Versuche, in denen die allerverschiedensten Mittel zur Anwendung kamen, empfehlen die Verfasser die ausgedehnte und rationelle Anwendung des Petroleums oder des Chrysanthemum und geben genau die Methodik an, nach der vorgegangen werden müsse, sowie eine beiläufige Berechnung der Auslagen, die einer Stadt aus der Anwendung des Verfahrens erwachsen würden. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 6/7.)

Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Von Dr. Eduard Frank, Professor der k. k. Hebammenlehranstalt und Primararzt der mährischen Landesgebäranstalt in Olmütz. Mit 49 Abbildungen. Wien und Leipzig 1900, Franz Deuticke.

Vorliegendes Lehrbuch ist leicht faßlich geschrieben, nicht zu umfangreich gehalten, umfaßt Alles, was eine Hebamme zu wissen nöthig hat, enthält eine Reihe gut ausgeführter Holzschnitte, die der Leserin das Mitgetheilte verständlicher machen, wird daher seinen Zweck gewiß gut erfüllen. Einiges hätte aber Ref. an demselben doch auszusetzen. Fremdwörter, wie „normal“, „abnorm“,

„Harnapparat“, „Reste“, „Diätetik“ u. s. w. sollen, da sie außerhalb des geistigen Horizontes der Schülerin liegen, nicht verwendet werden, oder wenn schon, so soll jedem Fremdworte in der Klammer die Verdeutschung beigefügt sein. Weiterhin paßt in ein Hebammenlehrbuch keine Vorrede. Diese doch nur für die Recensenten bestimmte Enunciation kann dem Buche als loses Blatt beigefügt sein, nicht aber als Vorrede, denn die ungebildete Schülerin kann aus letzterer Manches herauslesen, was der Verfasser durchaus nicht intendirt hat, so z. B., daß dieser nicht imstande war, den Abschnitt über Kinderernährung allein zu verfassen, sondern sich dazu eine Hilfskraft verschaffen mußte, daß er betreffs der Abbildungen Anleihen bei Anderen zu machen gezwungen war u. dgl. m., scheinbare Kleinigkeiten, die aber in Anbetracht des Leserpúblicums, für welches das Buch bestimmt ist, durchaus keine Kleinigkeiten sind.

KLEINWÄCHTER.

Atlas und Grundriß der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik. Mit 149 farbigen und 7 schwarzen Abbildungen, von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Dritte, stark vermehrte Auflage. München 1900, J. F. Lehmann.

Eine dritte Auflage eines ophthalmoskopischen Atlanten innerhalb verhältnißmäßig kurzer Zeit zeugt am besten von der wohlwollenden Aufnahme, welche demselben in den betreffenden Fachkreisen zuteil wurde. Es ist dies aber auch gleichzeitig der Beweis

dafür, daß das Bedürfnis nach einem billigen, dabei aber brauchbaren ophthalmoskopischen Atlas dringend vorhanden war. Doch nicht nur in der Bibliothek eines Ophthalmologen, sondern namentlich auch in der jedes modernen, praktischen Arztes wird dieser Atlas stets seinen Platz finden.

In der vorliegenden Auflage ist die Zahl der ophthalmoskopischen Figuren um 9 vermehrt, indem der Verf. mehrfach geäußerten Wünschen anläßlich der früheren Auflage Rechnung trug. Ref. hat bereits bei der Besprechung der zweiten Auflage u. A. auch auf das Fehlen des charakteristischen Spiegelbefundes bei Leukämie aufmerksam gemacht. Unter den in jetziger Auflage hinzugekommenen Spiegelbildern finden sich auch thatsächlich bereits Spiegelbefunde von Fällen mit Leukämie und Gliom. Außerdem sind noch neu aufgenommen: Luftblase im Glaskörper bei Verletzung desselben durch einen Eisensplitter, syphilitische Retinal-Arterienerkrankung und eine flache, transparente Netzhautablösung im früheren Stadium, senile Pigmentirung der Netzhaut, Lochbildung der Macula lutea infolge einer Contusion des Bulbus. Endlich sind noch die Bilder zweier Fälle von hinteren Vortexvenen angefügt.

In Bezug auf die sonstige Eintheilung, Ausstattung des Buches etc. wird auf die im Vorjahre in dieser Zeitschrift besprochene 2. Auflage verwiesen. Der Preis des Werkchens ist trotz der Vergrößerung desselben der gleiche geblieben wie der der früheren Auflagen.

Dr. BONDI (Iglau).

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

I.

15. Februar 1901.

Eine der aktuellsten Fragen der modernen Wohlfahrtsbestrebungen, besonders in den letzten Jahrzehnten betrifft die Regelung des Findelwesens. Sowie in anderen Ländern wurde auch bei uns in Ungarn die Aufmerksamkeit des großen Publicums auf die große Kindersterblichkeit (im Jahre 1899 sind 253.858 Kinder gestorben, d. i. 49.4% aller Todesfälle), ihre enorme volkswirtschaftliche Bedeutung und die zu ihrer Bekämpfung zu schaffenden Mittel gerichtet. Einzelne wohlthätige Vereine, namentlich der Landes-Findelhausverein „Weißes Kreuz“, waren schon lange in den Kampf gegen die „Engelmacherei“ eingetreten und hatten versucht, soweit es ihre immerhin beschränkten Mittel gestatteten, dem allgemein beklagten Uebel abzuhelfen. Es ist aber leider eine traurige Thatsache, daß die Wohlfahrtseinrichtungen, sobald sie einer größeren Aufgabe gegenüber gestellt werden, stets versagen und der übernommenen Aufgabe nur theilweise gerecht werden. Auch das Weiße Kreuz hatte nicht die Mittel, die von ihm mit ins Leben gerufene Unternehmung derart auszugestalten, wie es unsere Verhältnisse erfordern. Wenn auch zugestanden werden muß, daß der Verein während seiner 15jährigen Thätigkeit glänzende Erfolge erzielt hat, kann es nicht kurzweg weggeleugnet werden, daß es sich auch hier die Insufficienz der Privatwohlthätigkeit und die Nothwendigkeit behördlicher Hilfe gezeigt hat. Diese Wahrnehmung hat in allen Kreisen die Ueberzeugung zur Reife gebracht, daß zur Ausführung der humanitären Bestrebungen, welche der genannte Verein in verdienstvoller Weise propagirt hatte, capitalkräftiger und leistungsfähiger staatlicher Anstalten bedürfe. Unter dem Drucke der öffentlichen Meinung hat sich endlich der oberste Leiter unserer Sanitätspflege, der sich in der Frage der Verstaatlichung des Sanitätswesens als Pató Pál, als ungarischer Fabius Cunctator, glänzend bewährte und dessen Parole: „dazu haben wir noch immer Zeit!“ vom Abgeordnetenhaus zur Kenntniß genommen wurde, veranlaßt gesehen, wenigstens einer der brennenden Fragen näher zu treten und der Gesetzgebung einen Gesetzentwurf über staatliche Kinderasyle (Findelhäuser) anzumelden. Ueber den Inhalt des Gesetzentwurfes erfahren wir Folgendes: Zum Schutze gefundener

oder behördlich als verlassen erklärter Kinder unter 7 Jahren werden in Budapest und in verschiedenen Gegenden des Landes — gewöhnlich an Orten, wo sich Hebammenanstalten befinden und die humanitäre Thätigkeit der Gesellschaft die lebensfähige Function des Kinderasyls sichert — Kinderasyle errichtet. Innerhalb dieser staatlichen Asyle werden nur kranke, schwächliche, besondere ärztliche Pflege erheischende Kinder gehalten; die übrigen werden außerhalb des Instituts untergebracht. Die Bau- und Einrichtungskosten dieser Anstalten werden aus den vorhandenen Stiftungen und Fonds, die Erhaltungskosten aus dem Landes-Krankenpflegefonds gedeckt, so daß diese groß angelegte Landesinstitution ohne jede neuere Belastung des Staates ins Leben gerufen werden kann. Die Organisation der Findelhäuser und die Modalitäten der Inanspruchnahme der socialen Mitwirkung wird der Minister im Verordnungswege regeln. Dem Gesetzentwurf ist eine eingehende Begründung beigefügt, welche auf die große Kindersterblichkeit hinweist, die nicht auf unabänderlichen Verhältnissen beruht, sondern ihre Ursache in der mangelhaften Kinderpflege und in der Unachtsamkeit der Eltern findet und daher die staatliche Einmischung berechtigt erscheinen läßt. Die Errichtung staatlicher Kinderasyle wird übrigens die sociale Thätigkeit nicht überflüssig machen, ja es wird sogar eine Art von organischem Connex beider Factoren contemplirt. Es sollen nämlich die Leiter und Fachmänner der einschlägigen humanitären Vereine in das zu organisirende Aufsichtscomitè ernannt werden, so daß in Hinkunft nicht der Staat die Gesellschaft, sondern diese jenen controliren soll. Ob auch die Aerzteschaft bei der Schaffung dieses Gesetzes in gehöriger Weise berücksichtigt worden ist, darüber schweigt die Chronik. Hoffentlich wird sich der Aerzteverband der Sache noch bei Zeiten annehmen und die etwaigen Mängel des Entwurfes ausmerzen, damit nicht wieder im Wege der Gesetzgebung die Existenz der Landärzte unterbunden werde. Es wäre schon Zeit, daß der Verband seine Daseinsberechtigung durch greifbare Resultate beweise.

Die Budgetverhandlungen im Abgeordnetenhaus haben alle Hoffnungen in Bezug auf die Verstaatlichung des Sanitätswesens zunichte gemacht, indem der Premierminister nach Aufzählung seiner vermeintlichen Verdienste auf dem Gebiete des Sanitätswesens bezüglich der von einigen Landesvätern urgirten Verstaatlichung der Gemeinde- und Kreisärzte rund heraus erklärte: „Dazu haben wir noch immer Zeit!“

Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Bedeutung des Kauactes für die Magensaftsecretion** haben SCHREUER und RIEGEL Untersuchungen angestellt („Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther.“, Bd. 4, H. 6) und gefunden: Es ist erwiesen, daß der Kauact als solcher für die Secretion des Magensaftes von Bedeutung ist. Der Ausfall des Kauactes macht sich in einem mehr oder minder großen Deficit der Salzsäurewerthe geltend, wenn es sich um die Aufnahme von Kohlehydraten handelt. Bei der Aufnahme von Eiweißstoffen (Fleisch, hartgesottenes Ei) zeigt der normale (oder hyperacide) Magen ein anderes Verhalten als der subacide: a) der normale (oder hyperacide) Magen kann vermöge der intensiven directen Reizwirkung dieser Stoffe auf die Magenschleimhaut den durch Umgehung des Kauactes bedingten Ausfall an Secret wieder ausgleichen; b) der subacide Magen ist zu dieser Leistung nicht fähig: bei ihm macht sich der durch Umgehung des Kauactes bedingte Ausfall an Secret in deutlichen Differenzen bemerkbar, welche die Ausheberungswerthe der per Sonde eingeführten Eiweißstoffe im Vergleich zu den in gewöhnlicher Weise gegessenen zeigen.

— In der **Therapie der Variola haemorrhagica** verwendet ROGER („Presse méd.“ — „Klin.-ther. Woch.“) Chlorcalcium wegen seiner coagulirenden Wirkung. Unter dem Einflusse dieser Behandlung sah er in schweren Fällen die Blutungen rasch verschwinden. Die Hämaturie und die Metrorrhagien schwanden innerhalb 2—3 Tagen. Allerdings gab es auch Fälle, die trotz dieser Behandlung zugrunde gingen. Doch verdient das Chlorcalcium wegen seiner geringen Giftigkeit und wegen seiner coagulirenden Wirkung ausgedehnte Anwendung. Da jedoch das Mittel ätzend wirkt, kann man es nicht subcutan, sondern nur per os anwenden. In Wasser aufgelöst, hat das Chlorcalcium einen sehr unangenehmen, salzigen und scharfen Geschmack, man muß daher denselben decken. Nach RABUTEAU verordnet man dasselbe am besten nach folgender Formel:

Rp. Calc. chlorat. cryst. 50
 Aqu. Ment. 1000
 Syr. simpl. 4000

In dieser Form kann man das Mittel bis zu Dosen von 6 Grm. und darüber bei Erwachsenen täglich anwenden. Am besten verordnet man das Chlorcalcium mit einem bitteren Orangensaft und Rum etwa nach folgender Formel:

Rp. Calc. Chlorat. cryst. 40—60
 Syr. cort. Aurant. amar. 400
 Rum. 300
 Tinct. Cinnamomi 50
 Aqu. dest. 500

Diese Mischung ist durchaus nicht unangenehm. Man kann dieselbe auch ohne Alkohol verschreiben. Man läßt von der genannten Mischung stündlich einen Eßlöffel voll nehmen. ROGER gebraucht diese Medication auch zur Behandlung von Uterusblutungen und Hämaturien.

— Die Verwerthung von **Sauerstoff in der Krankenpflege** erörtert FOSS („Zeitschr. f. Krankenpflege“, 1900, Nr. 3, 4 u. 5. — „Therap. Monatsh.“). In der Mehrzahl der Fälle (bei 23 Personen) wandte F. diese Inhalationen an, um die unangenehmen Nebenerscheinungen (erhöhte Pulsfrequenz, Oppressionsgefühl, Athemnoth), welche wärmestauende Bäder (warme, resp. heiße Schwefelmoorbäder) bei manchen Patienten hervorrufen, zu bekämpfen. In weiteren 21 Fällen handelte es sich um Kranke mit Arteriosklerose, mit einfacher Herzschwäche infolge von Erschöpfung, resp. Anämie, mit Herzschwäche infolge von Influenza, mit Herzklappenfehlern, ferner um eine Kranke mit Pulsus intermittens (Herzbeschwerden, Athemnoth, Oedeme), endlich um einen Patienten mit Athembeschwerden, Herzklopfen, schweren stenocardischen Anfällen und unregelmäßigem Pulse, aber reinen Herztönen, bei dem die Diagnose unklar blieb. Besonders gut bewährten sich die Sauerstoffinhalationen bei Bekämpfung der unangenehmen Neben- und Nachwirkungen heißer Moorbäder. Patienten, die sonst noch 1—2 Tage nach dem Gebrauch eines Moorbades an Herzklopfen, Kopfschmerz, Athemnoth, Uebelkeit und Gemüthsdepression zu leiden hatten, blieben nach Einathmung des Sauerstoffes von ihren Beschwerden verschont.

Diese Wirkung trat ganz constant bei allen Patienten ein. Auch die Kranken mit Affectionen des Herzens und der Arterien wurden in allen Fällen durch die Inhalationen günstig beeinflusst. Der geschwächte Herzmuskel erfuhr eine bedeutende und nachhaltige Kräftigung, was durch die Wiedergabe der Pulscurven demonstrirt wird, die Kranken fühlten sich ersichtlich mindestens stundenlang erleichtert, vor Allem traten Herzklopfen und Athemnoth zurück. Als sichere Indicationen für Anwendung der Sauerstoffinhalationen gelten dem Verfasser: Herzleiden und Dyspnoë infolge Sauerstoffmangels, verringerte Lungenoberfläche (auch Pneumonie), Anämie, Chlorose, Leukämie, perniciöse Anämie, heilbare Gaserstickungen und Vergiftungen, Asphyxie (künstliche Athmung), beginnendes Lungenödem, die Nebenwirkungen der Wärmestauung bei heißen Bädern. Bei einer Reihe anderer Affectionen bedürfen dagegen die Sauerstoffinhalationen noch einer genaueren Prüfung. Dazu gehören Gicht, Diabetes, Albuminurie, Keuchhusten, Fieberzustände, Scorbut, Fettsucht (lange Schwitzbäder mit gleichzeitiger Sauerstoffinhalation), Erbrechen, Appetitmangel, Asthma nervosum und Emphysem. Die Inhalationen ließ Verf. in folgender Weise vornehmen: Zunächst wurde der Sauerstoff aus den 1000—2000 oder auch nur 100 Liter enthaltenden Stahlflaschen in Gummiballons von 5—6 Liter Inhalt gefüllt und aus diesen bei gewöhnlichem Luftdruck inhalirt, wobei die Kranken dazu angehalten wurden, nur die erste Hälfte des Athemzuges aus dem Sauerstoffballon, die zweite Hälfte aus der Atmosphäre zu nehmen, da nur die erstere auf die Alveolen wirken kann. Die Patienten mußten tief und langsam und durften niemals ohne Bedürfnis athmen. Meist genügten 2—3 Ballons täglich. Bei den heißen Bädern wurden 3 Ballons verbraucht.

— Zur **Behandlung des Abdominaltyphus** empfiehlt ERB das Chinin, und zwar nicht allein als antifebriles Mittel, sondern auch deshalb, weil es den Krankheitsverlauf direct günstig beeinflusst und die Krankheitsdauer verkürzt („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 1). Er reicht das Chinin Abends nach erreichtem Temperaturmaximum in Dosen von 1—1.5 Grm. (höchst selten bis 2 Grm.) in 2 Theilen kurz nacheinander. Die nächste Morgenremission ist erheblich vertieft und verlängert. Die nächste Abendexacerbation bleibt ebenfalls geringer, und erst am 2. Tage geht die Temperatur wieder mehr in die Höhe. Die Chiningabe wird dann an diesem 2. Tage wiederholt (nur selten täglich gegeben) und so fort bis zur Defervescenz. Es entsteht so ein treppenartiges Herabgehen der ganzen Temperatur, bis nach einer kürzeren oder längeren Reihe von Tagen die völlige Entfieberung erreicht ist. Die Abendtemperaturen, die sich beispielsweise vorher constant zwischen 40.0 und 40.5° bewegten, blieben dann nach der ersten Chinindosis etwa auf 39.7—40.0; nach der zweiten auf 39.3—39.6; nach der dritten auf 39.0—39.2° u. s. w. Der günstigste Zeitpunkt für den Beginn dieser Medication ist die zweite Hälfte der zweiten Krankheitswoche und die dritte Krankheitswoche. — An gleicher Stelle tritt auch BINZ warm für die Chinintherapie des Abdominaltyphus ein. Er verordnet:

Rp. Chin. muriat. 200
 Aq. dest. 500
 Acid. muriat. gtt. II. Auf 2mal zu nehmen,
 etwas weißen Wein darauf trinken.

— Das von EBSTEIN gegen **Diabetes** empfohlene **Salol** hat auch TESCHEMACHER mit Erfolg angewandt („Ther. Monatsh.“, 1901, Jan. — „Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 5). Es scheint die Eigenschaft zu haben, in manchen Fällen die Zuckerausscheidung in wenigen Tagen beträchtlich herabzusetzen oder ganz verschwinden zu lassen. Wie lange diese Wirkung anhält, konnte T. nicht bestimmen, da er die Patienten aus dem Auge verlor. Die Dosis beträgt 4 Grm. pro die.

— Zur **Behandlung des Erysipels** empfiehlt DESESQUELLE („Journ. d. pract.“ — „Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 5) die erkrankten Stellen mit folgender Mischung zu bepinseln:

Rp. Olei camphor. 300
 Guajacoli crystallisat.,
 Menthol. aa. 10

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.

Gehalten vom 16.—22. September 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XV.

Aus den Abtheilungen.

Abtheilung für innere Medicin.

MORIAN (Essen): Ueber einen Fall von Druckstauung.

Von den nach Rumpfc compression auftretenden sogenannten Stauungsblutungen sind bis jetzt 8 Fälle beschrieben, darunter 6 in den letzten Jahren.

Veranlassung sind meistens Quetschungen zwischen Wagen oder Verschüttungen.

M. beobachtete einen Fall, der ein classisches Bild aller Symptome bot.

Ein 42jähriger Bergmann wurde in sitzender Stellung durch einen Förderkorb so zusammengedrückt, daß der Rumpf gegen die Oberschenkel angeedrückt war. Nach wenigen Minuten wurde er aus seiner Lage befreit; das geschwundene Bewußtsein kehrte bald wieder. Das Gesicht war tiefblau verfärbt, die Augen waren vortrieben, aus Nase und Mund floß Blut. Gesicht, behaarter Kopf, Nacken, Hals, oberer Brusttheil, Schultern und die Rückseite des linken Ober- und Vorderarmes bis zum Handgelenk waren stark gedunsen, theils tiefblau verfärbt, theils mit zahlreichen punkt- und streifenförmigen Ekchymosen bedeckt. Das linke Bein war gelähmt, die Sensibilität erhalten; die Kniereflexe waren erloschen. Die Cyanose ging allmählig in den nächsten Tagen zurück, die Lähmung verschwand. Nach 10 Wochen konnte der Patient das Bett verlassen.

Für die Druckstauung allein ist die Prognose quoad vitam nicht ungünstig, quoad restitutionem sehr, allein in zwei Drittel aller Fälle sind schwere Uebersetzungen vorhanden, an denen die Kranken zugrunde gehen können. Die Therapie hat sich gegen diese Nebenverletzungen zu wenden, da die Symptome der Druckstauung von selbst verschwinden.

Die Bezeichnung „Druckstauung“ schlägt M. vor an Stelle der bisher gebräuchlichen „Stauungsblutung nach Rumpfc compression“.

WILMS (Leipzig): Demonstration von Roentgenbildern und Präparaten mit Hilfe des Epidiaskops.

W. führt eine große Reihe mit Hilfe dieses neuen Apparates projectirter Roentgenbilder und Präparate vor. Die projectirten Bilder sind von einer so überraschenden Natürlichkeit und plastischen Anschaulichkeit, namentlich auch die pathologischen Gewebsveränderungen an den Präparaten mit so minutiöser Deutlichkeit wiedergegeben, daß man sie wohl als das Vollkommenste bezeichnen kann, was die Art des Reproductionsverfahrens bis jetzt geleistet hat. Eine Beschreibung des Epidiaskops ohne eine Erläuterung durch Abbildungen würde schwer verständlich sein. Der Apparat, der seiner ganzen Einrichtung nach wesentlich für Lehrzwecke bestimmt ist, stellt eine höchst werthvolle Bereicherung der akademischen Lehrmittel dar. Er wird an der Leipziger chirurgischen Universitätsklinik in der Weise verwandt, daß durch ihn bei der Besprechung und Vorstellung von Krankheitsfällen die von diesen vorhandenen Präparate und Abbildungen jeweils dem klinischen Auditorium veranschaulicht werden.

Abtheilung für Chirurgie.

PABST (Aachen): Demonstration eines Präparates.

PABST demonstirt ein von einem 6jährigen Knaben gewonnenes Rectumsarkom. Der seit 4 Monaten bestehende Tumor ging von der linken Seite aus und erfüllte das ganze Rectum. Das Rectum wurde reseziert, der Stumpf nach unten gezogen, nach GERSUNY um 180° gedreht und angenäht. Das functionelle Resultat ist befriedigend.

BONGARTZ (Düsseldorf) demonstirt die Photographie eines Falles von monströser tropischer Elephantiasis scroti bei einem Neger aus dem Kamerunschutzgebiet. Das Scrotum hing, einem großen Flaschenkürbis ähnelnd, bei aufrechter Stellung des Mannes fast bis zu den Knöcheln herab.

BECKER (Aachen): Demonstration von Präparaten.

Die vorgezeigten Präparate stammen von zwei von W. MÜLLER operirten Kranken.

In dem einen Falle handelte es sich um einen am acromialen Ende der Clavicula sitzenden Tumor, der seiner Entstehungsgeschichte nach für ein myelogenes Sarkom gehalten wurde. Bei der Operation fand sich eine mannsfaustgroße derbe Geschwulst, deren Inneres aus einem cystischen, mit altem Blute gefüllten Hohlraum bestand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich nicht um ein Sarkom, sondern um ein Adenom vom typischen Bau des Schilddrüsengewebes handelte. Der Tumor hatte seinen Ausgang von einer Struma aberrata genommen. Die Schilddrüse des Patienten wies keine Veränderung auf. Einen gleichen Fall hat RIEDEL beschrieben.

Das zweite Präparat stammt von einem Kranken, der mit einer kindskopf großen, rechts über der Nabellinie gelegenen Geschwulst in die Klinik kam. Der Tumor bot deutliche Fluctuation dar und entsprach seiner Lage nach dem Pankreaskopf. Diagnose: Pankreascyste. Bei der Operation findet sich, daß der Tumor vom Pylorus des Magens ausgeht. Aus dem cystischen Hohlraum werden 2 Liter Flüssigkeit entleert, dann die Gastroenterostomie angeschlossen. Der Patient starb. Bei der Section findet sich außer dem Carcinom des Pylorus ein zweites Carcinom an der Cardia. Zwischen beiden Tumoren liegt normale Magenwand. Carcinöse Veränderungen anderer Organe fanden sich nicht. Es handelt sich nach Auffassung B.'s um zwei primär entstandene Carcinome des Magens.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

STRASSMANN: Ein Fall von traumatischer Herzklappenzerreißung.

Vortr. bespricht einen von ihm secirten instructiven Fall mit einwandfreier Aetiologie. Der 65jährige Stallmann K., bisher angeblich völlig gesund, der bisher 16 Pferde ohne Schwierigkeit versorgt hatte, erlitt einen Unfall durch Hufschlag: Verletzung der linken Hand und der Brust; nach zwei Monaten constatirte der behandelnde Arzt eine Herzinsufficienz und begutachtete einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesem Leiden und dem Unfall. Einen Monat darauf berichtete der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft folgenden Befund: Hernia epigastrica, Anasarca, Hydrothorax linkerseits, erweitertes Herz, Arteriosklerose, Lungenkatarrh; betreffs des Bauchwandbruches sei vielleicht ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Trauma zuzugeben; aber das Herzleiden habe wohl schon vorher bestanden. Genau sechs Monate nach dem Unfall starb der Mann. Bei der Section zeigte sich ein Bruch der 5.—8. Rippe rechterseits; der Bruch war unverkennbar. Eine Herzbeutelhöhle existirte nicht; die beiden Blätter derselben vollkommen verwachsen, das Herz vergrößert; besonders ist die linke Kammer stark erweitert, geringe arteriosklerotische Platten im Anfangstheil der Aorta; dort saß ein 2 Cm. langer quer verlaufender Einriß der Intima, und in geringerer Ausdehnung der Media, die Ränder dieses Einrisses frei von Blut, zackig und von der Unterlage abhebbar; am Grunde zieht über den Defect die Adventitia hin; die Verletzung ist offenbar auf eine vor längerer Zeit erfolgte Einwirkung stumpfer Gewalt zurückzuführen. Die Einzelheiten sind noch deutlich am Präparat zu sehen. — Die Hauptverletzung findet sich an der Aortenklappe. Dicht unter dem Ansatzpunkt der Klappe beginnend zieht der Riß bis zum unteren Pol entlang, während ein Schenkel noch nach oben sich erstreckt.

Die Ränder dieses Risses verhalten sich ähnlich wie an dem Aortenrisse selbst. Hier besteht offenbar ein Klappenriß, der traumatisch entstanden ist, nicht eine spontane Zerreißung der erkrankten Klappe; denn es sind keine krankhaften Veränderungen an der Klappe vorhanden. Für die traumatische Form der Verletzung sprechen auch die übrigen dicht daneben gelegenen Verletzungen am Herzen und nahe dem Herzen. Der bisher gesunde Mann erlitt durch den Hufschlag eine Fractur der Rippen, Zerreißen der Aortenwand und der Aortenklappe mit ihren Folgeerscheinungen. Das Krankheitsbild ist auf die Verletzung der Herzklappe zurückzuführen. Auch die Entzündung des Herzbeutels ist unbedenklich mit dem Trauma in Zusammenhang, umso mehr, als der Herzbeutel auf der Bahn der eindringenden Gewalt lag.

FORSTETTER: Spontane Ausstoßung von Gallensteinen.

F. demonstriert zwei Gallensteine, so groß wie türkische Nüsse, die sich ganz latent entwickelt hatten. Die Kranke wies keine Beschwerden von Seiten des Magens auf; F. fand eine Geschwulst in der Gegend der Gallenblase. Die Geschwulst wurde weicher und weicher, öffnete sich, F. sondirte, fand eine harte Resistenz in der Tiefe, schließlich entpuppten sich als Ursache der letzteren die beiden Gallensteine, nach Ausstoßung der letzteren fand sich kein Fistelgang vor. Die Wunde ist völlig verheilt. Der schwere Stein wog 10 Grm.

MAX COHN: Elephantiasis nach chronischem, recidivirendem Erysipel.

Es handelt sich um einen 43 Jahre alten Arbeiter, der vor 13 Jahren nach einer Quetschung eine Vereiterung der linksseitigen Leistendrüsen bekam und deswegen operirt wurde. Die Operation soll langwierig gewesen sein. Während der mehrere Monate in Anspruch nehmenden Heilung entstand ein Erysipel, das sich von der Operationswunde aus über das ganze linke Bein ausdehnte. Es blieb mäßige Anschwellung und bläuliche Färbung des ganzen Beines zurück. Die Anschwellung wurde damals durch die Annahme einer Stauung infolge von Compression der großen Gefäße durch Narbengewebe erklärt. In der Folgezeit traten zahlreiche Rückfälle auf. Die Schwellung nahm beständig zu. 14 Anfälle von Recidive sind in den Acten der Berufsgenossenschaft verzeichnet; dies sollen nach Angabe des Kranken jedoch nur die schwereren sein. Im Ganzen bestanden 40—50 Recidive. Seit Juni d. J. hat C. selbst 3 typische Anfälle beim Pat. beobachtet. Die Schwellung nahm in jedem Jahre zu.

Greifswalder medicinischer Verein.

J. KOCH: Die Histologie des Muskels bei THOMSON'scher Krankheit.

Die Primitivfasern zeigen nicht nur starke Hypertrophie, erhebliche Kernvermehrung und Vacuolenbildung, sondern auch degenerative Veränderungen, die zur Atrophie oder durch außerordentlich reichliche Kernwucherung zu Muskelzellenschläuchen führen. Auf Längs- und Querschnitten sieht man Abspaltungen und Theilungen von Muskelfasern, die zur Bildung neuer Fasern führen, so daß es sich demnach nicht nur um eine Hypertrophie, sondern auch um eine Hyperplasie der Muskelfasern handelt. An der Hand mikroskopischer Präparate demonstriert K., daß auch Capillaren in die Muskelfasern einwuchern.

LÜTHIE: Ueber die Pentosurie.

Votr. gibt einen Ueberblick über die Lehre von der Pentosurie, an deren gelegentlichem Vorkommen nicht zu zweifeln ist; zweifelhaft dagegen ist, ob die Pentosen sich wirklich erst im Organismus bilden, denn viele Nahrungsmittel, wie Vegetabilien, Milch, Bier etc., enthalten Pentosen und wir wissen, daß schon geringere Spuren von Pentosen, mit der Nahrung verabreicht, in den Harn übergehen. Die merkwürdige Erscheinung, daß schon 1 Cgrm. per os aufgenommen, im Harn nachgewiesen werden kann, während von größeren Gaben nur Bruchtheile zur Ausscheidung kommen, erklärt L. damit, daß wahrscheinlich die Pentosen vom Körper nicht ausgenutzt werden, sondern daß der im

Harn fehlende Rest im Darm der Zersetzung anheimgefallen ist. Da die Pentosen gegen Alkalien sehr wenig resistent sind, so könnte vielleicht durch eine Verschiedenheit der Alkaleszenz im Darmtractus verschiedener Menschen die enorme Differenz der Beobachtungen über Assimilation und Ausnutzung der Pentosen erklärt werden.

RITTER: Ueber die Infectionstheorie bei den Sarkomen und Carcinomen auf Grund der pathologischen Forschung.

Im Gegensatz zur herrschenden Ansicht von der Bösartigkeit der Geschwulstzellen hält R. es für höchst wahrscheinlich, daß zunächst die Sarkomzellen analog den Granulationsgeschwulstzellen (chronischen Entzündungen) von normalem Gewebe abstammen und die Wehr des gesunden Organismus darstellen. Die nekrotischen Stellen faßt er als den Ort der hypothetischen Erreger und als Schädigung der Zellen durch sie auf. Diese Anschauung steht, wie R. nachzuweisen sucht, nicht im Gegensatz zu den in der Pathologie bisher unbekanntem Thatsachen. Aehnlich liegen die Verhältnisse beim Carcinom. Votr. glaubt, daß auch für das Carcinom die pathologische Forschung zur Annahme der Infectionstheorie führen könne.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

HAHN: Syphilitischer Primäraffect am linken Auge.

Votr. demonstriert einen zweijährigen Knaben mit einem syphilitischen Primäraffect am linken Auge und frischem Exanthem an Hals und Rücken. Unter mehr als 300 extragenitalen Primäraffecten, die H. beobachtet und vor einigen Jahren publicirt hat, war ein solcher am Augenside nicht vorhanden. Der Fall ist um so bemerkenswerther, als ein zweiter Fall extragenitaler Infection, in dem der Primäraffect auf der Nasenspitze sitzt, auf dieselbe Infectionsquelle zurückzuführen ist.

TRÖMER: Ueber Psychologie und Indicationen in der Hypnose.

Hypnotherapie eignet sich nicht für allgemeine Anwendung. Man muß nach Krankheiten und Individuen scheidet. Die Psychologie der Hypnose ist auf die Fragen zu gründen: Was ist eine Suggestion? und unter welchen Bedingungen wird sie vom Gehirn angenommen? Suggestion, äußerlich betrachtet, ist nach T. eine paradoxe (d. h. der bisherigen Erfahrung des Objectes widersprechende) Versicherung oder Ankündigung, gegeben in der Absicht, eine entsprechende Ueberzeugung oder einen dieser Ueberzeugung entsprechenden inneren Vorgang herbeizuführen oder zu begünstigen. Die Bedingungen, unter welchen eine Suggestion angenommen wird, liegen in der (dauernden oder momentanen) Disposition des Gehirns. Jede mit Nachdruck in das Gehirn eingeführte Vorstellung entfaltet bestimmte weitere Wirkungen, welche im normalen, allseitigen Wachsein wesentlich in der Erweckung verwandter (associirter) Vorstellungen bestehen. Die therapeutisch geschätzten Wirkungen einer Suggestion aber sind die sozuzunennenden Tiefenwirkungen, welche in der Erregung zugehöriger Empfindungen, Affecte oder motorischer Innervationen bestehen; solche Wirkungen treten nur in abweichenden Bewußtseinszuständen auf. Als solche Zustände mit gesteigerter Suggestibilität beschreibt T. den diffus schwach associirten (im Sinne von VOGT), den einseitig eingegengten, den Affect und den natürlichen Schlaf. Zwischen Affect und Schlaf bestehen enge antagonistische Beziehungen. Affectlosigkeit ist die unerläßlichste der Schlafbedingungen. Dieselben Bedingungen fordert der hypnotische Schlaf, ihnen muß sich die hypnotische Technik anpassen. Motorische Ruhe und Abwesenheit von Sinnesreizen fordert der Schlaf weniger als Affectlosigkeit. Mit der Schlafentiefe steigt die Wirksamkeit der Suggestion. Die Suggestibilität steht im umgekehrten Verhältniß zum Umfange des Bewußtseins und zum Associationsgrade seines Inhalts.

Es ist anzunehmen, daß jeder geistesgesunde Mensch der Hypnose in irgend einem Grade zugänglich ist. Die Hypnose gelingt umso tiefer, je leichter das Bewußtsein des Objects einzulegen, resp. zu dissociiren ist, je weniger Affecte und je weniger schlafstörende Autosuggestionen zu beseitigen sind. Hypnose ist als differentes Heilmittel zu betrachten, üble Nachwirkungen lassen

sich jedoch durch Vorsicht vermeiden. Die Erfolge therapeutischer Suggestionen hängen von dem Inhalt und der Festigkeit bereits vorhandener Autosuggestionen ab. Es ist nöthig, zwischen Suggestibilität und Suggestionfestigkeit zu unterscheiden; beide wachsen außer bei Hysterie, mit der Tiefe der Hypnose. Specifisch indicirt erscheint die hypnotische Suggestion bei allen uncomplicirten Störungen der Schlaffunction. Dringend zu fordern ist ein Gesetz, welches das Verbot hypnotischer Schaustellungen dahin ergänzt, daß die gewerbmäßige Ausübung des Hypnotismus und des mit ihm identischen Magnetismus nur den Aerzten gestattet ist, nicht aber, wie es jetzt der Fall ist, jedem beliebigen Pfüser oder Zuchthäusler.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 22. Februar 1901.

F. MRAČEK stellt einen Fall von Reinfectio syphilitica vor. Der Kranke hat vor 7 Jahren Syphilis acquirirt und wurde damals mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum sozodolicum und mit Jodkali behandelt. Mitte October 1900 ist die zweite syphilitische Infection erfolgt; gegenwärtig bestehen: Eine vernarbte Sklerose am Präputium, allgemeine Drüsenschwellungen und syphilitisches Hautexanthem. Die Forderungen NEUMANN'S hinsichtlich der unzweifelhaften Constatirung einer Reinfektion sind somit in diesem Falle erfüllt. Der erste Fall vonluetischer Reinfektion wurde im Jahre 1858 von H. v. ZEISSL. beschrieben. Der Zeitraum zwischen den beiden Infectionen schwankte in den publicirten Fällen von einem bis zu achtzehn Jahren.

I. Neumann hat im Ganzen 8 Fälle von syphilitischer Reinfektion beobachtet; das kleinste Intervall zwischen beiden Infectionen betrug 2 Jahre. Solche Fälle beweisen unwiderleglich die Heilbarkeit der Syphilis. Zur Annahme einer Reinfektion ist man nur dann berechtigt, wenn von ärztlicher Seite beide Infectionen, die Lymphdrüsenschwellungen und die Exanthembildung, beobachtet wurden.

J. STERNBERG demonstirt den Erfolg von Rhinophymaoperationen an 3 Patienten und berichtet über drei weitere Fälle. In Morphium-Chloroformnarkose wurde die ganze Nasenhaut bis auf das Perichondrium der Nasenknorpel abgeschält und der Defect nach THIERSCH gedeckt. Partielle Excisionen und Scarificationen hatten bei den vorgestellten Fällen keinen Erfolg; durch die Abschälung der Nase ist eine hübsche Nasenform geschaffen worden. Auch die Acne der umliegenden Partien ist fast gänzlich zurückgegangen. Die Blutung bei der Operation ist sehr gering.

J. Weinlechner regt die Erprobung dieser Methode bei Elephantiasis cruris an; er selbst hat bei dieser Krankheit nach Abtragung der Haut bis in die untersten Schichten Heilung eintreten gesehen.

M. Kaposi empfiehlt, bei der Operation von Rhinophyma zu individualisiren, da manche Fälle sicherlich auch durch Abkappung der Wülste oder durch Keilexcision zur Heilung gelangen können. Bei ausgedehnter Elephantiasis cruris wäre das Verfahren wegen der Schaffung ausgedehnter Wundflächen vielleicht nicht unbedenklich und wohl nur bei umschriebenen, tuberösen Formen anwendbar.

G. ALEXANDER demonstirt einen Fall, bei welchem er die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes unter SCHLEICHscher Infiltrationsanästhesie vorgenommen hat. Die Operation ist wegen Eiterung im Warzenfortsatze nach Otorrhoe erfolgt. Die Weichtheile wurden schichtenweise infiltrirt und durchtrennt, dann eine Injection zwischen Periost und Knochen vorgenommen; die Anästhesirung des Knochens geschah durch Injection in zwei an der Spitze des Warzenfortsatzes gebohrte Löcher.

V. Hammerschlag macht darauf aufmerksam, daß bei Anlegung der Bohrlöcher leicht ein atypisch verlaufender Sinus transversus angebohrt oder die Dura verletzt werden kann. Bei der Eröffnung des Warzenfortsatzes ist die Aufmeißelung des Knochens nicht so schmerzhaft wie die Erschütterung des Kopfes durch die Hammerschläge. Diese Methode der Knochenanästhesirung kann auch bloß dann nützen, wenn der Warzenfortsatz nur partiell vereitert ist.

G. Alexander erwidert, daß die Kranke die Erschütterung des Kopfes durch die Hammerschläge absolut nicht als schmerzhaft empfunden habe.

J. ENGLISCH: Ueber das infiltrirte Carcinom der Blase.

Bei dem infiltrirten Carcinom ist die Krebsmasse zwischen die Muskelbündel der Blase eingelagert. Erst spät treten Veränderungen der Blaseschleimhaut und des perivesicalen Zellgewebes

auf. Der Krebs ist ein primärer. Seine häufigste Form ist das Epitheliom, seltener der Medullarkrebs. Die Ausdehnung der Infiltration ist verschieden, die Verdickung erreicht Grade bis zu 4 und 5 Cm., der Durchschnitt ist feucht zum Unterschiede von dem Durchschnitt bei der einfachen Hypertrophie der Muskelhaut, die Schnittfläche gleichmäßig, grau oder rosig, seltener elfenbeinartig oder knorpelig mit zahlreichen hämorrhagischen Infarcten. Die am stärksten infiltrirte Stelle ist die härteste. Hat die Infiltration die Blaseschleimhaut erreicht, so bilden sich auf derselben bläuliche Höcker oder papillenartige Wucherungen, die später geschwürig zerfallen können. Selten breitet sich diese Form auf die Umgebung aus. Die Infiltration kann die verschiedensten Stellen der Blasenwand betreffen. Die infiltrirte Blase bildet in der Unterbauchgegend eine Geschwulst von der Form der gefüllten Blase, die auffallend hart und unverschiebbar ist, ihre Oberfläche ist gleichmäßig unempfindlich oder wenig schmerzhaft. Druck erzeugt nicht das Gefühl des Harndranges. Die Blasenöhle ist verkleinert, die Größe der Geschwulst nimmt nach Katheterismus nicht sonderlich ab. Die Untersuchung zeigt auch an der Innenfläche größere, manchmal knorpelige Härte. Folge der mangelhaften Ausdehnbarkeit der Blase ist häufiger, sich immer mehr steigender Harndrang. Der Drang und die Entleerung der Blase sind äußerst schmerzhaft; die Kranken werden auch außer der Zeit von Schmerzen gequält. Dieses Zeichen ist für die Diagnose besonders wichtig. Die Schmerzhaftigkeit tritt hervor, wenn die Muskelhaut der Blase infiltrirt wird. Für die Diagnose wichtig ist die Infiltration der Drüsen an der Theilungsstelle der Arteriae und Venae iliacae und der Drüsen längs der Wirbelsäule. Differentialdiagnostisch kommen Hypertrophie der Musculatur und Phlegmone des Cavum praevesciale in Betracht. Die Prognose ist ungünstig, da die Kranken meist spät zur Beobachtung gelangen. Die Behandlung kann nur in Resection der Blasenwand bestehen. Sind die Drüsen infiltrirt, dann kommt bloß palliative Behandlung in Betracht, die im Anlegen einer Bauch-Blasenfistel besteht. Vortr. hat zwei einschlägige Fälle beobachtet.

Notizen.

Wien, 23. Februar 1901.

(Wiener med. Facultät.) Die Neubesetzung der durch ALBERT'S Tod vacanten Lehrkanzel für Chirurgie ist erfolgt. Conform dem Vorschlage der Majorität des Professorencollegiums wurde der derzeitige ordentliche Professor der Chirurgie an der Königsberger Universität Dr. ANTON Freih. v. EISELSBERG in gleicher Eigenschaft an die Wiener Universität berufen. In jungen Jahren — der neuernannte Kliniker hat das vierte Decennium seines Lebens erst kürzlich zurückgelegt — übernimmt EISELSBERG die Leitung der ersten chirurgischen Klinik, an welcher ALBERT, DUMREICHER, WATTMANN und KERN gelehrt und gewirkt, nachdem er, ein Schüler BILLROTH'S aus dessen letzter Lebensperiode, binnen kurzer Frist dem Lehrkörper der Utrechter, sodann der Königsberger Hochschule — an letzterer als Nachfolger M. KULICZ'S — angehört. EISELSBERG zählt zu den begabtesten und begeistertsten Jüngern der BILLROTH'schen Schule, aus welcher die derzeitigen Lehrer der Chirurgie an der überwiegenden Mehrzahl der österreichischen Universitäten — so GUSSENBAUER (Wien), WÖLFELER (Prag), HACKER (Innsbruck) — hervorgegangen sind. Seine wissenschaftliche Bedeutung hat EISELSBERG durch Arbeiten begründet, die der Function der Schilddrüse, zumal der physiologischen Deutung der Cachexia strumipriva, sowie bacteriologischen Studien von bleibendem Werthe gewidmet waren. Als Kliniker hat EISELSBERG die Erwartungen voll erfüllt, welche die eminente Lehrbefähigung des jungen Privatdocenten und Assistenten begründet hatte; als Forscher, als Operateur wirkt er im Geiste seines verewigten Lehrers, dessen Jünger fast ausnahmslos die Meisterschaft errungen haben. Möge er lange Jahre in BILLROTH'S Sinne zu lehren berufen sein an der Stätte, an welcher vor wenig Monden noch ALBERT'S classischer Vortrag die Hörer begeistert, ein Erbe

des unerreichten Chirurgen, dessen Schule er entsprossen, wie des unvergeßlichen Lehrers, dessen Nachfolger er geworden!

(Universitäts-Nachrichten.) Der a. o. Professor der Chirurgie an der Universität in Wien Dr. JULIUS HOCHENEGER hat Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors erhalten. — Die Privatdocenten Dr. FRANZ NISSL und Dr. GEORG MARWEDEL in Heidelberg sind zu a. o. Professoren ernannt worden.

(Habilitationen.) Dr. ARTHUR KATZ hat sich als Privatdocent für interne Medicin an der Wiener Universität, Dr. ADAM SOLOWY als Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie in Lemberg habilitirt.

(Jubiläen.) Der ärztliche Verein des II. Bezirkes hat am 21. d. M. das 25jährige Doctorjubiläum seiner Mitglieder BLUM, GLATTAUER, PINSKER, W. POLLACK, STEINBACH, J. STRICKER und WONKA durch einen von zahlreichen Collegen besuchten Festabend in würdigster Weise gefeiert.

(Krankencasse in Baden.) Anlässlich eines vorgekommenen Falles haben sich sämtliche praktische Aerzte des Curcayons Baden bei Wien ehrenwörtlich verpflichtet, eine Stelle bei einer Krankencasse nur auf Grund eines von der Aerztekammer für Niederösterreich genehmigten fixen Vertrages anzunehmen, entsprechend den von dieser Kammer herausgegebenen Directiven zur Abschließung eines Vertrages zwischen einem Arzte und einer Krankencasse. Es ist zu gewärtigen, daß die Krankencassen in allbekannter Weise diesen Beschluß durch Ausnützung der unter den Aerzten herrschenden Concurrenz zu umgehen trachten werden. Die Aerzte Badens geben daher ihren Beschluß hiemit auch allen auswärtigen Collegen bekannt, mit der dringenden Bitte, sich mit ihrem Vorhaben gegebenen Falles solidarisch zu erklären, da eine Ignorirung desselben seitens eines Collegen eine schwere Schädigung der Interessen und des Ansehens unseres Standes nach sich ziehen und gegen die Pflichten der Collegialität sowie gegen die Bestimmungen des Ehrenrathes und der Standesordnung der Kammer verstoßen würde.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt II. Cl. Dr. FRANZ WITEK ist in den Ruhestand versetzt, Oberstabsarzt I. Cl. Dr. JOHANN MÜLLER in den Ruhestand versetzt und ihm der Franz Josephs-Orden verliehen, Oberstabsarzt II. Cl. Dr. MARIUS RANCIN zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 24 in Ragusa und Stabsarzt Dr. KARL KREUTZER zum Garnisons Chefarzte in Arad ernannt worden.

(Auszeichnung.) Der praktische Arzt in Ottensheim Dr. NIKOLAUS AMBOS hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(Antivivisection.) In Berlin rühren sich wieder einmal die Antivivisectionisten. Der bekannte Freiherr von MALTZAHN und Genossen haben dem Herrenhause folgende Interpellation unterbreitet: „Inwieweit hat die Königliche Staatsregierung bereits die Controle über die Vivisectionen verschärft? Ist Bedacht genommen auf eine Controle der Vivisectionen seitens der Thierschutzvereine und auf demnächstiges Verbot aller Vivisectionen?“ Die „Allg. Med. Centr. Ztg.“ bemerkt hiezu treffend: „Um diese kaninchen- und froschfreundliche Bewegung in ihrer ganzen culturfördernden Bedeutung zu würdigen, thut man gut, sich zu vergegenwärtigen, daß sie denselben Kreisen entstammt, die ihren Mitmenschen gegenüber nur ihr Herrenrecht kennen, die als bestes Erziehungsmittel ihrer Landarbeiter die Knute betrachten und mit Inbrunst deren baldmögliche Wiedereinführung herbeisehnen. Auch die bekannten Herren, die ihren dunkler gefärbten Mitbrüdern die europäische Civilisation unter den Einwirkungen des Tropenkollers mehr als einmal in recht merkwürdiger Beleuchtung gezeigt haben, stehen diesen Kreisen zum mindesten sehr nahe. — Dieselben Aristokraten sind es auch, die von jeher als Förderer und Beschirmer jeder Art von Curpuscherei aufgetreten sind. Folgerichtigkeit im Denken und Handeln kann man den Herren jedenfalls nicht absprechen; denn wie sie auf der einen Seite durch ihre Protection der wilden Heilkunde den Aerztestand in seiner wirtschaftlichen Existenz beeinträchtigen, gehen sie nunmehr daran, auf dem Wege der Gesetzgebung die wissenschaftliche Medicin in ihren Grundfesten zu erschüttern.“

(Die Aborte der Eisenbahnzüge) entsprechen durchaus nicht auch nur den billigsten Ansprüchen der Hygiene. Wie der „Gesundheitslehrer“ richtig hervorhebt, fallen die Ausleerungen auf die Schienen oder die Räder, trocknen hier ein und werden dann verstäubt: die Aborte werden oft entgegen der Vorschrift auch während des Zugaufenthaltes auf den Stationen benützt. Diese Uebelstände können besonders zur Zeit einer Epidemie die größten Gefahren hervorrufen. Verf. empfiehlt daher, daß die Bahnwagen Closets irgend welcher Construction mit sich führen, deren Einsatzgefäße die Ausleerungen mehr oder minder geruchlos, in Zeiten von Volksseuchen auch desinficirt, aufbewahren, bis sie an einer Endstation entleert werden. Auch die schlechteren dieser Aborte würden nicht mehr stinken, als jetzt die beschmutzten Wände der Abfalltrichter; den Urin könnte man auf die Strecke laufen lassen.

(Ein panhellenischer medicinischer Congreß) soll — wie wir aus Athen erfahren — im Laufe dieses Jahres daselbst stattfinden. Die Anregung dazu ist von dem Präsidenten der „Medicinischen Gesellschaft“ Athens, dem Physiologen RHIGA NICOLAIDES, ausgegangen. Auf dem Congresse soll eine große Reihe interessanter wissenschaftlicher Fragen zur Verhandlung gelangen, unter anderem die Tuberculose und die Sanatorien für Phthisiker in Griechenland, Alkoholismus, Lepra, Malaria, Schulhygiene, Infectionskrankheiten, Syphilis etc. Auch nichtgriechische Aerzte können gegen Erlag der Theilmertaxe von 15 Drachmen Mitglieder des Congresses werden. Generalsecretär ist Dr. MANGAKIS, Athen, Universitätsstraße 85.

(Statistik.) Vom 10. bis inclusive 16. Februar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7392 Personen behandelt. Hievon wurden 1362 entlassen; 218 sind gestorben (13.79% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, egypt. Augenzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 72, Scharlach 86, Masern 431, Keuchhusten 35, Rothlauf 44, Wochenbettfieber 5, Rötheln 5, Mumps 103, Influenza 33, follicul. Eidehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelauten Jahreswoche sind in Wien 784 Personen gestorben (— 5 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. EDUARD STEINER im 59. Lebensjahre; in Budapest der pensionirte Ministerialrath und ehemalige Leiter der Sanitätssection im Ministerium des Innern Dr. LEOPOLD GROSZ, 74 Jahre alt; in Prag Dr. VLADIMIR PREININGER im jugendlichen Alter von 35 Jahren; in Göttingen der Professor der Pharmakologie und Toxikologie Dr. THEODOR HUSEMANN im 69. Lebensjahre; in Heidelberg der Professor der Augenheilkunde LEOPOLD WEISS, 51 Jahre alt; in Elster der Wiesbadener Badearzt Dr. SIEGFRIED HAHN; in Kiel der Assistent des hygienischen Institutes Dr. JULIUS HOMANN an den Folgen einer Laboratoriumsinfektion mit Typhusbacillen; in St. Petersburg der bekannte Pathologe Prof. W. PASCHUTIN; in Warschau der Augenarzt und Redacteur der „Kronika lek.“ Dr. BRONISLAW WAGNER und der Gynäkologe Dr. CASIMIR KRAKOW, beide im jugendlichen Alter von 34 Jahren.

Wintercur in den Thermen von Baden bei Wien. Wir machen aufmerksam, daß für die Thermalbehandlung in Baden bei Wien, wie seit Jahren auch im Winter 1900–1901 vorgesorgt ist. Die Badecur wird in den Bassins des Antonbades, des Herzogsbades und der Theresienbäder (Separatbäder) gebraucht, welche von der Ursprungsquelle aus (34.8° C.) gespeist werden und mit dem für den Winteraufenthalt bestimmten städtischen „Herzogshofe“ (45 Zimmer) durch ein System erwärmter Corridore verbunden sind. — Näheres in der Curschrift: „Der Curort Baden bei Wien in Wort und Bild“, Wien, Deuticke, 1900, welche allen Aerzten von der Badener Curcommission kostenfrei zur Verfügung gestellt wird.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 25. Februar 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. TELEKY.

Programm:

Prof. Dr. A. ELSCHNIG: Die Massage in der Augenheilkunde.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat., der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber die Bedeutung atypischer Initialsymptome bei der tuberculösen Meningitis. Von Dr. JULIUS ZAPPERT. — Aus dem Rudolfinerhaus in Wien. Ueber Belastungstherapie. Von Dr. ARTHUR FOGES. — **Referate.** A. WASSERMANN und A. SCHÜTZE (Berlin): Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. — UHLENHUTH (Greifswald): Eine Methode zur Untersuchung der verschiedenen Blutarten, im besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes. — ARTHUR KELLER (Breslau): Malzsuppe in der Praxis. — R. KUTNER (Berlin): Ueber Druckspülung zur Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe. — SOXHLET (München): Ueber die künstliche Ernährung des Säuglings. — KEHR (Halberstadt): Ueber Recidive nach Gallensteinoperationen. — **Literarische Anzeigen.** Die Prophylaxe in der Chirurgie. Von Prof. Dr. A. HOFFA in Würzburg und Dr. A. LILLENFELD, Assistent an Prof. Dr. HOFFA's Klinik. — Grundriß der inneren Medicin. Für Aerzte und Studierende. Von C. LIEBERMEISTER. — **Feuilleton.** Die Verwendung von Laien in der ärztlichen Praxis. Von Dr. ANTON BUM. — **Kleine Mittheilungen.** Orezinum tannicum in der Kinderpraxis. — Erfolge der operativen Therapie bei BASEDOW'scher Krankheit. — Kühsalben. — Heißluftdouche bei Augenkrankheiten. — Hedonal. — Zur Behandlung gewisser Formen von Magenerweiterung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXII. — **Wiener medicinischer Club.** (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Ein-gesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die Bedeutung atypischer Initialsymptome bei der tuberculösen Meningitis.

Von **Dr. Julius Zappert.** *)

Es ist eines der traurigsten Capitel ärztlicher Behandlung und wohl auch ärztlicher Diagnostik, das mit dem Namen der tuberculösen Meningitis verknüpft ist. Das geringe Ausmaß unserer ärztlichen Hilfe bei dieser Krankheit brauche ich Ihnen nicht weiter auszumalen; wenn auch FREYHAN und Andere gelegentlich bei günstig endigenden Fällen den Tuberkelbacillus in der Lumbalpunkctionsflüssigkeit nachgewiesen haben, so sind solche Befunde selten und unsicher und die Diagnose „Tuberculöse Meningitis“ ist gleichbedeutend mit einem Todesurtheil.

An der Diagnose hängt also sozusagen das ganze Geschick des kranken Kindes. Wir klammern uns an die Hoffnung, unsere Meningitis-Diagnose sei eine falsche, wir verbringen aufgeregte Stunden, wenn wir die Befürchtung hegen, hinter einem als leichten Magencatarrh hingestellten Krankheitsbilde könne sich eine Meningitis verbergen.

Ich will es hier nicht als meine Aufgabe betrachten, Ihnen solche Fälle von Hirnerkrankungen vorzuführen, welche Aehnlichkeit mit der bacillären Meningitis aufweisen, sondern mein Augenmerk auf solche Symptome richten, welche den thatsächlichen Eintritt des gefürch-

teten Krankheitsbildes gelegentlich kennzeichnen. Trotzdem kann ich eine Besprechung der Meningitis nicht vorübergehen lassen, ohne auf die außerordentlichen diagnostischen Fortschritte hinzuweisen, welche die Lumbal-punction uns gerade bei Beurtheilung der Hirnhautentzündung geliefert hat.

Aus einer überaus reichlichen Menge neuerer Untersuchungen geht mit größter Wahrscheinlichkeit hervor, daß bei schweren Krankheiten des Kindesalters theils toxische, theils bacterielle Affectionen der Hirnhäute nicht gar so selten sind und dann oft, wenn auch nicht immer, zu ausgesprochenen cerebralen Krankheitsbildern führen. In welchem neuen Licht werden durch solche Beobachtungen nicht die so oft beschriebenen, mit der Localerkrankung nicht recht übereinstimmenden stürmischen Symptome bei Pneumonie, bei Typhus, bei Darmkatarrhen gebracht! Vielleicht ist hier der Angelpunkt für die Erklärung mancher räthselhaften Convulsionsformen des Kindesalters gegeben. Der erste Schritt hiezu ist schon durch FINKELSTEIN gemacht worden, welcher nachgewiesen hat, daß die hyperpyretischen Krämpfe, welche namentlich nach Keuchhusten kleine Kinder befallen, den Ausdruck einer serösen Meningitis darstellen. Auch der von PFAUNDLER gebrachte Nachweis von Mikroorganismen in der Cerebrospinalflüssigkeit schwer atrophischer Kinder wird sicherlich noch eine klinische Bedeutung erlangen.

Diese Formen der Meningitis kommen jedoch, so wichtig sie auch sein mögen, bei der Differentialdiagnose gegenüber der tuberculösen Meningitis nicht so sehr in Betracht, weil sie oft Begleiterscheinungen anderer schwerer Krankheiten sind und meist einen von der tuberculösen Meningitis recht verschiedenen Symptomen-complex darstellen. Eher haben die eiterige und namentlich die epidemische Cerebrospinal-Meningitis eine diffe-

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctorencollegium“ am 14. Jänner 1901.

rentialdiagnostische Wichtigkeit. Fürchten Sie nicht, meine Herren, daß ich Sie mit den bekannten, freilich nicht allzu verlässlichen differentiellen Merkmalen dieser verschiedenen Krankheiten aufhalten werde. Ich will nur auch hier mit vollem Nachdruck auf den Werth der Lumbal-punction hinweisen, indem gerade bei der tuberculösen Hirnhautentzündung sich die Punctionsflüssigkeit durch ihre wasserklare, erst beim Stehen feine Gerinnsel absondernde Beschaffenheit von dem trüben Aussehen bei eiteriger und cerebrospinaler Meningitis auszeichnet, so daß selbst ohne bacteriologische Untersuchung die Diagnose wesentlich beeinflußt werden kann.

Zu diesem Hilfsmittel wird aber der Praktiker doch nur in der Minderzahl von Fällen greifen und sich meist nach der Symptomatologie entscheiden müssen, ob er bei einem zweifelhaften Falle meningealer Erkrankung Hoffnung hat, die gefürchtete Diagnose einer tuberculösen Meningitis gegen jene einer anderweitigen, nicht so gefährlichen Form von Hirnhaut- und Hirnsubstanzentzündung zu vertauschen. Leider ist dies immer noch die Minderzahl der Fälle und meistens werden wir nach wenigen Stunden oder Tagen des Zweifels die Initialsymptome der tuberculösen Meningitis richtig zu deuten wissen. Diese Zeit banger Erwartung bleibt uns aber selten erspart, denn die ersten Zeichen dieser Erkrankung sind oft genug unklar und vieldeutig.

Gewöhnlich ist eine Aenderung des psychischen Verhaltens der Kinder das erste Symptom, welches den besorgten Eltern auffällt. Die Kinder werden mürrisch, mißlaunig, verlieren die Lust am Spiel, an der Unterhaltung mit Eltern und Geschwistern, sie werden reizbar, beginnen beim kleinsten Anlasse in langgezogenen kläglichen Tönen zu weinen, sie sind lichtscheu und sitzen ruhig und theilnahmslos im dunkeln Winkel des Zimmers. Der Appetit hat stark gelitten, die Stuhlentleerung ist angehalten. Allmählig entwickelt sich jene Symptomtrias, welche man gewöhnlich als die charakteristischen Anfangszeichen der Krankheit auffaßt: Kopfschmerz, Erbrechen, Pulsverlangsamung.

Aber wie wenig verlässlich sind doch diese Krankheitsäußerungen. Bei jedem „verdorbenen Magen“ — und dieser kommt ja vor Allem in differentialdiagnostische Erwägung — können sich neben dem Erbrechen Kopfschmerzen einstellen, ja für gewisse, allerdings mehr chronische Formen von Gastricismus gehört die Cephalaea zu den häufigst wiederkehrenden Symptomen. Und die Pulsarythmie ist, wie dies unter Anderem HEUBNER bei der Wiener Naturforscherversammlung in einer hübschen Studie dargelegt hat, ein überaus häufiges Begleitsymptom verschiedener Kinderkrankheiten, unter denen Störungen von Seiten des Verdauungssystems wohl in erster Reihe stehen.

Sie sehen also, meine Herren, wie wenig verlässlich diese sogenannten Initialsymptome der tuberculösen Meningitis sind, und ich will Ihnen offen gestehen, daß ich nach mannigfachen Erfahrungen auf diesem Gebiet zu dem Standpunkt der alten Aerzte zurückgekehrt bin, mich von dem Gesamteindruck des Kindes, seinem psychischen Verhalten, seiner eigenthümlichen Bläße und Verfallenheit bei der Meningitis-Diagnose eher leiten zu lassen als von den vorerwähnten Symptomen. Allerdings, wenn alle diese Kennzeichen zusammentreffen, wenn Neuritis optica, wenn Nackensteifigkeit hinzutreten, dann besteht nicht mehr länger ein Zweifel an der Diagnose und damit an der hoffnungslosen Prognose.

Man sieht nun manchmal, und das ist das eigentliche Thema meines heutigen Vortrages, daß sich gleich im Beginne einer Meningitis gewisse Cerebralsymptome einstellen, welche uns die Beurtheilung der Krankheit erleichtern und deren Kenntniß, trotzdem sie unter Anderem im Jahre 1887 von R. HIRSCHBERG („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 41) bereits eingehende Würdigung erfahren haben, wenig verbreitet ist. Es

handelt sich um isolirte oder verbreitete Paresen mit schleichendem oder plötzlichem Beginn, JACKSON-Epilepsien, um allgemeine Convulsionen, sensible Störungen etc. Scheinbar regellos treten derartige Symptome in den allerersten Stadien einer tuberculösen Meningitis auf, ja sie leiten dieselbe oft ein, bevor irgend ein anderes Merkmal dieser Krankheit zu finden gewesen ist. Ich habe bereits vor einigen Jahren ein einzelnes dieser Symptome näher studirt, nämlich die Hemiplegie, und auf Grund mehrfacher Autopsien deren anatomisches Substrat klarzulegen versucht. Ein recht lehrreiches Material, welches ich seitdem zu sehen Gelegenheit gehabt, bietet mir Anlaß, näher auf diese Sache einzugehen, wobei ich mir selbstverständlich die Verwerthung mancher Literaturangaben¹⁾ nicht entgehen lasse. Es zeigt sich hiebei, daß in der scheinbaren Unordnung atypischer Meningitissymptome eine gewisse Gesetzmäßigkeit zu finden ist, welche interessante Schlüsse auf die Localisationslehre der Großhirnrinde ermöglicht.

Vergegenwärtigen wir uns, meine Herren, den anatomischen Proceß, welcher der tuberculösen Meningitis zugrunde liegt. An einer bestimmten Stelle der Großhirnoberfläche entsteht ein Exsudationsproceß der Pia mater mit Bildung der charakteristischen Tuberkelknötchen. Unter allmählicher Zunahme dieses Exsudates an der Stelle seines ersten Auftretens erfahren die zunächst gelegenen Partien der Hirnrinde, resp. die von der Exsudation betroffenen Hirnnerven, eine Läsion, welche sich durch Erkrankungszeichen von Seiten dieser Hirnpartien kundzugeben pflegt. Der Entzündungsproceß der weichen Hirnhaut nimmt allmählig an Intensität und Extensität zu. An der erst betroffenen Stelle wird demgemäß die Menge des Exsudates, die Größe der Tuberkelknötchen wachsen, die darunter liegenden Hirntheile werden nicht selten in ihrer Structur schwer geschädigt, sie zeigen Erweichung, encephalitische Veränderungen. An solchen Stellen, welche erst im Verlaufe der Erkrankung von Entzündungsprocessen getroffen werden, ist naturgemäß die Exsudation geringer, die Tuberkeleruption spärlicher, die Betheiligung der Hirnsubstanz minimal. Andere Partien der Gehirnoberfläche zeigen noch gar kein Exsudat. Die Pia ist nur hyperämisch, ödematös.

Haben wir also ein Gehirn eines complicirteren Meningitisfalles vor uns, so wird der geübte Anatom uns schwer erkennen können, welchen Verlauf der Entzündungsproceß auf der Hirnoberfläche genommen, er wird uns, die einzelnen Etappen des Entzündungsvorganges in die zeitliche Reihenfolge der Symptome umdeutend, geradezu eine Krankengeschichte des obducirten Falles aufrollen.

Für die typische, an der Basis beginnende Meningitis kann allerdings unser Interesse an einer solchen anatomischen Deutung der Symptome kein allzu großes sein. Wenn der basale Proceß bereits so weit fortgeschritten ist, daß die Hirnnerven, das Athemcentrum in Mitleidenschaft gezogen sind, dann ist unsere Diagnose schon längst befestigt. Ich will Ihnen auch nicht verhehlen, daß die localisatorische Deutung einzelner dieser regelmäßigen Meningitissymptome noch keineswegs sehr sichergestellt ist und weiterer Untersuchungen bedarf.

Anders steht aber die Sache, wenn der meningeale Exsudationsproceß an einer anderen Stelle der Gehirnoberfläche seinen Anfang nimmt. Dann wird es zuerst zu Symptomen kommen, welche direct mit der Erkrankung dieser bestimmten Stelle in Beziehung stehen. Bei stürmischem Einsetzen der Entzündung werden sich Reizungs-

¹⁾ Die citirten Fälle stammen meist aus der oben erwähnten Arbeit HIRSCHBERG's. In meiner Arbeit „Ueber Hemiplegie bei der tuberculösen Meningitis“, „Jahrbuch f. Kinderheilkunde“, XL, 1895, finden sich weitere Literaturangaben.

erscheinungen einstellen, etwa so, als ob die betreffende Stelle mit dem elektrischen Strom berührt worden wäre; bei langsamerer Entwicklung des Exsudats werden wir Lähmungen beobachten können, so wie wenn wir einen allmählich wachsenden Druck auf diese Rindenpartien ausüben würden.

Selbstverständlich können Reizungs- und Lähmungssymptome in mannigfacher Weise sich combiniren. Es kann nach einem Krampf eine Parese eintreten, es kann bei bestehender motorischer Schwäche etwa einer Extremität eine im Centralorgan benachbarte Partie mit Zuckungen erkranken — kurz, es kann eine Fülle wechselnder Merkmale sich darbieten, die uns als atypische Initialsymptome einer Meningitis imponiren.

Wollen Sie mir nun, meine Herren, an der Hand einer zum Theile selbst beobachteten Casuistik auf dem Wege folgen, welchen uns Anatomen und Physiologen führen. Wir wollen uns fragen, was für klinischen Symptomen wir begegnen müssen, wenn bestimmte Partien der Großhirnoberfläche primär von der Exsudation befallen werden, und wir wollen sehen, ob diesen auf pathologische Voraussetzungen sich stützenden Typen auch thatsächlich klinische Beispiele entsprechen.

Nehmen wir vorerst an, die ganze Convexität werde, etwa durch miliare Aussaat von Tuberkelbacillen, von der Exsudation befallen. Nach unseren geläufigen Anschauungen reagirt die Hirnrinde auf einen ausgedehnten Reiz klinisch mit Krämpfen, wobei wir es dahingestellt sein lassen wollen, ob dieselben durch directen Reiz der Rinde oder durch den Wegfall corticaler Hemmungen zustande kommen. Ein Individuum mit rasch eingetretener allgemeiner Convexitätsmeningitis müßte also zunächst an allgemeinen Convulsionen erkranken. War eine bestimmte, stärker erkrankte Stelle der Großhirnrinde der Ausgangspunkt der Krämpfe, so müßten nach Ablauf derselben Reizungs- oder Lähmungserscheinungen derjenigen Körpertheile zurückbleiben, welche in der betreffenden Rindenpartie ihr corticales Centrum besitzen. Ist die Hirnoberfläche gleichmäßig befallen, so können die Krämpfe ohne nachfolgende Localsymptome vorübergehen. Finden wir etwas derartiges am Krankenbette?

Ich habe folgenden Fall gesehen:

Ein fünfjähriger Knabe erkrankt an zwei kurz hintereinander folgenden Anfällen allgemeiner Convulsionen. Nach demselben tritt ein Zustand scheinbaren Wohlbefindens ein. Es besteht weder Erbrechen, noch Kopfschmerz, noch Pulsverlangsamung; das Kind spielt, nimmt Nahrung, nur das mürrische, traurige Wesen, ein leichter Grad von Unorientirtheit, geringe Herabsetzung des Appetits, starke Obstipation warnten uns davor, den Knaben als gesund anzusehen. Nach fast 14tägiger Dauer dieses Zustandes erkrankte das Kind rasch an typischen Meningitissymptomen und starb nach abermals 14 Tagen, ohne daß es noch einmal zu Krämpfen gekommen wäre. Die Obduction ergab eine subacute Meningitis der Convexität, eine acute der Basis.

Die primäre Erkrankung der Convexität hat demnach in den 2 Wochen der basalen Affection vorangegangenen Convulsionen ihren klinischen Ausdruck gefunden. Symptomatologie und Obductionsbefund decken sich also in ihren zeitlichen Beziehungen vollständig.

Wir sehen also — wie ja schon genügend bekannt —, daß allgemeine Convulsionen die Meningitis einleiten können, und wir haben hiefür in einem früheren Ergriffensein der Gehirnconvexität — wenigstens für eine Reihe von Fällen — die Ursache zu erblicken.

Gewöhnlich ist aber nicht die ganze Gehirnoberfläche, sondern eine bestimmte Stelle derselben Ausgangspunkt der Convexitätsmeningitis.

Indem wir die motorischen Bezirke der Gehirnrinde in dieser Richtung studiren wollen, beginnen wir mit einem recht augenfälligen Beispiel.

Wir wissen, daß das motorische Sprachcentrum in dem vorderen Theil der unteren Stirnwindung an der linken Hemisphäre sich befindet, in der sogenannten Broca'schen Sprachwindung.

Bildet sich an dieser Stelle ein meningealer Erkrankungsherd, so wird unbedingt motorische Aphasie die Folge sein. Dabei kann es aber nicht bleiben. Vergewärtigen Sie sich nur an der Hand vorliegender Tafeln, welche wichtige Centren sich in der nächsten Nähe des motorischen Sprachcentrums befinden. Wir sehen hier — um nur die markantesten hervorzuheben — am Fuße der Centralwindungen das Centrum der Gesichtsbewegungen, etwa in der Mitte derselben das Centrum der oberen Extremität, im obersten Antheile, sowie im Lobulus paracentralis die verschiedenen Centren des Beines. Wenn sich also der Exsudationsproceß, welcher anfangs nur das Sprachcentrum betroffen hat, ausbreitet, so müssen naturgemäß andere, höchst wichtige motorische Centren ergriffen werden, wobei zuerst die obere Extremität, dann die untere Extremität Störungen aufweisen müssen.

Wie deutlich sich dieses Verhalten in der Klinik der Meningitis ausprägen kann, will ich Ihnen an einem selbst beobachteten Beispiele beweisen.¹⁾

Ein 7^{1/2}jähriger Knabe erkrankte plötzlich ohne Bewußtseinsverlust an Aphasie, sowie an einer wenig ausgesprochenen Parese des Facialis, sowie des Armes; hingegen war das Bein unbetheiligt, das Gehvermögen unbehindert. Auf die Gehirnoberfläche übertragen, bedeutet das eine starke primäre Exsudation über der Broca'schen Windung mit geringerer Betheiligung des benachbarten Facialis- und Armcentrums. In dem diesem Anfall folgenden Tagen traten unbestimmte, allgemeine Meningitissymptome auf, die Aphasie blieb unverändert. Plötzlich stellte sich am 5. Aphasietag ein Anfall rechtsseitiger Zuckungen ein, welcher die Extremitäten, den Facialis und die Augenmuskeln betraf, es bestand hiebei Bewußtlosigkeit. Nach demselben blieb eine rechtsseitige Parese zurück, die am Facialis am stärksten, am rechten Arm schwächer, am rechten Bein am geringsten war. Wir haben es also hier anscheinend mit einem Fortschreiten des Exsudationsprocesses über die rechte Convexität zu thun, wobei das dem Sprachcentrum zunächst gelegene Facialiscentrum am stärksten betroffen wird. Die weitere Krankengeschichte ist die typische der Meningitis. Die Aphasie bestand fort, die rechtsseitigen Convulsionen wiederholten sich mehreremale. Seltsamer Weise stellten sich in den letzten Tagen des Lebens linksseitige Krämpfe sowie athetotisch zuckende Bewegungen des linken Armes ein. Diesen — mir nach einer früheren Erfahrung nicht ganz unerwarteten — Befund konnte man in Consequenz unserer Localisationshypothese etwa so auffassen, daß das Exsudat, das die linke Hemisphäre und die Basis bereits ergriffen hatte, nun noch über die rechte Hemisphäre sich ausgebreitet habe.

Der anatomische Gehirnbefund bestätigte unsere Annahmen vollinhaltlich: Das massigste, mit den größten Tuberkelknötchen versehene Exsudat befand sich in der Umgebung der linken Fossa Sylvii, also auch über der Broca'schen Windung; reichlich, aber frischer war die Exsudation an der Basis, spärlich, nur vereinzelte kleine Knötchen aufweisend, in der Gegend der rechten Sylvischen Spalte.

Sie sehen also, wie klar sich aus diesem anatomischen Bilde die einzelnen Etappen des Krankheitsverlaufes ableiten lassen.

Aus der Literatur könnte ich Ihnen ähnliche Beobachtungen anführen.

Aphasie mit nachfolgenden Functionsstörungen der Extremitäten ist also ein weiteres atypisches Meningealsymptom.

¹⁾ Vorge stellt im Wiener Verein für Neurologie und Psychiatrie, 1900.

Wir wollen weitergehen. In nächster Nähe des Sprachcentrums finden wir das Centrum für die Gesichtsmusculatur. Wenn dieses primär erkrankt, so wird vorerst contralaterale Facialislähmung eintreten, die möglicherweise von Reizungssymptomen (Zuckungen) im erkrankten Gebiet eingeleitet wird. Das Fortschreiten der Exsudation über die Gehirnoberfläche muß ebenso wie bei der Aphasie wichtige motorische Centren in Mitleidenschaft ziehen; nach oben hin das der oberen Extremität, nach unten — auf der linken Hemisphäre — das Sprachcentrum.

Wir können daher bei primärer centraler Facialislähmung jedenfalls eine Mitbetheiligung des Armes erwarten, dürfen jedoch eine Aphasie nur dann in den Bereich der Möglichkeit ziehen, wenn die Facialislähmung rechts ist.

Ein hübsches Beispiel dieser letzten Art bringt HUGUENIN (citirt nach HIRSCHBERG).

Ein 35jähriger, schwer tuberculöser Mann erkrankt nach kurzem cerebralen Prodromalstadium plötzlich an rechtsseitiger Facialisparese, 2 Tage später gesellt sich ebenso rasch Aphasie hinzu; hingegen bleiben die Extremitäten auch im weiteren Krankheitsverlaufe frei. Die Obduction ergibt eine Convexitätsmeningitis links mit besonderer Betheiligung der an der Sylvischen Furche gelegenen Partien.

Hingegen finden wir in einem Falle COLBERG's wohl den Beginn der Erkrankung im linken Facialis, sowie ein Uebergreifen auf die obere und weniger ausgeprägt die untere Extremität, während die Sprache mit Rücksicht auf den Krankheitssitz auf der rechten Hemisphäre intact blieb.

Ein drittes ungewöhnliches Initialsymptom der tuberculösen Meningitis haben wir also in Facialislähmung zu erblicken.

Es ist Ihnen, meine Herren, nun schon recht klar, wie sich klinisch die Erkrankung der Meningen über dem Centrum der oberen Extremität gestalten wird. Entweder mit Reizungserscheinungen — allgemeinen Convulsionen, JACKSON-Epilepsie oder zuckenden, resp. tremorartigen Bewegungen —, oder mit Parese einsetzend, wird dieselbe sofort oder binnen Kurzem das Facialiscentrum sowie die corticale Centralstelle der unteren Extremität in Mitleidenschaft ziehen; sitzt der Krankheitsproceß links, so kann es auch zu Aphasie kommen.

Beispiele dieser Art könnte ich Ihnen nicht nur aus eigener Erfahrung, sondern auch aus den Arbeiten HIRSCHBERG's, CHANTEMESSE's („Thèse de Paris“, 1884) und anderer in genügend reichlicher Zahl bringen.

Hier seien nur einige charakteristische Fälle citirt.

1. Beobachtung HIRSCHBERG's (Fall I). Bei einer 21jährigen Pat. tritt eine schleichende Parese des rechten Armes auf, die auf diese Extremität auch weiterhin beschränkt bleibt. Unter ausgesprochenen Meningitissymptomen geht die Pat. zugrunde. Die Obduction weist einen meningo-encephalitischen Herd entsprechend dem Armcentrum sowie allgemeine Meningitis tuberculosa auf. In diesem Falle hatte die Krankheit langsam begonnen und war anscheinend lange localisirt geblieben, so daß es nur zu Ausfallserscheinungen entsprechend der zuerst betroffenen Hirnrindenpartie gekommen war.

2. Beobachtung CHANTEMESSE's (Observation III). 26jähriger tuberculöser Mann. Allmälige Parese des linken Armes, später geringere Schwäche des gleichseitigen Beines. Zunehmende Meningitissymptome. Terminale Convulsionen mit Freibleiben der linken Seite. Meningitische Herde im mittleren und oberen Theil der Centralwindungen.

3. Beobachtung CASPARI's („Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte“, Nr. 15, 1883). Nach vorangegangenen Anfällen von Kopfschmerzen und Zuckungen der rechten Hand stellen sich bei einem 14jährigen Knaben Sprachstörungen, rechtsseitige Facialisparese und Armschwäche ein. Die Obduction deckt meningitische Herde im unteren Theil der Centralwindungen sowie an der Wurzel der 3. Stirnwindung auf, d. i. Facialis,

Hand- und Sprachcentrum. Die oberen Partien der Centralwindungen (Bein) waren frei.

4. Eigene Beobachtung. Vielleicht im Anschluß an ein Kopftrauma treten bei einem 2jährigen Knaben plötzlich linksseitige Convulsionen auf, nachher Parese des linken Armes, weniger des Facialis und Beines. Die Paresenerscheinungen gehen in den nächsten Tagen zurück, das Kind fühlt sich so wohl, daß es von der Mutter aus dem Spitale verlangt wird. Wenige Tage später charakteristische initiale Meningitissymptome, die rasch an Deutlichkeit zunehmen. Auch hier treten einige Tage ante mortem Zuckungen auf die nur auf die rechte, bisher gesunde Seite beschränkt sind. Die Obduction wies — wie zu erwarten — eine starke, ältere Exsudation am unteren Theil der rechten Hemisphäre (bei linksseitiger Betheiligung hätte es bei diesem Sitze auch zu Aphasie kommen müssen), sowie das bekannte sulzige Basalexsudat auf. Auch über die linke Fossa Sylvii hatte sich das Exsudat hingezogen, und in dieser Localisation ist — wie ich schon erörtert — möglicherweise die Entstehung der rechtsseitigen terminalen Krämpfe zu suchen.

Die Initialerscheinungen von Seiten des Armes können — wie Sie schon aus diesen wenigen Beispielen sehen — recht mannigfaltig sein. Isolirte, zunehmende Paresen, Zuckungen des Armes, allgemeine Convulsionen mit zurückbleibenden Schwächeerscheinungen vorwiegend im Arm können die ersten Zeichen der Hirnhautentzündung sein. Selten, bei besonders protrahirtem Verlauf, bleibt die Erkrankung auf den Arm beschränkt, indem die anderen motorischen Hirnbezirke nur so allmählig von einem mäßig starken Exsudat überzogen werden, daß es weder zu Reizungs- noch zu Lähmungssymptomen gekommen ist. Häufiger treten bald Reiz- oder Ausfallssymptome der benachbarten Centren, des Facialis, der Sprache, der unteren Extremität hinzu und nicht selten bildet sich eine völlige Hemiplegie aus.

In ganz derselben Weise sind solche Fälle zu erklären, bei denen die Centren der unteren Extremität primär erkranken. Bleibt die Erkrankung auf die obersten Theile der Centralwindungen, resp. den Lobulus paracentralis beschränkt, so äußert sich dies klinisch in der alleinigen Betheiligung des Beines (Beobachtung von BOUYGUES), geht dieselbe auf die mittleren Partien der Centralwindungen über, so wird auch der Arm derselben Seite in Mitleidenschaft gezogen (Beobachtung von BARÉE & DU CASTEL); bei weiterem Fortschreiten kann auch der Facialis (CHANTEMESSE), endlich — bei ausgebreitetem linksseitigen Exsudat — auch das Sprachcentrum geschädigt werden (CHANTEMESSE). (Schluß folgt.)

Aus dem Rudolfinerhause in Wien.

Ueber Belastungstherapie.

Von **Dr. Arthur Foges.** *)

Die conservative Gynäkologie, welche in den letzten zwei Jahrzehnten durch die glänzenden Erfolge der operativen Technik vielfach eingeengt wurde und heute selbst bei der Behandlung der entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitales eine geringere Rolle spielt, hat durch die Belastungstherapie ein neues, freilich noch wenig benütztes Hilfsmittel erhalten.

Unter Belastungstherapie, wie HALBAN¹⁾ kurz das von FREUND²⁾ im Jahre 1897 angegebene Verfahren nennt, wird die Anwendung eines constanten Druckes auf die Beckenorgane von der Vagina und vom Abdomen aus verstanden.

*) Vortrag, gehalten im „Wiener med. Club“ am 13. Februar 1901.

¹⁾ „Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie“, 1899, Bd. X.

²⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1897.

ASPIRIN.

FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & Co.,
ELBERFELD.

Bei allen Krankheiten, bei welchen bisher Salicylsäure und salicylsaures Natron in Anwendung kamen, also insbesondere bei acuter und subchronischer Polyarthrit, Pleuritis sicca, Synovitis, Torticollis rheumaticus, Rheumatismus muscularis, Arthritis nodosa, etc., hat sich das Aspirin in Folge seiner vielen Vorzüge als ein vollwertiger Ersatz für die genannten Salicylate erwiesen. Auch bei einer Reihe specieller Indicationen hat es sich — z. T. besser als Natriumsalicylat — bewährt, so bei *Ischias in frischen Fällen* (*Lehmann, Dengel, Kölig, Valentin*), bei *Lumbago* (*Piotrowski*) bei *Angina, Influenza und anderen sogenannten „Erkältungskrankheiten“* (*Habermann, Grawitz, Weiss, Witthauer, Valentin, Brunner*) ferner bei *rheumatischen Augenaffectionen*, wie Glaukoma, Scleritis, Iritis rheumatica (*Wolffberg, Schmeichler, Wicherkiewicz*), u. s. f.

Vermöge seiner stark diaphoretischen Wirkung lässt sich das Aspirin bei *exsudativer Pleuritis und Ascites*, zur Einleitung der Resorption seröser Exsudate, mit Vorteil verwenden (*Grawitz, Friedeberg*), desgl. bei *Erythema nodosum* (*Brunner*) und bei *seröser Gelenkentzündung nach Scharlach*, wobei dem Mittel überdies das Fehlen jeder üblen Wirkung auf Herz und Nierenthätigkeit zu statten kommt (*Valentin*).

Bei *Cystitis* mit alkalischer Harnreaction zeigt es prompte Wirkung (*Müller*) und kann, vermöge seiner Eigenschaft, dem Urin stark saure Reaction zu erteilen, auch als vorzügliches Prophylacticum gegen das Zustandekommen einer Cystitis bei *Urethritis posterior* empfohlen werden. (*Finger, Loetsch*).

Auf die hervorragend *analgetische Wirkung* des Aspirins macht insbesondere *Weil* aufmerksam, der in einer Reihe von Fällen **nicht** rheumatischer Natur (Uteruscarcinom, Mastdarmkrebs, Tabes) mit demselben die unerträglichen Schmerzen lindern konnte. Gleiche Beobachtungen machte auch *Witthauer* (bei Carcinom), *Dengel* (bei Ulcus ventriculi), *Valentin* (bei tuberculöser Schultergelenkentzündung, Abscess der Glutäalgegend, Thrombose der Vena femoralis, Sarcom).

Speciell in der Nervenpraxis bei *Trigeminus-, Supraorbital-Neuralgien u. a.* bediente sich *Goldberg* des Aspirins mit eclatantem Erfolge. Gleich gute Wirkung sahen *Habermann, Valentin, Witthauer u. A.* bei *Schmerzen der Kopf- und Intercostalnerven* und bei *Migräne*. Bei einer *Neurasthenie* im vorgeschrittenen Stadium, mit hochgradiger Unruhe, Beängstigungen, Kopfschmerzen,

Blutwallungen und Schlaflosigkeit erzielte *Dengel* mit Aspirin jedesmaliges promptes Schwinden der Erscheinungen und erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes. Auch ein gewisser hypnotischer Effect wurde bei der klinischen Prüfung constatirt (*Habermann, Prausnitz*).

Nach den Beobachtungen *v. Noordens* wirkt die für die meisten Diabetiker so ausserordentlich günstige Einschaltung von 2—3 wöchentlichen Perioden strenger Diät energischer und nachhaltiger auf die Erhöhung der Toleranz Kohlehydraten gegenüber, wenn die Patienten in jenen Perioden gleichzeitig Aspirin (2—3 g.) am Tage nehmen.

Das Aspirin (Essigsäureester der Salicylsäure) bildet weisse Krystallnadelchen vom Schmelzpunkte 135°, welche sich in Wasser von 37° zu 1% lösen.

„Es wird durch Säuren nicht zersetzt, dagegen löst es sich leicht in verdünnten Alkalien und zerfällt darin nach kurzer Zeit in seine beiden Componenten. Der wichtigste Unterschied des Aspirins gegenüber der gewöhnlichen Salicylsäure wäre also der, dass es den Magen nicht angreift, denselben nahezu unverändert passiert und erst im alkalischen Darmsaft, im Blut und in den Gewebslymphen zur Spaltung gelangt“ (*Witthauer*). Daher erklärt denn auch *Wohlgemuth* das Aspirin insofern als ein „verbessertes Ersatzmittel“ für das salicylsaure Natrium, als es, **bei gleicher Heilkraft, die unangenehmen Nebenwirkungen, wie Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, nicht zur Folge hat und fast niemals Intoxicationerscheinungen hervorruft.**

Die Ausscheidung des per os gereichten Aspirins erfolgt langsamer als die des Natrium salicylic., und zwar sowohl durch den Harn, wie durch die Synovia. Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch darin, dass die Ausscheidung durch die Synovia sehr viel länger dauert und intensiver ist, als die durch den Harn (*Filippi*).

Als ganz besonders interessant ist noch hervorzuheben, dass Aspirin und Salicylsäure, in gleichwertigen Concentrationen am isolierten Froschherz geprüft, entgegengesetzt wirken. Während nämlich, wie physiologische Beobachtungen lehren, Salicylate die Arbeitsleistung des Herzens herabdrücken, **wird die Herzarbeit durch Aspirin direct gesteigert** (*Dreser, Impens; — Lengyel, v. Kétly, Liesau*).

Ein nicht zu unterschätzender Vorzug des Aspirins ist schliesslich auch sein **angenehm schwach säuerlicher Geschmack**, gegenüber dem widerlich süss schmeckenden Natrium salicylicum. —

Alle bislang bekannt gewordenen Urteile stimmen darin überein, dass im Aspirin ein Mittel vorliegt, „das von den Patienten gut genommen wird und die volle Salicylwirkung besitzt“; ein Mittel, das die guten erprobten, gewissermassen spezifischen Eigenschaften des Salicyls in sich vereinigt, ohne jedoch dessen bekannte, oft sehr unangenehme und störende Nebenerscheinungen zu zeigen“. „Die Gunst der Aerzte“ — schreibt Dr. *Rölig* am Schluss seiner Arbeit, (*D. M. W. No. 5, 1900*) — „wird es sich um so leichter erobern, als es weder durch den Geschmack, noch durch den Namen sich bei den Patienten als Abkömmling des von ihnen so perhorrescierten Salicyls verrät“.

Dosierung und Darreichung. Als Einzeldosis wird 1,0 g. 4—5 mal täglich gegeben. *v. Kétly* und *Liesau* empfehlen die Darreichung während des Spätnachmittags in stündlichen Intervallen. Durch diese kurze Aufeinanderfolge der Dosen innerhalb der späteren Nachmittagsstunden sahen sie einen besseren Erfolg, als wenn die Einzelgaben über den ganzen Tag verteilt wurden. Auch sicherte diese Ordinationsweise am besten die Nachtruhe. — Dahingegen möchte *Grawitz*, grade beim acuten Gelenkrheumatismus, jede längere Pause in der Darreichung des Mittels vermieden sehen und hält es für zweckmässiger, die 5 g. nicht auf die Tagesstunden allein, sondern auf die ganzen 24 Stunden zu verteilen. Sind, meist nach 2 mal 24 Stunden bei dieser Dosierung, Fieber, Schmerzen, Schwellungen und Allgemeinbefinden gebessert, so folgen dann Tagesdosen von 4, 3, 2 g., welche mehr prophylactisch noch einige Tage weiter gegeben werden.

Man giebt das Pulver entweder trocken und lässt etwas Wasser nachtrinken, oder, sofern der nicht unangenehme Geschmack ein Hindernis bieten sollte, in wenig zuckerhaltiges Wasser eingerührt, unter Zusatz von etwas Citronensaft, in Form eines limonadeartigen Getränkes; eventuell auch in Oblaten.

Rp. Aspirin 1,0 g.
d. t. dos. X.

S.: Nach Vorschrift zu nehmen.

Tablett. Aspirin. cont. 0,5 g. (Originalpackung »Bayer«).

Die gleichzeitige Ordination von Alkalien (Natr. bicarbon., etc.), welche die Spaltung der Verbindung schon vorher einleiten würden, ist zu vermeiden; im Gegenteil wäre bei bestehender Anacidität des Magens die Darreichung des Aspirins in etwas salzsäurehaltigem Wasser anzuraten.

Ueber ASPIRIN liegen bereits etwa 60 Original-Publicationen vor, die sich durchweg in günstigem Sinne äussern, u. a. aus folgenden grösseren **Krankenanstalten**:

- aus der I. med. Universitätsklinik (Geh. Rat Prof. Dr. *v. Leyden*) in Berlin, von Volontärarzt Dr. *Wohlgemuth*. (Therap. Monatsh. No. 5, 1899);
- „ dem Diakonissenhause in Halle a. d. S., von Oberarzt Dr. *Wiltbauer*, (Heilkunde No. 7, 1899 und Therap. Monatsh. No. 10, 1900);
- „ der II. med. Universitätsklinik (Prof. Dr. *v. Kéty*) in Budapest, von Assistenzarzt Dr. *v. Kéty* (Heilkunde No. 1, 1899);
- „ der inneren Abt. des städtischen Krankenhauses in Charlottenburg, von dirig. Arzt Prof. Dr. *Grawitz* (Deutsch. Aerzte-Ztg. No. 6, 1900);
- „ der Universitäts-Poliklinik in Freiburg i. B. (Prof. Dr. *Thomas*), von appr. Arzt Dr. *Masur* (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1900);
- „ der allg. Krankenanstalt in Bremen (Dir. Dr. *Stoebesandt*), von Assistenzarzt Dr. *Liesau* (Deutsch. med. Wochenschr. No. 21, 1900);
- „ der inneren Abt. des Augusta-Hospitals (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ewald*) in Berlin, von Assistenzarzt Dr. *Zimmermann* (Berl. klin. Wochenschr. No. 27, 1900);
- „ der I. med. Abt. des Krankenhauses I./I. (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *v. Ziemssen*) in München, von Assistenzarzt Dr. *Gazert* (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII, H. 2 1900);
- „ der II. med. Abt. des k. k. Krankenhauses Wieden (Prim. Dr. *Frhr. v. Pfungen*) in Wien, von Secundararzt Dr. *Pahr* (Wien. klin. Rundschau No. 39, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause Moabit (Abt. v. Prof. Dr. *Goldscheider*) in Berlin, v. Assistenzarzt Dr. *Kindler* (Fortsch. d. Medic. No. 39, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause am Urban (Hofrat Dr. *Stadelmann*) in Berlin, v. Assistenzarzt Dr. *Valentin* (Deutsche Aerzte-Ztg. No. 20, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause (Abt. v. Prim. Dr. *Liebmann*) in Triest, von Dr. *Brunner*. (Klin.-therap. Wochenschr. No. 44, 1900.)

Ferner haben über Erfahrungen in der **Privatpraxis**: *Lengyel, Weil, Rölig, Habermann, Ruhemann, Goldberg, Lehmann, Friedeberg, Manasse, Weiss, Dengel, Wicherkiewicz*, u. A. Arbeiten veröffentlicht.

Als besonders bequeme und zweckmässige Ordinationsform empfehlen wir unsere Aspirin-Tabletten à 0,5 gr. in „Originalpackungen“ zu 20, 50, 100, etc. Stück. Diese Tabletten zerfallen in Wasser leicht pulverförmig.

Ausführliche Litteratur und Proben, stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.

„Die außerordentliche Einfachheit der Anwendung des Mittels und das Vorhandensein eines augenblicklichen Effectes“ sind, wie FUNKE ³⁾ in seiner ausführlichen Publication über Schrotbelastung sagt, die Gründe gewesen, welche FREUND veranlaßten, eine die Massage ergänzende, und — ich hebe hervor — nicht verdrängende, neue Methode in die Gynäkologie einzuführen; verschiedene Versuche in analoger Richtung waren schon früher von AUVARD, CHROBAK, BOZEMANN, PROCHOWNIK und Anderen gemacht und gleichzeitig, aber unabhängig von FREUND auch von PINCUS ⁴⁾ durchgeführt worden.

Die zuerst bei FUNKE angegebene Technik ist folgende:

„Ein runder Mutterspiegel wird mit einem Condom überzogen in die Vagina eingeführt, der Condom durch den Mutterspiegel mit Schrot ausgefüllt, der Mutterspiegel entfernt; der Schrotbeutel bleibt 2—10—16 Stunden liegen und wird dann durch Zug entfernt.“ Die Belastung von den Bauchdecken aus besorgt ein 1—2 Kgrm. schwerer Schrotbeutel.

Bevor ich mich auf weitere Details der Technik einlasse, möchte ich hervorheben, daß ich bei meinen Versuchen die an der Klinik SCHAUTA geübte Modification angewendet habe; es wird statt des mit einem Condom armirten Speculums ein dünnwandiger BRAUN'scher Kolpeurynter, der gut zusammengefaltet und eingefettet ist, in die Vagina eingeführt, dann an den Schlauch ein Trichter gesteckt und durch denselben Quecksilber in der gewünschten Menge eingegossen, worauf der Hahn geschlossen wird. Die Vortheile dieser Modification liegen in der wirklich großen Einfachheit der Handhabung, der größeren Festigkeit des Kolpeurynters und in der Möglichkeit, einen bedeutend höheren Druck auszuüben; ein vergleichender Versuch an der Leiche durch HALBAN hat gezeigt, daß man den Kolpeurynter mit 1000 Grm. Quecksilber, den Condom nur mit 600 Grm. Schrot füllen konnte. FUNKE, welche dieser Modification anerkennt, benützt jetzt ⁵⁾ auch zwei verschieden große, durch ein kurzes Glasrohr mit einander verbundene Kolpeurynter; in den kleineren, luftleer gemachten Ballon, welcher für die Vagina bestimmt ist, läuft das vorher in den größeren gegossene Quecksilber ein; nach Beendigung der Belastung setzt sich die Patientin auf und läßt das Quecksilber in den äußeren Kolpeurynter wieder abfließen.

Ich habe von Anfang an einen ziemlich großen Kolpeurynter benützt, um den ich eine ihn sanduhrförmig abschnürende, verschiebbare Ligatur legte, wodurch ich einerseits den in die Vagina einzuführenden Theil beliebig groß machen konnte, andererseits denselben Vortheil erzielte, wie mit dem eben beschriebenen Doppelkolpeurynter.

Die Beckenhochlagerung bestimmt die Druckrichtung des in der Vagina liegenden Gewichtes; ich stimme HALBAN zu, daß dieselbe nicht übermäßig sein muß. PINCUS, welcher von „Belastungslagerung“ spricht, legt auf die Erhöhung des Beckens und der unteren Extremitäten ein sehr großes Gewicht und sieht in dieser allein einen hervorragenden Heilfactor, weil „die Unterleibsorgane bedeutend entlastet werden und durch den beschleunigten Rückstrom des Blutes eine wesentliche mechanische Verbesserung der Kreislaufverhältnisse erreicht wird“. Da ich nun die Müdigkeit und den Kopfschmerz, welchen einzelne Patientinnen manchmal empfanden, auf die steile Lagerung beziehen konnte, begnüge ich mich mit leichter Hebung des Fußendes des Bettes oder Unterschieben eines kleinen Kissens unter das Kreuz; meist nehmen die Frauen die Rückenlage ein; wird der Druck auf seitliche Partien beabsichtigt, so wird eine Rechts- oder Linkslagerung vorgenommen.

³⁾ Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, 1898.

⁴⁾ „Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie“, Bd. XXXIX.

⁵⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1900.

Seit einem Jahre habe ich im Rudolfinerhause bei 12 Fällen die Belastungstherapie geübt; diese relativ geringe Anzahl von Versuchen hat ihren Grund in der großen Zeiterforderniß des Verfahrens.

Ein chirurgisches Spital kann nur ausnahmsweise conservativ zu behandelnde Fälle aufnehmen, und es wurde deshalb die Mehrzahl (9) der Patientinnen ambulatorisch der Belastung unterzogen; da nun aber der Untersuchungstisch oder der Divan durch 1—2 Stunden von einer einzigen Kranken in Anspruch genommen wird, ist es selbstverständlich, daß dieses Verfahren auch in einer Ambulanz nicht allzu häufig angewendet werden kann.

Dies ist wohl auch der Grund, weshalb über die FREUND'sche Methode bisher so wenig von Kliniken aus berichtet wurde.

Ich habe es nun trotz der kleinen Anzahl eigener Beobachtungen für angezeigt gehalten, über die Belastungstherapie vor praktischen Aerzten ausführlicher zu sprechen, weil sie diese Therapie, auf deren Vortheile ich noch näher eingehen werde, im Privathause, wo Platz und Zeitmangel nicht in Frage kommen, am besten werden durchführen können.

Die drei ersten Patientinnen, welche ich mit vaginaler und abdomineller Belastung behandelte, waren von ihren Aerzten behufs Operation in das Spital geschickt worden. Es bestanden bei denselben chronisch-entzündliche Adnexerkrankungen, welche ihnen trotz jahrelanger Behandlung zeitweise oder dauernd Beschwerden machten.

Da Herr Director GERSUNY der Meinung war, daß in diesen Fällen die Entfernung der Adnexe nicht unbedingt nothwendig und auf conservativem Wege ein Erfolg noch zu erzielen wäre, übergab er mir die Patientinnen, um an ihnen die Belastungstherapie zu erproben.

Ich will kurz die Krankengeschichte des ersten so behandelten Falles berichten:

Die 30jährige Patientin hatte 2mal geboren, im Jahre 1894 abortirt und war seit dieser Zeit krank (Fluor, Schmerzen im Unterleibe, besonders zur Zeit der Menses, Cystitis, Pyelitis); in den Jahren 1896 und 1898 hatte sie angeblich Bauchfellentzündungen gehabt. Eine Franzensbader Cur im August 1899 besserte ihren Zustand; bald aber traten wieder Schmerzen, besonders in der rechten Bauchseite auf, die sich im Januar 1900 zur Zeit der Menses sehr steigerten; gleichzeitig bestand hochgradiger Meteorismus (Temp. normal, Puls 120). Der Befund am 7. Februar 1900 ergab: Mäßiger Fluor (Gonokokken im Strichpräparate nachweisbar); Uterus vergrößert, anteflectirt, wenig beweglich; das Heben desselben verursacht große Schmerzen; das rechte Parametrium etwas verdickt; das rechte Ovarium bedeutend vergrößert, sehr schmerzhaft und im Cavum Douglasii fixirt; die rechte Tube stark verdickt und sehr druckempfindlich; die linken Adnexe geschwellt, mäßig druckempfindlich.

Die Belastung begann mit $\frac{3}{4}$ Kgrm. durch eine $\frac{1}{2}$ Stunde in mäßiger Beckenhoch- und Seitenlagerung (nach rechts); auf die rechte Bauchseite wurde ein 1 Kgrm. schwerer Schrotbeutel gelegt; während und nach der Belastung bestanden gar keine Beschwerden; nach 3maliger Belastung traten die Menses auf, welche 5 Tage dauerten und nur durch wenige Stunden schmerzhaft waren.

Die Patientin wurde nun in den nächsten 3 Wochen 13mal, und zwar mit 1 Kgrm. Quecksilber durch 1— $1\frac{1}{2}$ Stunden belastet. Oefters vorgenommene Untersuchungen unmittelbar nach Entfernung des Kolpeurynters ergaben, daß derjenige Scheidenantheil, in welchem das Gewicht gelegen war, vertieft und der Uterus und die Adnexe gehoben erschienen. Temperatursteigerungen waren nie aufgetreten.

Patientin fühlte sich bei der Entlassung vollkommen wohl, auch beim Gehen und Laufen; der objective Befund ergab: Beweglichkeit des Uterus, das rechte Ovarium kleiner und beweglicher, die rechte Tube mäßig verdickt; die Druckempfindlichkeit beider Adnexe fast vollständig geschwunden. Ein Jahr später schrieb

mir die Patientin, daß sie sich dauernd sehr wohl fühle, auch zur Zeit der Menses, die sie nicht mehr wie früher im Bette verbringe.

Bei einem zweiten ganz analogen Fall hatte die durch circa 6 Wochen im Spitale durchgeführte Belastungstherapie (14mal) denselben Erfolg, der bis heute (10 Monate) anhält. Eine dritte Patientin mit entzündlichen Adnexen verließ nach dreiwöchentlicher Behandlung (13mal) in wenig gebessertem Zustande das Spital und wurde, wie ich erfahren habe, 6 Wochen später anderwärts operirt.

Daß die Belastungstherapie bei entzündlichen Adnextumoren nur als Versuch zu betrachten ist, wie HALBAN meint, ist ohneweiters zuzugeben; man muß jederzeit darauf gefaßt sein, daß durch den vaginalen und abdominellen Druck ein Aufflackern der Entzündung eintreten kann, und soll daher bei der geringsten Temperatursteigerung von der Belastung absehen. Ein Kriterium, in welchen Fällen eine Exacerbation möglich ist, haben wir nicht, da uns der klinische Befund über den Zustand der Bakterien, über ihre Virulenz keinerlei Aufschluß geben kann. Der Versuch einer Belastung ist vor allem dann berechtigt, wenn die chronisch-entzündlichen Adnexe im Douglas fixirt sind; es ist uns da die Wirkung besonders des vaginalen Druckes verständlich, da einerseits die Circulationsverhältnisse direct beeinflußt, andererseits die Verwachsungen durch Hebung gelockert und allmählig losgelöst werden.

Wenn die Adnexe von der Vagina nicht leicht erreichbar sind, so wird nach der Ansicht HALBAN'S indirect auch ein Erfolg zu erzielen sein — durch „Ruhigstellung der entzündeten Organe“; er ist aber viel unsicherer.

Daß bei den eben besprochenen Fällen die Bettruhe, sowie die warmen Scheidenspülungen und Glycerintamppons den Erfolg der Behandlung wesentlich unterstützt haben, ist selbstverständlich.

Ich möchte hier noch einen Fall von Perimetritis anreihen, den ich nicht im Spitale, sondern ambulatorisch der Belastung unterzog; die Patientin, welche wegen Periappendicitis und Adhäsionen des Netzes mit den Adnexen und dem Peritoneum des Cav. Dougl. laparotomirt (Resection des Appendix, Lösung der Adhäsionen) worden war, klagte 4 Wochen post oper. wieder über Schmerzen beim Gehen. Der Befund ergab eine Perimetritis und leichte linksseitige Parametritis. Nach 12maliger Belastung vaginal ($\frac{1}{2}$ —1 Kgrm., abdominell $1\frac{1}{2}$ Kgrm. durch $1\frac{1}{2}$ —1 Stunde) innerhalb von 4 Wochen waren die Beschwerden vollkommen geschwunden und objectiv nichts mehr nachweisbar.

Bei einer schweren rechtsseitigen Parametritis und Schwellung beider Adnexe war schon nach wenigen (5) Belastungen (vaginal 1 Kgrm. Quecksilber, abdominell 1.5 Kgrm. schwerer Schrotsack) die Schmerzhaftigkeit so herabgesetzt, daß die Patientin nicht mehr wie früher Morphium nahm; die Infiltration war viel geringer geworden und die Adnexe ließen sich jetzt deutlicher abgrenzen.

FUNKE und HALBAN verwerthen in Fällen, bei welchen durch ein Exsudat die Palpation der Tuben und Ovarien erschwert ist, die Belastung wegen ihrer raschen Einwirkung auf das Exsudat als diagnostisches Hilfsmittel. Als solches kommt es auch bei Retroversio-flexio uteri in Betracht; in Fällen von mobiler und nur scheinbar fixirter Rückwärtslagerung und -Beugung stellt sich eine Wirkung des in das hintere Scheidengewölbe eingeführten Gewichtes, wie ich mich in 2 Fällen überzeugen konnte, rasch (2malige $\frac{1}{3}$ stündige Belastung) ein, indem der Uterus gehoben wird, ohne Mühe aufrichtbar ist und für die Pessarbehandlung geeignet wird. Die ausgedehnten Fixationen des retroflectirten Uterus widerstehen der Belastungstherapie. Ich habe dies bei 3 Patientinnen beobachtet; da nach den bisherigen Erfahrungen selbst nach 30—40maliger Behandlung, besonders wenn die Verlöthung am Fundus eine feste ist, kein Resultat zu erzielen ist, so habe ich in solchen Fällen schon nach wenigen Versuchen die Belastung aufgegeben.

Hervorheben möchte ich aber, daß auch von diesen Kranken, bei welchen sich der Befund der fixirten Retroversioflexion kaum geändert hatte, eine subjective Besserung angegeben wurde, wie wir es ja oft nach der Massage derartiger Fälle beobachten können; es ist dies in der wenn auch geringen Dehnung und Entspannung der Adhäsionen begründet.

Die günstigsten Erfolge erzielt die Belastung bei Narben der Vagina selbst: ich konnte diese Beobachtung FUNKE'S und HALBAN'S an 2 Fällen bestätigen.

In dem einen handelte es sich um eine sehr schmerzhaft, derbe Narbe, die vom Cervix in das rechte Scheidengewölbe ging (bei einem Forceps entstanden); während die digitale Dehnung der Patientin unangenehm war und nur wenig Effect hatte, erwies sich nach 4maliger, $\frac{3}{4}$ stündiger Belastung durch 1 Kgrm. die Narbe gedehnt und nicht druckempfindlich. In dem 2. Falle handelte es sich um eine fast kreisförmige, narbige Falte, welche die Vagina nach hinten zu coulissenförmig abschloß, kaum für die Fingerkuppe durchgängig war, und hinter der man unmittelbar die vaginale Portio tasten konnte. Die seit längerer Zeit verheiratete Patientin klagte über Schmerzen beim Coitus und wünschte einen operativen Eingriff. Nach 2maligem Einlegen des Quecksilberkolpeurynters erschien die Falte so gedehnt, daß der Finger bequem und ohne Schmerzen zu verursachen eindringen konnte; die Coitusbeschwerden sind geschwunden.

Ich habe Ihnen an den 12 Fällen die wichtigsten Erkrankungsformen (entzündliche Adnextumoren, Para- und Perimetritis, Retroflexioversio des Uterus, Narben der Scheide) vorgeführt, bei welchen die Belastungstherapie angewendet werden kann und — wie Sie sehen — meist Erfolge aufweist.

Diese Erfolge sind mehr oder weniger auch durch die bisherigen conservativen Maßnahmen, vor Allem durch die Massage erzielt worden; aber an schnellerer Wirkung und größerer Einfachheit werden sie von der Belastungstherapie übertroffen.

Was nun die raschere und auch intensivere Wirkung betrifft, speciell in Fällen, wo es sich um die Herbeiführung der Resorption handelt, beruht sie wohl auf dem Wechsel von Anämie und Hyperämie.

Die gleichzeitig dem vaginalen und abdominellen Drucke ausgesetzten Gewebe, vor Allem die infiltrirten Parametrien werden, wie FUNKE auf Grund einzelner Beobachtungen sagt, „ausgedrückt wie ein nasser Schwamm“. Blut und Lymphe werden durch längere Zeit in einer Weise verdrängt, wie es die massirende Hand nie kann, weil die Angriffsfläche zu klein und ein gleichmäßiger Druck unmöglich ist. Der durch die Belastung erzeugten Compression der Gefäße folgt aber durch die Entlastung unmittelbar eine bedeutende Hyperämie, welche wir als günstige Bedingung für die Resorption auffassen müssen.

FUNKE, welcher in seiner ersten Publication es bedauert, diese Hypothese nicht durch reelle Anhaltspunkte stützen zu können, hat in einer späteren Arbeit darauf hingewiesen, daß man an dem aus der Vagina entfernten Beutel häufig Blutspuren fand, und daß die Periode öfters früher sich einstellte; diese Beobachtung kann ich bestätigen. Sie spricht deutlich für die Stauung im Uterus, also für eine comprimirende Wirkung der Belastung.

Ich möchte hier nun einer in allerjüngster Zeit erschienenen Arbeit OLSHAUSEN'S⁶⁾ Erwähnung thun, in welcher gegen die gynäkologische Massage Einwände erhoben werden, die wir auch auf die Belastungstherapie, welche freilich in dieser Publication nicht besprochen wird, beziehen können.

Nachdem OLSHAUSEN sich vor Allem gegen die theoretische Begründung der THURE-BRANDT'Schen Massage gewendet hat, welche unter anderem von zu- und ableitenden Bewegungen spricht, wodurch einerseits der Blutzufuß unterstützt, andererseits gleichzeitig dem Lymphstrom entgegen-

⁶⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1901.

gewirkt werden soll, kommt er auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, daß die Massage nur für feste Bindegewebs-exsudate geeignet ist, selbstverständlich, nachdem alle Entzündungserscheinungen längere Zeit geschwunden sind. „Auch solche Exsudate eignen sich nur in Fällen, in denen sie der äußeren Hand bequem zugänglich sind, so daß zwischen sie und den Fingerspitzen bei der Massage nur die Bauchdecken zu liegen kommen.“ Die letztere Bedingung — meine ich nun — fällt bei der Belastungstherapie weg, weil durch den vaginalen, infolge der Beckenhochlagerung gesteigerten Druck die Beckenorgane sowohl gehoben, also den Bauchdecken genähert, als auch durch das abdominale Gewicht die Eingeweide theilweise verdrängt werden.

OLSHAUSEN, dessen sonstige Kritik zum großen Theile ihre volle Berechtigung hat, wendet sich auch gegen die Massage selbst von kleinen Adnextumoren, weil er dieselbe theils für schädlich, theils für überflüssig hält; die Massage kann meiner Meinung nach in solchen Fällen wohl als ein berechtigter Versuch, der oft von rascher Besserung gefolgt ist, betrachtet werden — ich wiederhole — Versuch, ebenso wie wir es von der Belastungstherapie gesagt haben.

Darin, daß Stränge und Pseudomembranen durch „Druck und Kneten“ nicht zur Resorption gebracht werden können, muß man OLSHAUSEN beistimmen; der mechanische Effect durch Dehnung und Lockerung ist aber sicher groß. Sehen wir doch, daß der gravide Uterus durch den Zug, welchen er bei seinem allmäligen Größerwerden ausübt, manchmal sehr fest erscheinende Adhäsionen dehnt und zum Schwinden bringt.

Die Belastungstherapie hat nun bei der Behandlung jener Erkrankungen, wo sie in Concurrenz mit der Massage treten kann, den einen großen Vortheil, daß sie fast nie von Schmerzen begleitet ist, und bei ihr jenes psychische Unbehagen, welches die THURE-BRANDT'sche Methode manchmal hervorruft, vollständig wegfällt.

Es sei mir zum Schlusse noch gestattet, über eine kleine Modification bei der Anwendung des Kolpeurynters zu berichten, von der ich freilich nur auf Grund theoretischer Erwägungen glaube, daß sie in der Geburtshilfe verwertet werden könnte.

In einem Falle von Blasenbeschwerden verursachender Narbenbildung im Scheidengrunde nach Totalexstirpation des Uterus führte ich, um die sehr empfindliche Narbe zu dehnen, einen Ballon in die Vagina ein, füllte ihn aber nicht mit Quecksilber, sondern verband dessen Schlauch mit einem 1.5 Meter hoch über der Vulva befestigten, mit 2 Liter Wasser gefüllten Irrigator.

Nachdem in den Kolpeurynter circa 300 Grm. Flüssigkeit gelaufen war, empfand die Patientin einen ziemlich bedeutenden Druck, worauf ich den Hahn schloß; nach kaum 10 Minuten war das Gefühl von Spannung geschwunden, ich öffnete nun den Hahn, ließ etwas Flüssigkeit nachströmen und endlich den Druck der 1½ Meter hohen Wassersäule wirken. Dies rief nur ganz kurze Zeit eine unangenehme Empfindung von Spannung hervor und wurde dann durch ½ Stunde ganz ohne Unbehagen ertragen. An den nächstfolgenden Tagen steigerte ich noch den Druck durch Höherstellen (bis zu 2 Meter) des Irrigators. Der Erfolg dieser wiederholt vorgenommenen Dehnung war objectiv und subjectiv ein sehr guter.

Pat. war durch einige Monate von ihren Blasenbeschwerden fast vollständig befreit; in letzter Zeit kam die Patientin wieder, weil sich ein quälender Harndrang eingestellt hatte, und bat um Dehnung durch den Ballon.

Ich glaube nun, daß der unter leicht zu steigern dem Drucke stehende Kolpeurynter geburtshilflich einige Bedeutung haben könnte.

In der letzten Zeit häufen sich die Berichte (BRAUN, BRENNER, DÜHRSEN, KAUFMANN, RUBESKA, STIEDA u. A.), welche über die erfolgreiche Anwendung des intrauterin eingeführten Kolpeurynters (Metreurynter oder Hystereurynter) besonders zur Einleitung des Abortus und der Frühgeburt melden;

außerdem hat sich der intrauterine Ballon als Ersatz der Fruchtblase bei vorzeitigem Wasserabgang und secundärer Wehenschwäche sehr bewährt und in Fällen, wo es sich um Beschleunigung der Geburt (wie bei Eklampsie und Blutungen, speciell bei Placenta praevia) handelte, überraschend gut gewirkt.

Die Technik der Metreuryse, welche vielfach variirt wurde, ist im Allgemeinen folgende: Ein zusammengefalteter, luftleer gemachter, gut desinficirter Ballon wird mittelst einer Kornzange bis oder über den inneren Muttermund in den Cervicalcanal geschoben, hierauf durch eine Spritze mit 150—600 Grm. antiseptischer Flüssigkeit gefüllt und der Hahn geschlossen.

Ein von den meisten Autoren als nothwendig beobachteter constanter Zug wird durch Spannung des Kolpeurynterschlauches erzielt, und zwar, indem er an das Bettende gebunden oder mit einem Gewicht (3—5 Pfund) versehen wird, welches in Zeiträumen von 10—20 Minuten gesteigert werden kann. Durch Zug am Ballon soll der wehenerregende Reiz desselben noch verstärkt werden.

STIEDA⁷⁾ aber weist auch auf einen vielfach constatirten Nachtheil des mit Recht als wichtig angesehenen Zuges am Ballon; er besteht darin, daß „dabei eine geringere Erweiterung des Muttermundes nach Ausstoßung des Ballons erzielt wird, einmal weil überhaupt durch den bei Zugwirkung beschleunigten Austritt des Metreurynters aus dem Uterus die Wehenthätigkeit abgekürzt wird, und zweitens, weil das beim Durchtritt elastischer Blasen durch den Cervicalcanal unvermeidliche Indielängegezogenwerden des Ballons bei Zug am Schlauch noch in erhöhtem Grade stattfinden muß“.

Er führt deshalb manchmal einen zweiten stärker gefüllten, größeren Ballon ein, ein Vorgehen, welches von einzelnen methodisch angewendet wird. Da das wiederholte Einführen eines Ballons in den Uterus aus Gründen der Asepsis nicht sehr erwünscht erscheint, so habe ich mir gedacht, daß der in den Cervicalcanal gebrachte Ballon durch einen Irrigator mit 200—600 Grm. Flüssigkeit gefüllt und hierauf der Hahn geschlossen werden, der Irrigator aber verbunden bleiben soll, um, wenn nach einiger Zeit die Wehenthätigkeit zu gering ist, durch das geöffnete Ventil Flüssigkeit nachströmen lassen zu können.

Schließlich kann der Hahn ganz offen gelassen werden, so daß der von der Höhe der Wassersäule abhängige Druck ungehindert in Wirksamkeit bleibt.

Da die Wandung des Ballons infolge des Druckes, welchen das ihn umgebende Muskelgewebe und eventuell der vorliegende Kindestheil ausüben, nicht die äußerste Elasticitätsgrenze erreichen kann, so wird die unter dem Drucke der Wassersäule stehende Ballonflüssigkeit stets einen positiven Druck ausüben den Ballon fest an das umgebende Gewebe drücken und so den Zweck, Wehen anzuregen und den Geburtschlauch zu erweitern, am besten erfüllen.

Bevor aber der Ballon sein größtmögliches Volumen erreicht hat, ist der Cervicalcanal auch schon genügend erweitert.

Bei der von mir vorgeschlagenen Technik der Metreuryse würde erstens die Wehenthätigkeit sehr intensiv angeregt werden, da der Ballon stets seiner Umgebung fest angeschmiegt bleibt, und zweitens ein vorzeitiges Abgleiten und eventuelles neuerliches Einlegen eines Ballons vermieden werden.

Gegen diese Technik können dieselben Einwände erhoben werden, welche gegen das jetzt übliche Verfahren vorgebracht werden: Vor Allem die Gefahr des Platzens des Metreurynters (Luftembolie und Dislocation des vorliegenden Kindestheils). Soweit ich die Literatur kenne, ist ein Zerreißen des Ballons nur äußerst selten vorgekommen und von keinen üblen Zufällen begleitet gewesen. Ein nicht zu dünnwandiger Kolpeurynter

⁷⁾ „Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie“, Bd. V.

ist sehr widerstandsfähig; ich benütze zur Belastung und Dehnung seit einem Jahre dieselben 2 Ballons, welche stets in einer Sublimatlösung liegen. Ich möchte noch bemerken, daß mit Luft, Wasser, Quecksilber gefüllte Kolpeurynter oder ein Uhrfederpessar sich auch bei hochgradiger Retroflexion des graviden Uterus, dessen in der üblichen Weise versuchte Aufrichtung Schwierigkeiten machte, sehr gut bewährt haben, wie aus den Mittheilungen besonders von MÜLLER⁸⁾, WESTPHALEN⁹⁾, FUNKE, HALBAN hervorgeht. Der in das hintere Scheidengewölbe nur für kurze Zeit eingelegte Ballon hebt den Uterus derart, daß die vollständige Aufrichtung leicht ohne Narkose gemacht werden kann; auch der unter Hochdruck stehende Ballon würde sich in solchen Fällen wohl gut verwenden lassen.

Referate.

A. WASSERMANN und A. SCHÜTZE (Berlin): Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut.

UHLENHUTH (Greifswald): Eine Methode zur Untersuchung der verschiedenen Blutarten, im besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes.

Man injicirt Kaninchen 5—6mal in etwa zweitägigen Intervallen je 10 Ccm. zellenfreien menschlichen Serums, bringt dann circa 6 Tage nach der letzten Einspritzung die Thiere durch Eröffnen der Carotiden zum Verbluten und stellt die gewonnene Blutmenge zum Absetzen des Serums in den Eisschrank. Die weitere Anstellung der Reaction für die Praxis verläuft in der Weise, daß das zur Untersuchung bestimmte Material in 6—8, beziehungsweise mehr Cubikcentimetern physiologischer Kochsalzlösung möglichst vollständig ausgewaschen wird. Die vollständig klar filtrirte Lösung theile man in zwei gleiche Portionen und gebe sie in zwei sterile Reagensgläser. Das eine versetze man mit $\frac{1}{2}$ Ccm. Serum des mit Menschenserum vorbehandelten Kaninchens, das andere zur Controle mit $\frac{1}{2}$ Ccm. normalen Serums der gleichen Thierart, also eines Kaninchens, welches nicht mit Menschenserum injicirt worden ist. In ein drittes, ebenfalls als Controle dienendes Röhrchen gebe man 4—5 Ccm. von dem durch destillirtes Wasser lackfarben gemachten Blute, respective dem ausgewaschenen Blutflecke einer anderen Thierart, z. B. von Hammel- oder Schweineblut, thue hiezu ebenfalls 0.5 Ccm. Serums von dem mit Menschenserum vorbehandelten Kaninchen und setze diese drei Proben einer Temperatur von circa 37° C. aus. Tritt nun innerhalb $\frac{1}{2}$ —1 Stunde in dem Röhrchen, welches das der forensischen Prüfung unterliegende, verdächtige Material enthält, und welches mit dem Serum des vorbehandelten Kaninchens versetzt worden ist, eine deutliche Trübung und Bildung von Niederschlag ein, während die beiden anderen unverändert klar bleiben, so ist, sofern anamnestisch bei dem Untersuchungsmaterial Affenblut nicht in Frage kommen kann, die sichere Diagnose gestattet, daß es sich bei dem betreffenden Material um Menschenblut gehandelt hat.

U. injicirte („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 6) in Intervallen von 6—8 Tagen Kaninchen circa 10 Ccm. defibrinirten Menschenblutes in die Bauchhöhle. Hierauf bereitete er sich Lösungen, und zwar setzte er so viel Wasser hinzu, daß diese Lösungen der verschiedensten Blutarten mit gewöhnlichem Leitungswasser, alle gleichmäßig schwachroth gefärbt waren. (Verdünnung 1:100.) Von der (filtrirten) klaren Lösung nahm er circa 2 Ccm., brachte dieselben in kleine Reagensröhrchen und versetzte sie mit der gleichen Menge physiologischer Kochsalzlösung. Die Blutlösungen stammten von folgenden Thieren: Rind, Pferd, Esel, Schwein,

Hammel, Hund, Katze, Hirsch, Dammhirsch, Hase, Meerschweinchen, Ratte, Maus, Kaninchen, Huhn, Gans, Puter, Taube. — Wurde das Serum der nach der oben angegebenen Methode behandelten Kaninchen zu einer der 19 angeführten Blutlösungen hinzugefügt, dann entstand keine Trübung; diese entstand bloß in einer auf gleiche Weise hergestellten Menschenblutlösung. Mit Hilfe dieser Reaction ist man somit imstande, Menschenblut von den übrigen Blutarten mit Sicherheit zu unterscheiden.

Die Reaction ist außerordentlich fein, so daß Spuren von Blut genügen, um festzustellen, von welcher Species sie stammen. Um also in jedem Falle über die Art des Blutes ins Klare zu kommen, ist es nöthig, daß man Thiere mit den verschiedensten Blutarten vorbehandelt, um deren Serum in geeigneten Fällen zur Diagnose verwerthen zu können. Die Vorbehandlung der Thiere ist so lange fortzusetzen, bis das Serum möglichst schnell die Trübung, resp. den Niederschlag erzeugt.

Besonders interessant ist es nun, daß es auch gelungen ist, aus vier Wochen lang auf einem Brett angetrocknet gewesenen, in physiologischer NaCl-Lösung aufgelöstem Blut vom Menschen, Pferd und Rind mit Hilfe dieses Serums sofort das Menschenblut zu diagnosticiren, eine Thatsache, die gerichtsärztlich von ganz besonderer Wichtigkeit sein dürfte. N.

ARTHUR KELLER (Breslau): Malzsuppe in der Praxis.

Um eine brauchbare Malzsuppe zu erhalten, ist selbstverständlich eine gute Beschaffenheit der dazu erforderlichen Rohproducte, namentlich der Milch und des Malzpräparates, nothwendig. K. gebraucht („Die Therapie der Gegenwart“, 1901, Febr.) LOEFLUND'S Malzextract, das er allen ähnlichen und als ähnlich geltenden Präparaten vorzieht. Dieselbe Firma hat auch ein alkalisirtes Malzextract unter dem Namen „Malzsuppenextract“ in den Handel gebracht. Das Recept zur Herstellung der Malzsuppe an der CZERNYSCHEN Kinderklinik lautete: 50 Grm. Weizenmehl werden in $\frac{1}{3}$ Liter Kuhmilch eingequirt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen. In einem anderen Gefäß werden 100 Grm. Malzextract in $\frac{2}{3}$ Liter Wasser bei 50° C. gelöst, dazu werden 10 Ccm. einer 11%igen Kalium carbonicum-Lösung zugesetzt, dann diese Malzextractlösung mit der Mehlmilchmischung vereinigt und das Ganze aufgekocht. Abgesehen davon, daß mehrere Abwägungen nothwendig waren, mußte die Menge der Kalium carbonicum-Lösung genau abgemessen werden. Dadurch, daß dieses Abmessen wegfällt, ist die Zubereitung der Malzsuppe mit Hilfe des Malzsuppenextractes wesentlich vereinfacht und nimmt kaum mehr Zeit in Anspruch als das Abkochen einer Mehlsuppe mit bestimmtem Gehalt an Mehl und Milch, wie man sie oft genug in der Kinderpraxis verordnet. Man gibt der Mutter oder der Pflegerin des Kindes an, daß für 1 Liter Suppe 50 Grm. Weizenmehl, $\frac{1}{3}$ Liter Kuhmilch, 100 Grm. Malzsuppenextract und $\frac{2}{3}$ Liter lauwarmen Wassers erforderlich sind und fügt hinzu, daß das Mehl in die kalte Milch eingequirt wird, um ein Zusammenballen von Klümpechen zu vermeiden, und daß das Malzsuppenextract zunächst in einer geringen Menge Wassers gelöst und erst kurz vor dem Aufkochen zur Mehlsuppe zugesetzt wird. Die Suppe wird unter ständigem Quirlen kurze Zeit (2 bis 3 Minuten) aufgekocht und soll in heißem Zustande dünnflüssig sein. Uebrigens sind derartige detaillirte Angaben nicht überflüssig, da sonst mannigfache Fehler beim Kochen der Suppe gemacht werden. Nur bei schwachen Kindern unter 3 Monaten oder bei schwer kranken Kindern von geringem Körpergewichte ist eine Nahrung von geringerer Concentration zu empfehlen, die dadurch hergestellt werden kann, daß man das obige Gemisch mit abgekochtem Wasser verdünnt, oder dadurch, daß man von vorneherein nur 80 Grm. Malzextract und 40 Grm. Weizenmehl zur Bereitung der Suppe nimmt. Die fertige Suppe soll nach dem Aufkochen möglichst schnell abgekühlt und zugedeckt kühl aufbewahrt werden. Zur Mahlzeit wird die entsprechende Menge dem Topfe entnommen und aufgewärmt. Während der heißesten Jahreszeit sollte die Suppe womöglich zweimal täglich bereitet werden und ist zu vermeiden, daß die über Nacht aufbewahrte Suppe am Morgen noch verwendet wird.

⁸⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1898.

⁹⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1899.

Malzsuppe ist in jenen Fällen von chronischer Ernährungsstörung indicirt, bei denen eine Atrophie im Entstehen begriffen ist oder bereits mehr oder weniger lange Zeit besteht. Handelt es sich dabei um ein Kind, das längere Zeit hindurch ausschließlich mit Mehl oder Schleimsuppen gefüttert worden ist, so ist von Malzsuppe abzurathen. Acute heftige Magendarmerscheinungen sind gleichfalls eine Gegenindication. Von künstlich genährten Säuglingen kommen auch diejenigen in Betracht, die bei kohlehydratarmer Kost nicht recht vorwärts kommen, sei es, daß als Folge von Ueberernährung mit Kuhmilch chronische Ernährungsstörungen in ihren Anfangsstadien vorliegen, oder sei es, daß bei fettreicher Nahrung Verdauungsstörungen sich eingestellt haben. Ein Liter Malzsuppe reicht hin, den Nahrungsbedarf eines 5 Kgrm. schweren Säuglings zu decken. So ernährte Kinder haben 3, 4, auch 5 Stühle im Tage; wirkliche Obstipation kommt bei dieser Ernährung niemals vor. G.

R. KUTNER (Berlin): Ueber Druckspülung zur Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe.

Während der Sphincter externus vesicae einem langsamen und continuirlichen Flüssigkeitsdruck nachgibt, contrahirt er sich, wenn man Flüssigkeit unter starkem Druck ziemlich schnell und plötzlich in die Harnröhre einfließen läßt; dadurch kommt zunächst Füllung und Dehnung der Harnröhre, sowie die Tendenz der Flüssigkeit zum Rückströmen zustande. Auf dieser Erscheinung beruht das Verfahren KUTNER'S („Berl. klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 51). Er unterscheidet zwischen Durchspülung und Druckspülung; bei der ersteren handelt es sich um Ueberwindung des Sphincterwiderstandes seitens der durch langsamen Druck aus der eigens angegebenen Handdruckspritze entleerten Flüssigkeit; bei der Druckspülung wird ein Nelatonkatheter verwendet, derselbe wird ca. 4 Cm. weit in die Harnröhre vorgeschoben, die Urethralmündung um den Nelaton leicht comprimirt und nun werden unter energischem Druck kleine Mengen der Flüssigkeit in die Harnröhre hineingetrieben. Die Wirkung besteht in der completen Ausgleichung der Falten der Urethra, wodurch dem Medicament der Zutritt zu allen Nischen, nach der Anschauung des Autors auch in die Morgagnischen Taschen ermöglicht wird. Die Vorzüge gegenüber der JANET'schen Methode, die in drei Punkten zusammengefaßt werden: 1. Die Spülung betrifft nur den erkrankten vorderen Theil der Harnröhre; 2. der Druck kann viel genauer dosirt werden; 3. der Druck kann erheblich intensiver gemacht werden, sind aus der Darstellung der Methode an und für sich nicht ersichtlich und bei objectiver Beurtheilung ganz und gar unzutreffend (Referent). Die Anwendung in der Behandlung der acuten Gonorrhoe wird erst für die 3.—4. Woche empfohlen. Daß der Autor von vorneherein Werth auf die Benützung großer Spritzen legt, ist nach der Darstellung fast selbstverständlich. Für subacute und chronische Gonorrhoe werden als Spülflüssigkeit Arg. nitric. 0.25—1.0:1000.0 angewendet. Die Resultate, die K. erzielt, sind durchwegs günstiger als bei allen anderen Methoden.

DEUTSCH.

SOXHLET (München): Ueber die künstliche Ernährung des Säuglings.

Nach ZWEIFEL ist die Rachitis bei Brustkindern durch zu geringen Gehalt der Muttermilch an Chlor bedingt, welcher verminderte Salzsäurebildung im Magen des Säuglings und ungenügende Resorption der gelösten Kalksalze im Gefolge hat. Auch bei vegetarischer, kochsalzfreier Nahrung ist der Chlorgehalt der Muttermilch nicht unter ein gewisses, gleichsam den eisernen Bestand der Nahrung darstellendes Maß herabzudrücken, ein Umstand, der auch bei der Herstellung von Ersatzmitteln der Muttermilch zu berücksichtigen ist. ZWEIFEL konnte nachweisen, daß besonders die mit Kuhmilch ernährten Säuglinge von Rachitis befallen werden und meint, daß durch die Labgerinnung ein Theil der Kalksalze in einen unlöslichen Zustand überführt wird, aber

ein Theil, der größer ist als die Menge der löslichen Kalksalze der Frauenmilch, in gelöstem Zustande bleibt. Als wichtig für die Erklärung der Rachitis wird die Thatsache herangezogen, daß das Labgerinnsel der gekochten Milch 89% vom Gesamtkalkgehalt der Milch zurückhält („Münch. med. Wochenschr.“, Nr. 48 und 49, 1900). Immerhin enthält gekochte, bezw. 45 Minuten lang sterilisirte Kuhmilch 6—14mal mehr Kalksalze als die Frauenmilch. Für die Erklärung der Pathogenese der Rachitis kommt es aber vor Allem auf die Resorption dieser Kalksalze an. Verf. betont, daß in der Kuh- und Frauenmilch nur der kleinere Theil des Gesamtkalkes in Form löslicher Kalksalze enthalten ist. Es ist die Einwirkung einer Säure erforderlich, um alle Kalksalze in lösliche umzuwandeln, es zeigt sich, daß man für diesen Zweck zur Kuhmilch $3\frac{1}{2}$ mal soviel Säure hinzusetzen muß als zur Frauenmilch, daß also erstere ein entsprechend größeres Säurebindungsvermögen besitzt. So kommt es, daß die Kuhmilch, trotzdem sie doppelt so viel Chlor enthält als die Frauenmilch, nicht die entsprechende HCl-Production im Magen veranlassen kann. Der Chlormangel der Kuhmilch kann nach Verf. durch Zusatz von 2 Grm. Kochsalz auf 1 Liter Vollmilch beseitigt werden. Die Behauptung, daß die Verdaulichkeit der Milch durch die Sterilisierung herabgesetzt wird, ist unrichtig, indem es erwiesen ist, daß die Albuminate der sterilisirten Milch ebenso gut verdaut werden, wie die der ungekochten Milch, bei Zusatz von Labferment ist sogar die Ausnützung der Eiweißkörper der sterilisirten Milch eine günstigere. Ebenso ist die Angabe, daß durch die sterilisirte Milch das Auftreten von BARLOW'scher Krankheit begünstigt wird, nicht begründet. Verf. bespricht auch die Methode von FLÜGGE, welcher die Milch nur 10 Minuten lang kochen läßt; eine derartige Milch ist jedoch viel weniger haltbar, als die nach der Methode des Verf. durch 45 Minuten sterilisirte Milch. M. K.

KEHR (Halberstadt): Ueber Recidive nach Gallensteinoperationen.

Verf. nimmt energisch gegen die in der letzten Zeit aufgestellte Behauptung, daß die Gallensteinoperationen größtentheils nichts nützen, weil die Steine sich wieder bilden, Stellung und führt den Beweis, daß die Fälle, die HERRMANN („Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. VI) als Recidive von Gallensteinen schildert, in keiner Weise als „echtes Recidiv“, d. h. als Neubildung von Steinen in den Gallenwegen, gedeutet werden können. Es handelte sich immer um Operationen, die entweder wegen des schweren Zustandes der Patienten oder wegen unüberwindlicher technischer Schwierigkeiten „unvollständig“ waren; es mußten größere oder kleinere Concremente in den Gallenwegen zurückgelassen werden. In anderen Fällen wurden die leichten Entzündungskoliken, die manchmal nach der Operation vorkommen, als Gallensteinrecidiv gedeutet.

Trotz der großen Zahl der Gallensteinoperationen hat weder Verf., noch RIEDEL und LÖBKER ein echtes Recidiv gesehen; unechte Recidive kommen noch immer in circa 15% aller Fälle vor. Aber auch diesen Procentsatz hofft Verf. auf ein Minimum herabzudrücken, u. zw. durch die von ihm angegebene Combination der Gallenblasenextirpation mit Hepaticusdrainage, welche es ermöglicht, die Gallenwege genau nach Concrementen abzusuchen und durch Ausspülung des Duct. hepaticus kleine Steine noch mehrere Tage nach der Operation zu entfernen.

Zum Schlusse erwähnt Verf. („Berl. Klinik“, Bd. 148) eine heitere Episode, welche beweist, mit welcher Vorsicht die Schlußfolgerungen HERRMANN'S aufzunehmen sind. In einem Falle, der unter den Recidiven vorkommt, hat KÖRTE, welcher die Patientin früher operirte, sich überzeugt, daß die von der Pat. als in Karlsbad abgegangene Steine vorgewiesenen Gebilde nichts anderes waren als Mohnkörner, die mit der Nahrung eingeführt wurden.

ERDHEIM.

Literarische Anzeigen.

Die Prophylaxe in der Chirurgie. Von Prof. Dr. A. Hoffa in Würzburg und Dr. A. Lilienfeld, Assistent an Prof. Dr. HOFFA'S Klinik. München 1900, Verlag von Seitz und Schauer.

Die Verff. haben sich bemüht, die allgemeinen Gesichtspunkte hervorzuheben, nach denen die Prophylaxe auf den verschiedenen Gebieten der Chirurgie gehandhabt werden soll. In den Capiteln über „Allgemeine Prophylaxis“ besprechen die Verff. die allgemeine und locale Narkose, sowie die Infection der Wunden und die Maßnahmen zur Verhinderung der Wundinfection; sie machen schließlich darauf aufmerksam, wie wichtig bei entzündlichen Processen die Lagerung und die Fixation des erkrankten Theiles ist. Im speciellen Theil werden besprochen: Die Prophylaxe bei der Behandlung der Fracturen und Luxationen, bei Unfallverletzungen, bei der Behandlung von Deformitäten und bei der Behandlung von Geschwülsten.

Das Buch ist als IV. Abtheilung des NOBILING-JANKAU'schen Handbuches der Prophylaxe erschienen. E.

Grundriß der inneren Medicin. Für Aerzte und Studierende. Von C. Liebermeister. Tübingen 1900, Franz Pietzcker.

L. hat in dem vorliegenden Grundriß der inneren Medicin versucht, „in gedrängter Form darzustellen, was sich vorzugsweise für die Praxis als wichtig bewährt hat, und auszuschließen, oder nur anzudeuten, was praktisch weniger wichtig erscheint.“ Sein Versuch ist gelungen, soweit ein solcher Versuch eben gelingen kann. U. E. haben Repetitorien wie das vorliegende nur einen ziemlich beschränkten Werth und sind bloß für den Studenten, der sich zum Examen vorbereitet, von Nutzen; diesem müssen und werden sie allerdings immer willkommen sein. Mit Rücksicht auf diese Verwendung würde sich für eine eventuelle Neuauflage die Aufnahme der diesmal weggelassenen Geisteskrankheiten und Vergiftungen sicherlich empfehlen. Druck und Ausstattung des Buches sind vortrefflich. BRAUN.

Feuilleton.

Die Verwendung von Laien in der ärztlichen Praxis.

Von Dr. Anton Bum. *)

Die Zahl der Fälle, in welchen der Arzt in Ausübung seines Berufes mit Personen in Berührung kommt, die um den Kranken bemüht sind, ist so groß, daß mein heutiges Referat schier uferlos würde, wenn ich nicht den Versuch machte, demselben bestimmte Grenzen zu ziehen. Ich werde daher lediglich von solchen, mit dem Kranken in Contact kommenden Laien sprechen, die sich berufsmäßig mit der Betreuung, Pflege und Behandlung von Kranken beschäftigen und somit als Hilfskräfte des Arztes zu betrachten sind. Sie werden in Deutschland recht bezeichnend „Heilgehilfen“ genannt. Diese Hilfskräfte des Arztes sind sinngemäß demselben untergeordnet, haften ihm für die pünktliche und kunstgerechte Ausführung der ihnen aufgetragenen Manipulationen, während der Arzt selbst für die richtige Durchführung seiner Verordnungen dem Kranken, dessen Angehörigen und seinem eigenen Gewissen verantwortlich ist. Jede Ueberhebung des Hilfspersonales, jeder Eingriff desselben in die ärztliche Sphäre gefährdet daher das Wohl des Kranken und das Ansehen des Arztes.

Aus der Masse des Heilpersonales möchte ich, um nicht zu weitläufig zu werden, jene Individuen ausscheiden, welche nach entsprechender Vorbildung vom Staate autorisirt sind, bei physiologischen Geburten zu interveniren und die Pflege der Wöchnerin wie des Neugeborenen in dessen ersten Lebenstagen zu besorgen, die Hebammen. Sie bilden schon mit Rücksicht auf ihre staatlich überwachte Vorbildung, Prüfung und Berufsführung eine ganz besondere Kaste des niedrigen Heilpersonals, und ich werde sie nur aus diesem Grunde nicht in den Bereich meiner heutigen Betrachtungen miteinbeziehen und nicht etwa deshalb, weil ich der Meinung bin, daß Uebergriffe der Geburtsfrauen in die ärztliche Sphäre zu den Seltenheiten gehören.

Betrachten wir nach dieser genauen Umrahmung des Themas meiner Ausführungen die Qualität des zu besprechenden Heilpersonales, so läßt sich dasselbe zwanglos in zwei große Gruppen theilen, und zwar in die Gruppe der Krankenpfleger in sensu strictiori und in jene der bei therapeutischen Eingriffen mitwirkenden und dieselben zum Theil ausführenden Individuen.

Welche Bedeutung die Möglichkeit der Heranziehung gut geschulter und ethisch hochstehender Krankenpfleger beiderlei Geschlechtes für den Kranken wie für den Arzt besitzt, bedarf der näheren Erörterung nicht. So lange aber die Krankenpflege Per-

sonen überlassen bleibt, die auf dem geistigen Niveau der mindesten Kategorie unserer Dienstboten stehen und in den öffentlichen staatlichen Krankenhäusern schlechter besoldet werden als diese, so lange der Beruf einer Krankenwärterin als ultimum refugium gescheiterter Existenzen betrachtet wird, so lange jenen Personen, die den Beruf und den Willen in sich fühlen, sich dem Pflegerdienste zu widmen, die Möglichkeit vollkommener Ausbildung nicht oder doch nur ausnahmsweise geboten wird, ist keine Aussicht dazu vorhanden, daß wir Aerzte an den Betten unserer Kranken nur zu oft nichts Anderes als die Caricatur jener Wesen vorfinden, wie wir und unsere Patienten sie zur Krankenpflege uns vorstellen. Da kann es uns auch nicht Wunder nehmen, wenn einerseits Fehlgriffe, die unsere Anordnungen nicht selten durchkreuzen, andererseits Uebergriffe, die das Wohl unserer Kranken und unser eigenes Ansehen gefährden, zu den täglichen Erscheinungen gehören. Wir Aerzte müssen daher bei aller Anerkennung und Hochhaltung der erfolgreichen Bestrebungen einzelner Vereinigungen — ich erwähne hier nur den Rudolfinerverein in Wien — immer wieder dem dringenden Wunsche Ausdruck geben, es möge auch hier der Staat endlich die Initiative ergreifen zur Creirung von Pfleger- und Pflegerinnenschulen unter ärztlicher Leitung, auf daß in absehbarer Zeit an jedem Krankenbette nicht nur der rathende und helfende Arzt, sondern auch jener im Pflegeberufe ausgebildete Laie stehe, dessen wohlgeübte Hand die Verordnungen des Arztes willig, pünktlich und kunstgerecht ausführt.

Während aber die Krankenpfleger durch den sie täglich überwachenden Arzt von argen Vernachlässigungen ihrer Pflichten, von excessiven Ueberschreitungen ihres Wirkungskreises abgehalten werden, ist die Sache bei der zweiten Gruppe des niedrigen Heilpersonales, d. i. jenen Individuen, welchen aus mehr minder berechtigten Gründen ein Theil der Behandlung unserer Kranken überlassen wird, weit ernster. Mit der Ausgestaltung und Verbreitung der physikalischen Heilmethoden, zumal der Hydro- und Mechanothérapie, ist eine Species von Heilgehilfen beiderlei Geschlechtes in hellen Haufen aufgetaucht, die — nach zumeist durchaus unzureichender technischer Vorbildung — bestrebt sind, diese Behandlungsmethoden an sich zu reißen, sie als ihre Domäne zu betrachten, ein Gewerbe hieraus zu machen und die Aerzte, die von ihnen schmeichelnd und kriechend umworben werden, von der Ausführung der genannten Heilmethoden nach Möglichkeit zu verdrängen. Es kann nicht geleugnet werden, daß ihnen dies zum Theil gelingt, und es ist weiterhin leider nicht in Abrede zu stellen, daß die Indolenz der Aerzte diesen Individuen bei ihren diesbezüglichen Bestrebungen wacker Vorschub geleistet hat. Aber noch mehr! Wer geneigt ist, diesen Dingen seine Aufmerksamkeit zu schenken, wird nicht übersehen, daß zahlreiche unter der Maske von Badedienern und Masseuren beiderlei Geschlechtes auftretende Individuen sich — nur zu oft unter dem Protectorate der Aerzte — in die Familien einschleichen, um daselbst alsbald die Rolle von wohlfeilen medicinischen Rathgebern zu spielen, mit einem Worte

*) Referat, erstattet in den Plenarversammlungen des ärztlichen Vereines des I. und IX. Bezirkes.

Curpfuscherei zu treiben. Die vom Arzte aus deplacirter Gutmüthigkeit, aus Zeitmangel und Gedankenlosigkeit Empfohlenen werden alsbald seine kritischen Beurtheiler, seine Richter, seine offenen Feinde.

Die Farben auf meiner Palette sind grell, meine Herren, aber — täuschen Sie sich darüber nicht — sie geben nur wieder, was jeder sehen kann, der nicht absichtlich die Augen schließt.

Es kann und soll nicht geleugnet werden, daß es Encheiresen gibt, die vom Arzte selbst nicht wohl ausgeführt werden können. Die Vornahme einer kunstgerechten Abreibung, einer Friction der gesammten Körperoberfläche, einer „Theilwaschung“, eines „Halbbades“ kann nicht Sache des Arztes sein. Seine Aufgabe aber besteht darin, mit der Ausführung dieser Proceduren nur solche Laien zu betrauen, die einerseits, dank genossener Ausbildung, die Technik derselben vollkommen beherrschen — in Wien seien die Zöglinge der hydrotherapeutischen Station WINTERNITZ in der Allgem. Poliklinik diesbezüglich rühmlich erwähnt —, andererseits sich in Hinsicht auf gewissenhafte Ausführung der ärztlichen Anordnungen durchaus bewährt haben.

Freilich ist es eine Voraussetzung zweckentsprechender Verwendung von Laien seitens der Aerzte, daß diese, die Aerzte, die betreffende Methode — wenn sie dieselbe auch nicht selbst ausüben — theoretisch und praktisch beherrschen. Ein Laie ist weit eher geneigt, sich zu überheben, wenn er weiß, daß er technisch nicht controlirt werden kann; und der Arzt, der in einer Heilmethode nicht vollständig ausgebildet ist, besitzt wenig Neigung und kaum die Möglichkeit, eine solche Controle auszuführen.

Deshalb ist es mit Freuden zu begrüßen, daß die Unterrichtsverwaltung Deutschlands die physikalischen Heilmethoden endlich in die medicinischen Schulen einführt. Schon ist an der Berliner Universität eine große Klinik der allgemeinen Therapie unter Geheimrath BRIEGER'S Leitung erstanden; Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik werden daselbst von hervorragenden Fachmännern gelehrt, und eine nächste Generation von Aerzten wird aus deutschen Schulen hervorgehen, die nicht nur die chemische und operative Therapie beherrschen, sondern auch die physikalischen Heilmethoden in allen Details kennen, beurtheilen und üben wird. Wir, m. H., haben allen Anlaß zu wünschen, daß dieses Beispiel des Nachbarstaates in Oesterreich zur Nachahmung anrege.

In ganz besonderer Weise gilt dies von der Massage, die seit jeher ein bequemer Eingang für Laien in die Praxis war. Ein vielseitig angewendetes, zumal bei chronischen, das Leben kaum jemals gefährdenden Leiden angezeigtes therapeutisches Agens, dessen Ausübung scheinbar nur den Besitz zweier Hände und einige Anleitung erfordert, war, wie kein zweites, geeignet, von den Laien usurpirt zu werden, zumal die Aerzte, die im Großen und Ganzen wenig eigene Erfahrung über die Leistungen der Massage besaßen, da dieselbe an medicinischen Schulen nicht gelehrt wird, ihnen bereitwillig Raum gaben.

Auf diese Weise wurde die Laienmassage zu einem von den Aerzten favorisirten Gewerbe, welchem die Sanitätsbehörden in Oesterreich bis vor Kurzem recht ungleichmäßig begegneten. Während einzelne Bezirkshauptmannschaften die Ausübung der Laienmassage in ihrem Territorium strenge verboten, wurde dieselbe anderenorts, so z. B. in Wien, geduldet, obgleich das Stadtphysicat wiederholt ausgesprochen hatte, daß die Ausübung der Massage nur auf Grund ärztlicher Erfahrungen gestattet werden könne.

Eine Regelung der Laienmassage im administrativen Wege ist vor nunmehr 6 Jahren erfolgt. Mit Erlaß vom 18. Januar 1895, Z. 26.545 ex 1894, „fand das Ministerium des Innern dem Recurse eines Laien gegen die Entscheidung der k. k. Statthalterei in Böhmen vom 9. Juni 1894, Z. 79.120, mit welcher dem Ansuchen desselben um die Bewilligung der Ausübung der Massage in Prag und im Prager Polizeirayon nicht willfahrt wurde, insofern derselbe die selbständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken beabsichtigt, keine Folge zu geben, weil nach dem eingeholten Fachgutachten des Obersten Sanitätsrathes die selbständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken als eine zur Heilkunde gehörige Heilmethode anzusehen ist, auf welche die Bestim-

mungen der Gewerbeordnung keine Anwendung finden. Insofern hingegen — fährt der Erlaß fort — die gewerbsmäßige Beschäftigung mit Massage ohne Anwendung derselben zur selbständigen Behandlung von Krankheiten beabsichtigt wird, unterliegt dieselbe — ins solange eine anderweitige Regelung dieser Beschäftigung auf Grund des Gewerbegesetzes nicht stattfindet — als freies Gewerbe lediglich der Anmeldung.“

Dieser Erlaß der Obersten Sanitätsbehörde legt die Entscheidung über das Loos der Laienmassage in die Hände der Aerzte. Indem er die selbständige Ausübung der Massage zu Heilzwecken Nichtärzten ausdrücklich verbietet, gibt er den Aerzten nunmehr die Möglichkeit, die Laienmassage überhaupt aus der Welt zu schaffen. Denn wenn die Aerzte es einmüthig ablehnen, einen nicht unwichtigen Zweig der Therapie Laien zu überlassen, indem sie die Verantwortung für deren Thätigkeit übernehmen, bleibt letzteren lediglich die sogenannte diätetische oder hygienische Massage, welche im Uebrigen wohl gleichfalls fast ausschließlich über ärztliche Anordnung zur Anwendung gelangt.

Zwei Momente sind es, welche den Aerzten die Unterdrückung der Laienmassage peremptorisch gebieten, die Rücksicht auf das Wohl ihrer Patienten und die Rücksicht auf das eigene Wohl.

Wer Gelegenheit hat, das nur auf die Ausbeutung des leichtgläubigen Publicums gerichtete Treiben der Laienmasseure beiderlei Geschlechtes zu beobachten, wer es gesehen, wie Fälle von Nephritis wegen der concomitirenden Kreuzschmerzen, ferner fluctuirende Abscesse massirt wurden, wer, wie HOFFA in Würzburg, Bauchmassage bei Sarcom der retroperitonealen Lymphdrüsen ausüben und in einem anderen Falle Peritonitis durch Unterleibsmassage erzeugen sah, wer, wie NEBEL in Hamburg, beobachten konnte, wie schwedische Laienmasseure — halbgebildete Gymnasten, die mit unleugbarer manueller Fertigkeit roheste Empirie verbinden — Tabes mittelst Nervendruck curiren wollten, Lungenkrankheiten wegbewegen und speciell der Lungenentzündung als einem „Krampf des Zwerchfelles“ mit Geschick beizukommen bemüht sind (!), wird kaum daran zweifeln können, daß unsere Kranken unter den Händen solcher Individuen sich in Gefahr befinden. Denn nicht in der wohl auch dem Laien möglichen Erlernung der Technik der Massage liegt die Bürgschaft für zweckentsprechende Ausübung dieser Heilmethode, sondern in der Fähigkeit, neben der allgemeinen Diagnose zu jeder Zeit eine genaue palpatorische Localdiagnose der vorliegenden Affection stellen und die Handgriffe der Massage dem Zustande des zu behandelnden Theiles entsprechend stets und selbständig modificiren zu können.

Nachdrücklich sei ferner die Gefährdung der Gesellschaft durch die zur Fruchtabtreibung geeignete Vornahme der Unterleibsmassage seitens Laien, sowie durch Begünstigung der geheimen Prostitution unter dem Deckmantel der Laienmassage hervorgehoben.

Das wirtschaftliche Moment, das der Laienmassage gegenüber für die Aerzte in Frage kommt, wird kaum von irgend Jemandem verkannt werden. Es gehört mit zu den zahlreichen wirtschaftlichen Unbegreiflichkeiten unseres Standes, daß derselbe die Ausübung einer Heilmethode sich fast vollständig entwinden ließ, die sicherlich geeignet ist, der Unmasse jüngerer, arbeitslustiger und beschäftigungsloser Collegen, zumal in den Städten, zur Quelle des Erwerbes zu werden — einen entsprechenden Unterricht in der Mechanotherapie seitens der Schule vorausgesetzt —, und daß es gerade die Angehörigen unseres Standes waren und sind, die die Laienmassage gezüchtet und favorisirt haben.

Während es offenbar noch immer Aerzte gibt, welche die Ausübung der Massage als standesunwürdig betrachten, gradeso wie vor 50 Jahren die Chirurgie als der Medicin hintanstehend angesehen wurde, möchte ich im Gegentheil die Nothwendigkeit der Popularisirung dieser Heilmethode unter den praktischen Aerzten befürworten. Ist es doch absolut unbegreiflich, warum der praktische Arzt die Massage einer Lumbago oder einer rheumatischen Oarthritis nicht ebenso selbst vornimmt, wie er eine Conjunctivitis, eine Laryngitis, einen Cervixkatarrh behandelt und nur die schwierigeren, eine besondere Technik erfordernden Fälle dem specialistisch ausgebildeten Arzte zuweist; wohl ist hiefür die Beschäftigung mit dieser Therapie schon während der Studien-

oder doch während der Spitalsdienstzeit Voraussetzung. Sie würde — falls die Unterrichtsverwaltung hiezu die Möglichkeit böte — dem Arzte und dem ärztlichen Stande nützen, indem sie ersterem eine Ausdehnung seiner eigenen therapeutischen Thätigkeit ermöglichen und dem letzteren den Kampf gegen das überwuchernde Laienthum erleichtern würde.

Zu wiederholtenmalen haben die ärztlichen Vereine Wiens Anlaß genommen, gegen diese Uebergriffe der Laien Stellung zu nehmen und speciell die Laienmassage zu bekämpfen. Im Jahre 1893 haben sie über Initiative des „ärztlichen Vereines der südlichen Bezirke Wiens“ eine motivirte Eingabe an die n. ö. Statthalterei gerichtet, in welcher im Hinblick auf die Gefahr, welche die Ausübung der Massage durch Laien im Gefolge hat, die Bitte gestellt wurde, die Laienmassage zu untersagen. — Im Jahre 1895 haben sich die ärztlichen Vereine Wiens neuerdings verbunden, um über Anregung des „Vereins der Aerzte des I. Bezirkes“ die Wiener Aerktekammer aufzufordern, hier Wandel zu schaffen. Das Petikum dieser letztgenannten Eingabe lautete:

„Im Hinblick auf die sanitären Gefahren, welchen Kranke durch die Ausübung der Massage seitens Laien ausgesetzt sind; in Berücksichtigung der schweren ethischen und wirtschaftlichen Schädigung, welche die Laienmassage für den ärztlichen Stand im Gefolge hat; in Würdigung der Thatsache, daß gerade der Erlaß des h. Ministeriums des Innern vom 18. Januar 1895, Z. 26.545 ex 1894 den Aerzten die Möglichkeit bietet, die Laienmassage zu unterdrücken, stellen die ärztlichen Vereine Wiens an die Wiener Aerktekammer die Bitte, dieselbe wolle als standeswidrig bezeichnen:

1. Die Empfehlung von Laien behufs Ausführung der Massage zu Heilzwecken.

2. Den Unterricht und die Ausstellung von Attesten über ertheilten Unterricht in der Massage und Heilgymnastik an Laien.

3. Die Uebernahme der Verantwortung für von Laien ausgeübte Massage und Heilgymnastik den Behörden oder dem Publicum gegenüber.

Die Vereine bitten die Kammer, eine Resolution in diesem Sinne zu fassen und dieselbe in geeignet erscheinender unzweideutiger Form der herauszugebenden Standesordnung einzureihen.

Die Eingabe war insoferne von Erfolg begleitet, als in der am 16. Juli 1896 von der Wiener Aerktekammer beschlossenen Standesordnung als unzulässig bezeichnet wurde: Die Deckung von Curpfuscherei mit dem Namen und der Person des Arztes; die Ausstellung ärztlicher Zeugnisse an Laien über deren Befähigung zur selbständigen Ausübung ärztlicher Verrichtungen, die Empfehlung von Laien (Zahntechnikern, Masseurern) oder von Personen, die gesetzlich nicht zur Praxis berechtigt sind, die uncontrolirte Verwendung der eben Genannten in der ärztlichen Praxis.

Die Formulirung dieser Bestimmungen der Standesordnung kann durchaus nicht als eine glückliche bezeichnet werden, und in der That schlüpfen zahlreiche Standesgenossen durch die weiten Maschen dieser Verordnungen ohne die geringste Beschwerde durch. Da dies nicht ausdrücklich verboten ist, haben sich im Laufe der Jahre, dem Bedürfnisse zahlreicher verunglückter Laienexistenzen und dem eigenen Wunsch nach Nebenerwerb entsprechend, einzelne Aerzte gefunden, die Laien Unterricht in der Massage ertheilen — selbst im Wiener allgemeinen Krankenhause werden seit vielen Jahren derartige Curse von einem Docenten der Chirurgie abgehalten — und ihnen Zeugnisse hierüber ausstellen, in welchen vorsichtigerweise die Bescheinigung der Fähigkeit zu selbständiger Ausübung der Massage zumeist fehlt — ein Manco, das den Werth solcher Zeugnisse in den Augen des Publicums durchaus nicht herabsetzt; nach wie vor werden Masseur und Masseusen dem Publicum empfohlen und in der Praxis verwendet und hiebei das eigene Gewissen, falls es erwacht, mit dem Hinweise auf den Wortlaut der Standesordnung beruhigt, die ja lediglich die uncontrolirte Verwendung von Laien in der Praxis untersagt. Warum soll man auch nicht die Patientin, der man die Masseuse

zur Vornahme der Abdominalmassage empfohlen hat, gelegentlich fragen, ob sie mit der Empfohlenen zufrieden sei? Eine eingehendere Controle ist ja weder möglich, noch ausdrücklich geboten.

Derartige vage Bestimmungen, wie sie unsere famose Standesordnung vielfach auszeichnen, sind sicherlich nicht geeignet, den Endzweck solcher Elaborate zu erfüllen. Sie zeigen vielmehr Jenen, die nicht geneigt sind, den Sinn des Gesetzes zu befolgen, sondern sich an dessen Wortlaut klammern, mit willkommener Deutlichkeit die Wege, auf welchen die Vorschriften sicher und bequem umgangen werden können.

M. H.! Es ist hoch an der Zeit, daß die wirthschaftliche Bewegung, welche die Wiener Aerkteschaft endlich erfaßt hat, auch jene Schmarotzer der ärztlichen Praxis abschütteln helfe, die nachgerade diese zu ersticken drohen. Ich beantrage daher:

„Von dem lebhaften Wunsche beseelt, die Interessen unserer Kranken mit den eigenen ethischen, wissenschaftlichen und wirthschaftlichen Interessen zu vereinen; von der Ueberzeugung geleitet, daß die Verwendung von Laien in der ärztlichen Praxis auf das Minimum herabzudrücken sei, wenn der Verbreitung des Curpfuscherthums nicht geradezu Vorschub geleistet werden soll; von der Anschauung durchdrungen, daß lediglich die Krankenpflege und nicht die Therapie der Boden ist, auf welchem wohl ausgebildete und hingebungsvolle Laien an der Seite des Arztes Raum finden dürfen, beschließt der Verein nachfolgende Resolutionen zur Vorlage an den Centralausschuß des „Verbandes der Aerzte Wiens“ behufs Mittheilung an die Verbandsvereine:

1. Der Verein hält es für geboten, daß seitens der österreichischen Unterrichtsverwaltung für die Ausbildung der Studirenden der Medicin und der Aerzte in den physikalischen Heilmethoden in ähnlicher Weise vorgesorgt werde, wie dies in jüngster Zeit in Deutschland erfolgreich begonnen wurde.

2. Der Verein perhorrescirt die private Unterweisung von Laien in therapeutischen Manipulationen durch Aerzte, die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen an dieselben und die Empfehlung von Laien an das Publicum seitens der Aerzte behufs Ausführung therapeutischer Encheiresen. Er fordert die Wiener Aerktekammer auf, eine Revision der Standesordnung behufs Aufnahme diesbezüglicher unzweideutiger Bestimmungen vorzunehmen.

3. Hingegen erachtet der Verein die Errichtung von Schulen zur Ausbildung von Krankenpflegern als dringendes Gebot staatlicher Fürsorge. Er urgirt die Gründung und Erhaltung solcher Anstalten, in welchen Laien von sachkundigen Aerzten in der gesammten Krankenpflege mit Einschluß der wichtigsten Proceduren der Hydrotherapie sowie der allgemeinen Körpermassage theoretisch und praktisch unterwiesen und zur Ausbildung des Pflegerberufes unter steter Controle des behandelnden Arztes legitimirt werden.

Kleine Mittheilungen.

— Die Wirkung des **Orexinum tannicum** in der **Kinderpraxis** hat PRÜSSIAN („Zeitschr. f. prakt. Aerzte“, 1900, Nr. 16) bei 30 an Appetitlosigkeit leidenden Kindern in systematischer Weise versucht. Es wurde Kindern verabreicht, die nur an Anorexie, ohne andere krankhafte Veränderung litten, und solchen, die daneben verschiedene pathologische Erscheinungen darboten. Nur Patienten mit organischen Veränderungen der Verdauungsorgane und mit acuten, fieberhaften Erkrankungen blieben ausgeschlossen. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 22 Monaten und 14 Jahren. Im Allgemeinen wurden Kinder bis zu 6 Jahren die Orexintannat-Tabletten à 0.25 zwei Stück $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden vor dem Mittagessen verordnet, während bei älteren Kindern Orexinum tannicum 0.5 in Pulverform zur Anwendung kam. Bei 23 der behandelten Fälle war der Erfolg mehr oder weniger evident, bei 7 blieb er aus. Im Ganzen waren also circa 77% günstiger

Ergebnisse zu verzeichnen. Das fällt umso mehr ins Gewicht, als, abgesehen von den erwähnten Hindernissen einer ambulanten Behandlung und der socialen Stellung der Eltern der Patienten, auch mehrere Fälle mit ziemlich weit vorgeschrittener Tuberculose (Hämoptö) und Anämie zur Behandlung kamen.

— Ueber die **Erfolge der operativen Therapie bei BASEDOW'scher Krankheit** mit besonderer Rücksicht auf die Dauererfolge berichtet REINBACH („Mitth. a. d. Grenzgeb.“, 1900, 6. Bd., 1. u. 2. H. — „Centralbl. f. d. m. W.“). Es handelt sich um Beobachtungen aus der v. MIKULICZ'schen Clientel, und zwar um 18 Fälle, an denen 21 Operationen ausgeführt wurden. 16mal wurde am Kropf selbst operirt, 5mal wurden Unterbindungen der Artt. thyreoid. gemacht. Alle 16 Kropfoperationen verliefen glücklich (REHN hatte 13·6% Mortalität). Bei den Unterbindungen kam 1 Todesfall vor. Nur in der Hälfte aller Fälle waren Stenosenerscheinungen vorhanden, nur in 3 Fällen waren diese allein die Indication zum chirurgischen Eingriff. Von den übrigen 9 Fällen ohne Stenose wurden 5 geheilt, die übrigen wesentlich gebessert. Die Besserung erstreckte sich zuerst auf den Puls, das Herzklopfen und das Allgemeinbefinden, der Tremor weicht seltener schnell, auch der Exophthalmus bildet sich langsam zurück. Auf dieses mehr acute Stadium der Besserung in den ersten Wochen nach dem Eingriff folgt dann im Laufe von Monaten und Jahren die stetig fortschreitende Besserung. Bei 13 Fällen lag die Operation bei Abfassung dieser Arbeit länger als 4 Jahre zurück, so daß sich also die Dauer des Erfolges schon beurtheilen läßt. Danach muß bei 9 Patienten ein vollständiger Erfolg der Operation festgestellt werden. Ebenso verhielten sich 3 Fälle, bei denen die Beobachtungsdauer aber nur 1¼—1½ Jahre betrug. In einem sehr bald nach dem Eingriff erheblich gebesserten Falle blieben weitere Nachforschungen ergebnislos. 3 Fälle endlich waren schon erheblich gebessert, müssen aber noch weiter beobachtet werden. In einem Falle trat nach 4 Jahren ein Recidiv im Kropfwachsthum ein. Ein Unterbindungsfall starb, in einem anderen war der Erfolg unbefriedigend. Einen für den Morbus Basedowii charakteristischen Kropf (in pathologisch-anatomischer Beziehung) konnte Verf. nicht entdecken.

— Die **Kühlsalben** UNNA's haben folgende Zusammensetzung („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 5):

Rp. Lanolin. anhydr. 10·0
Adip. benzoat. 20·0
Aq. rosar. 30·0

und

Rp. Lanol. anhydr. 10·0
Adip. benzoat. 20·0
Aq. rosar. 60·0

Erstere ist die härtere Kühlsalbe Ung. refrigerans, letztere die weichere — Cremor refrigerans.

— Versuche mit der **Heißluftdouche bei Augenkrankheiten** machte WOLFFBEERG („Wochenschr. f. d. Ther. u. Hyg. d. Auges“, 1900, Nr. 3. — „Berliner klin. Woch.“) Er benutzte dazu die HUZNITZ'sche Heißluftdouche. Am gesunden Auge tritt zuerst vermehrter Lidschlag und ein leichter Blepharospasmus auf. Im Anfang ist die Lidhaut blaß, später wird sie intensiv roth, und zwar hält diese Röthe noch einige Stunden nach Aussetzen der Douche an. Es besteht eine wässrige Conjunctivalinjection, gleichzeitig erhält die Cornea einen stärker spiegelnden Glanz. W. machte auch bei Keratitis, Iritis, Blepharitis, Supraorbitalneuralgie und Atrophia nervi opt. Versuche mit der Douche. Bei Iritis sah man einen günstigen Einfluß auf die Resorption von Pupillarexsudaten, die Beschwerden ließen rascher nach und die Atropinwirkung kam rascher zur Geltung. Meistens wurde das Auge auf circa 8 Cm. entweder geschlossen oder offen an den Apparat herangebracht. Die Dauer der Anwendung betrug 15 Minuten bis 1 Stunde. In einem Falle von Sehnervenatrophie wandte W. die intermittirende Wärme an mit dem Erfolge, daß schon nach wenigen Minuten eine nicht unwesentliche Verbesserung der Sehleistung und des Farbensinnes sich feststellen ließ.

— Erfahrungen mit dem **Hedonal** veröffentlicht WEDEKIND („D. Aerzte-Ztg.“, 1900, 15. Dec.). Die zur Erzielung von Schlaf erforderliche Dosis schwankt zwischen 1—2 Grm. W. hat seine Versuche mit Gaben von 2 Grm. angestellt, und zwar in der Form,

daß das trockene Pulver auf die Zunge geschüttet und mit kaltem Wasser hinabgespült wurde, ein Verfahren, bei dem der etwas unangenehme Geschmack, der am gelösten Präparat, wie erwähnt, noch deutlicher hervortritt, am wenigsten zur Geltung kommt. Sehr empfindliche Patienten können das Pulver auch ohne Schädigung der Wirkung in Oblate nehmen. Will man das Mittel in löslicher Form geben, so empfiehlt sich wegen der schweren Kaltwasserlöslichkeit eine spirituöse Lösung mit reichlichen Geschmacks-correctorien. SCHÜLLER gibt dafür nachstehendes Recept:

Rp. Hedonal. 6·0
Spirit. vini dilut.,
Syrup. cinnamom. aa. 30·0
Olei Carv. aether. gtts. II.
MDS. 1 Eßlöffel = 1 Grm. Hedonal.

MENZ empfiehlt:

Rp. Hedonal 10·0
Spirit. vini 50·0
Aq. dest. 25·0
Syr. aurant. 70·0
Ol. foenicul. gtts. II.
MDS. 1 Eßlöffel = 1 Grm. Hedonal.

Der subcutanen Application stellen sich naturgemäß die Löslichkeitsverhältnisse und die Größe der anzuwendenden Dosis entgegen. Ueber rectale Anwendungsweise liegen zur Zeit noch keine Berichte vor.

— Zur **Behandlung gewisser Formen von Magenerweiterung** empfahl COHNHEIM („Centralbl. f. d. ges. Ther.“ — „Mem.“) die Einführung großer Oeldosen in den Magen. Vier Fälle, in denen diese Behandlung angewendet worden war, hatten das Gemeinsame, daß den Symptomen nach — 4—5 Stunden nach dem Essen auftretende, krampfartige Schmerzen im Epigastrium — die Magenerweiterung als Folge eines Pyloruskrampfes anzusehen war. Während die übliche Magenausspülung sonst wochenlang vorgenommen werden mußte, genügte es in den 4 Fällen, nach gründlicher Entleerung des Magens einigemal 1/8—1/4 Liter leicht erwärmtes Olivenöl durch den Magenschlauch einzuführen, um die Beschwerden zu beheben und die Patienten fähig zu machen, selbst schwer verdauliche Speisen wieder genießen zu können.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXII.

Abtheilung für innere Medicin.

KARAMITSAS (Athen): Schwarzwasserfieber.

Man muß zwei Formen dieses „Schwarzwasserfiebers“ unterscheiden: mit oder ohne Icterus. Die letztere ist häufiger. In großen Dosen kann Chinin Hämoglobinurie erzeugen, aber in Wirklichkeit gibt es eine besondere Form des Sumpffiebers, die so auftritt. Redner kann der Ansicht KOCH's nicht beitreten, daß die H. nicht auf das Sumpffieber zurückzuführen ist, weil es sumpfige Länder ohne H. gäbe, das Blut von Parasiten wimmeln kann, ohne daß H. besteht, und andererseits H. vorhanden sein kann bei Gegenwart weniger Parasiten im Blut. Diese Argumente seien nicht stichhaltig. Bei dieser Krankheit findet man eben regelmäßig Parasiten im Blut.

VINCENT (Val-de-Grâce): Die Bakteriologie des Laryngotyphus.

Nach Besprechungen der bisherigen Anschauungen über die pathologische Anatomie der im Anschluß an Abdominaltyphus auftretenden Kehlkopfgeschwüre berichtet Vortr. über histologische und bakteriologische Untersuchung, die er in einem tödtlich verlaufenen Falle hat machen können. Mikroskopisch fand sich, was die älteste Ansicht von ROKITANSKY bestätigt, eine kleinzellige leukocytäre Infiltration aller Schichten der Mucosa und des Perichondriums, bakteriologisch ein Streptococcus, besonders zahlreich

in den Geschwüren der Schleimhaut. Auch in einem anderen Falle, der günstig verlief, ergab die Abimpfung einen Streptococcus. Die Kehlkopffectionen sind also wohl keine directen Wirkungen des Typhusbacillus, sondern zufällige Complicationen, die auf andere bacterielle Infectionen zurückzuführen sind.

VILLARD (Marseille): Die Behandlung der grippalen Pneumonien und Bronchopneumonien.

300 Beobachtungen in 3 Jahren. Auf der Höhe der Erkrankung, wo die Zeichen der Toxämie sich geltend machen, wendet Votr. folgendes combinirte Behandlungsverfahren an: 1. Aderlaß von 200—300 Grm. Blut selbst bei älteren Personen, bei kräftigen Personen sogar 2—3mal zu wiederholen. 2. Unmittelbar darnach subcutane Injection von künstlich sterilisirtem Serum (nach HAYEM), täglich 2—3mal in Mengen von 100—105 Grm. Sie besorgen eine gründliche Auswaschung des Blutes und des interstitiellen Gewebes nach vorangegangener Entgiftung durch den Aderlaß. 3. Kalte Einwickelungen der Brust, dreistündlich zu erneuern. Bei dieser Behandlung hat Votr. kaum mehr als 10% Mortalität gehabt.

DE DOMINICIS (Neapel): Experimentelle Milzinfektion.

Zum Studium der von der Milz ausgehenden Infectionen hat Votr. die Milz von Hunden unter Erhaltung ihrer Gefäßverbindung aus der Bauchhöhle transplantiert und Reinculturen von Bact. coli, Typhusbacillen u. dgl. in die Milz injicirt. 8—10 Ccm. wirkten tödtlich nach 5—8 Stunden, erst in etwas größerer Dosis vom Blut aus. Kleinere Mengen wirken immunisirend für kürzere Zeit.

Widal (Paris) hat bei Meerschweinchen keine Wirkungen von Injectionen virulenter Bacterien in die Milz gesehen.

BECLÈRE (Paris): Pathogenese der pulsirenden Pleuritis.

Votr. erörtert, auf welche Weise wohl die Entstehung der sogenannten pulsirenden Pleuritis zu erklären ist, bei der die Herzschläge durch die Exsudatflüssigkeit hindurch auf die Brustwand übertragen werden. Das kommt nur bei linksseitiger Pleuritis vor, die tuberculösen Ursprungs ist, stets zur Eiterbildung führt, oft mit secundärer Perforation der Lunge und von Pneumothorax begleitet. Sie entwickelt sich immer nur langsam (chronisches Empyem), comprimirt stark die linke Lunge und verdrängt das Herz sehr erheblich, ohne doch das Leben zu gefährden. Die Entstehung der Pulsation ist so zu erklären, daß bei der Ausbreitung der eiterigen Flüssigkeit der Widerstand der rechten fibrös verdickten Wand des Mediastinums größer ist als derjenige der linksseitigen Intercostalräume, so daß das Herz bei jeder Contraction gegen sie angedrängt wird. Den Beweis für diese Theorie erbringt Votr. durch Versuche an der Leiche, durch Roentgenaufnahme und durch eine zufällig günstige klinische Beobachtung eines solchen Falles bei einer Kranken mit Trichterbrust.

DALAND (Philadelphia) demonstriert einen neuen Apparat, „Haematocit“ genannt, welcher durch Centrifugirung eines in einer graduirten Pipette aufgefangenen Bluttröpfens die Zahl der rothen Blutkörperchen in demselben abzuschätzen gestattet.

RENON (Paris): Die Aspergillose eine primäre Krankheit.

Im Gegensatz zu der älteren Auffassung VIRCHOW'S u. A. glaubt Votr. mit anderen französischen Autoren, daß der Aspergillus fumigatus (Kolbenschimmelpilz) nicht nur ein secundärer Parasit ist, sondern oft auch ein primärer pathogener Krankheitserreger von derselben Bedeutung wie der Actinomycespilz und der Tuberkelbacillus. Die primäre Aspergillose ist nach R. sogar eine nicht seltene Erkrankung, die sich gut differenziren läßt und durchaus specifisch ist. Sie kommt spontan bei Menschen wie bei Thieren (Säugethieren und Vögeln) vor, entwickelt sich in der Haut, Hornhaut, besonders aber im Respirationstractus, sowohl den Bronchien, wie namentlich den Lungen, wo sie eine Pseudotuberculose erzeugt, wie man die Affection in Frankreich vielfach noch nennt. Sie kann heilen durch Ausstoßung des Pilzherdes, oder durch Höhlenbildung zum Tode führen. In der Aetiologie spielt die Ansteckung durch Getreide eine Hauptrolle, da Personen, welche damit zu thun haben, besonders häufig davon betroffen werden. Man kann die Lungenaspergillose experimentell bei Thieren mit ihren charakteristischen Neurosen und Ulcerationen erzeugen.

TRIBOULET (Paris): Die Bacteriologie des acuten Gelenkrheumatismus.

Sowohl bei dem einfachen acuten Gelenkrheumatismus, wie bei den mit Complicationen (Endo-Pericarditis u. s. w.) einhergehenden findet man sehr verschiedene Mikroben, bald diesen, bald jenen: Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken (ACHALME, TRIBOULET et COYON). Kein Bacterium kann bisher als specifisch gelten, da die Krankheit damit noch nicht experimentell erzeugt ist. Dennoch scheinen die Fälle, in denen sich im Blut keine Mikroben finden, prognostisch günstig, die anderen geben dagegen Anlaß, den Eintritt von Complicationen zu verwerthen. Beim acuten Gelenkrheumatismus scheint das Blut ein außerordentlich günstiger Nährboden für Bacterien zu sein, sie verbreiten sich darin rapide und erzeugen sehr leicht secundäre Infectionen, die ja den einzelnen Fällen das klinische Gepräge aufdrücken.

LENOBLE (Brest): Die Semiologie der Coagula und des Serums bei den Purpuraerkrankungen.

Votr. hat in mehreren Fällen von Purpura hemorrhagica drei Eigenthümlichkeiten des Blutes gefunden, welche er für charakteristisch hält: a) Aus dem Blute setzt sich kein Serum ab, indem sich das Coagulum nicht zurückzieht; b) die Zahl der Hämatoblasten ist vermindert entsprechend der Intensität der Affection; c) die Gegenwart kernhaltiger rother Blutkörperchen. Bei leichter Peliosis dagegen bildet sich Coagulum und Serum in der gewöhnlichen Weise in kurzer Zeit.

Apert (Paris): Man findet die mitgetheilte Anomalie der Blutcoagulation in der That öfters bei Purpura-Hämorrhagien, aber durchaus nicht immer. Andererseits läßt sie sich auch bei Affectionen, z. B. Typhus abdomin. gelegentlich beobachten, wenn man die WIDAL'sche Serumreaction anzustellen versucht.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. Februar 1901.

Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Dr. v. CZYHLARZ demonstriert einen Fall von **FRIEDREICH'scher Ataxie**. Derselbe (16jähr. Mädchen) weist die typischen Symptome dieser Krankheit auf: starke Ataxie der unteren Extremitäten von cerebellarem Charakter, Fehlen der Patellarreflexe, dabei keine Pupillenstarre oder irgend ein anderes Symptom von Tabes, keine Atrophien, normale Muskelkraft, keine Sensibilitäts- oder Blasenstörungen. Außerdem ist bei dem hereditären Charakter der FRIEDREICH'schen Ataxie von Wichtigkeit für die Beurtheilung des Falles, daß nach Angabe der Patientin auch ihre ein wenig ältere Schwester an einer ganz gleichen Krankheit leiden soll.

Prof. Dr. S. EHRMANN stellt einen Fall von **multipler Alopecia areata** vor, welcher mit Faradisation der kahlen Stellen behandelt wurde. Die weißen haarlosen Stellen änderten zuerst ihre Farbe, welche den Farbenton der normalen Haut annahm, dann fing nach wiederholter Behandlung der Nachwuchs normaler Haare an. Die Faradisation wirkt also analog wie die Roentgenbestrahlung.

Discussion zum Vortrage des Dr. L. FREUND: Ueber die bisherigen Erfolge der sogenannten Roentgentherapie und ihre wahrscheinliche Ursache.

Dr. Kienböck theilt zuerst seine Erfahrungen über Radiotherapie von Hautkrankheiten und Hypertrichosis mit, die er im Roentgeninstitut des Sanatorium FÜRTH gesammelt hat; dieselben stimmen zum großen Theile mit den Angaben von SCHIFF und FREUND überein, enthalten jedoch einige wichtige Ergänzungen und Correcturen der letzteren.

Darauf bespricht K. die Technik und principiellen Grundlagen der Radiotherapie, wobei er den Standpunkt betont, den er in seinem Vortrage in der Gesellschaft der Aerzte am 19. October 1900 zu rechtfertigen versucht hat.

Gegenüber den Ausführungen von SCHIFF und FREUND („Klin. therap. Wochenschr.“, 1901, Nr. 1 u. 2) bemerkt K.: Die von mir angegebene Methode der Roentgentherapie wurde vor mir von Niemanden publicirt und meines Wissens auch von Niemanden vor mir angewendet. SCHIFF und FREUND machen dabei darauf aufmerksam, daß sie schon einmal empfohlen haben, nach zwei anfänglichen Bestrahlungen die Incubationszeit abzuwarten; das thaten sie aber nicht zur Erzeugung einer therapeutischen Wirkung, wie auch aus der

Geringfügigkeit der Bestrahlungen hervorgeht, sondern um das Individuum auf Idiosynkrasie zu prüfen. Die Existenz einer Idiosynkrasie bekämpfe ich aber gerade. Uebrigens sind SCHIFF und FREUND von dem Aussetzen nach den ersten Bestrahlungen wieder ganz abgekommen.

Zur Technik von SCHIFF und FREUND (dieselben verwenden harte Röhren, die beträchtliche elektrische Entladungen, aber nur wenig Roentgenlicht geben) bemerke ich, daß jenes Verfahren schleppend ist, während bei meinem Verfahren wenige kurzdauernde, aber genügend intensive Bestrahlungen in größeren Pausen (behufs Abwarten der Latenzzeit) gegeben werden, wobei man die therapeutische Tauglichkeit einer Röhre nach ihrer Durchleuchtungsfähigkeit beurtheilen und die Exposition der Haut analog der Exposition der photographischen Platte dosiren muß. Man kann also in einer einzigen, z. B. $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ oder 1 Stunde dauernden Sitzung, oder in mehreren Sitzungen den erwünschten Effect erzielen; in der Praxis dürfte man aus verschiedenen Gründen die Vertheilung der richtigen Dose auf 2–6 Sitzungen von entsprechender Wirksamkeit vorziehen.

Bezüglich des wirksamen Agens zeigen sowohl fremde, als auch meine eigenen Erfahrungen und Versuche, daß die Roentgenstrahlen die wirksame Kraft sind, die elektrischen Entladungen aber nicht in Betracht kommen. Zur Begründung dieser Ueberzeugung verweise ich auf meine Beobachtungen an Patienten sowie auf meine Versuche an Thieren, an denen die eine Seite mit elektrischen Entladungen (harte Röhre) behandelt wurde und unverändert blieb, die andere Körperseite aber, welche mit intensivem Roentgenlicht (mittelweiche Röhre) bestrahlt wurde, prompt reagirte. Zugleich kam auch STRÄTER auf Grund ähnlicher Beobachtungen zu demselben Resultate. Endlich verweise ich auf die Versuche von RIEDER an Bakterien und von mir an der menschlichen Haut, wo der Beweis erbracht wird, daß das wirksame Agens geradlinig vom Focus der Roentgenröhre ausgeht, von dem auch das Roentgenlicht ausstrahlt.

Es ist ferner eine feststehende Thatsache, daß die Roentgenstrahlen die Körper je nach ihrem specifischen Gewichte durchdringen, und ebenso sichere Thatsache, daß zwischen Object und Röhre befindliche Substanzen nach Maßgabe ihres specifischen Gewichtes die Hautwirkung der Roentgenstrahlen abschwächen.

Ich zeige gemeinsam mit Dr. HOLZKNECHT noch den Erfolg eines neuen — aber nach alten Principien angestellten — Versuches an Bakterien vor, auf welche bei der Bestrahlung mit der Roentgenröhre ebenso wie bei Bestrahlung der Haut die Roentgenstrahlen selbst und nicht die elektrischen Entladungen einwirken. Dies ergibt sich auch aus dem folgenden Versuche. Die vorliegende Staphylokokkencultur in gegossener Gelatinepipette wurde $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Aussaat durch $\frac{1}{2}$ Stunden intensiven, mittelstark penetrierenden Roentgenstrahlen bei 10 Cm. Entfernung der Oberfläche vom Focus und bei einer Unterbrechungsgeschwindigkeit zwischen 20 und 30 in der Secunde ausgesetzt, wobei statt des Glasdeckels eine einfache Staniollage aufgelegt war und darüber zwei große Bleiplatten, die in der Mitte der Schale einen $\frac{1}{2}$ Cm. breiten Spalt offen ließen. Am nächsten Tage zeigte sich folgender Erfolg: die Gelatineoberfläche ist durch Colonien stark milchig getrübt mit Ausnahme eines viel durchsichtigeren, scharfrandigen, etwas über $\frac{1}{2}$ Cm. breiten, von einer Seite quer zur anderen Seite ziehenden Streifens. In diesem Streifen also sind die Aussaaten nur spärlich aufgegangen, weil die Roentgenstrahlen in genügender Stärke dahin gelangen und das Wachsthum der Bakterien hindern konnten; das Staniolplättchen hatte im Gegensatz zu den Bleiplatten die Roentgenstrahlen fast ungeschwächt hindurchgelassen. Es zeigt sich deutlich, daß die wirksamen Kräfte von einem Punkte der Röhre (und zwar dem Focus) ausgingen. Wenn man damit den Versuch vergleicht, den SCHIFF und FREUND in der Discussion zu meinem Vortrage erwähnten, den sie als Beweis für die Unwirksamkeit der Roentgenstrahlen und die Wirksamkeit der elektrischen Entladungen hinstellen, so ist darauf zu bemerken, daß dort die eine Platte, die unter der Roentgenlicht aussendenden Kugel der Voltrohmröhre lag, den Roentgenstrahlen nicht genügend lange exponirt wurde, respective daß die Roentgenstrahlen von nicht genügender Intensität und Qualität waren, — und daß das Ausbleiben des Wachstums der Bacteriencolonien in der Mitte der anderen Platte (unter der nicht leuchtenden Kugel) selbstverständlich ist, weil dorthin Büschelentladungen oder Fünkchen von der nicht gerade weichen Röhre sprangen.

Bezüglich der Frage nach der Wirksamkeit der im hellen oder nur im verdunkelten Raume sichtbaren Entladungen eines hochgespannten Stromes ist nicht zu leugnen, daß dieselben vielerlei Wirkungen ausüben und selbstverständlich auch die photographische Platte angreifen. Aber was sollen derartige Beobachtungen für die Frage nach dem wirksamen Agens der Roentgenröhre beweisen? Es handelt sich doch um ganz verschiedene Dinge. Die Roentgenröhre wirkt auf die Bakterien durch ihr Roentgenlicht schädigend ein, dies hat nichts damit zu thun, daß bei anderen Versuchen, wo elektrische Entladungen verwendet werden, auch diese sich bactericid erweisen.

Nun zur Frage, ob die Entladungen eines hochgespannten Stroms auf die Haut wirken. — Selbstverständlich ist dies der Fall; Funkenregen bringt Röthung und Quaddelbildung, wohl auch Entzündung der Haut hervor. Was aber vor den Herren Niemand beobachtet hat, obwohl hierzu reichliche Gelegenheit vorhanden war, das soll die epilatorische Wirkung jener elektrischen Entladungen sein. Vorläufige, an Kaninchen, Meerschweinchen und am menschlichen Arme im Vereine mit Dr. HOLZKNECHT angestellte eigene Versuche fielen, wie wir es erwartet hatten, negativ aus. Wir verwendeten dabei die Vorrichtung, die FREUND nach sich benannt hat, im Uebrigen aber der OUDIN'schen Glaselektrode nachgebildet ist, und außerdem Plattenelektroden mit zahlreichen Spitzen; durch Vermittlung dieser Apparate ließen wir einseitig (unipolar) und doppelseitig (bipolar) kräftige Büschelentladungen des RUMKORFF'schen Inductors stundenlang (bis 12 Stunden) auf die Thiere übergehen — jedoch ohne Erfolg.

Von der Frage nach der Wirksamkeit der genannten elektrischen Entladungen eines hochgespannten Stromes ist aber ganz unabhängig die durch unanfechtbare Experimente und zahlreiche eigene und fremde Erfahrungen erprobte Thatsache, daß das wirksame Agens bei der Bestrahlung der Haut mit der Roentgenröhre die Roentgenstrahlen sind. Etwaige Wirkungen der zuweilen gleichzeitig vorhandenen elektrischen Entladungen müßten dagegen ganz unwesentlich sein.

Dr. Holzknecht setzt den Versuch, welcher die Thatsache der focalen Provenienz des wirksamen Agens beweist, nochmals auseinander. Eine Roentgenröhre beleuchtet eine Bacterienaussaat. Zwischen ihr und der Aussaat befindet sich ein Stück Bleiblech, das Roentgenstrahlen absorbiert. Im Schatten dieses Bleibleches wuchsen die Bakterien viel reichlicher als außerhalb desselben (wo sie von Roentgenstrahlen getroffen werden konnten). Die Grenze des stärkeren Bacteriumwachsthumes ist scharf linear und liegt in der verlängerten Verbindungslinie des Focus der Röhre mit dem Rand des Bleibleches. Das wirksame Agens kommt daher aus dem Focus der Roentgenröhre. Da die andern, von FREUND als Ursache der eventuellen Wirkung angeführten Agentien (Ozon, Kathodenstrahlen, Ströme materieller Theilchen, Fluoreszenzlicht, elektrische Entladungen, Wärmestrahlen — Redner fügt hinzu: Herz'sche Wellen —) nicht aus dem Focus der Roentgenröhre kommen, oder das Innere der Röhre nicht verlassen, so bleiben eben nur die Roentgenstrahlen übrig oder andere unbekannte Strahlen, welche mit jenen sämtliche Eigenschaften gemeinsam haben, also identisch sind. H. faßt zusammen: Die biologische Wirkung der „Roentgenbestrahlung“ geschieht durch ein focales Agens; es gibt nur ein focales, außerhalb der Röhre wirkendes Agens.

Bei der Behandlungsweise von SCHIFF und FREUND müßten 20, 50, 80, 120 und mehr, im Durchschnitt über 40 Sitzungen angewendet werden.

Vor circa 2 Jahren wurde die Unsicherheit der Roentgenaufnahmen behoben und die Frage nach ihrer Ursache beantwortet. Es sind die Strahlen weicher junger Röhren, und zwar von ganz bestimmter Weichheit, mit denen die Bilder immer brillant werden.

KIENBÖCK fand, daß genau dieselben weichen Röhren am energischsten auf die Haut wie auf die Platte wirken, offenbar als dasselbe chemische Agens. Nicht 30 und nicht 100 Sitzungen, sondern wie man will, z. B. 4 und der Effect nicht nach Monaten, sondern nach 14 Tagen. Nach meiner Erfahrung stimmt dies ausnahmslos und immer.

Doc. Dr. Eduard Schiff nimmt zu der Frage nach dem wirksamen Agens bei der Roentgentherapie Stellung und spricht seine Meinung dahin aus, daß der physiologische, resp. therapeutische Effect wahrscheinlich auf eine Reihe von elektrischen Agentien zurückzuführen ist (Roentgenstrahlen, stille Entladungen, Hochfrequenzwirkung, Elektrolyse etc.). Dies geht unter anderem auch aus den therapeutischen Resultaten hervor, welche die Franzosen und zunächst EHRMANN mit faradischen und anderen Strömen erzielt haben. Bei seinen vorgestellten Fällen habe Redner absichtlich stets nur diejenigen berücksichtigt, welche ausschließlich mit Roentgen behandelt worden waren, um dem Einwurf zu begegnen, daß andere mitangewendete Mittel die Ursache des Erfolges seien. Was die Behandlung des Lupus erythematosus betrifft, sieht Redner nicht ein, warum bei diesem die Radiotherapie contraindicirt sein soll, zumal nachgewiesen ist, daß durch diese die hypertrophischen Capillaren in einen paretischen Zustand gerathen, der schließlich zu Atrophie führt. Redner bemerkt weiter, daß bei Epilation von dauerndem Bestande zwar häufig, aber durchaus nicht regelmäßig Niveauunterschiede und Decoloration beobachtet worden sei, doch lange nicht in dem Grade wie bei Elektrolyse. Was schließlich die Technik der Therapie anlangt, so habe Vortr. und FREUND die von KIENBÖCK gegebenen Winke einer Nachprüfung unterzogen. Während nun bis dahin bei den nach Redners und FREUND's Methoden behandelten Patienten (circa 200) auch nicht einmal eine nennenswerthe entzündliche Reaction auftrat, erfolgte bei einer Patientin, welche nach KIENBÖCK bestrahlt wurde, schon nach der 5. Sitzung eine heftige Dermatitis, welche noch heute in Gestalt einer guldengroßen Excoriation am Kinn besteht. (Patientin wird demonstrirt.)

Dr. L. Freund berichtet aus eigener und SCHIFF's Erfahrung, daß bei Sycosis nur selten Recidiven auftreten, wenn die Haare nachgewachsen sind. Auch ist diese Therapie der Sycosis nicht an eine bestimmte Localisation der letzteren gebunden. Hinsichtlich seiner früheren Aeußerung, daß man in wenigen intensiven Sitzungen einen physiologischen Effect erzielen könne, macht FREUND darauf aufmerksam, daß diese von KIENBÖCK in letzter Zeit mitgetheilte Thatsache einer großen Reihe von Autoren, welche KIENBÖCK selbst in einer Tabelle namhaft gemacht hat (darunter auch FREUND), schon früher bekannt gewesen sei. Es handelt sich hier auch gar nicht darum, ob wenige Sitzungen einen physiologischen Effect haben können, sondern darum, welches Agens dieselben hervorrufe. Der Annahme, daß dieses Agens von einem umschriebenen Fleckchen abgehe, widerspricht die elektro-dynamische Hypothese nicht. Andererseits entstehen X-Strahlen nicht nur an der Antikathode, sondern auch, allerdings wenig intensiv, an anderen Stellen der Röhrenwand.

Nachtrag zum Protokoll des „Wiener medicinischen Club“ vom 16. Januar 1901.

Wie mich Herr Doc. MAXIM STERNBERG aufmerksam macht, findet sich in seiner Monographie über Akromegalie auf pag. 42 folgende Bemerkung: „Andere längs- oder quergestellte Wülste werden oft durch die verdickte Haut, namentlich am Hinterhaupte gebildet.“ Meine in der Sitzung des „Wiener med. Clubs“ vom 16. Januar 1901 gemachte Mittheilung zur Symptomatologie der Akromegalie hat demnach als Bestätigung dieser Bemerkung von STERNBERG zu gelten.

Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER.

Notizen.

Wien, 2. März 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Doc. Dr. ALT zwei Fälle von Sinus- und Jugularvenenthrombose nach Otorrhoe vor, welche durch Radicaloperation und Sinuseröffnung geheilt wurden. — Hierauf demonstrierte Dr. M. REINER einen 11jährigen Knaben mit syphilitischer Ostitis deformans der linken Tibia und einer tiefen Ulceration über der Crista tibiae. (Wird in dieser Wochenschrift ausführlich publicirt werden.) — Dr. KAPSAMER berichtete sodann über das Ergebnis der Funktionsprüfung der Niere mittelst der combinirten Methylenblau- und Phloridzinprobe bei einer Kranken, die an linksseitiger Pyonephrose und rechtsseitiger Pyelitis leidet. Es wurden 0.02 Grm. Phloridzin subcutan und 0.02 Grm. Methylenblau intramusculär injicirt. Die Untersuchung des aus den Ureteren getrennt aufgefangenen Harnes ergab, daß die kranke Niere Methylenblau gar nicht, Zucker später als die gesunde ausschied. Doc. Dr. SCHWARZ meinte darauf, daß der kryoskopische Befund zur Insufficienzbestimmung der Niere unerläßlich sei. — Sodann stellte Prof. Dr. EHRMANN einen Mann mit beginnendem Morbus Addisonii vor. Die Diagnose wurde aus dem Vorhandensein von diffusen Pigmentationen, Diarrhoe, Schwächegefühl und Pigmentflecken auf der Wangenschleimhaut gestellt. Die Lippenschleimhaut des Kranken ist bleigrau gefärbt. — Schließlich hielt Dr. WALTH. ZWEIG seinen angekündigten Vortrag: „Zur Diagnose tiefsitzender Oesophagusdivertikel.“ Vortr. hat drei einschlägige Fälle beobachtet, deren Aetiologie nicht bekannt ist. Diese Divertikel sitzen an der Vorder- oder Hinterwand des Oesophagus, nahe der Cardia, und werden bis mannsfaustgroß. Diagnostisch kommen immer hochgradiger werdende Schlingbeschwerden, Regurgitation der Speisen, Aenderung des zweiten Schluckgeräusches und die Sondenuntersuchung in Betracht. Zur Unterscheidung der tiefen Oesophagusdivertikel von der idiopathischen Oesophagusdilatation empfiehlt Vortr. die gleichzeitige Einführung eines Schlauches in den Magen und eines zweiten in das Divertikel. Durch die Divertikelsonde wird eine der Größe des Divertikels entsprechende Menge Methylenblaulösung eingegossen; beim langsamen Zurückziehen der Magensonde fließt Methylenblaulösung nur dann aus, wenn partielle Dilatation des Oesophagus vorliegt. Als diagnostischer Behelf ist schließlich die Radioskopie nach Füllung des Divertikels mit Wismuthemulsion zu erwähnen. Die Therapie besteht in Spülungen und Sondirung mit Bougies von steigender Dicke.

(Auszeichnungen.) Für Verdienste anlässlich der Pariser Weltausstellung wurde dem Hofrathe Prof. MAX GRUBER in Wien die Allerhöchste Anerkennung bekanntgegeben, dem Obersanitätsrathe Dr. JOHANN DWOŘAK in Opocno der Orden der Eisernen Krone III. Cl. verliehen.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt I. Cl. Dr. MICHAEL ZIMMERMANN ist in den Ruhestand versetzt und durch Verleihung des Franz Joseph-Ordens ausgezeichnet worden. Oberstabsarzt II. Cl. Dr. ANTON BUNDSMANN ist zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 10 in Innsbruck und Stabsarzt Dr. JULIUS PALKOVICS zum Garnisons-Chefarzte in Oedenburg ernannt worden.

(Die neue ungarische medicinische Rigorosenordnung.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Die neue, schon im Laufe des gegenwärtigen Schuljahres in Kraft tretende Rigorosenordnung schafft die bisherigen Grundprüfungen ab; übergangsweise haben die jetzigen erstjährigen Hörer die sogenannten naturhistorischen Tentamina zu bestehen. Die Hörer der höheren Jahrgänge werden nach dem neuen System ihre Prüfungen ablegen. Das medicinische Doctorat wird aus drei Rigorosen bestehen. Das I. Rigorosum, dessen Gegenstände Physik, Chemie, Physiologie und Anatomie sind, ist eine Vorbereitungsprüfung zum Verständniß der klinischen Gegenstände und muß vor dem Besuch der Klinik am Ende des zweiten Schuljahres abgelegt werden. Das II. Rigorosum ist ein theoretisches und während des Curses, das III.,

praktische Rigorosum ist nach erlangtem Absolutorium abzulegen. Zum III. Rigorosum delegirt die Regierung einen Vertreter, welcher auf die Einhaltung der bestehenden Vorschriften achtet. Die Rigorosen werden verbilligt. Das Recht zur Ausübung der ärztlichen Praxis kann sich der Doctor medicinae nur durch eine einjährige Spitalpraxis erwerben. Die neue Rigorosenordnung tangirt die Ordnung der gerichtsarztlichen und Physikatprüfungen nicht und mit Rücksicht hierauf blieb auch das spezifische Material dieser Prüfungen bei Zusammenstellung der Gegenstände der medicinischen Rigorosen unberücksichtigt.

(Aerztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien) Die Neuwahl der Kammermitglieder und ihrer Stellvertreter für diese Kammer wurde für den 19. März festgesetzt. Die Wahl wird schriftlich mittelst amtlicher Stimmzettel vorgenommen, welche den Wahlberechtigten zugesendet werden. Reclamationen sind bis 11. März an jene Bezirksbehörde zu richten, in deren Gebiete sich der ständige Wohnsitz des Wählers befindet, in Waidhofen a. d. Ybbs und Wr.-Neustadt an den Stadtrath.

(Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens.) Der im Vorjahre ins Leben gerufene Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens hat unter der Aertzschaft so lebhaften Anklang gefunden, daß demselben während der verhältnißmäßig kurzen Zeit seines Bestandes 560 Aerzte Wiens als Mitglieder beigetreten sind. In den letzten Wochen haben zahlreiche Hochschulprofessoren, Docenten und hervorragende Wiener Aerzte durch ihren Beitritt als Stifter, Gründer, unterstützende oder wirkliche Mitglieder den so hervorragend praktischen und ethischen Tendenzen des Vereines ihre Anerkennung ausgedrückt. Die Collegen werden in ihrem eigenen Interesse darauf aufmerksam gemacht, daß nach den statutarischen Bestimmungen des Vereines mit Ablauf des ersten Vereinsjahres, d. i. vom 6. März d. J. an, Collegen, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, in den Verein überhaupt nicht mehr aufgenommen werden, während alle anderen Aufnahmewerber den Nachweis vollkommener Gesundheit zu erbringen haben. Es sollten daher zur Förderung der praktischen und humanen Bestrebungen des Vereines alle Collegen möglichst bald ihren Eintritt dem Obmann des Vereines Dr. TENNENBAUM, II., Praterstraße 10, anmelden.

(Universitätsjubiläum.) Aus Glasgow wird uns geschrieben: Unsere altherwürdige Universität wird im Juni dieses Jahres das 450. Jahr ihres Bestehens feierlich vollenden.

(Eine Pockenendemie) herrscht — wie uns berichtet wird — seit October 1900 im Kreise Inowrazlaw (Rußland). Dieselbe soll durch Einschleppung entstanden sein. Die Endemie breitete sich zunächst auf dem Lande aus und ergriff hier im ganzen acht Ortschaften mit 19 Erkrankungen, darunter 3 Todesfällen. Anscheinend ist die Seuche auf dem Lande jetzt erloschen. In der Stadt Inowrazlaw begann die Epidemie Ende November 1900 und befahl bis jetzt 10 Häuser mit im ganzen 16 Erkrankungsfällen, darunter 2 Todesfälle. Der Charakter der Krankheit ist in den meisten Fällen mittelschwer, in einigen allerleichtester Art. Die 5 Todesfälle betrafen 4 kleine noch ungeimpfte Kinder und einen gleichfalls wahrscheinlich ungeimpften Erwachsenen. Diese Nachricht wird der Schaar der Impfgegner wohl ein wenig unbecquem erscheinen; ist doch unter den 5 Gestorbenen nicht ein Geimpfter gewesen.

(Sanitätspflege in Rußland.) Die Stadt Petersburg hat zur Erweiterung der städtischen Hospitäler 2½ Millionen Rubel gespendet. Zum Bau eines neuen Gebäudes für die Lehrstühle der Physiologie, Pathologie, Histologie und Pharmakologie an der Militär-Medicinischen Akademie sind seitens des Kriegsministeriums 200.000 Rubel angewiesen worden.

(Die ärztliche Praxis in London.) Aus London erfahren wir: In den äußeren Bezirken Londons haben sich die Aerzte sogenannte „Doctorsshops“, d. h. ärztliche Läden eingerichtet, in welchen sie für die arme Bevölkerung zu billigen Preisen ordiniren. Es gibt Aerzte, die mehrere Läden haben, die sie von

diplomierten Gehilfen betreiben lassen. Aerztlicher Rath sammt Medicin kosten 30—100 Heller. Untersuchungen werden nur vorgenommen, wenn ein höheres Honorar gezahlt wird, sonst beschränkt sich die Behandlung darauf, daß der Kranke seine Krankheitssymptome angibt, worauf er eine möglichst große Flasche Medicin bekommt. Solche Geschäfte sollen für die Besitzer wahre Goldgruben sein.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. Februar 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7325 Personen behandelt. Hievon wurden 1344 entlassen; 193 sind gestorben (12.55% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereil als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 64, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern 1, Varicellen 70, Scharlach 88, Masern 347, Keuchhusten 32, Rothlauf 40, Wochenbettfieber 1, Rötheln 5, Mumps 76, Influenza 40, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 749 Personen gestorben (— 35 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Heidelberg der Med.-Rath Dr. WILHELM ZÖLLNER, ein eifriger Vertreter ärztlicher Standesinteressen, im Alter von 75 Jahren; in Darmstadt der Geh. Med.-Rath Dr. HERMANN PFEIFFER; in Marburg der Geh. San.-Rath Prof. Dr. v. HEUSINGER; in St. Petersburg der großfürstliche Leibarzt Prof. Dr. H. A. SCHAPIRO im 49. Lebensjahre; in Tientsin der Director der Kais. med. Schule Dr. DEPASSE, 41 Jahre alt.

Ueber Bacillol. (Aus der ersten chirurgischen Abtheilung — Prof. Dr. WEINLECHNER — des Wiener k. k. allgemeinen Krankenhauses.) Von Dr. FRANZ WERNER und Dr. PETER PAJIC („Wiener klin. Rundschau“, 1900, Nr. 5).

Das Bacillol erscheint als eine dunkelbraune Flüssigkeit von öiger Consistenz, sehr schwachem, creosotartigem Geruche und alkalischer Reaction. Im Gegensatz zu dem ursprünglichen, für die Großdesinfection bereiteten Fabrikate, ist das Alkali im Bacillol auf ein Minimum herabgesetzt. Es besitzt ein ausgezeichnetes Lösungsvermögen, eminent bactericide Eigenschaften (PALTAUF, HEINRICH, BEHREND, FRÖHNER), zeigt in 1—2%igen Lösungen keine Intoxicationserscheinungen und — last not least — ist es das billigste unter den gebräuchlichen Desinficienten: 5 Liter von 1%igem Bacillol kosten 24 Heller.

Die Autoren kommen zu dem Schlusse „... daß das Bacillol infolge seiner das Carbol weit übertreffenden und dem Lysol sicher gleichkommenden Desinfektionskraft, infolge seiner relativen Unschädlichkeit, seiner ausgezeichneten Wasserlöslichkeit, weiters infolge seiner fast gänzlichen Geruchlosigkeit und desodorisirenden Wirkung und auch mit Rücksicht auf seinen äußerst billigen Preis, als ein sehr gutes Desinfektionsmittel zu bezeichnen und zu empfehlen ist.“

Zur Physiologie der Guajacetinwirkung betitelt Herr Dr. ALFRED BASS in Wien einen von ihm verfaßten Aufsatz in der Nr. 5 der „Wiener med. Woch.“ vom 2. Februar 1901, und berichtet daselbst über von ihm angestellte Versuche mit Guajacetin. Dr. Bass referirt, daß er bereits im Jahre 1898 eine Reihe von therapeutischen Versuchen publicirt habe, welche er mit dem damals in Oesterreich noch wenig gekannten Guajacetin angestellt hatte.

Das günstige Ergebnis dieser Versuche hatte ihn gleichwohl bewogen, das Mittel für die Behandlung nicht allzuweit vorgeschrittener Fälle von Tbc. pulm. und chron. Bronchitis zu empfehlen.

Schon damals hob Dr. Bass die rasch eintretende Gewichtszunahme hervor. Ein in jüngster Zeit beobachteter Fall, wo die unter Guajacetinbehandlung in der Zeit vom 26. August bis 9. September erzielte Gewichtszunahme 3000 Grm. betrug, veranlaßte den Verfasser, an sich persönlich einen Stoffwechselforschung anzustellen, welcher aus einem zweitägigen Vor- und einem ebenso langen Hauptversuch bestand.

Aus dem Resultat dieses Versuches ging hervor:

1. Daß, wohl durch den gesteigerten Hunger, die N-Zufuhr gesteigert,
2. daß ein wesentlich größerer Percentsatz des eingeführten N zur Retention gelangt ist.

Der Verfasser bemerkt zum Schluß seiner Abhandlung, daß die Möglichkeit rascher und bedeutender Gewichtszunahme bei Darreichung von Guajacetin physiologisch vollkommen erklärt sei.

Bei diesen fachmännischen Versuchen wurde Herr Dr. Bass von den Herren Dr. FELIX SCHIFF und Dr. OSKAR BERNHEIMER assistirt.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 4. März 1901, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).

Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

Dr. H. CHARAS: Ueber die Entwicklung und die Erfolge des Rettungswesens.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 6. März 1901, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaale der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).

Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

- I. Demonstrationen.
- II. Dr. ROB. KRONFELD: Die dentalen Symptome bei Diabetes und Tabes.
- III. Dr. TH. ROB. OFFER: Ueber Nährpräparate.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der **Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co., Elberfeld über Aspirin**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).



NAFTALAN

findet infolge hervorragend günstig. Heilerfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, abtötend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen — Erfrierungen — Wunden — Geschwüre — Decubitus — Entzündungen — Hämorrhoidalleiden — rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen — Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme — Frauenkrankheiten — Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie **NEU!**
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: Unguentum Naftalani cum Zinco — Collemplastrum Naftalani compositum — Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani — Medizinische Naftalansalbe nach Dr. med. Rohleder.

Literatur und Muster für Ärzte stets kostenlos, Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

Guajacetin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin s K so H.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel . . .

Wohlschmeckend und leicht verdaulich . . .

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik
Actien-Gesellschaft, Berlin.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei
Franz May, Wien, VIII/2, Josefstädterstr. 64.

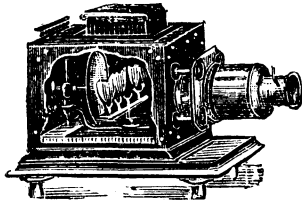
DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz Wien

PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER,
 ELEGANTER AUSFÜHRUNG

Rossel, Schwarz u. Co.
 Dotzheim-Wiesbaden.

FRITZ EBELING, Wien — XVII., Hernalser Gürtel 2, —
 Ecke der Breitenfeldergasse, VIII. Bez.
 4 Ehren-Diplome. — 4 goldene Medaillen. Gegründet im Jahre 1886.
 Optisch-mechanische Werkstätte für **Mikroskope und Projections-Apparate**



mit Mikroskop für elektrisches Licht, speciell zu Vorträgen auf Kliniken und für größere Hörsäle geeignet, sowie mit Acetylgaslicht neuester Construction mit intensiver gleichmässiger Beleuchtung. Vierflammenbrenner, Brenndauer 2 Stunden.

Für Schulen und Familienkreise mit Gas- oder Spiritusglühlichtlampen.
 Preislisten auf Verlangen.

Sanatorium 1428
für Nervenranke u. Morphinisten
 in **Wien-Hacking** (Westbahn).
 Geistesranke ausgeschlossen.
 Docent Dr. Hölländer Dr. Ph. Oesterreicher
 ärztlicher Leiter. Anstaltsarzt.

Alboferin

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Kräftigungsmittel** welches Eisen und Phosphor organisch an Eiweiss gebunden enthält.
 Wird in **Pulver- und Tablettenform dargestellt.**

Alboferin wurde laut ärztlicher Atteste mit Erfolg angewendet bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Schwächezuständen nach Blutverlusten, Reconvalescenten etc.**

Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an u. erhöht d. Körpergewicht.
 Zu haben in allen Apotheken und grösseren Droguerien.

Haupt-Depot: Apotheke „zum schwarzen Bären“
 WIEN, I., Lugeck 3.

PILULAE ROBORANTES SELLE

organisch-animalisches Eisenpräparat, die in ihren Verbindungen nicht gestörten Salze des Blutes und des Fleischsaftes enthaltend. Drei Pillen entsprechen 2 Gr. Blut und 1 Gr. fettfreiem Muskelfleisch. Herr Dr. Zacharias schliesst sein Referat in der Berliner klinischen Wochenschrift über die Wirkung obiger Pillen bei **Bleichsucht, allgemeinen Schwächezuständen, Reconvalescenz, Altersschwäche etc.** wie folgt: „Meinen Herren Collegen kann ich auf Grund der von mir erzielten Resultate nicht dringend genug die Verordnung der ‚Pilulae roborantes -elle‘ anrathen.“ Nach Orten, an welchen die **Pilulae roborantes Selle** nicht zu haben sein sollten, **postfrei** zu Originalpreisen von der **privilegirten Apotheke in Kosten**, Provinz Posen, zu beziehen.

Syrup Hypophosphit Comp. Dr. Egger

enthält die **unterphosphorigsauren Salze von Eisen, Mangan, Kalium, Natrium, Calcium, Chinin und Strychnin** und ist ein souveränes **Tonicum** und werthvolles Heilmittel bei **Neurasthenie, Anämie, Chlorose, Scrophulose** etc. etc.

An zahlreichen europäischen Kliniken dauernd in Anwendung.
 Von hervorragendsten Aerzten empfohlen.

Hauptdepôt für Wien: **Alte k. k. Feldapotheke**, Wien, I., Stefansplatz 8, und an der Erzeugungsstelle: **Reichspalatin-Apotheke**, Budapest, VI., Waltzner-Boulevard 17.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie — Massage
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
 Heissluft-Behandlung. — Kohlensäure- und elektrische Bäder (System Prof. Gärtner)

Dr. Anton Bum Doc. Dr. Max Herz
 Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
CURSE FÜR ÄRZTE.

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches, welche nur durch gelinde Erwärmung und ohne Zusatz von Wasser oder anderen Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, dass die hervorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Belebungsmitel** mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben. „LANCET“ brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz, auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.

BRAND & Comp. Ltd. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — (Gründungs-jahr: 1835) — Preis-Medailen.
 Dépôts in Wien: **Pezoldt & Süss**, I., Schottenhof; **Köberl & Pientok**, I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer**, I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal**, I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer**, I., Lichtensteg 5.

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG**
 in Wien und Berlin.

Soeben erschienen:

Lehrbuch
 der
Ohrenheilkunde
 von
Dr. Victor Urbantschitsch,
 a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität und Vorstand der Abtheilung für Ohrenranke an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Vierte, neu bearbeitete Auflage.
 Mit 77 Holzschnitten und 8 Tafeln. — Gr. 8°. XII und 594 Seiten.
 Preis: 14 K 40 h = 12 M geheftet; 16 K 80 h = 14 M. Hbfz. geb.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfang von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der ersten chirurgischen Universitätsklinik weiland Hofrath ALBERT in Wien (supplirender Vorstand Prof. HOCHENEGG). Sacrale Exstirpation des Rectumcarcinoms mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus. Von Dr. SEVERIN GOLDNER, Operateur an obiger Klinik. — Ueber die Bedeutung atypischer Initialsymptome bei der tuberculösen Meningitis. Von Dr. JULIUS ZAPPERT. — **Revue.** Die Atropinbehandlung des Ileus. — **Referate.** ERWIN PAYR (Graz): Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit. — E. MENDEL (Berlin): Die Tabes beim weiblichen Geschlecht. — PLUDER (Hamburg): Zwei Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge. — MIKUSOHN: Beitrag zur Frage der Anwendung von Brechmitteln bei Croup. — PAUL EDEL (Gießen): Ueber einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennierentabletten in einem Falle von Morbus Addisonii. — RUDOLF OEHLER (Frankfurt a. M.): Ueber Peritonitis tuberculosa. — MAYER (Würzburg): Zur Kenntniß des Pionkowski'schen Verfahrens der Typhusdiagnose nebst einschlägiger Modification. — A. FREUDENBERG (Berlin): Statistik der BOTTINI'schen Operation bei Prostatahypertrophie. — **Literarische Anzeigen.** Die Urogenitalmuskulatur des Damms mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlusses. Von Dr. OTTO KALISCHER in Berlin. — Die Tuberculose (Schwindsucht) und deren Bekämpfung. Von Dr. B. DOBZYNSKI. — **Feuilleton.** Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Behandlung des Schwangerschaftserbrechens. — Theerbehandlung im squamösen Stadium des chronischen Ekzems. — Zur Theerbehandlung der Psoriasis. — Die Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. — Holocain-Cocainlösung. — Medicationen bei Neuralgie. — Die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin. — Morbus Werlhofii. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Wiener medicinischer Club. (Officielles Protokoll.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die Meistercassen und die Wiener Aerztekammer. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der ersten chirurgischen Universitätsklinik weiland Hofrath Albert in Wien (supplirender Vorstand Prof. Hocheneegg).

Sacrale Exstirpation des Rectumcarcinoms mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus.

Von **Dr. Severin Goldner**, Operateur an obiger Klinik. *)

In den letzten Jahren hat sich an den großen Kliniken allmählig eine gründliche Trennung zwischen chirurgischem und gynäkologischem Krankenmateriale vorbereitet, was zur Folge hat, daß in Hinkunft immer seltener die Aufgabe an den Chirurgen herantreten wird, rein gynäkologische Operationen zur Ausführung zu bringen. Eine Reihe von Fällen, bei denen gewisse Combinationen von chirurgischen und gynäkologischen Leiden vorliegen, dürfte aber auch in absehbarer Zukunft die unumschränkte Domäne des Chirurgen bleiben. Ueber zwei solcher Fälle, die in jüngster Zeit operirt wurden, erlaube ich mir im Nachfolgenden zu berichten.

I. Fall. Carcinoma recti, Myomata uteri — Resectio recti mit supravaginaler Amputation des Uterus.

Die Patientin wurde zu uns von der Klinik des Herrn Hofrathes SCHAUTA transferirt und bietet folgende Anamnese:

Johanna G., 35 Jahre alt, hereditär nicht belastet, hat wiederholt Lungenspitzenkatarrh durchgemacht. Erste Menstruation im Alter von 13 Jahren, dieselbe erfolgte immer in regelmäßigen, vierwöchentlichen Intervallen, war profus und von 8—10tägiger Dauer. Vor dem Eintritt jeder Menstruation wird Pat. von starken,

*) Nach einem am 12. Februar l. J. in der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

krampfartigen Schmerzen im Unterleib gequält, die manchmal eine Woche lang anhalten; die Schmerzen sistiren meistens mit dem Eintritte der Blutung, manchmal überdauern sie dieselbe. Auch außerhalb der Menstruation treten Blutungen aus der Scheide auf. Leichter Fluor seit einigen Monaten bestehend, kein Partus, kein Abortus. Seit ihrer Jugend leidet die Kranke an Stuhlverstopfung. Im Frühjahr 1900 traten ohne Medication täglich mehrere Stuhlentleerungen auf, dabei litt Pat. an heftigem Stuhl drang. Nach einiger Zeit meldeten sich recht unangenehme Schmerzen im Mastdarm, und im Stuhl, der nie diarrhoisch war, bemerkte man Schleim und Eiter; mitunter kam auch reines Blut nach der Defaecation aus dem After. Wenn die Kranke längere Zeit am Rücken liegt, stellen sich starke Schmerzen „im Kreuz“ ein. Bei hartem Stuhlgang treten kolikartige Schmerzen in der linken Bauchseite auf, die nach stattgehabter Stuhlentleerung fast völlig verschwinden. Keine Blasenstörungen. Pat. hat in der letzten Zeit nur geringen Appetit und ist während ihres Leidens stark abgemagert. Bei der Aufnahme an unserer Klinik findet sich folgender Allgemeinzustand: Anämische, magere Frau. Spitzeninfiltration in der rechten Lunge, Herz normal. Im Abdomen zwischen Nabel und Symphyse ein über gansgroßer, sehr derber und beweglicher Tumor von glatter Oberfläche, bei der Respiration nicht verschieblich.

Die Untersuchung per rectum ergibt ein ringförmiges, das Mastdarmlumen mäßig stenosirendes, exulcerirtes Neoplasma mit harten, wallartigen Rändern; der obere Rand des bis zu 2 Cm. breiten, neoplastischen Ringes, mit dem Finger eben erreichbar, läßt sich herabziehen, der untere Rand hängt linkerseits am Kreuzbein unverschieblich und ist auf Druck schmerzhaft.

Gynäkologischer Befund: Enge Vagina, Uterus in Anteversion, vergrößert, hart, von unregelmäßiger Oberfläche. Von der rechten Wand und vom rechten Horn desselben ausgehend je ein gansgroßer, etwas verschieblicher und druckempfindlicher Tumor. Im Douglas eine mehr als nußgroße, mit dem Uterus anscheinend

nicht im Zusammenhange stehende, scheinbar der Rectalwand angehörige, schmerzhaft Geschwulst palpabel, die das Rectum ringförmig stricturirt und eine exulcerirte Oberfläche besitzt.

Aus diesem Befunde ergab sich die Diagnose eines Rectumcarcinoms als Hauptleiden in Combination mit Myomen des Uterus.

Zur Operation mußte der sacrale Weg gewählt werden, einmal wegen des hochsitzenden Carcinoma recti und andererseits weil nur auf diesem Wege beide Tumoren in bequemer Weise gleichzeitig extirpirt werden konnten. Am 19. December 1900 wurde die Operation von Prof. HOCHENEK in SCHLEICH'scher Inhalationsnarkose in folgender Weise ausgeführt. Pat. in linker Seitenlage. Leicht bogenförmiger Hautschnitt vom Os sacrum bis zum Anus. Loslösung des Steißbeines und des untersten Kreuzbeinwirbels, bogenförmige Durchtrennung letzterer mit der Knochenschere. Isolirung des Rectum von der Vagina, elastische Ligatur des Rectum unterhalb des Tumors und Durchtrennung des Rectum zwischen Sphincter und Ligatur. Das centrale Mastdarmstück wird hierauf von der Vagina abgelöst und der Douglas eröffnet. Freipräpariren des Tumors nach Durchtrennung und Ligatur der para- und mesorectalen Gefäßstränge, worauf sich der untere Abschnitt der Flexura sigmoidea vor die Wunde bringen läßt. Durch den breit eröffneten Douglas gewinnt man nun eine bequeme Zugänglichkeit zu den Genitalorganen und es wird der bedeutend vergrößerte, myomatöse Uterus herausgewälzt. Vorerst wird das rechte Ligamentum latum abgebunden, wobei das rechte, etwas vergrößerte, aber sonst normale Ovarium mitentfernt wird. Hierauf wird aus der Serosa des Cervix ein vorderer und hinterer Peritoneallappen geschnitten und nach Abbinden des linken Ligamentum latum, Umstechung beider Uterinae wird die supravaginale Amputation des Uterus mit dem Paquelin ausgeführt. Vernähung des Cervixstumpfes, Uebernäherung desselben mit den Peritoneallappen. Das breit offene Peritonealcavum wird hierauf durch Serosanähte derart geschlossen, daß die Nahtlinie des Cervixstumpfes und die Ligaturstümpfe des Ligamentum latum retroperitoneal verlagert erscheinen. Es wird nun die Flexura sigmoidea im Gesunden mit einer elastischen Ligatur provisorisch verschlossen, zwei Finger breit vor derselben quer durchtrennt und das Lumen der Flexur circular mit der Analportion des Rectum vereinigt. Die Nahtstelle und der centrale Theil des Darmes werden noch mit zwei Nähten an den dorsalen Theil des Sphincterringes befestigt. Einlegen von Jodoformgazetampons zu beiden Seiten der Darmnaht und nach oben in die Kreuzbeinexacavation. Naht der Hautwunde bis auf die Drainagelücke, stumpfe Dehnung des Sphincters mit zwei in den Anus eingeführten Fingern. Lagerung der Pat. in elevirter, etwas seitlicher Rückenlage. Dauer der Operation 1½ Stunden.

Die Nachbehandlung gestaltete sich in der gewöhnlichen Weise.

Am 3. Tage spontane Stuhlentleerung per anum.

Am 6. Tage leichte Temperatursteigerung 38.1°; es zeigt sich beim Verbandwechsel, daß die Rectumnaht theilweise insufficient geworden.

Vom 9. Tage ab täglich Sitzbäder.

Die Kranke mußte zwei Wochen lang katheterisirt werden und hat drei Wochen nach der Operation das Bett verlassen. Sie hat sich nach der Operation ganz bedeutend erholt und sieht sehr gut aus.

II. Fall. Carcinoma recti, auf den Uterus übergreifend. — Resectio recti mit Totalexstirpation des Uterus.

Anamnese: Margarethe M., 50 Jahre alt, hereditär nicht belastet. Erste Menses mit 15 Jahren, stets regelmäßig von dreitägiger Dauer, seit 3 Monaten cessirt. Vor 20 Jahren litt Pat. an starkem Fluor, wurde auf der Klinik BRAUN behandelt und geheilt. Pat. hat einmal geboren, nie abortirt. Die gegenwärtige Erkrankung der Pat. begann im October 1900. Es trat heftiger Stuhlbrand auf, statt der Fäces kam oft nur blutiger Schleim. Manchmal trat stärkere Obstipation auf, die nur auf Abführmittel besser wurde. Nach einiger Zeit gesellten sich zum häufigen Stuhlbrand starke Schmerzen im Mastdarm, die nunmehr unerträglich sind. Seit einigen Wochen bemerkt Pat. im Stuhle, der in der letzten Zeit regelmäßig blutig tingirt war, mitunter auch reines Blut. Pat. ist seit einigen Monaten abgemagert. Bei der am 21. Februar 1901 erfolgten Aufnahme in unsere Klinik wurde folgender Befund erhoben:

Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande. Untersuchung der Brustorgane ergibt normale Verhältnisse.

Digitale Untersuchung des Rectum: Sphincter wird gut innervirt. Etwa 5 Cm. oberhalb des Analinges tastet man einen der vorderen und seitlichen Rectalwand aufsitzenden, pilzförmig über der Oberfläche prominirenden Tumor, der exulcerirt und von derber Consistenz ist. Hintere Rectalwand frei. Der Tumor ist ziemlich gut beweglich, steigt beim Anwenden der Bauchpresse nach abwärts, doch kann seine obere Grenze nicht erreicht werden.

Bei der Untersuchung per vaginam scheint der Rectaltumor mit dem hinteren Fornix der Vagina fester zusammenzuhängen. Im Uebrigen ergibt der gynäkologische Befund nichts Besonderes.

Auch in diesem Falle wurde der sacrale Weg aus demselben Grunde wie oben eingeschlagen. Am 25. Februar 1901 führte Prof. HOCHENEK die Operation in ruhiger SCHLEICH'scher Inhalationsnarkose aus. Nach typischer Voroperation, Isolirung des Rectum oberhalb des Sphincter, elastische Ligatur des Rectum unterhalb des Tumors und Durchtrennung desselben zwischen beiden Ligaturen. Beim Freipräpariren des Rectum von der Vagina zeigt es sich, daß bereits ein Uebergreifen des Neoplasma entsprechend dem hinteren Fornix der Vagina und auf die hintere Fläche des Uterus, allerdings in sehr geringem Maße stattgefunden hat. Eröffnen der Scheide, Vorziehen des Uterus, Ablösen der Blase von seiner vorderen Fläche. Nach Unterbindung beider Ligamenta lata folgt die Totalexstirpation des Uterus, der nun im Zusammenhange mit dem resectirten Theile des Rectum entfernt wird. Die Vagina wird sofort durch Naht verschlossen, hierauf die Peritonealhöhle durch Nähte an der Douglasfalte, vorderen und seitlichen Wand der Flexura sigmoidea exact abgeschlossen und das Lumen der Flexur circular mit der Analportion vereinigt. Dauer der Operation 1¼ Stunden.

Der Decursus gestaltete sich in diesem Falle ganz besonders günstig.

Nur in den ersten zwei Tagen nach der Operation mußte die Kranke katheterisirt werden. Die Temperatur blieb normal.

5. März. Entfernen der Nähte, reactionslos. Drainagelücke granulirt.

Die Mittheilung der vorliegenden Fälle erscheint mir deswegen gerechtfertigt, weil, soweit ich mich in der mir zugänglichen Literatur orientiren konnte, die Combination von Carcinoma recti mit Myomen des Uterus noch nicht auf sacralem Wege operirt wurde. Selbst ähnliche Fälle, wo gelegentlich der Exstirpation eines Rectumcarcinoms auch Tumoren der weiblichen Genitalorgane auf sacralem Wege mitentfernt wurden, sind in der Literatur spärlich vertreten. Ich erwähne den Fall von SCHEDE (1), bei welchem ein Carcinom des Rectum, des Uterus und der Ovarien vorhanden war und daher die Totalexstirpation des Uterus auf sacralem Wege vorgenommen wurde; 2 Fälle von HOCHENEK, und zwar einen aus dem Jahre 1891 (2) (Fall 21) Carcinom der Vagina und des Uterus auf das Rectum übergreifend, bei dem die Exstirpation des Uterus, des größeren Theiles der Vagina und des Rectum gemacht wurde. Im zweiten Falle von HOCHENEK (3) 1893 (Fall 15) Carcinoma recti, uteri et vaginae wurde die Exstirpation des Rectum, Uterus und eines Theiles der Vagina ausgeführt (fiebrerloser Verlauf). Endlich ein Fall vom Assistenten unserer Klinik Dr. v. FRIEDLÄNDER, den ich seiner privaten Mittheilung verdanke und bei welchem die Resectio recti wegen Carcinom und Resection der cystisch degenerirten Theile beider Ovarien vorgenommen wurde. Alle citirten Fälle wurden mit gutem Erfolge operirt. Es verdient auch die gute Zugänglichkeit und bequeme Uebersicht über die Organe des weiblichen Genitalsystems nach der sacralen Rectumexstirpation hervorgehoben zu werden. Schließlich dürfte auch dieser Fall wieder einen Hinweis dafür bieten, daß diese Methode in geeigneten Fällen auch bei rein gynäkologischen Operationen in Erwägung gezogen werden könnte.

Literatur: 1) SCHEDE; Jahrbuch der Hamburger Staats-Krankenanstalten, 1890. — 2) FRIEDRICH FRANK, „Wiener klin. Woch.“, 1891, Nr. 43 bis 48. — 3) HOCHENEK, „Wiener klin. Woch.“, 1893, Nr. 41, 42, 45, 48.

Ueber die
**Bedeutung atypischer Initialsymptome bei
der tuberculösen Meningitis.**

Von **Dr. Julius Zappert.**

(Schluß.)

Vor welcher schwierige diagnostische Entscheidungen uns solche Fälle bringen können, möge folgende Eigenbeobachtung lehren:

Der 4jährige Willi S. wurde mir am 1. Juli 1899 im Nervenambulatorium des Kinderkrankeninstitutes mit der Angabe vorgestellt, daß er seit 2 Wochen das rechte Bein beim Gehen nachschleppe. Das Kind sei bis auf eine Lungenentzündung stets gesund gewesen, sei auch jetzt ganz munter, guter Dinge und bei Appetit. Vor 2 Wochen wurde eines Morgens bemerkt, daß er das rechte Bein nachschleppe; das dauerte nur circa 1 Stunde, dann war durch 8 Tage kaum etwas zu bemerken. In der letzten Woche sei die Störung wieder recht auffällig, vielleicht infolge eines Schrecks. Schmerzen bestanden nie. Die Untersuchung ergab an dem intelligenten lebhaften Knaben nur eine mäßige Reflexerhöhung an den Armen, einen deutlichen Bauchdecken- und Cremasterreflex und eine auffällige Steigerung der Reflexe an beiden unteren Extremitäten. Die motorische Kraft ist rechts etwas herabgesetzt. Der Gang ist spastisch, unsicher, mit Circumduction des rechten Beines. Die Sensibilität ist intact, Blasen- und Mastdarmfunction normal, an der Wirbelsäule nichts Auffallendes zu finden.

Die Diagnose dieses unsicheren Falles war recht zweifelhaft und neigte sich um so mehr zu der Vermuthung einer Hysterie, als einige Tage später eine deutliche Besserung des Ganges gemeldet wurde, ohne daß übrigens die objectiven Symptome eine Änderung erfahren hätten.

Doch trat bald eine bedeutsame Veränderung im Befinden des Knaben ein. Am 15. Juli wurde das Kind wieder vorgestellt und zeigte nicht nur eine augenfällige Verschlechterung des Ganges mit hochgradiger Reflexsteigerung am rechten Bein, sondern es war auch in einer so charakteristischen Weise verdrossen, weinerlich, schwer zum Laufen zu bewegen, daß trotz des Fehlens sonstiger Erscheinungen der Eindruck einer tuberculösen Meningitis hervorgerufen wurde. Nun folgte die Declarirung dieses Zustandes in rascher Symptomenfolge. Es trat Appetitlosigkeit, Somnolenz, abendliche Temperatursteigerung, Kopfschmerz auf, außerdem wurde starke Obstipation und am 28. Juli zum erstenmale Erbrechen beobachtet. Die Gehstörung sowie die Reflexsteigerung des rechten Beines nehmen zu. Das früher blühende Kind verfiel sichtlich. Herr Prof. Dr. KÖNIGSTEIN hatte die Freundlichkeit, den Befund zu erheben. Er lautete: Neuritis optica. Ich sah das Kind noch einmal am 5. August und vermüßte nicht eines der charakteristischen Meningitissymptome: Somnolenz, Nackensteifigkeit, Aufschreien, Kaubewegungen, TROUSSEAU'sche Flecke, Hyperästhesie, kahnförmig eingesunkenes Abdomen, starke Obstipation.

Der Tod erfolgte einige Tage später. Wenn auch keine Obduction gemacht wurde, besteht für mich kaum ein Zweifel, daß hier eine tuberculöse Meningitis vorgelegen habe, und es scheint mir gleichfalls überaus naheliegend, den Beginn derselben in den linken Lobulus paracentralis zu verlegen.

Wir müssen aber bei einer primären Meningitis des Beincentrums noch an eine andere Möglichkeit des Fortschreitens denken als an die bisher erwähnte längs der Centralwindungen derselben Hemisphäre. Der Proceß, welcher sich auf der Höhe des Gehirns nahe der Mittellinie abspielt, kann eventuell auch auf die andere Hemisphäre übergreifen und die correspondirenden Centren dieser Seite in Mitleidenschaft ziehen. Diese Stellen sind, wie ja leicht vorstellbar, wieder der Lobulus paracentralis, resp. die obersten Antheile der Centralwindungen, also die Beincentren der anderen Seite. Es müßte also in einem solchen Falle zuerst das eine Bein, dann das andere erkranken und bei der Obduction müßte sich eine entsprechend stark ausgeprägte

Exsudation über den beiderseitigen Centren der unteren Extremitäten vorfinden.

Auch dies ist keine bloß theoretische Forderung. Ich erinnere mich eines Falles aus meiner Kinderspitalzeit, in welcher sich zuerst Paresen der Beine eingestellt hatten, auf die in allmäliger Symptomenfolge sich eine zum Tode führende Meningitis anschloß. Allerdings wurde bei der Autopsie dem Verhalten der einzelnen Erkrankungsbezirke auf der Gehirnoberfläche damals nicht die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt, so daß ich einen verwerthbaren Obductionsbefund nicht beibringen kann. Höchstwahrscheinlich hieher gehörig, wenn auch nicht im Sinne eines Initialsymptomes, ist eine Beobachtung STEFFEN'S (GERHARDT'S Handbuch für Kinderkrankheiten). Ein tuberculöses Kind erkrankt mit unbestimmten Meningealsymptomen an Fieber. Nach einigen Tagen tritt plötzlich eine Paralyse beider Beine auf, die nach einem Tage wieder zurückgeht. Später Anfälle von Convulsionen, vorwiegend rechts. Die Autopsie ergab eine ausgebreitete Convexitätsmeningitis mit reichlichem Exsudat; hingegen war die basale Pia unbetheiligt.

Ich glaube wohl, daß sich bei genauerer Beobachtung von Fällen sowie vielleicht auch bei weiterer Durchsicht der Literatur noch mehr zweifelloses Material für diese letzte Art eines Meningitisbeginnes wird finden lassen. Jedenfalls haben wir auch in primärer Functionsstörung eines Beines ein genügend charakteristisches Initialsymptom der tuberculösen Meningitis kennen gelernt. Ganz ebenso wie bei der Affection des Armcentrums haben wir bei der unteren Extremität verschiedene Formen des Erkrankungsbeginnes und eine ebenso mannigfache, aber genau nach den Rindenbezirken fortschreitende Verbreitung der motorischen Störungen gefunden. In dem Uebergreifen der Paresen auf das Bein der anderen Seite glauben wir gleichfalls eine anatomisch mögliche und klinisch wahrscheinliche Initialform der tuberculösen Meningitis hinstellen zu können.

Wir sind nun mit der Besprechung der genau bekannten motorischen Rindencentren zu Ende und haben damit den leichter beweisbaren Theil unserer Behauptungen vollendet. Was sich daran schließen könnte, wäre mehr hypothetischer Natur, nicht nur, weil klinisches Material in ungenügender Weise zur Verfügung steht, sondern namentlich deswegen, weil die Functionen der übrigen Rindenbezirke zum Theil noch zu fraglich sind, um von ihrer Läsion auf bestimmte functionelle Schädigungen zurückschließen zu dürfen.

Aber selbst innerhalb dieses fraglichen Gebietes würde Manches sich noch mit unseren Ansichten vereinen lassen.

So sehen wir manchmal mit motorischen Reizerscheinungen sensible Symptome in Form von Parästhesien, von Schmerzen, von Gefühls lähmungen vereint. Unsere Kenntnisse von den sensiblen Projectionsgebieten auf der Großhirnrinde sind nun allerdings viel weniger sicher als jene der motorischen Centren; doch sprechen viele Beobachtungen dafür, daß dieselben sich zum Theil in denselben Rindenpartien befinden wie die Bewegungscentren und vielleicht auch einen Theil des angrenzenden Parietalhirns umgreifen. Es hat also nicht Ueberraschendes an sich, wenn wir im Beginne der Meningitis sensible Störungen finden, und diesbezügliche Beobachtungen sind nicht nur praktisch, sondern auch theoretisch von der größten Bedeutung.

LEDEBERDER beschreibt folgende Symptome: Plötzliches Gefühl von Lebloigkeit im rechten Arm, nachher Aphasie, später Lähmung der rechten oberen Extremität. Meningitische Symptome. Tuberculöse Meningitis der linken Großhirnhälfte.

CHANTEMESSE erwähnt folgende Beobachtung: Plötzlich Parästhesien und Krämpfe im rechten Arm und in der rechten Wade, Paresen dieser Seite. Tuberculöse Convexitätsmeningitis. Herde in der Mitte der linken Hemisphäre.

Von demselben Autor rührt eine weitere Beobachtung her. Ein 54jähriger, sonst gesunder Mann hat schon mehrere-

male leichte Krämpfe der rechten Wade gespürt. Einmal wurde dieser Krampf so heftig, daß Pat. sich veranlaßt sah, nachzusehen und eine brettharte Spannung sowie Zuckungen der rechten Wade beobachtete. Der Anfall ging vorüber, wiederholte sich aber nach drei Tagen, wobei er sich auf die ganze Extremität ausdehnte. Daraufhin Anästhesie und complete Lähmung der Extremität. Nach kurzem Schwinden treten diese Symptome wieder auf, es entwickelt sich eine Meningitis, an der Pat. zugrunde geht. Bei der Section fand sich eine tuberculöse Convexitätsmeningitis mit einem Herde im Lobulus paracentralis und dem oberen Theile der hinteren Centralwindung der linken Großhirnhemisphäre.

Wir finden also, wie Sie aus diesen Beispielen ersehen können, sensible Symptome bei der Convexitätsmeningitis manchmal deutlich ausgeprägt und, wie nicht anders zu erwarten, mit motorischen Erscheinungen combinirt. Solche Fälle haben für den Physiologen sicherlich große Interesse und vermehren für den Praktiker die Zahl der selteneren atypischen Initialsymptome der Meningitis.

Wir sehen ferner nicht selten Augenmuskelstörungen (Strabismus, Nystagmus, Deviation conjuguée) mit Reizungssymptomen der Extremitäten vereint und dürfen diese wohl auf Störungen des entsprechenden Rindencentrums zurückführen.

Bei Erkrankung eines Hinterhauptlappens müßten wir Hemianopsie erwarten. Tritt dieselbe primär und isolirt im Beginne einer Meningitis auf, so entgeht sie wohl Mangels subjectiver Beschwerden des Pat. unserer Beobachtung. Im weiteren Verlaufe der Krankheit und bei Vorhandensein anderer Symptome ist wieder die diesbezügliche Untersuchung recht schwer.

Daß dieselbe aber vorkommt und unter die Initialsymptome gerechnet werden kann, beweist ein schon oben citirter Fall meiner Beobachtung, in welchem neben linksseitigen die Meningitis einleitenden Convulsionen auch der begründete Verdacht einer homonymen Hemianopsie bestand. Wenigstens wurden bei wiederholter Prüfung von links vorgehaltene Gegenstände erst erkannt, wenn sie die Mittellinie erreicht hatten. Da die Obduction in diesem Falle nur eine Meningitis namentlich der rechten Großhirnhemisphäre ergab, so wäre die Hemianopsie als Ausdruck einer corticalen Affection des Sehcentrums nicht unwahrscheinlich.

Ob frühzeitige Verwirrtheit oder rasch auftretende Delirien mit Erkrankung des Stirnhirns zusammenhängen, ob Taubheit, resp. mangelndes Wortverständnis bei Exsudationen im Schläfelappen vorkommen, dafür kann ich Ihnen überzeugendes Material derzeit nicht beibringen. Noch weniger verwertbar sind naturgemäß Störungen im Bereiche solcher corticaler Bezirke, deren functionelle Bedeutung wir gar nicht kennen, die man auch als stumme Rindenbezirke bezeichnet.

Nur auf eine Möglichkeit will ich noch hinweisen, welche klinisch von Wichtigkeit erscheint, d. i. der Beginn der tuberculösen Meningitis in den Rückenmarkshäuten. So häufig auch bei der tuberculösen basalen Meningitis der Kinder sich anatomisch eine Betheiligung der Spinalpia constatiren läßt, so scheint doch ein primäres Einsetzen der Krankheit an diesen Stellen recht selten zu sein.

Doch gehören höchst wahrscheinlich Fälle mit einer rasch aufgetretenen Steifigkeit der Wirbelsäule, Schmerzen und Parästhesien, Reflexsteigerung hieher, bei denen die längste Zeit vergeblich nach einem Anzeichen für Spondylitis gesucht wird. Mir ist ein Fall erinnerlich, der von ISIDOR FISCHER in den ersten Jahren des Medicinischen Clubs einmal vorgestellt wurde und bei dem es nicht gelang, für die ungewöhnliche schmerzhaft Spannung der Wirbelsäule bei dem sonst gesunden Kinde eine Erklärung zu finden. Einige Zeit später stellten sich die charakteristischen Initialsymptome der tuberculösen Meningitis ein und bei der Au-

topsie ließ sich thatsächlich eine ungewöhnlich starke Betheiligung der Rückenmarkshäute constatiren.

* * *

Meine Herren! Ich bin mit dem Aufbau des Gebäudes, das ich Ihnen vorführen wollte, zu Ende. Ich weiß wohl, daß dasselbe nicht vollendet ist und daß mancher Baustein noch nicht genug festsetzt, um als Stütze für andere dienen zu können. Am solidesten gebaut ist — wenn ich bei diesem Vergleich bleiben darf — der Mitteltract, das Gebiet der motorischen Centren. Ob dies ein Zufall oder durch bestimmte Ursachen bedingt ist, muß ich dahingestellt sein lassen. Mir scheint das letztere wahrscheinlicher. Abgesehen davon, daß Störungen in den bekannten motorischen Centren klinisch am meisten verwertbar sind, so sind wohl auch die Gefäßverhältnisse derart, daß diese Stellen rascher und leichter einer Infection durch Tuberkelbacillen unterliegen.

Daß bei derartigem Auftreten der tuberculösen Meningitis, sowie überhaupt bei dem Entstehen dieser Krankheit die Gefäße eine große Rolle spielen, ist nicht nur a priori einleuchtend, sondern nach der Ansicht einiger Autoren dadurch besonders gekennzeichnet, daß die Gefäßwände selbst tuberculös erkranken und sogar an ihrer Intima primäre Tuberkelknötchen aufweisen können.

Wir haben uns nun, meine Herren, die Frage vorzulegen, welchen praktischen Werth wir diesen Betrachtungen beimessen können. Ich glaube, daß wir davon nach zweifacher Richtung Vortheile für unsere Kenntnisse erwarten dürfen. Der eine ist weniger praktisch-ärztlichen, sondern mehr physiologischen Interesses und bezieht sich auf die Lehre der Hirnrindenlocalisation.

Die Wege, welche uns für die Bestimmung der Function einzelner Hirnrindenpartien offen stehen, sind zweifache: 1. das Thierexperiment, 2. Krankheitsherde in der Hirnrinde am Menschen. Diesem letzteren Weg schließt sich die hier angeführte Betrachtungsweise an. Sie bietet aber insofern ein neues Moment, als es sich hiebei meist nicht nur um streng localisirte, dauernde Affectionen handelt, sondern um solche, die häufig eine Stelle nach der andern in Mitleidenschaft ziehen und oft genug nur vorübergehende Reizungen setzen. Die physiologischen Schlüsse, die sich nun beim Weiterkriechen des Exsudates für die Hirnrindenfunction ziehen lassen, sind deswegen von Interesse, weil sie auch ohne Obduction einen gewissen Werth behalten und dadurch jedem Praktiker zugänglich sind. Nehmen wir z. B. an, zwischen einer solchen, auf meningitischer Basis beruhenden Parese einer oberen Extremität und der darauf folgenden Schwäche des gleichseitigen Beines würde sich ein Localsymptom von Seiten der Gehirnoberfläche einschleichen, das wir nicht erwartet hatten, so könnten wir mit einem gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit schließen, das Centrum dieser Nervenerscheinung sei zwischen Arm- und Beincentrum gelegen. An Sicherheit würde eine solche Beobachtung gewinnen, wenn sie an mehreren Fällen zur Ansicht gelangte; man könnte dann auch ohne nachfolgenden anatomischen Beweis eine Beziehung zwischen bestimmten Symptomen und einer umgrenzten Partie der Hirnrinde machen, deren Localisation durch die zeitlich aufeinanderfolgenden Reizungs- oder Ausfallserscheinungen bekannter Rindenbezirke gegeben wäre.

Nun sind wir allerdings bei der recht genauen Kenntniß der motorischen Corticalcentren vor solchen Ueber-raschungen, wie sie mein Beispiel Ihnen gab, ziemlich geschützt.

Es könnte aber in weniger gut gekannten Rindenbezirken doch gelegentlich auf diese Weise eine neue Thatsache aufgedeckt werden, und es wäre namentlich möglich, daß in den motorischen Regionen die Projectionsgebiete der einzelnen Theile der Extremitäten an Deutlichkeit der Nebeneinanderordnung gewinnen könnten. Ein Gleiches gilt wohl auch von denjenigen Rindencentren, welche als Repräsentanten sensibler Functionen angesehen werden.

Das ist der eine Vortheil der hier dargelegten Betrachtungen, der den Arzt in die Lage versetzt, in manchen trostlosen Fällen, bei denen er bisher nichts gesehen hat als den unaufhaltsamen Verfall eines menschlichen Individuums, noch einzelne werthvolle und interessante Beobachtungen zu machen.

Aber auch für die Frühdiagnostik der tuberculösen Meningitis können wir aus diesen Erörterungen manch brauchbaren Schluß ziehen.

Wenn ein schwer phthisischer Erwachsener plötzlich an einer Arm- oder Beinlähmung, an Aphasie erkrankt, so wissen wir meistens, in welche Diagnose wir diesen Vorfall einreihen sollen. Hier bleibt auch häufig die Meningitis auf die Convexität des Gehirns beschränkt.

Anders steht es aber mit Kindern. Plötzlich auftretende Convulsionen, rasch sich entwickelnde Aphasie, schleichende Paresen oder auch halbseitige Krämpfe ohne Bewußtseinsverlust, sensible Störungen und Lähmungscontractur, all diese nicht gerade seltenen Erscheinungen bei sonst gesund aussehenden Kindern müssen uns den Verdacht einer tuberculösen Meningitis wachrufen. Es wird Ihnen dies nach meinen Ausführungen vielleicht selbstverständlicher vorkommen, als es thatsächlich der Fall ist. Ich kann Sie aber versichern, daß bei dem oben citirten Falle von Aphasie auch von gewiegten Nervenärzten meine Meningitisdiagnose mehrere Tage nicht getheilt wurde, und ich bin überzeugt, daß Viele von Ihnen bei dem Knaben mit der langsam beginnenden Parese eines Beines ebensowenig im Beginne an die gefürchtete Hirnhautentzündung gedacht hätten, wie ich es gethan. In einem nächsten Falle werden wir diesbezüglich wohl etwas vorsichtiger sein.

In dem so schwer bestimmbaren gewöhnlichen Initialstadium der tuberculösen Meningitis kann also ein derartiges Localsymptom diagnostische Bedeutung gewinnen.

Es kann uns aber selbst zu einer Zeit auf die Vermuthung einer tuberculösen Hirnhautentzündung führen, zu welcher andere Symptome dieser Krankheit noch völlig fehlen. Darauf muß mehr geachtet werden, als dies bisher gewöhnlich geschieht, und es muß uns ein solches Symptom umso eher verdächtig für tuberculöse Meningitis erscheinen, je geringer das Fieber, je weniger auffallend die sonstigen Cerebralerscheinungen sind. Bei hohem initialen Fieber und einem schweren cerebralen Krankheitsbild ist allerdings das Vorhandensein einer Encephalitis oder einer nicht tuberculösen Meningitis, deren Prognose — quod vitam — günstiger ist, in Betracht zu ziehen. Nicht vergessen darf wohl auch die Möglichkeit einer hereditär-luetischen Meningealaffection sein, die namentlich unter dem Bilde einer JACKSON'schen Epilepsie gelegentlich auftreten kann und sich — abgesehen von dem meist gutartigen Verlaufe — gewöhnlich nur aus der Anamnese und eventuell vorhandenen luetischen Stigmen erkennen läßt.

Sind aber diese differential-diagnostischen Möglichkeiten ausgeschlossen, so können wir die corticalen Störungen ohne Bedenken auf eine beginnende tuberculöse Meningitis zurückführen, und dieser Verdacht wird umso berechtigter, je rascher wechselnd diese Symptome sind und je mehr sie sich durch den schnellen Verlauf von der allmäligen Progredienz eines Hirntumors entfernen.

Ich bin, meine Herren, mit meinen Ausführungen zu Ende. Es war nicht meine Absicht, Ihnen neue Thatsachen zu bringen, und ich bin überzeugt, daß Jeder von Ihnen ähnliche Fälle schon beobachtet hat. Die enge Beziehung, welche ich aber an der Hand der Casuistik zwischen den atypischen Meningitissymptomen und der Lehre der Hirnlocalisation darzustellen versucht habe, wird Ihnen vielleicht ein brauchbares, gut erinnerliches Schema abgeben, welches Ihnen zur Frühdiagnostik der Krankheit, zur Vorhersage der einzelnen Symptome und zu physiologischen Ueberlegungen einen Anhaltspunkt liefern wird. Wenn mir dies gelungen ist, so halte ich meine Aufgabe für erfüllt.

Revue.

Die Atropinbehandlung des Ileus.

Literatur: 1. BATSCH, „Münch. med. Woch.“, 1899, pag. 1522. — 2. Id. *ibid.*, 1899, pag. 1758. — 3. BATSCH, Zur Atropinbehandlung des Ileus, „Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 27. — 4. MARCINOWSKI, Zur Atropinbehandlung des Ileus, „Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 43. — 5. HOLZ, Zur Atropinbehandlung des Ileus, „Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 48. — 6. DEMME, Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus, 1900, Nr. 48. — 7. LÜTTGEN, Zur Atropinbehandlung des Ileus, „Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 48. — 8. OSTERMAIER, Zur Darmwirkung des Atropins, „Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 49.

Das therapeutische Arsenal der inneren Medicin enthält nur wenige Waffen zur wirksamen Bekämpfung jenes schreckensvollen Symptomencomplexes, welcher unter dem Namen „Ileus“ eine so hervorragende Stelle in der abdominalen Pathologie einnimmt. Es ist selbstverständlich, daß bei einem so schweren, oft mit grauenhafter Raschheit sich abspielenden Krankheitsbilde zahlreiche Heilmittel und Heilmethoden versucht wurden, die aber eben zum großen Theil der Kritik nicht standhalten konnten und in den Abgrund der Vergessenheit versunken sind. Nur zwei Mittel sind es, welche einen wohlverdienten Ruf bei der Therapie des Ileus — soweit eben die innere Behandlung in Betracht kommt — genießen, nämlich das Opium in großen Dosen und die Magenausspülungen. Nach den Angaben des hervorragendsten Kenners der Darmkrankheiten — NOTHNAGEL'S in seinem classischen Werke über „die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums“ besteht kaum ein Zweifel, daß Opium und Magenausspülungen nicht nur hervorragende Palliativmittel sind, welche die schweren Erscheinungen in hervorragendem Maße zu lindern imstande sind, sondern daß es zweifellos auch Fälle von Ileus gibt, wo durch Opium, bezw. Magenausspülungen Heilung erreicht und so die Zahl jener Fälle bereichert wurde, bei denen der schwere Symptomencomplex ohne die eingreifende blutige Behandlung, welche die gewöhnliche ultima ratio der Ileustherapie darstellt, mit den gelinderen Waffen der internen Therapie bekämpft werden konnte.

Aus allerneuester Zeit liegt eine Reihe von Berichten, durchwegs aus dem Beobachtungskreise praktischer Aerzte stammend, vor, welche in der Behandlung des Ileus einem Alkaloid, das sich auch sonst eines hohen therapeutischen Ansehens erfreut, nämlich dem Atropin, eine besonders auffällige Wirksamkeit zuschreiben. Es sei gleich vorweggenommen, daß es sich dabei nicht eigentlich um eine neue therapeutische Entdeckung handelt, sondern daß ein Mittel, welches seinerzeit von gewichtigen Autoren zur Behandlung des Ileus warm empfohlen wurde, aber im Laufe der Zeit in fast vollständige Vergessenheit gerieth, dieser Vergessenheit entrissen und neuerdings — geradezu als überlegener Rivale des Opiums — in den Vordergrund gestellt wurde. Wenn es nun auch historisch richtig ist, daß der preußische Kriegschirurg THEDEN schon im XVIII. Jahrhundert, der gefeierte französische Kliniker TROUSSEAU um die Mitte des XIX. Jahrhunderts die Behandlung des Ileus mit großen Gaben von Belladonna auf das Wärmste empfohlen und über glänzende Erfolge berichtet haben, so gebührt doch das Verdienst der Wiederbelebung der Atropinbehandlung des Ileus — welche so sehr in Vergessenheit gerieth —, daß sie NOTHNAGEL weder in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Arzneimittellehre, noch in seiner Darstellung der Darmkrankheiten erwähnt — dem praktischen Arzte Dr. BATSCH in Großenhain. Derselbe empfahl in einem im ärztlichen Bezirksverein seines Wohnortes gehaltenen Vortrage sehr warm die Behandlung des Ileus mit großen Dosen von Atropin. Ausgehend von der Ueberlegung, daß nach MURPHY der dynamische Ileus (SCHLANGE'S) durch Lähmung der motorischen Fasern des Splanchnicus — adynamische Form — oder durch die Thätigkeit der hemmenden Nervenfasern — dynamische Form — hervorgerufen werde, versuchte B. in einem sehr schweren Falle von dynamischem Ileus mit heftigem Singultus Atropin, um durch Lähmung der hemmenden Splanchnicusfasern den Krampf der Darmmuskulatur zu heben. Nach zwei subcutanen Injectionen von je 0.005 Grm. Atropin trat eine ungeheure Entleerung und in der Folge Heilung ein, auch in anderen Fällen von schwerster Obstruction, so bei Ileus infolge einer großen, eingeklemmten Scrotalhernie, trat

Genesung durch Atropininjectionen ein. Das Atropin soll nicht schablonenmäßig angewendet werden, aber in passenden Fällen kann auch im Höchststadium des Ileus, wenn eine Operation nicht oder nicht mehr zur Rettung führen kann, das schwer bedrohte, fast verlorene Leben durch subcutane Injection übermaximaler Atropindosen erhalten werden. An gleicher Stelle finden sich dann noch Berichte von praktischen Aerzten, welche gleichfalls die Atropinbehandlung des Ileus versucht haben. So erzielte GEBSER bei einem 20jähr. Mädchen, welches seit 5 Tagen an Stuhlverstopfung litt und fäulenten Erbrechen aufwies, nach Injection von 0·0025 Grm. Atropin Erleichterung, nach 0·003 Grm. Atropin reichliche Blähungen und etwas Stuhl, nach einer weiteren an demselben Tage erfolgten Injection von 0·005 Grm. sehr reichliche Entleerung und allgemeine Besserung. FSTNER behandelte einen Fall von wahrscheinlicher Invagination, bei dem 4 Tage lang Stuhlverhaltung, fortwährendes Erbrechen und heftige Schmerzen bestanden hatten, gleichfalls mit Atropin; auf Injection von 0·003 Grm. trat Ruhe ein, bald darauf gingen Flatus und breiiger Stuhl ab. SCHEUMANN berichtet über eine Patientin, bei welcher seit 5 Tagen kein Stuhl und kein Flatus abgegangen waren, wo weder hohe Einläufe, noch Morphinum-injection Nutzen brachten, und durch zwei Injectionen von 0·001 Grm. Atropin Heilung erzielt wurde, indem nach der zweiten Atropininjection Flatus abgingen und ein massiger Stuhlgang erfolgte.

In einer weiteren Mittheilung berichtet BATSCH (2) die Krankengeschichte einer 28jähr. Primipara, bei welcher die Geburt nur durch einen instrumentellen Eingriff vollendet werden konnte. Im Anschluß an die Geburt typische Erscheinungen des Ileus — hochgradiger Meteorismus, kein Stuhlgang, kein Flatus, Erbrechen von gelblichen, dünnen Massen. Laxantien, Klystiere, starkes Belladonnainfus, Injection von 0·002 Grm. Atropin erwiesen sich als unwirksam, nach Injection von 0·005 Grm. Abgang vieler Flatus, große Erleichterung — die Nacht unter leichten Delirien vergangen. Nach neuerlicher Injection von 0·005 Grm. Atropin Vormittags leichte Delirien und Mittags massiger Stuhlgang. Die Frau genas, ohne daß sich eine Temperaturerhöhung einstellte. Der an gleicher Stelle von REUSS mitgetheilte Fall betrifft einen 19jähr. Knecht, welcher zur Kirmeß Unmassen noch warmen Kuchens verzehrt hatte. Hierauf 4 Tage kein Stuhlgang, vom 5. Tage an Kothbrechen. Hohe Einläufe, Calomel ($2 \times 0\cdot5$ Grm.), Extractum Belladonnae (0·03 Grm.) ohne Erfolg. Am 6. Tag 0·001 Grm. Atropin subcutan, daraufhin Nachlaß des Erbrechen, aber kein Flatus, kein Stuhlgang. Am selben Tage Nachmittags nochmals 0·002 Grm. Atropin subcutan mit nur vorübergehendem Erfolg. Am 7. Tage heftiges Kothbrechen, quälende Schmerzen, Collaps. Neuerliche Atropininjection von 0·003 Grm., Nachlaß des Erbrechen, mehrstündiger Schlaf, dann Abgang stinkender Flatus, am 8. Tag Stuhlgang. Delirien traten nach den Injectionen nicht in nennenswerther Weise auf, nach der zweiten Injection phantasirte der Pat. einige Minuten.

In einer dritten Mittheilung berichtet BATSCH (3) über drei weitere Fälle von Atropinbehandlung des Ileus. Der erste Fall betrifft eine 60jähr. Frau mit Stuhlverstopfung seit 5 Tagen und Kothbrechen seit 2 Tagen. Zwei an dem gleichen Tag von dem behandelnden Arzt vorgenommene Injectionen von je 0·002 Grm. Atropin erwiesen sich als wirkungslos. B. injicirte neuerdings 0·005 Grm., darauf mehrstündiger tiefer Schlaf, dann Entleerung eines massigen, breiigen Stuhles. Im zweiten Fall, einen 35jähr. Mann betreffend, blieb eine Atropininjection von 0·005 Grm. insofern ohne besondere Wirkung, als die Schmerzhaftigkeit und das Kothbrechen aufgehört hatten, dagegen weder Stuhl, noch Winde abgingen. Es wurde nun neuerdings 0·005 Grm. Atropin injicirt, bald darauf Abgang reichlicher Flatus, massige Stuhlentleerung, Genesung. Im dritten Falle, wo es sich um Incarceration einer Dünndarmschlinge durch einen parametritischen Strang handelte, brachten zwar zwei Injectionen von 0·005 Grm. Atropin große Erleichterung, jedoch die eigentlichen Ileussymptome blieben unbeeinflusst, so daß zur Laparotomie geschritten werden mußte. Hier hat aber die Atropinbehandlung sicher das Gute gehabt, daß sie das Gangränöswerden des incarcerateden Darmstückes verhinderte

und das Einpacken der Schlingen bei der Naht des Bauchfells außerordentlich erleichterte.

MARCINOWSKI (4) berichtet die Krankengeschichte einer 32jährigen Frau, bei welcher im Anschluß an starkes Recken heftige Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes auftraten, im weiteren Verlauf qualvolles Erbrechen, kein Stuhl, keine Flatus. Opium, Eispillen etc. hatten nur ganz vorübergehende Wirkung. Da das Erbrechen fäulenten Geruch zu zeigen begann, injicirte M. am Abend 0·005 Grm. Atropin. sulf. Im Verlaufe der nächsten Stunden beruhigte sich das Bild zusehends. Erbrechen trat überhaupt nicht mehr auf, der Schmerz zog sich etwas nach der linken Seite herüber, der Leib wurde weicher und nach Ablauf von 6 Stunden erschien breiiger Stuhlgang und Flatus. Das Exsudat an der Uebergangsstelle zwischen Colon ascendens und transversum bildete sich allmählig zurück. In einem zweiten Falle handelte es sich um Atropinbehandlung einer incarcerateden Hernie. Nach dreitägigem Bestand von Incarcerationserscheinungen bei dem 62jährigen Pat. und nachdem sich Kothbrechen gezeigt hatte, wurde 0·005 Grm. Atropinum sulfur. injicirt. Die Nacht verlief ruhig, am nächsten Tag war der Leib weich, Stuhldrang wiederholt eingetreten, an der rechten Bruchpforte eine handtellergröße Dämpfung, seit der Injection kein Erbrechen, Schmerzen gering, Stuhldrang fortdauernd. Nach Darmeinlauf mit lauem Salzwasser massige Entleerung. — Bei der ersten Pat. trat ein Atropinrausch ein, der als eigenthümliche „Unruhe im Blut“, „Laufen in den Armen und Händen“, sowie „Duseligkeit im Kopf“ beschrieben wurde. Bei dem zweiten Pat. wurde kein auf Atropinintoxication hindeutendes Zeichen beobachtet.

In dem Falle von HOLZ (5) handelt es sich um einen 42jährigen Potator, bei dem die Ileussymptome sich im Anschluß an einen Diätfehler entwickelt hatten. Opiumtinctur, Morphinum-injectionen, Klysmen erwiesen sich als vollkommen wirkungslos. Nach Injection von 0·001 Grm. Atropin heftiges Rumoren im Leib, massenhafte Flatus, am nächsten Tag nach einem Warmwasserklystier von $3\frac{1}{2}$ Litern der erste Stuhlgang. In dem mitgetheilten Falle hatte das Opium den Meteorismus direct gesteigert.

Die Mittheilung von DEMME (6) bezieht sich auf 2 Pat. Bei der ersten Pat., einer 48jährigen Frau, bestanden die Ileussymptome seit 48 Stunden, typisches Kothbrechen, Magenausspülungen, hohe Darmirrigationen, subcutane Morphinum-injectionen, Opium intern blieben ohne Erfolg. Injection von 0·003 Grm. Atropin subcutan. Ruhiger Schlaf, tags darauf kein Erbrechen, kein Flatus, kein Stuhl. Wegen Wiederkehr der Schmerzen neuerliche Injection von 0·005 Grm. Atropin. Darauf Nachlaß der Schmerzen, Abgang von Flatus, schließlich reichlicher, wiederholter Stuhlgang von breiiger Beschaffenheit, Genesung. Der zweite Fall betrifft einen 33jährigen Patienten, welcher während einer langen Fahrt auf schlechtem Bauernwagen heftig durchgerüttelt wurde und seit drei Tagen Ileuserscheinungen darbot. Hohe Darmirrigationen, Magenausspülungen, Opium (2stündlich 0·03 Grm. intern) ohne Wirkung. Wegen fäulenten Erbrechen Injection von 0·005 Grm. Atropin. Etwa 20 Minuten nach der Injection Nachlaß der Schmerzen und des Erbrechen, ruhiger Schlaf. Etwa 6 Stunden nach der Injection Abgang übelriechender Flatus, etwas später reichliche breiige Stuhlentleerung, Genesung.

Der von LÜTTGEN (7) mitgetheilte Fall betrifft eine 65jährige Frau mit schwerem dynamischen Ileus, welche trotz Atropin-injection von 0·005 Grm., sowie trotz Operation zugrunde ging, und zwar infolge hochgradigster Erschöpfung. Immerhin lehrt auch dieser Fall, daß Atropin in hohen Dosen jenes Mittel ist, welches bei messerscheuen und solchen Pat., bei denen ein operativer Eingriff durch die zu weit vorgeschrittene Schwäche contraindicirt ist, oder — wie in dem mitgetheilten Falle — erfolglos bleibt, unbedingt in Anwendung gebracht zu werden verdient. Man ist nach Ansicht des Verf. berechtigt, Atropin in allen Fällen, auch dann, wenn ein eclatantes mechanisches Hinderniß, wie Achsendrehung, Invagination, selbst Incarceration diagnosticirt worden ist, zu injiciren, um so eventuell den gefährlichen Eingriff in die Abdominalhöhle überhaupt zu verhüten oder mindestens die Hauptbeschwerden bis zur Operation zu lindern und die Gangrän

zu verzögern. In dem mitgetheilten Falle wurden — im Gegensatz zu den bisher publicirten — gefährliche Intoxicationserscheinungen, Trockenheit im Munde, unstillbarer Durst, Uebelkeit, Schwindel, Völe und Härte des Pulses, stürmische Convulsionen, Bewußtlosigkeit, Cyanose, tonische Krämpfe, Erschwerung und Verlangsamung der Athmung, Delirien, Hallucinationen beobachtet. Nach Ablauf der Vergiftungssymptome blieb jedoch keinerlei Schädigung zurück, Pat. starb lediglich an Schwäche, da die Kothstauung volle 13 Tage dauerte und sie außer Wasser nichts genießen konnte. Eine günstige Wirkung des Atropins bestand insoferne, als dadurch freie Passage des Darmes, wenn auch in ungenügendem Maße, erzielt wurde. Eine wiederholte Injection hätte hier sichere Hilfe gebracht.

OSTERMAIER (8) theilt die Krankengeschichte eines 80jährigen Mannes mit, bei welchem seit 10 Tagen absolute Stuhlverhaltung bestand und alle Laxantien erfolglos geblieben waren. Seit zwei Tagen Appetitlosigkeit, heftige Leibscherzen, im weiteren Verlauf Erbrechen, qualvoller Singultus, Meteorismus und gesteigerte Peristaltik. Das Erbrochene nahm schließlich fäulenten Charakter an. Nachdem Opium und Morphiuminjectionen sich als unwirksam erwiesen hatten, bekam Pat. 0·001 Grm. Atropinum sulf. subcutan. Eine Stunde nach der Injection sistirte das Erbrechen, der Leibscherz und der Singultus verschwanden vollständig. Weitere vier Injectionen von je 0·001 Grm. Atropin in 2 Tagen führten jedoch nicht zur Stuhlentleerung, worauf Pat. eine Injection von 0·003 Grm. Atropin erhielt. Nach 4 Stunden beschwerdeloser Stuhl mit Flatus, später mehrere copiöse Entleerungen. Abends leichte Delirien, sonst keine Atropinerscheinungen, auch keine Mydriasis. Auch in diesem Falle von Ileus (wohl nur durch Kothobturation bedingt) bewährte sich das Atropin vorzüglich. Eine erste Injection von 3 Mgrm. hätte vielleicht sofort die Heilung herbeigeführt. Verf. theilt weiter mit, daß er, angeregt durch die Mittheilung von Dr. BATSCH, das Atropin als Evacuans öfter angewandt hat, und zwar bei Affectionen, die unter dem Bilde eines secundären, reflectorischen Enterospasmus oder einer secundären reflectorischen Darmparese allein oder mit Spasmus combinirt verliefen. Es handelte sich um Darmfunktionsstörungen im Anschluß an Gallenstein- und Nierensteinkolik, an Cardialgien (Ulcus ventriculi), Epididymitis, Lumbago mit Bauchmuskelerheumatismus, Myorrhexis der Bauchmuskeln, bei Wanderniere oder nach Stoß auf die Bauchdecken, — oder wenigstens anscheinend, lediglich durch den Darminhalt selbst bedingt. Das Atropin erwies sich in seiner Wirkung nun nahezu ausnahmslos ganz überraschend günstig. Die subjectiven Beschwerden Schmerz und Auftreibung und etwaiges Erbrechen verschwanden sehr rasch, und nach 12, 24 oder 36 Stunden kam einmal oder mehrmals, aber immer beschwerdelos, ein ausgiebiger Stuhl von normaler Consistenz. Verf. gab das Atropin subcutan oder in Pillen — entweder $\frac{1}{2}$ Mgrm. nüchtern, oder wenn keine oder wenig Nahrung genommen wurde, je $\frac{1}{2}$ Mgrm. Morgens und Abends. Von diesen Erfahrungen ausgehend, rath der Verf., das Atropin auch bei „Appendicitis“ leichteren Grades zu versuchen. Das Atropin hätte manchen Vortheil: die subcutane Verabreichung erlaubt genaue Dosirung, wirkt schneller, besonders bei dem so häufigen Erbrechen, und die oft so störende Darmatonie würde vermieden. In zwei Fällen von Appendicitis verordnete Verf. Morgens und Abends je $\frac{1}{2}$ Mgrm. Atropin, welche Therapie von günstiger Wirkung zu sein schien. Weiter schlägt Verf. einen Versuch mit Atropinbehandlung bei dem nach Laparotomien beobachteten Pseudoileus, wo Opium und Abführmittel in gleicher Weise streng contraindicirt sind, vor, soweit es sich um Fälle handelt, wo nicht Peritonealinfektion vorliegt, sondern die hochgradige Darmatonie auf einer Reflexneurose beruht.

(Schluß folgt.)

Referate.

ERWIN PAYR (Graz): Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit.

Die Aetiologie der Wanderniere wird von den verschiedenen Autoren, die sich mit diesem Gegenstande befaßt haben, in verschiedener Weise aufgefaßt und es wird auch betont, daß eine

Concurrenz verschiedener Ursachen dabei in Betracht zu ziehen ist. Eine wesentliche Bedeutung wird bestimmten anatomischen Verhältnissen zugeschrieben, die sich in fehlerhafter oder mangelhafter Ausbildung jener paravertebralen Nischen kundgeben, welche die Nieren beherbergen. Daneben findet man in Fällen von Wanderniere sehr oft Erschlaffung der Bauchdecken und des Deckenbodens, Diastase der Recti, durchgängige Bruchpforten, Enteroptose etc. Ebenso wird namentlich bei den an Wanderniere leidenden Frauen häufig eine cylinderartige Gestalt des Rumpfes in der Lendengegend beschrieben („Münchener med. Wochenschr.“, Nr. 50 und 51). Mehrfach erörtert wurde die Frage des Zusammenhanges zwischen Trauma und abnormer Beweglichkeit der Niere. Aus der Durchsicht der Casuistik ergibt es sich, daß Trauma, z. B. Sturz, für sich allein imstande ist, eine Wanderniere hervorzurufen, ebenso sind traumatisch entstandene peritoneale Blutungen auch dann imstande, eine beträchtliche Lageveränderung der Niere herbeizuführen, wenn die Niere selbst und ihr Stiel unversehrt geblieben sind. Auch experimentell ist an Versuchsthiere und menschlichen Cadavern durch bestimmte Traumen Beweglichkeit der Niere hervorgerufen worden. Als solche traumatische Momente werden angeführt: 1. Stoß in der Längsachse des Körpers bei Fall auf die Füße oder auf das Gesäß. 2. Stoß oder Fall auf die Lendengegend. 3. Forcirte Compression des Thorax. 4. Muskelzug. Von Interesse sind Mittheilungen des Verf., 3 Fälle betreffend, wo durch forcirte Massage der langen Rückenmuskulatur, besonders aber der Bauchmuskulatur, Wanderniere erzeugt, bzw. eine abnorm bewegliche Niere in eine Wanderniere umgewandelt wurde. In einem Falle, ein 28jähriges Mädchen betreffend, wurde wegen einer rheumatischen Muskelerkrankung gerade die Lendengegend in besonders gewaltsamer Weise massirt, bis schließlich heftige Incarcerationserscheinungen einer rechtsseitigen Wanderniere sich einstellten. Auch links war Wanderniere nachweisbar. Da Pat. einige Wochen vorher untersucht worden war, ohne daß Wanderniere constatirt wurde, so ist man berechtigt, in diesem Falle die Entstehung der Wanderniere mit der forcirten Massage in Zusammenhang zu bringen. Durch Anlegung einer Bauchbinde mit Pelotte sowie durch gleichzeitige Mastur wurde Heilung erzielt. Im zweiten Fall war der Zusammenhang zwischen forcirter Massage und Nierenbeweglichkeit nicht ganz sicher, weil auch sonst Erscheinungen von Enteroptose bestanden. Dagegen war im dritten Fall, wo vorher keine Wanderniere bestand, die linksseitige Wanderniere mit einer forcirten Massage des Rückens und der linken Lumbalgegend in Zusammenhang zu bringen. Jedenfalls geht aus den mitgetheilten Fällen hervor, daß durch forcirte Massage der Lenden- und seitlichen Bauchgegend abnorme Beweglichkeit der Niere hervorgerufen werden kann. M. K.

E. MENDEL (Berlin): Die Tabes beim weiblichen Geschlecht.

Ueber die Häufigkeit, mit welcher die Tabes beim weiblichen Geschlecht auftritt, gehen die Angaben der Autoren weit auseinander. Vom Materiale M.'s litten 725, d. h. 3·53% Männer an Tabes, von den Frauen 288, d. h. 1·31%. Es kam demnach eine tabische Frau auf 2·7 tabische Männer. In den besseren Ständen fand M. hingegen („Neurolog. Centralblatt“, 1901, Nr. 1) nur einen Fall von Tabes bei einer Frau auf 25 Fälle von Tabes beim Manne.

Man kann demnach sagen, daß die Häufigkeit der Tabes beim weiblichen Geschlecht im Wesentlichen dieselben Verhältnisse zeigt wie die der progressiven Paralyse: hier wie dort kamen etwa auf 3 kranke Männer 1 kranke Frau bei der ärmeren Bevölkerung, während bei der wohlhabenden sich zu Gunsten der Frau das Verhältniß um das 8—10fache verbessert.

Die größte Häufigkeit des Beginns betraf das Alter von 40 bis 45 Jahren, auf das Alter zwischen 35 und 45 kommt beinahe die Hälfte aller Fälle; bei Männern zeigt sich derselbe Procentsatz früher, zwischen dem 31. und 40. Lebensjahre. In 32·9% der Tabischen bestand eine kinderlose Ehe. Die Kinderlosigkeit beruhte zum Theil darauf, daß überhaupt keine Conception stattge-

funden hatte, zum Theile darauf, daß Aborte eintraten oder ausge- tragene Kinder, meist in den ersten Lebensmonaten, starben. Bei tabischen Frauen ist die Kinderlosigkeit beinahe 3mal häufiger als bei den unter gleichen socialen Verhältnissen lebenden, nicht tabischen. Die Thatsache, das Syphilis oft Sterilität hervorbringt, und die bei Tabes in auffallendem Grade vorhandene Sterilität sind wohl kaum als zufällige Coincidenzen zu betrachten.

Die Symptome der Tabes beim weiblichen Geschlechte zeichnen sich im Allgemeinen durch ihren langsamen Verlauf aus.

Das ataktische Stadium pflegt spät aufzutreten, und auffallend erscheint es auch, daß M. nur zwei Fälle von Arthropathie beobachten konnte, ferner daß gastrische und andere Krisen seltener bei den Frauen als bei den Männern beobachtet werden. Die völlige Amaurose scheint bei der weiblichen Tabes häufiger zu sein als bei der männlichen. Im Großen und Ganzen ist der Verlauf der Tabes bei den Frauen milder als bei den Männern und es zeigt sich demnach ein ähnliches Verhalten wie bei der progressiven Paralyse der Frauen, welche bekanntlich ebenfalls viel milder verläuft, wie bei den Männern.

Von Complicationen der weiblichen Tabes ist vor allem die Hysterie zu nennen. B.

PLUDER (Hamburg): **Zwei Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge.**

Der erste Pat. P.'s („Arch. f. Laryng. u. Rhin.“, 1900, S. 265) war ein 26jähriger Mann; bei demselben geschieht das Umschlagen der Zunge bei geschlossenem Munde nach hinten und oben; beim nachfolgenden Oeffnen desselben sieht man dann den vorderen Zungentheil im Nasenrachenraum liegen, wobei der weiche Gaumen etwas vorgedrängt wird. Die Manipulation geht spielend vor sich, ohne jede Belästigung, eventuell sehr oft hinter einander. Bei offenem Munde gelingt das Umschlagen etwas schwieriger. — Im zweiten Falle, der einen 24jährigen Mann betrifft, handelt es sich um Oesophagismus mit Krampfstößen des obersten Speiseröhrentheiles. Um nun die oft eingeklemmten Bissen hinunterzubringen, hat Pat. gelernt, die Zunge nach hinten umzuschlagen und mit ihrer Spitze in den unteren Pharynxraum (Hypopharynx) einzugehen. Gelangt der Bissen dabei, was manchmal vorkommt, in den Nasenrachenraum hinein, so schlägt er die Zunge zurück und nach oben und holt ihn sich von dort her wieder zurück. Beide Kranke haben ihrer Angabe nach ohne große Schwierigkeit ihre ganz merkwürdige Geschicklichkeit erlernt. N.

MIKUSOHN: **Beitrag zur Frage der Anwendung von Brechmitteln bei Croup.**

Vor 20 bis 30 Jahren war die Anwendung von Brechmitteln in der Kinderpraxis bei Erscheinungen von Kehlkopfstenose eine gewöhnliche Erscheinung. Man betrachtete das Brechmittel nicht nur als mechanisches Mittel zur Abstoßung und Fortschaffung der sich im Kehlkopf ansammelnden und Stenosenscheinungen verursachenden Membranen, sondern zugleich auch als ein Mittel, das auf den croupösen Proceß eine ableitende Wirkung ausübt; man verordnete infolgedessen Brechmittel selbst in Fällen, in denen eine Indication zur mechanischen Intervention gar nicht vorlag. Allerdings wurde nicht selten Mißbrauch mit dieser Behandlungsmethode getrieben, und dies einerseits, sowie die zunehmenden Fortschritte der chirurgischen Behandlung, namentlich die Vervollkommnung der Intubation andererseits, haben die Brechmittel aus der Praxis allmählig vollständig verdrängt. Die Einführung des Diphtherieheilserums hat aber den Verlauf der diphtherischen Kehlkopffectionen vollständig geändert und Verhältnisse geschaffen, die für die Anwendung von Brechmitteln sehr günstig sind. Die Abstoßung, Auflockerung und leichtere Fortschaffung der diphtherischen Membranen aus dem Rachen nach Verlauf von 12—48 Stunden nach der Serum-injection sind Thatsachen, die keinem Zweifel unterliegen. Eine ebensolche Auflockerung und Abstoßung der Diphtherieproducte geschieht nach der Serum-injection zweifellos auch im Kehlkopf bei diphtherischem

Croup. Zwar werden Membranen aus dem Rachen auch bei kleineren Kindern leicht und spontan entleert. Eine Entleerung der Membranen aus dem Kehlkopf würde aber bei kleinen Kindern spontan nicht so leicht vor sich gehen, weil die Hustenstöße zu gering sind, um eine Fortschaffung der tiefliegenden, wenn auch gelockerten, Membranen zu bewirken. Diese letzteren werden unter der Einwirkung der schwachen Hustenstöße in Röhren zusammengerollt, wodurch die Stenoseerscheinungen noch zunehmen. Die Wirkung des Diphtherieheilserums ist in solchen Fällen eine unvollständige, und hier würde nun die Anwendung von Brechmitteln, die in mechanischer Beziehung, wie gesagt, ungenügende Wirkung des Diphtherieheilserums ergänzen. Andererseits würde man in solchen Fällen nicht mehr nöthig haben, die Brechmittel in so großen Dosen anzuwenden wie früher, weil die Auflockerung und die theilweise Ablösung der Membranen von der Kehlkopfwand schon durch das Heilserum bewirkt ist.

Von diesen Betrachtungen ausgehend, hat Verf. in sämtlichen sich ihm darbietenden geeigneten Fällen eine derartige combinirte Behandlung angewandt, d. h. nur in solchen Fällen, wo der Zustand des Patienten 12—24 Stunden, d. h. bis zur Wirkung des injicirten Heilserums zu warten gestattet. Mit dem Eintritt der Serumwirkung wurde das Brechmittel verabreicht, selbst in Fällen, in denen die asphyktischen Erscheinungen in höchstem Maße gefahrdrohend waren. Allerdings machte Verf. („Jeschenedelnik“, 1900, Nr. 49) die nöthigen Vorbereitungen, um mit der Tracheotomie rasch bei der Hand zu sein. Aber die Nothwendigkeit einer Tracheotomie trat bei dieser Behandlung niemals auf. Als Brechmittel gebrauchte Verf. ausschließlich Radix Ipecac.; bei sehr kleinen Kindern Vinum Ipecac. zusammen mit Syrup Ipecac. in verschiedener Proportion je nach dem Alter des Kindes.

L—J.

PAUL EDEL (Gießen): **Ueber einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennierentabletten in einem Falle von Morbus Addisonii.**

Es handelt sich um einen 33jährigen Pat., der bisher immer gesund gewesen war, und bei welchem zunächst zunehmende Schwäche in den Beinen sich einstellte, so daß er nicht imstande war, seine schwere Arbeit als Schlosser zu verrichten. Als weiteres Symptom stellte sich Braunfärbung der Haut ein. Störungen von Seiten des Verdauungsapparates wurden nicht beobachtet, und es war der Appetit stets gut. Die objective Untersuchung ergab dunkle Bronzefärbung des Gesichtes und Halses, schwarzgraue Färbung des Handrückens und des Penis, schwarze Flecken an der Mundschleimhaut, ferner Drüsenanschwellung der Fossa supraclavicularis. Sehnenreflexe gesteigert, im Harne keine abnormen Bestandtheile, kein Husten, kein Auswurf, Temperatur von 36·40 des Morgens bis 38° Abends. Pat. bekam Suprarenintabletten 32mal täglich je 2 Tabletten, entsprechend je 1·0 Grm. Drüsen-substanz („Münch. med. Woch.“, 25. December 1900). Schon nach kurzer Zeit machte sich eine subjective und objective Besserung bemerkbar, die nach zwei Wochen so weit ging, daß Pat. seine schwere Arbeit als Schlosser wieder aufnahm. Parallel mit der auffallenden Hebung des Kräftezustandes ging eine fortschreitende Entfärbung der pathologisch-pigmentirten Stellen, so daß nach fünfwöchentlicher Behandlung nur mehr Pigmentirung in der Gegend der Augenwinkel, sowie die Schleimhautpigmentirung fortbestand, während Gesicht, Hals, Handrücken und Penis eine normale Färbung angenommen hatten. Der Heilerfolg war kein andauernder, da Pat. bald an Meningitis erkrankte und derselben nach einer Woche erlag. Als die Meningitis auftrat, wurde mit der Darreichung der Nebennierentabletten ausgesetzt, und es trat dann die Bronzefärbung an den Stellen, wo sie früher bestanden hatte, in ihrer früheren Intensität auf. Bemerkenswerth war eine mit dem Beginn der Meningitis aufgetretene, durch hochgradige Hämatorporphyrinurie bedingte blutrothe Färbung des Harnes, wobei Sulfonal, Trional etc. nicht vorher genommen worden waren. Die Obduction des Falles ergab tuberculöse Basilar-meningitis, ausgedehnte Tuberculose der Hals-, Bronchial-, Retro-

peritoneal- und Portallymphdrüsen. Plexus solaris und Ganglion semilunare waren in schwieliges Bindegewebe eingebettet, in der Marksubstanz der rechten Nebenniere fand sich ein erbsengroßer Tuberkel.
M. K.

RUDOLF OEHLER (Frankfurt a. M.): Ueber Peritonitis tuberculosa.

Die Anschauung, daß bei der tuberculösen Peritonitis durch operative Behandlung auffallend zahlreiche und dauernde Heilerfolge erzielt werden, ist gegenwärtig mehrfach in Zweifel gezogen worden und in einer der Heidelberger Klinik entstammenden Statistik findet sich die Angabe, daß selbst von den gutartigsten Fällen nur 40—50% durch Operation geheilt werden. Ebenso findet sich die Behauptung vertreten, daß die Peritonitis tuberculosa häufig spontaner Heilung zugänglich ist. Verf. gelangt auf Grund eines 44 Fälle (darunter 37 Kinder) umfassenden Krankenmaterials, welches in der Zeit von 1895—1900 beobachtet wurde, zu dem Schlusse, daß die Spontanheilung der Peritonitis tuberculosa ein keineswegs seltenes Vorkommiß ist. Die Diagnose der Peritonitis tuberculosa ist meist auch durch bloße äußere Untersuchung leicht zu stellen. Die wesentlichsten Züge des ausgeprägten Krankheitsbildes sind Abmagerung, fahle Gesichtsfarbe, leichtes Fieber, zeitweilige Diarrhoe. Hinsichtlich des Localbefundes ist der Nachweis freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle von Bedeutung, ganz sicher wird die Diagnose durch den Nachweis knotiger oder flacher Tumoren in der Bauchhöhle („Münch. med. Woch.“, 25. December 1900). Schwieriger ist die Diagnose in leichten Fällen, da bei Kindern als Begleiterscheinung von Störungen der Darmfunction sowie bei Hernien geringe Ansammlungen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle vorkommen, die jedoch bei entsprechender Behandlung binnen wenigen Tagen verschwinden, während Persistenz der Flüssigkeit bei gleichzeitiger Kachexie und Ausschließung des Staunungsascites für tuberculöse Peritonitis spricht. Ein besonderes Gewicht ist auf den Befund in der Nabelgegend zu legen, da die Tuberculose ebenso wie die Carcinomatose des Peritoneums mit besonderer Vorliebe an dieser Stelle localisirt. Man findet dann Röthung, Schwellung, Druckschmerzhaftigkeit des Nabels, ferner Infiltration oder Knotenbildung daselbst. Auch wurde bei hochgradiger Affection spontane Perforation des Nabels, ferner Bildung von Darmfisteln beobachtet. Hinsichtlich der operativen Behandlung findet man vielfach die Anschauung vertreten, daß die Fälle mit Flüssigkeitsansammlung dadurch leichter zur Heilung kommen als die trockenen Formen. Das Exsudat zeigt bei Peritonitis tuberculosa beträchtliche Schwankungen und kann unter dem Einfluß fieberhafter Erkrankungen ganz verschwinden. Unter 39 Fällen, bei welchen Verf. das Endresultat ermitteln konnte, starben 18, während 21 (54%) genasen. Es lassen sich folgende Sätze formuliren: 1. Die Peritonitis tuberculosa ist vorwiegend eine Erkrankung des Kindesalters. 2. In der Hälfte der Fälle ist der Ausgang Tod, meist an Meningitis, sonst an Abzehrung und Erschöpfung. Die Dauer des Verlaufes beträgt $\frac{1}{2}$ —2 Jahre. 3. Auch ohne Operation geht in einer beträchtlichen Anzahl der Fälle, besonders bei Kindern, die zweifellos constatirte Peritonealtuberculose in Heilung über.
M. K.

MAYER (Würzburg): Zur Kenntniß des PIORKOWSKI'schen Verfahrens der Typhusdiagnose nebst einschlägiger Modification.

Auf Grund eingehender Untersuchungen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, H. 4/5) kam Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

Frische Typhusculturen bilden auf Harnelatine eine charakteristische Form von Colonien, bestehend in wurzelförmigen Geflechten ohne eigentliches Centrum. Die Geflechte erscheinen nicht unter allen Umständen; es empfiehlt sich daher, 5 Platten mit Harnelatine und 5 Platten mit neutraler Gelatine für jeden einzelnen Fall anzulegen. Die Untersuchung muß nach 24 Stunden abgeschlossen sein, um eine Verwechslung mit den wurzelflechtenähnlichen Formen zu vermeiden. Der aus mit Proteus vergährtem

Harn bereiteten 3·3% Gelatine ist eine absolut neutrale, 3·3%ige Fleischwassergelatine ziemlich gleichwerthig. Sind Wurzelformen auf einer Platte vorhanden, so ist von dieser auf 3·3% neutrale und Harnelatine ein Plattenguß anzulegen und gleichzeitig in ein Gährungsrohrchen mit Traubenzuckerbouillon zu verimpfen. Erscheinen auf der Platte in übergroßer Mehrzahl bis zu 24 Stunden Wachstumszeit die Wurzelformen, wachsen diese bis zu 48 Stunden weiter, findet ferner keine Spur einer Gasbildung in Traubenzuckerbouillon statt, so ist es erlaubt, die Diagnose auf eine Typhuscultur zu stellen.
Dr. S—.

A. FREUDENBERG (Berlin): Statistik der BOTTINI'schen Operation bei Prostatahypertrophie.

Unter Heranziehung der großen, 435 Fälle umfassenden Statistik BOTTINI's stellt F. die bisher erzielten Operationsresultate der galvanokaustischen Prostataincision zusammen, wobei er aus der Gesammtliteratur 753 Wahrnehmungen zusammenzustellen vermag („Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org.“, Bd. XI, H. 10). Zu einem letalen Ausgang führte der Eingriff in 44 Fällen, was eine Mortalität von 5·84% ergibt. Für 12 Fälle muß es als fraglich hingestellt werden, ob sie wirklich der Operation zur Last fallen, so daß diese Reduction die Sterblichkeitsziffer auf 4·25% stellt. Für die Erfolgsstatistik kommen in Betracht 718 Fälle mit 55 Mißerfolgen = 7·66% und mit 622 Erfolgen oder „guten Resultaten“ (Heilungen + Besserungen) = 86·63%.

Für den Begriff der Heilung kann von dem BOTTINI'schen Verfahren nicht gefordert werden, daß der Harn wieder vollständig klar werde, umsoweniger als ja die Urintrübung beim Prostatiker häufig schon als Ausdruck einer bestehenden Cystopyelitis zu betrachten ist.

F. legt den Hauptwerth auf das vollständige uneingeschränkte Eintreten der mechanischen Wirkung, entsprechend der Thatsache, daß die BOTTINI'sche Operation ja eben diese mechanische Wirkung erzielen soll.

Auch der Statistik haften die Bedenken an, die bei jeder solchen aus zahlreichen Einzelfällen und kleineren Statistiken hervorgegangenen Zusammenstellung zutreffen, und die sich im wesentlichen daraus ergeben, daß man eher geneigt ist, mit den guten Resultaten vor die Oeffentlichkeit zu treten. Andererseits trifft es zu, wie es auch F. besonders betont, daß der BOTTINI'sche Eingriff erst seit kurzem in Uebung steht und mehr als irgend eine andere Operation an die Technik und Geschicklichkeit des Chirurgen Anforderungen stellt. Nach F.'s Ansicht steht es sicher zu erwarten, daß sich die Operationschancen noch bedeutend bessern werden, wenn die Kranken, bevor sie sich noch durch den Selbstkatheterismus schwere Infectionen der Blase und Niere zugezogen haben, zur Operation gelangen.
N—1.

Literarische Anzeigen.

Die Urogenitalmuskulatur des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlusses. Von Dr. Otto Kalischer in Berlin. Aus dem Anatomischen Institut der Universität Berlin (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. WALDEYER). Berlin 1900, S. Karger.

Seitdem Referent seine Arbeit über Innervation der Blase im Jahre 1892 veröffentlichte, sind sowohl über die Muskulatur als die Innervation der Harnblase eine Reihe von interessanten Arbeiten erschienen. Hier sei nur auf die Veröffentlichungen FRANKL-HOCHWART's und OTTO ZUCKERKANDL's, auf die beiden Publicationen von REHFISCH, auf die Untersuchungen von GUYON und COUTARD, sowie auf die von HANČ hingewiesen.

Besonderes Interesse hat die ausgezeichnete Arbeit von OTTO KALISCHER für den Urologen und Syphilidologen, weil durch sie abermals bewiesen wird, daß die Anschauung, daß Eiter aus der hinteren Harnröhre in die Harnblase regurgitire, unbaltbar ist. In KALISCHER's Arbeit finden wir den strikten anatomischen Nachweis, daß die glatte Muskulatur des

Sphincter vesicae intern. einen festen Verschluss der Blase liefert. Zu besonderem Dank verpflichtet der Verf. ferner dadurch, daß er die Harnröhre des Hundes in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen hat. Wir können leider nicht alle Endresultate hier mittheilen, die KALISCHER auf Grund seiner wunderschönen mikroskopischen Präparate erhielt. Referent hatte in Berlin Gelegenheit, KALISCHER'S Präparate zu besichtigen.

In einer Reihe von Transversalschnitten durch das Becken eines männlichen Kindes beobachtete der Autor zunächst genau den Verlauf der quergestreiften Musculatur und fand, daß die letztere an der vorderen Fläche der Prostata, sobald er sich der Blase näherte, immer mehr verschwinde, um knapp an der Blase vollständig auszusetzen. Die Pars membranacea und die Pars prostatica der Harnröhre werden ringsum von einheitlicher quergestreifter Musculatur eingeschlossen. Doch wird dieser Muskelring an der hinteren Circumferenz durch frei neben einander auslaufende Muskelfasern unterbrochen. KALISCHER nennt diesen ganzen untrennbaren quergestreiften Muskelring Musculus sphincter urogenitalis und theilt ihn in die Pars anterior s. Cowperica, die Pars media und die Pars posterior s. prostatica.

Bei den Untersuchungen des Musculus sphincter urogenitalis von männlichen Erwachsenen fand KALISCHER gegenüber den soeben erwähnten Befunden keine tiefgreifenden Unterschiede. Die Pars media ist allerdings hier durch das Wachsthum der Prostata verhältnißmäßig sehr klein.

Hauptsächlich an Sagittalschnitten und abermals vorzüglich an männlichen Kindern untersuchte KALISCHER die glatte Musculatur der Harnröhre. Am meisten interessirte ihn natürlich die Uebergangsstelle der Harnröhre in die Blase. Er fand an der bezeichneten Stelle einen dichten glatten Muskelring, dessen hinterer Theil im Trigonum vesicae, dessen schwächerer vorderer Theil ausschließlich in der Harnröhre gelegen ist. Ersteren Theil nennt der Verfasser M. sph. trigonalis, derselbe unterscheidet sich scharf von der Blasenmusculatur. Er steht mit der Transversalmusculatur der Blase in gar keiner Verbindung. Auch die Prostata ist von ihm vollständig getrennt.

KALISCHER kommt zu folgenden Schlüssen: Am Uebergange von Harnröhre und Blase findet sich eine deutliche Anschwellung der glatten Ringmusculatur (beim Manne und beim Weibe) und man kann hier mit vollem Rechte von einem Sphincter sprechen. Beim Manne ist dieser von KALISCHER M. sph. trigonalis genannte Muskel stärker entwickelt, weil er neben dem Blasenverschlusse beim Uriniren auch den Zweck hat, während der Ejaculation die

Blase von der Harnröhre abzuschließen. Er zieht schief nach vorne und abwärts, steht mit der Blasenmusculatur in keinem Zusammenhange und gehört, wenn er auch in die Blase hineinreicht, doch der Harnröhre an. Ebenso ist er auch von der Prostata genau zu trennen. Ihm fällt „die Hauptrolle bei dem Blasenverschlusse zu, während die quergestreifte Musculatur im wesentlichen der Geschlechtsfunction dient“. Die Annahme eines physiologischen Blasenhalshalses, der am Blasenverschlusse mitbetheiligt wäre, läßt sich nicht aufrecht erhalten. Man kann aber wohl von einem Blasenhalshalse in anatomischem Sinne sprechen und darunter den Uebergangstheil von Blase und Harnröhre verstehen, der einerseits von der Harnröhre das Trigonum und den M. sph. trigonalis, andererseits von der Blase die in die Harnröhre reichende Anschwellung der Ringmusculatur umfaßt. KALISCHER betont, daß bei stärkerer Blasenfüllung kein halsartiger Raum in der Prostata geschaffen wird, daß die Pars prostatica auch bei stärkerer Füllung der Blase niemals in die Blase einbezogen wird, und daß selbst bei stärker gefüllter Blase der Blasenverschluss allein durch den am Uebergang von Harnröhre zur Blase gelegenen glatten Sphincter zustande kommt.

Zu einer Abbildung, die einen Sagittalschnitt durch die Blase und die Pars prostatica eines männlichen Hundes zeigte, bemerkte KALISCHER: „Infolge der distincten, sich scharf von der Umgebung abhebenden Lage der Prostata ist es hier noch klarer wie beim Menschen ausgesprochen, daß es nicht angeht, den M. sph. trigonalis zur Prostata zu rechnen.“

KALISCHER'S Arbeit erörtert diese anatomische Frage in erschöpfender und klarer Weise. Prof. v. ZEISSL.

Die Tuberculose (Schwindsucht) und deren Bekämpfung. Von Dr. B. Dobczynski, Frankfurt am Main 1900, Johannes Alt.

Die vielen einschlägigen Publicationen, deren zahlreicheres Auftreten in der letzten Zeit der Tuberculose-Congreß bewirkte, um einen Beitrag zu vermehren, hat D. sich veranlaßt gefühlt. Ob damit nun eine klaffende Lücke ausgefüllt ist und die ärztlichen Kenntnisse erweitert wurden, könnte dahingestellt bleiben. Wir zumindest haben aus der Lectüre der Schrift diesen Eindruck nicht gewonnen. Ueber banale Selbstverständlichkeiten und jedem Studierenden der Medicin wohlbekannte Thatsachen und Annahmen kommt der Verf. nirgends hinaus. Sein Verlangen nach geeigneten, gemeinverständlichen Veröffentlichungen über das Wesen, die Verbreitung und Verhütung der Tuberculose ist auch von berufener Seite schon oftmals geäußert worden. L.

Feuilleton.

Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht.

Die Castration wurde in vergangenen Tagen häufig ausgeführt und die Motive dazu waren der verschiedensten Art. Während sie in Italien an kleinen Knaben vorgenommen wurde, um gute Discantsänger zu erhalten und diese Sitte so verbreitet war, daß noch gegen Ende des 18. Jahrhunderts 4000 Knaben dieser grausamen Operation unterworfen wurden, castrirt man im Orient die Knaben, um sie zu Eunuchen, Haremswächtern zu erziehen. Die damals übliche Technik wich von der jetzigen Operationsmethode bedeutend ab, indem man „die Knäblein in ein Becken setzte, das mit warmem Wasser gefüllt war und nachdem die Theile durch das Bad erweicht waren, die Hoden zwischen den Fingern solange quetschte, bis sie verschwanden und nicht mehr als compacte Masse gefühlt werden konnten“.

An anderen Orten war es wieder der religiöse Fanatismus, welcher die Castration oder sogar die Selbstcastration zur Folge hatte und diese barbarische Unsitte nahm zeitweise so sehr an Ausbreitung zu, daß Domitian, Caesar, Constantin der Große und andere Herrscher, zu wiederholtenmalen Päpste sich gezwungen sahen, das Verbot derselben auszusprechen. Andererseits war im

Mittelalter die Castration als Strafe für gewisse Fälle üblich und es ist bekannt, daß Gottfried von der Normandie ein ganzes Domcapitel sammt seinem Bischof castriren ließ.

Auch in den letzten Tagen hat eine Massencastration viel von sich sprechen gemacht und die Petersburger Gerichte beschäftigt. Es handelte sich um mehr als 40 Skopzen, die nach mehrtägiger Verhandlung wegen der Verstümmelung verurtheilt und nach Sibirien verschickt wurden. Bekanntlich besteht in Rußland eine äußerst fanatische Religionssecte, die, auf einige Stellen der Bibel sich berufend, durch Selbstverstümmelung das Himmelreich zu erlangen hofft, und die trotz der Verfolgungen in einigen Gouvernements sehr verbreitet ist. Es gibt unter ihnen Leute, die nur die Hoden sich wegschneiden lassen (Skopzen vom kleinen Siegel) und andere, denen zugleich die Hoden und der Penis amputirt wurden (Skopzen vom großen oder Czaren-Siegel). Die der Secte angehörenden Frauen, deren ebenfalls eine beträchtliche Anzahl existirt, werden auch verstümmelt, indem ihnen die Brüste, die Clitoris, die Labien amputirt oder arg mißgestaltet werden. Die Castration hindert jedoch die Sectirer nicht daran, sich einem äußerst ausschweifenden Leben zu ergeben. Die russische Regierung verfährt mit dieser, wie mit anderen nicht anerkannten Secten sehr streng und läßt die Anhänger derselben zur Deportation nach Sibirien verurtheilen.

Jetzt sind die Zeiten längst vorüber, wo die Chirurgen gezwungen wurden, gegen ihren Willen die Henkerarbeit der Castra-

tion an unmündigen Kindern auszuführen (Paul v. Aegina) und auch trotz der gegentheiligen Behauptung Zola's dürfte sich kein Chirurg dazu hergeben, eine Castration bloß zu dem Zwecke zu machen, um die Conception zu verhindern. Für einen Chirurgen der Neuzeit besteht die Indication zur Castration nur in pathologischen Zuständen der Hoden oder Ovarien, und außerdem wurde eine Reihe von menstruellen Psychosen durch die Castration günstig beeinflußt, endlich wurde in der allerneuesten Zeit der leider vergebliche Versuch gemacht, einen ex masturbations hochgradig neurasthenisch gewordenen Jüngling durch die Castration zu heilen.

In letzter Zeit beobachtete RIEGER, Professor der Psychiatrie in Würzburg, einen interessanten Castrationsfall, welcher noch insofern von Wichtigkeit ist, als er die Folge eines Unfalles war; es war daher sehr lehrreich, zu erfahren, wie sich der begutachtende Arzt und die Unfallversicherung zu den Folgen der Castration als Unfallfolgen stellen werde.

Es handelte sich um einen 21jährigen ledigen Fuhrknecht, der so zwischen Mauer und Wagen eingepreßt wurde, daß ihm eine scharfkantige Eisenplatte die Testikel völlig zerquetschte, wobei der Penis intact blieb. Die Folge der Verletzung war der Verlust beider Hoden. Als Unfall steht diese Beobachtung einzig da und hat den begutachtenden Arzt zum genauen Studium der Castrationsfolgen im Allgemeinen und zur Herausgabe eines interessanten Buches angeregt.¹⁾

Der Verfasser bespricht darin in äußerst lehrreicher Weise zuerst die rechtliche und sociale Seite der Castration und kommt nach einer gründlichen Kritik der einschlägigen Paragrafen der Unfall- und Strafgesetze zu dem Schlusse, daß die Castration im Sinne des Unfallgesetzes eigentlich keinen Schaden, d. h. keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, sondern oft sogar eine Vermehrung derselben bedeute. Hingegen wäre möglich, daß eine Castration indirect erwerbsbeschränkend wirke, indem sie dem Castrirten die Möglichkeit benimmt, zu heiraten und von diesem Standpunkte aus, daß die Unmöglichkeit, eine Ehe zu schließen, für den Castrirten in Bezug auf seine Erwerbsverhältnisse von Nachtheil ist, hat RIEGER eine 50%ige Entschädigung für den Castrationsunfall vorgeschlagen.

Eine Erwerbseinschränkung könnte man noch annehmen, wenn man außer den socialen Folgen in Bezug auf Eheschließung und Fortpflanzung auch noch behaupten könnte, daß die Castration vitale Folgen, d. h. eine directe Gesundheitsschädigung bewirke.

Um dies zu ergründen, studirte RIEGER das ganze in der Literatur niedergelegte Material über thierische und menschliche Castraten (Skopzen, Eunuchen u. A.) und zieht daraus die Schlußfolgerung, daß der Verlust der Testikel mit Recht als ein großes Unglück betrachtet wird, daß aber, abgesehen von dem Verlust der Sexualfunction, keine Gesundheitsstörung als Folge der Castration namhaft gemacht werden kann, denn die Neigung zu leichteren Fettansatz, der manchmal beobachtet wird, kann man doch im Ernst nicht als Gesundheitsschädigung betrachten, und die Behauptung, daß der Verlust der Testikel einen ungünstigen Einfluß auf Intelligenz, Geist, Willenskraft und Energie ausübe, trachtet RIEGER vollständig zu entkräften, indem er die Biographien von drei berühmten Männern: Narses, Pierre Abelard und Origenes mittheilt, die alle sicher Castraten waren.

Narses wurde in seiner Jugend castrirt und begann seine Carrière als Palast-Eunuch am byzantinischen Hof, wurde aber trotz des Mangels der Testikel zu einem der tapfersten Feldherren des Kaisers Justinian und errang einen glorreichen Sieg über den Ost-Gothenkönig Totila.

Abelard ist im Alter von 36 Jahren durch einen Racheact castrirt worden und erreichte das Alter von 63 Jahren. Sowohl in der Zeit vor der Castration, als auch nachher waren seine Leistungen auf geistigem Gebiet hervorragend, namentlich aber fallen die heftigsten Kämpfe seines Lebens, bei denen er die meiste Energie gezeigt hat, in die Zeit nach der Castration.

Origenes hat sich als Jüngling von 20 Jahren aus religiösem Fanatismus selbst castrirt und wurde später als einer der genialsten Kirchenväter bekannt. Er hat sich nicht nur als tief sinniger Philosoph, sondern auch als ein heldenhafter Kämpfer und Märtyrer gezeigt, indem er im hohen Alter von 69 Jahren die schwersten Foltern in der Christenverfolgung des Kaisers Decius standhaft ertragen hat.

Angesichts dieser geschichtlich erwiesenen Heldenhaftigkeit der drei genannten Castraten konnte RIEGER die Ansicht von der Wichtigkeit der inneren Secretion der Testikel und von ihrem Einfluß auf den Willen, die Energie und den Geist mit anderen Beobachtern nicht theilen.

Trotzdem hält RIEGER den medicinischen Aberglauben von der Einwirkung der Testikel auf die Gesundheit aus socialen Gründen für sehr nützlich und nothwendig, da derselbe die Menschheit vor dem Inmodekommen der Castration aus neo-malthusianischen Motiven schützt, also dieselbe sociale Bedeutung hat wie im Mittelalter der religiöse Aberglaube in Bezug auf die Testikel; da ein Aberglaube nur schwer auszurotten ist, hofft RIEGER, daß der allgemein menschliche Glaube die Schiller'schen Verse:

Aus eben diesem Schöpferfluß,
Woraus wir Menschen werden,
Quillt Götterkraft und Genius
Was mächtig ist auf Erden.

Schmach dem combabischen Geschlecht!
Die Elenden, sie haben
Verscherzt ihr hohes Männerrecht,
Des Himmels beste Gaben,

Und schlendern durch die Welt
Wie Kürbisse von Buben
Zu Menschenköpfen ausgehöhlt,
Die Schädel leere Stuben.

noch lange Zeit zum Nutzen und Frommen des Menschengeschlechtes für wahr halten wird.

Die Castration hat aber noch insofern eine Bedeutung, als sie im Urtheil der Welt als etwas Schmachvolles gilt und an diesen Begriff der „Schande“ müßte eigentlich angeknüpft werden, wenn die Castrationsfolgen für Civil- und Strafrecht faßbar gemacht werden sollen.

Im Gegensatze zu RIEGER halten alle modernen Autoren an der Wichtigkeit der Function der Hoden und Eierstöcke für den Organismus fest, und speciell die Gynäkologen wissen viel von den Beschwerden des Climacterium praecox zu erzählen, die oft nach beiderseitiger Castration sich einzustellen pflegen. Ebenso unangenehme Folgen sahen die Chirurgen nach beiderseitiger, oft sogar schon einseitiger Exstirpation der Testikel, und schon die alten Chirurgen riethen die Erhaltung eines wenn auch kranken Hodens und nannten ihn „testicule moral“, indem sie von der Vorstellung beherrscht waren, daß der zurückgelassene Hode auf den Charakter einen Einfluß ausübe.

Als später die Wirkung des zurückgelassenen Hodens bloß als suggestive aufgefaßt wurde, gab es Chirurgen, die den Vorschlag machten und denselben auch ausführten, an Stelle des exstirpirten Hodens eine Prothese aus Celluloid zu setzen (TUFFIER, WEIR, GUEILLOT, CARLIER etc.). Abgesehen davon, daß die Einheilung dieser Prothesen kaum eine dauernde sein dürfte, kann es, seitdem die Annahme von der inneren Secretion der Hoden zu Recht besteht, einem wissenschaftlich gebildeten Arzte ebenso wenig einfallen, an Stelle eines exstirpirten Hodens eine Celluloidprothese zu geben, als die Kachexie nach Totalexstirpation der Schilddrüse durch Einheilung eines Fremdkörpers, der die Gestalt der Schilddrüse nachahmt, heilen zu wollen.

Es ist wiederholt beobachtet worden, daß der Hode, obwohl die Ausführungsgänge verstopft waren oder der ganze Nebenhoden sogar resecirt wurde, trotzdem aber nicht atrophirte wie andere Drüsen, wenn ihr Ausführungsgang unterbunden wird, und dies galt als Beweis der weiter anhaltenden Function, der inneren Secretion. Diese Erwägungen waren in hohem Masse mitbestimmend, daß in der letzten Zeit die Therapie der Hodentuberculose eine bedeutende Umwälzung erfahren hat. Von deutscher (BARDENHEUER) und französischer Seite wurde die frühzeitige Castration als seh-

¹⁾ Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht. Von Dr. CONRAD RIEGER. Jena, Gustav Fischer, 1900.

zweifelhafte Radicaloperation bekämpft, wobei aber gleichzeitig gewarnt wurde, in das Gegentheil zu verfallen und bei der Tuberculose der Testikel überhaupt jeden Eingriff zu verwerfen. „Il ne faut pas faire la castration, mais il faut opérer“ (QUÉEN) ist der jetzt herrschende Grundsatz. Auch ALBERT, der seit vielen Jahren als Gegner der Castration bei Hodentuberculose bekannt war, hat kurz vor seinem Tode wieder seine warnende Stimme gegen die wahllose Vornahme dieser verstümmelnden Operation in jedem Falle von Hodentuberculose erhoben, und es dürfte kaum zweifelhaft sein, daß außer der „Nothwendigkeit, ein Organ, das zur Zeugung nöthig ist und das den Frieden des Hanses bedingt, vorsichtig zu behandeln“, noch die Ueberzeugung von der Wichtigkeit der Function der Testikel für das erkrankte Individuum selbst es war, die ihn in die Reihe der Gegner dieser Operation gestellt hat.

Dr. SIGMUND ERDHEIM.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **Behandlung des Schwangerschaftserbrechens** empfiehlt MONIN Natrium bicarbonicum in hohen Dosen („Lyon méd.“ — „Klin.-ther. Woch.“). Er läßt täglich 5 Pulver à 2 Grm. davon nehmen, würde sogar bis zu 20—30 Grm. täglich steigen, obgleich solche Dosen bis nun nicht erforderlich waren. Er läßt das Mittel außerhalb der Verdauungszeit, und zwar am besten in der Früh im nüchternen Zustande, in der zweiten Hälfte des Vormittags, in den späten Nachmittagsstunden und Abends vor dem Schlafengehen nehmen. Am besten gibt man das Pulver als solches in Oblaten, um die ganze Menge der entstehenden CO₂ einwirken zu lassen. Das Mittel ist vollständig unschädlich. Die angebliche Kachexie, die nach großen Mengen von Alkalien eintreten soll, konnte er nicht beobachten, obgleich er in manchen Fällen wegen Hyperacidität monate- und selbst jahrelang 15—20 Grm. täglich nehmen ließ. Diese Behandlung hat M. in 25—30 Fällen von Vomitus gravidarum mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Selbstverständlich muß gleichzeitig auch die etwa bestehende Obstipation behoben werden.

— Zur **Theerbehandlung im squamösen Stadium des chronischen Ekzems** eignet sich nach LEDERMANN („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 5) folgende Schüttelmixtur:

Rp. Liquor. carbonis detergentis . . . 1'0—25'0
Zinc. oxydat. alb.,
Amyl.,
Glycerin., aa. 10'0
Aq. destill. ad 100'0

Die aufgpinselte Mixtur wird gepudert, worauf eine trockene Decke entsteht, die einen weiteren Verband überflüssig macht.

— Zur **Theerbehandlung der Psoriasis** empfiehlt derselbe Autor an nämlicher Stelle folgende Salbe:

Rp. Liq. carbon. deterg. 2 — 20'0
Hydrargyr. praecip. alb. 5'0—10'0
Adip. lan. 50'0
Ol. olivar. 20'0
Aq. destillat. ad 100'0

— Ueber die **Behandlung der Rachitis** mit der von STÖLTZNER empfohlenen **Nebennierensubstanz** berichtet NETAR („Jahrb. für Kinderheilk.“, Bd. 2, 3 Fig., 1900. — „Berliner klin. Woch.“). Aus dem Verlauf von 28 Fällen geht hervor, daß Rachitol keinen Einfluß auf die Rachitis hat. Im Besonderen konnte bei den Symptomen, welche vor Allem die typischen Erscheinungen der Rachitis darstellen und die der objectiven Untersuchung zugänglich sind, d. i. bei den statischen Functionen, bei der Craniotabes und den anderen Knochenkrankungen, selbst bei mehrmonatlicher Behandlung keinerlei günstige Wirkung der Nebennierensubstanz beobachtet werden.

— Bei stark entzündeten, besonders bei verletzten und acut glaukomatösen Augen wendet ZIRM („Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges“, 1900, Nr. 7. — „Berliner klin. Woch.“) nicht bloß Instillationen von **Holocain-Cocainlösung** (aa. 0·1 : 10·0) an, sondern subconjunctivale Injectionen. Er injicirt 1—2 Tropfen unmittelbar vor der Operation über der anzulegenden Wunde neben dem

Limbus. Die Anästhesie ist so vollkommen, daß auch bei stark entzündeten Augen die Iridektomie schmerzlos auszuführen ist. Am besten ist es, gleichzeitig subcutane Morphiuminjection, Instillation und Injection von Holocain-Cocainlösung anzuwenden. Toxische Wirkungen sind bei der geringen Menge der injicirten Flüssigkeit kaum denkbar.

— Als **Medicationen bei Neuralgie** sind bemerkenswerth („Centralbl. f. Therap.“):

Rp. Methylen. caerul.,
Pulv. nuc. moschat. aa. 0·1
M. f. pulv. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad caps. amyl.
S. 2stündlich 1 Pulver.
Rp. Analgen. 5'0
Spir. vini 35'0
Aq. destill. ad 150'0
D. S. 3stündlich 1 Eßlöffel zu nehmen.
Rp. Asaproli 2'0—4'0
Aq. anisi 30'0
Syr. sympl. 20'0
D. S. Während eines Tages in Bier, Kaffee,
Thee oder Zuckerwasser zu nehmen.
Rp. Veratrol
Ol. papaveri aa. gtt. II.
Dtr. tal. dos. Nr. XX ad caps. gelat.
S. 3mal täglich 1—2 Kapseln,
Rp. Triphenini 0'3—1'0
Coffeini natriobenzoic. 0'2
M. f. pulv. Dtr. tal. dos. Nr. X ad chart. amyl.
S. Nach Bedarf 1—4 Pulver während des Tages
zu nehmen.

— Ueber die **Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin** berichtet MAX HEIM („Berl. klin. Woch.“). Antitussin ist ein organisches Fluorpräparat, das von Valentiner & Schwarz in Leipzig-Plagwitz in den Handel gebracht wird. Die Wirkung des Antitussins hat H. an circa 16 Fällen von Keuchhusten, zum Theil sehr schweren, erprobt. Es hat ihn in keinem Falle im Stiche gelassen, auch nicht in den schwersten Fällen. Einigemale, wo anfänglich ein anderes Mittel, bezw. Chinin und Belladonna versagt hatten, brachte Antitussin stets den gewünschten Erfolg. A. ist eine Salbe, die aus 5 Theilen Difuordiphenyl, 10 Theilen Vaseline und 85 Theilen chemisch reinem Wollfett besteht, es diffundirt ebenso wie die anderen neuerdings in den Handel gebrachten Fluorkörper, z. B. Epidermin, durch thierische Membranen und wird in Salbenform von der Haut resorbirt. Die Anwendung des Antitussins geschieht nur äußerlich. Hals, Brust und der Rücken zwischen den Schulterblättern werden vor der Behandlung mit Antitussin mit warmem Seifenschium abgewaschen und mit Frottiertuch wieder trocken gerieben. Darauf wird eine wenigstens nußgroße Portion der Salbe auf die so präparirten Stellen vertheilt und mit flacher Hand sehr energisch in die Haut hineingerieben. Das Hineinreiben der Salbe hat nach Art der Massage zu erfolgen und ist so lange fortzusetzen, bis das Verschwinden der Salbe an der Hand fühlbar ist.

— Bei **Morbus Werlhofii** machte LUSIGNOLI („La Sem. méd.“ — „Allg. Wr. m. Ztg.“) folgende Erfahrung: Von der Ansicht ausgehend, daß gewisse hämorrhagische Diathesen, wie Scorbut, Morbus Werlhofii, Purpura, Arthritis deformans auf bacteriellen Ursprung zurückzuführen sind, hatte er bei 5 Fällen WERLHOF'scher Krankheit zu intravenösen Injectionen von Sublimat seine Zuflucht genommen und auch einen Fall von Arthritis deformans in gleicher Weise behandelt. Er injicirte in allen diesen Fällen in die V. mediana basilica oder cephalica 0·001 Mgrm. Sublimat. Bei einigen Kranken steigerte er diese Gabe bis zu 3 Mgrm., in einem Falle sogar bis zu 4 Mgrm. Mit dieser Behandlung erzielte L. ausgesprochene Besserung binnen wenigen Tagen. Fieber, Kopfschmerz, die Schmerzen in den Gelenken verminderten sich und die Petechien traten nicht weiter auf. Wenn dieser günstige Erfolg eingetreten war, hörte L. mit den Injectionen auf, eine einfache symptomatische Behandlung und entsprechende Diät führten dann zur völligen Genesung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 8. März 1901.

H. REIMANN demonstriert einen Fall von Hydronephrose. Die Pat. hatte seit 2 Jahren das Anwachsen eines Tumors in der rechten Oberbauchgegend bemerkt. Die Geschwulst wurde schließlich mehr als kindskopfgroß, prall elastisch und glatt. Bei der Operation wurden zwei mehr als gänseeigroße Hydronephrosensäcke vorgefunden und extirpiert; zwei Drittheile der Niere blieben erhalten. Es mußte ein Theil des Nierenbeckens reseziert werden, um dem geknickten Ureter eine normale Einmündungsstelle zu schaffen.

H. SCHLESINGER stellt eine 31jährige Kranke mit einem eigenthümlichen Phänomen an der Aorta abdominalis vor. Ueber dieser ist nämlich ein Schwirren zu fühlen und ein Geräusch hörbar, welches am deutlichsten in Nabelhöhe ist, und das sich bis zum Ursprunge der Aa. femorales verfolgen läßt. Der Befund am Herzen ist vollkommen normal. Weder durch Palpation noch durch Roentgenuntersuchung können abnorme Verhältnisse an der Aorta nachgewiesen werden. Bei der ersten Untersuchung fand sich Eiweiß im Harn, welches auf Milchdiät verschwand. Der Blutdruck ist normal.

G. OELWEIN zeigt ein Präparat von Stieltorsion des Netzes. Ein 56jähr. Pat. erkrankte plötzlich unter heftigen Bauchschmerzen an der rechten Seite, Aufstoßen, Erbrechen und mäßiger Auftreibung des Abdomens; in der linken Ileocöcalgegend befand sich eine handtellergröße, schmerzhaft Resistenz, rechts bestand seit 30 Jahren eine Inguinalhernie, welche weich, nicht reponibel war und Netzstränge enthielt. Wegen Verdacht auf Appendicitis wurde die Laparotomie ausgeführt und die Torsion gefunden, welche beinahe das ganze Netz umfaßte. Der torquirte Theil des Netzes wurde reseziert. Pat. befindet sich gegenwärtig wohl.

J. Habart hat bei einem Pat. nach Netzresection auffallenden Schwund des Körperfettes beobachtet, so daß er seither Netzresectionen bloß in möglichst geringem Umfange ausführt.

J. Pál bemerkt, daß in einem von HOCHENEGG operirten Falle von Netztorsion, bei welchem fast das ganze Netz abgetragen wurde, kein derartiger Fettschwund eingetreten ist.

M. LAUB stellt einen 45jähr. Mann mit einem hochsitzenden Pulsionsdivertikel des Oesophagus vor. Die ersten Symptome traten vor 4 Jahren auf. Gegenwärtig kommen verschluckte Bissen spontan ohne eigentlichen Brechact wieder zurück; dies kann auch durch seitlichen Druck auf den Hals bewirkt werden.

W. Zweig macht auf das von STARCK für hochsitzende Pulsionsdivertikel angegebene Symptom aufmerksam: Die Pat. geben nämlich an, daß der Sitz der Schluckbeschwerden im Laufe der Jahre immer tiefer gerückt sei.

M. Laub bemerkt, daß in dem vorgestellten Falle dieses Kriterium nicht zutrefte.

E. ULLMANN demonstriert ein Präparat von ausgedehnter Darmgangrän, von einer 44jähr. Pat. stammend, welche seit Jahren eine Nabelhernie hatte. Wegen plötzlich eingetretener Incarcerations Symptome ist Vortr. zur Laparotomie geschritten, nachdem ein Arzt vorher vergebliche Repositionsversuche gemacht hatte. Es ergab sich, daß eine Scheinreposition vorlag, und daß der Bruchinhalt nach Platzen des Bruchsackes zwischen Bauchhaut und Fascie ausgetreten war. Cöcum und der größte Theil des Dickdarms mußten wegen Gangrän reseziert werden. Pat. befindet sich zwar gegenwärtig wohl, die Prognose ist aber im Hinblick auf die ausgedehnte Darmresection nicht allzu günstig.

H. GOLDMANN (Brennberg): Ueber Vergiftungen durch den Giftschwamm *Agaricus tormentosus*.

Vortr. hat 11 Fälle von Vergiftung mit dem *Agaricus tormentosus* (Giftreizker) beobachtet, von welchen 3 letal endeten. Der Pilz gehört zu den Agaricineen, hat einen gelblichweißen Hut, einen daumendicken, 4 Cm. langen Strunk, aus der Bruchfläche quillt ein gelblicher Saft hervor. Die ersten Vergiftungserscheinungen bestehen in Symptomen von Gastroenteritis, Oppressionsgefühl, Ohrensausen, Brennen im Innern, Erbrechen, choleraartigen Diarrhöen und Wadenkrämpfen. Die Kranken sind comatös, die

Pupillen verengt, anfangs reagirend, später starr, die Venen am Halse pulsiren, die Zunge ist gelblich belegt und zeigt fibrilläres Zucken. Der 1. Herzton wird immer schwächer, in schweren Fällen durch ein Geräusch ersetzt, die Harnsecretion versiegt bis zu völliger Anurie, der Harn wird braun, alkalisch und enthält Spuren von Eiweiß, hyaline Cylinder und viel Indican. Die Hautsecretion sistirt vollständig, der Puls wird weich, die Athmung irregulär. Die Obduction ergibt Symptome der Gastroenteritis, in schweren Fällen Lockerung, Quellung und Wulstung der Magenschleimhaut, fettige Degeneration der Leber und der Niere, starke Füllung der Gehirnenen. Der Giftstoff des Pilzes dürfte dem Agaricin nahe verwandt sein, der Tod erfolgt wahrscheinlich durch Vaguslähmung. Die Therapie ist bloß symptomatisch. Wichtiger ist die Prophylaxe durch Belehrung der Schulkinder und Verbreitung der Kenntnisse von den giftigen Schwämmen in populären Vorträgen.

L. STOLPER: Ueber Entbindungslähmungen.

Während Lähmungen des Facialis bei Neugeborenen, namentlich nach Zangenentbindungen, eine allgemein bekannte Erscheinung bilden, sind die allerdings viel selteneren Entbindungslähmungen, „Paralysies obstétricales“ nach DUCHENNE, bisher von den Gynäkologen nur wenig beachtet worden. Entbindungslähmungen sind Lähmungen der oberen Extremität, welche während der Geburt zustande kommen. Sie wurden zuerst von DAUYAU, später von GUÉNIOT, DEPAUL und SEELIGMÜLLER beschrieben. In den Fällen dieser Autoren bestand an der der gelähmten Extremität entsprechenden Halsseite ein linearer Schorf längs des äußeren Trapezius-Randes. Die Untersuchungen ERB'S, die später REMAK, HOEDEMAKER, NONNE und BERNHARDT bestätigten, haben gezeigt, daß die Entbindungslähmungen den Deltoideus, Biceps, Brachialis internus und Supinator longus, seltener auch den Infraspinatus betreffen, und daß sie daher gleich der ERB'schen Lähmung von einer Läsion des V. und VI. Cervicalnerven herrühren. Später haben SCHULTZE, THORBURN, BOLTENHAGEN, HOCHSTETTER und FIEUX ähnliche Fälle beschrieben; KÜSTNER hat die Entbindungslähmungen auf Epiphysenlösung zurückgeführt. Als Ursachen der Lähmung werden im Allgemeinen Zangendruck, Druck der Clavicula, Prager Handgriff, enges Becken und starke Entwicklung der Schultern angegeben.

Vortr. hat einen einschlägigen Fall beobachtet, in dem alle genannten Ursachen fehlten. Dies veranlaßte ihn, der Sache experimentell nachzugehen. Sein Fall betraf eine 30jährige IV p., bei der wegen tiefen Querstandes die Zange angelegt wurde. Die Extraction war leicht, nur die Entwicklung der Schultern des 5½ Kgrm. schweren Kindes machte Schwierigkeiten. Gleich nach der Geburt bemerkte Vortr. eine Lähmung der oberen Extremität.

Das 2. Kind derselben Frau zeigte eine gleiche Lähmung. Es bestand weder eine Beckenanomalie, noch Epiphysenlösung. Experimentell fand nun St., daß Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis nur bei defectirter, nicht erkannter Kopfhaltung möglich sind, daß Lähmungen durch Claviculardruck nur zustande kommen können, wenn während der Geburt ein Arm und mit ihm die Clavicula stark nach hinten und oben gehoben werden, und daß Lähmungen in Kopflage durch starken Zug bei beträchtlicher Neigung des Kopfes entstehen können. Starker Zug bei defectirter Kopfhaltung begünstigt die Entstehung der Lähmung. Jeder Zug am Schädel ist somit gefahrlos, wenn er in axialer Richtung geschieht; bei Spontangeburt sind Lähmungen seltener, weil bei Rückenlage der Kreißenden im Bette eine stärkere Neigung des Kopfes ausgeschlossen ist.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 13. Februar 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Dr. JUL. DONATH stellt einen Fall von klonischem Krampf des weichen Gaumens vor.

Dr. MENZEL demonstriert einen Fall von Oberkiefercyste aus dem Ambulatorium des Herrn Doc. Dr. HAJEK.

Aus der Anamnese des Falles ist hervorzuheben, daß der sonst gesund gewesene Patient vor etwa 6 Jahren sich bei einem

Sturze auf das Gesicht die Krone des linken mittleren Schneidezahnes ungefähr in der Mitte abbrach.

Die sich daran schließende Caries zerstörte die Krone vollständig und eröffnete den Zahncanal, durch welchen sich nun zeitweise Eitertröpfchen entleerten.

Unterdessen hatte sich eine schmerzlose Vergrößerung der linken Wange eingestellt, die seit einem Jahre fast nicht mehr gewachsen ist. Die Eiterung aus dem Zahne bewog den Pat., sich vor etwa 3 Wochen den linken mittleren Schneidezahn extrahiren zu lassen. Sofort strömte eine große Quantität stinkenden Eiters nach. Die Secretion hält seither an.

Man sieht bei dem 20jährigen Pat. eine Auftreibung der linken Wange, welche größtentheils die Partie in unmittelbarer Nachbarschaft der Nase betrifft. Bei Abhebung der Wange läßt sich durch Palpation feststellen, daß die Geschwulst eine ziemlich beträchtliche ist, daß sie die Gegend der Fossa canina und fast des ganzen Proc. alveolaris einnimmt, daß sie sich nach rückwärts zu ganz scharf von dem dahinter gelegenen, nicht aufgetriebenen Knochen absetzt, und zwar in einer Linie, welche man sich durch den zweiten Prämolaren nach aufwärts gezogen denkt.

Die äußere Wand ist knochenhart, glatt und die Schleimhaut darüber unverändert, verschieblich.

Der linke mittlere Schneidezahn fehlt. Die Alveole ist offen und führt, wie man sich durch Sondirung überzeugen kann, in eine unmittelbar darüber gelegene Höhle. Senkrecht nach aufwärts läßt sich die Sonde etwa 4—5 Cm. einführen, während eine leicht gekrümmte Sonde etwa 6 Cm. nach außen und hinten in den Hohlraum eindringt.

Inspiciert man bei senkrecht eingeführter Sonde die linke Nasenhöhle, so kann man sich zunächst davon überzeugen, daß die Sonde nirgends in der Nase sichtbar ist; gleichzeitig bemerkt man aber, daß die Geschwulst sowohl den Nasenboden nach aufwärts als auch die Pars infratubinalis der lateralen Nasenwand, sowie die untere Muschel selbst gegen das Innere der Nase vorwölbt.

Betrachtet man den Kiefer des Pat. im Allgemeinen, so findet man eine auffallende Mißbildung desselben, und zwar: 1. typische \surd -Stellung der beiden Alveolarbögen, 2. ist der linke Alveolarbogen flacher als der rechte, 3. stehen die linken Zähne mit ihren Kronen nach einwärts, 4. ist das Gaumengewölbe abnorm hoch und 5. ist der vordere Theil der linken Gaumenhälfte gegen die Mundhöhle zu vorgewölbt. Allerdings ist man nicht in der Lage, mit Sicherheit auszusagen, ob diese Vorwölbung auf das Wachstum der Cyste zurückzuführen ist oder ob sie mit zur Asymmetrie der beiden Oberkieferhälften gehört.

Die Ausspülung von der Alveolarfistel her ergibt ganz unzweideutig, daß die Höhle weder mit der Nasen-, noch mit der Kieferhöhle zusammenhängt, indem regelmäßig die bei der Fistel eingespritzte Flüssigkeit wieder bei derselben herauskommt und niemals durch die Nasenhöhle den Oberkiefer verläßt, wie es bei einer mit der Highmorshöhle communicirenden Cyste der Fall sein müßte. Dabei zeigt sich, daß die Cystenwand Eiter secernirt. Die Spülflüssigkeit kommt mehr oder weniger stark eiterig getrübt zurück.

Um über die Ausdehnung und theilweise auch über die Form der Cyste Aufschluß zu erhalten, wandte sich Vortragender an Herrn Dr. KIENBÖCK um Roentgenaufnahme der Geschwulst. Die mit großer Sachkenntniß von Herrn Dr. KIENBÖCK vorgenommene Untersuchung ergab als wesentlichstes Resultat zwei Radiogramme, welche Vortragender circuliren läßt.

Es wurde nämlich die Höhle von der Alveolarfistel aus mit metallischem Hg ausgefüllt und nun bei verstopfter Oeffnung der Kopf des Pat. einerseits in sitzender, andererseits in liegender Stellung photographirt. Man sieht an diesen Bildern, ebenso wie auch schon bei einfacher Durchleuchtung nach eingeführter Metallsonde, daß sich die Geschwulst nach rückwärts zu mit einer convexen Knochenlamelle abgrenzt, und zwar in einer Linie, welche man sich durch den zweiten Prämolaren \perp nach aufwärts gezogen denken kann, und daß sie nach oben bis etwa 1 Cm. unterhalb des Orbitaldaches reicht. Auf Kosten dieser Geschwulst ist demnach

die Kieferhöhle, welche oberhalb und hinter derselben gelegen ist, verdrängt.

Bezüglich der Aetiologie hebt Votr. hervor, daß man bekanntlich die entzündlichen Kiefer- oder Zahnzysten unterscheidet von jenen, welche sich aus Zahnkeimen, sowohl isotop als heterotop entwickeln können und die man als alveolare Cysten bezeichnet.

In diesem Falle glaubt Redner, spricht mehr für den entzündlichen Ursprung der Cyste, und zwar: einerseits der unmittelbare Zusammenhang der Cyste mit der Alveole, so daß erstere als Ausbuchtung der Alveole aufgefaßt werden kann, andererseits der anamnestic unzweifelhafte Zusammenhang mit dem vor 6 Jahren erlittenen Trauma, und endlich die eiterige Secretion der Höhle.

Für die Entstehung aus einem Zahnkeim würde sich nur die allerdings hochgradige angeborene Mißbildung besonders des linken Oberkiefers anführen lassen.

Die Therapie ist in diesem Falle entweder conservativ und besteht dann in Application einer Prothese, welche die Alveolarfistel verstopft und dem Pat. gestattet, nach Belieben mehrmals des Tages mit sterilem Wasser oder desinficirenden Flüssigkeiten die Höhle auszuspülen, oder sie ist radical, und besteht dann in Entfernung der äußeren Cystenwand, in Auskratzung und Verödung der Höhle.

Zur weiteren Illustration des Falles demonstrirt M. das anatomische Präparat einer etwas über walnußgroßen Cyste des linken Oberkiefers, welches ihm Herr Hofrath ZUCKERKANDL zur Verfügung gestellt hat.

Auch diese Cyste verdrängt die Kieferhöhle nach aufwärts und hinten. Auch sie wölbt die laterale Nasenwand gegen das Innere der Nasenhöhle vor.

Dr. ADOLF JOLLES berichtet über einen Fall von **acuter Zinnvergiftung** durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschwerten Seidenstrümpfen. (Erscheint ausführlich in dieser Wochenschrift.)

Dr. ARTH. FOGES hält den angekündigten Vortrag über **Belastungstherapie**. (Ist in der „Wiener Med. Presse“, 1901, Nr. 9 in extenso erschienen.)

Notizen.

Wien, 9. März 1901.

Die Meistercassen und die Wiener Aerztekammer.

Ein Theil der Wiener Aerzteschaft hat sich in letzter Zeit ein wenig jugendlich geberdet. An die Stelle einer ruhigen sachlichen Ueberlegung ist eine ganz deplacirte Begeisterung getreten; es wird nicht mehr widerlegt, sondern mit großem Geschrei gelyncht; ein unerträgliches Pathos macht sich in Wort und Schrift bemerkbar; die ohnmächtige Faust wird gegen die Regierung geballt, die längst abgebrauchte Pose und Phraseologie aus den Kinderjahren des Socialismus wird hervorgeholt und wirkt be rauschend auf die allerdings sehr hilfsbedürftigen Angehörigen unseres hart bedrängten Standes.

Da die Begeisterung verflogen ist, kommt der Zweifel, und es zeigt sich, daß eine auf unerschütterlichen Argumenten ruhende Ueberzeugung fehlt. Und doch kann und darf nur eine solche die Taktik eines akademisch gebildeten Standes bestimmen.

Zwei allgemeine Aerzteversammlungen haben sich bereits in Wien mit der Frage der Aerzte der Meisterkrankencassen beschäftigt. Jedesmal wurde unter dem Jubel der ungewöhnlich zahlreich erschienenen Collegenschaft den Anträgen der Referenten zugestimmt, daß unter keiner Bedingung ärztliche Stellen bei den Meistercassen angenommen werden dürfen, und man überbot sich in gerechtester Entrüstung in der Verurtheilung derjenigen Colleggen, welche ihren Standesgenossen in den Rücken gefallen waren, indem sie trotz der energischen Agitation der Wiener Aerztekammer und der Standesvereine controlärztliche Stellen angenommen hatten. Neuerdings trat man durch Vermittlung des Centralausschusses an diejenigen Aerzte heran, welche sich zum größten Theile aus Lässigkeit noch nicht ehrenwörtlich zur Fernhaltung

auch von controlärztlichen Diensten bei den Meisterkrankencassen verpflichtet hatten, forderte die bereits Eingeschworenen zu weiterem, muthigen Ausharren auf, sang ein Loblied auf die Organisation und freute sich des unleugbaren Erfolges. Denn daß durch die nahezu ausnahmslos ablehnende Haltung der Wiener Aerzte gegenüber den Meistercassen die Action derselben erschwert und verzögert wurde und noch wird, ist ganz zweifellos, und man kann sagen, daß durch diese für die Meisten überraschende Einmüthigkeit der materielle Ruin unseres Standes, dessen wir mit Sicherheit gewärtig sein müssen, wenn die Meistercassen in der beabsichtigten Form activirt werden sollten, aufgehalten, wenn auch noch nicht unmöglich gemacht wurde.

Da fiel es vor mehreren Wochen drei kleinen Meisterkrankencassen, nämlich denjenigen der Buchbinder, Friseur und Kleinfuhrwerker, ein, sich an die Wiener Aerktekammer mit der Bitte zu wenden, ihnen die Modalitäten anzugeben, unter denen es den Aerzten gestattet wäre, Controldienste bei ihnen zu leisten, da diese für ihren Bestand unumgänglich nothwendig seien. Die Sache wurde geschäftsordnungsmäßig behandelt und zunächst dem Krankencassencomitè der Kammer zugewiesen. Schon bei den Berathungen dieses Comitès sowie bei denjenigen des Kammervorstandes, der die Vorschläge des Comitès zu prüfen hatte, zeigte es sich zur Ueberraschung aller Fernstehenden, daß ein Theil der auf die Boykottirung der Meistercassen eingeschworenen Aertzschaft sein Ehrenwort nicht aus Ueberzeugung, sondern unter dem Drucke der öffentlichen Meinung abgegeben habe, denn in den genannten Körperschaften wurde Vorschlägen zugestimmt, welche für die Regelung des Verhältnisses der Controlärzte zu den Cassen gemacht wurden.

Nachdem sich die Wiener Aertzschaft ehrenwörtlich nach Innen und nach Außen durch imposante Kundgebungen gebunden hat, tauchen jetzt Bedenken wegen der eventuellen Consequenzen auf, welche man füglich früher in ruhiger Discussion hätte vorbringen, freilich von der anderen Seite vorerst gestatten müssen.

In der Sachlage hat sich in letzter Zeit absolut nichts geändert; was uns seinerzeit zu den schärfsten Maßregeln bewog, besteht auch heute zurecht — und dennoch wird ganz plötzlich einem Theile unserer Collegen bange?

Es tritt mit einemmale der Gedanke als dominirende Vorstellung in den Vordergrund, daß sich trotz aller Repressalien genügend ehrvergessene Aerzte finden würden, um die boycottirten Cassen zu versorgen, so daß dadurch gerade die ehrenhaften Collegen von dem Wettbewerbe um die freilich nicht sehr hoch dotirten Stellen ausgeschlossen wären. Die Meistercassen mögen sich dann ihrer Aerzte freuen! Die disqualificirten Mitglieder unseres Standes werden vielleicht das Vertrauen der auf unsere Honorare speculirenden Cassenvorstände genießen, welche die Krankencassen als reine Geldinstitute zu betrachten pflegen, die Versicherten werden es bald zu ihrem Schaden erfahren, in welche Hände man die Sorge um ihre Gesundheit gelegt hat. Das wissen und fürchten übrigens diejenigen, welche Meistercassen schon jetzt leiten oder solche gründen wollen, ganz genau. Dieser Umstand macht das Entgegenkommen der bestehenden und das Zögern der zu gründenden Cassen erklärlich. Kammer und Centralausschuß werden jetzt zu entscheiden haben, ob die bloße Anfrage dreier kleiner Meistercassen genügt, um die bisherige, zweifellos erfolgreiche Tactik aufzugeben; ob sie, um einigen Collegen ein geringes Einkommen zu sichern, den noch vorhandenen kleinen Rest einer freien Praxis in Gefahr bringen sollen.

Sollten aber die Majoritäten der Kammer und des Centralausschusses nicht auf unserem Standpunkte stehen und die Neigung haben, sich mit den Meistercassen in Unterhandlungen einzulassen, dann hätten sie nach unserer Meinung nicht einmal das Recht dazu. Der Antrag, alle ehrlich denkenden Collegen zum Boykott der Meistercassen zu verpflichten und die Verräther mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu verfolgen und zu ächten, ging seinerzeit nicht von der Kammer, bezw. dem officiellen Referenten der ersten allgemeinen Aertzerversammlung aus, sondern wurde spontan vom Collegen KRIPS gestellt und mit Jubel einstimmig zum Beschlusse erhoben. Die damalige Kammer und später der Central-

ausschuß haben der Versammlung bloß ihre Bureaus zur Einholung der ehrenwörtlichen Erklärungen geliehen. Ihre Aufgabe kann es jetzt nicht sein, diese Erklärungen als nicht mehr zu Recht bestehend zu annulliren. Dazu ist einzig und allein eine neuerliche Versammlung berufen, in welcher jeder Wiener Arzt zu Worte kommen und sein Stimmrecht ausüben kann. Einberufen möge dieselbe von Denjenigen werden, welche wankend geworden sind. Kein Gutgesinnter wird jedoch wünschen, eine Gelegenheit herbeizuführen, bei welcher sicherlich die jetzt noch in sachlichen Erörterungen sich äußernden gegnerischen Meinungen zu persönlichen Gegensätzen und unheilvollen Spaltungen führen würden. Die Welt würde dadurch zu dem Glauben veranlaßt werden, daß unsere Organisation nur ein Schlagwort, daß unsere feierlichsten Schwüre nicht ernst zu nehmen seien. In Zukunft würde man über unsere Drohungen lächeln.

Gehen wir über die Anfragen der Herren Buchbinder, Friseur und Kleinfuhrwerker ruhig zur Tagesordnung über. Schreiten wir muthig auf dem eingeschlagenen, einzig ehrenvollen Wege fort und wir werden uns selbst für die Entscheidung aller künftigen Standesfragen ein leuchtendes Präjudiz geschaffen haben, welches uns immer und immer wieder belehren soll, daß auch wir nur dann stark sind, wenn wir einig sind.

(Achtung Aerktekammer!) Im „N. W. J.“ findet sich folgende Notiz:

Wichtig für Frauen von Privatbeamten und Handelsangestellten. Die bekannte Krankenunterstützungscassa „Collegialität“ versichert von jetzt ab auch die Frauen und Familienangehörigen der bei ihr versicherten männlichen Mitglieder. Diese zahlen einen Monatsbeitrag von 81 kr. und erhalten nebst freier ärztlicher Behandlung und Medicamenten ein wöchentliches Krankengeld von fl. 8.—. Die Cassa zählt bereits über 2000 Mitglieder und hat im letzten Jahre an Krankengeld, Medicamenten u. dgl. über 14.000 K ausbezahlt. Auskünfte etc.

Weil die „Collegialität“ eines von jenen Krankenversicherungsinstituten ist, welche auf Grund des Hilfscassengesetzes errichtet sind, und in der Aufnahme der Mitglieder durchaus nicht beschränkt ist, kann durch eine derartige Ausdehnung der Versicherung auf die Familienangehörigen den praktischen Aerzten unermesslicher Schaden zugefügt werden, indem dieselben um ihr gewohnheitsmäßiges Honorar gebracht und auf den miserablen Krankencassentarif gesetzt werden. Noch ist es Zeit, hier einzugreifen und die Uebervortheilung der Aerzte zu verhüten.

(Das gelobte Land der Curpfuscher) ist das Königreich Sachsen. Dort kommen auf 1835 Aerzte 785, also fast die Hälfte Curpfuscher; unter diesen üben 69 Heilkunde im gesammten Umfange, 209 sogenannte Naturheilkunde, 192 Magnetismus und Sympathie, 93 Homöopathie, 65 Massage, 79 Zahnheilkunde, 17 Bandwurmeuren, 6 Baunscheidtismus, 13 niedere Chirurgie, 7 Einrenken von Brüchen, 9 Kräutercuren, 1 Pflasterei, 1 Hühneraugenoperationen, 1 Diphtheriecuren, 4 Behandlung äußerer Krankheiten, 2 Behandlung von Augenkrankheiten, 1 Behandlung von Hund- und Schlangenbissen, 8 Behandlung von Frauenkrankheiten. Klingt es nicht komisch, daß auch die Curpfuscher bereits die Arbeit theilen und sich Specialitäten wählen?

(Auszeichnung.) Der österreichische Staatsangehörige und fürstlich bulgarische Leibarzt Dr. STANISLAUS LUDWIG erhielt das Officierskreuz des Franz Joseph-Ordens.

(Habilitationen.) Dr. SIGMUND ERBEN hat sich für innere Medicin und Dr. RUDOLF SAVOR für Geburtshilfe und Gynäkologie an der medicinischen Facultät der Universität in Wien habilitirt.

(Dr. EMIL KAMMERER †.) Der Oberstadtphysicus Wiens, Reg. R. Dr. KAMMERER ist gestern im 55. Lebensjahre hier gestorben. Die Stadt Wien verliert in dem Verblichenen einen hingebungsvollen Sanitätsbeamten, dem es trotz mannigfacher, in der eigenartigen Stellung des Wiener Stadtphysicates begründeter Schwierigkeiten im Vereine mit den Stadtphysikern DDr. LOEFFLER und SCHMID gelungen ist, das Amt, dem er durch zwei Decennien vorstand, in modern-wissenschaftlichem Sinne auszugestalten. Die große Arbeitslast des Wiener Stadtphysicates, welches nicht einmal ein eigenes

Departement des Magistrates darstellt, hat seit der Einverleibung der Vororte Wiens eine weitere, erhebliche Steigerung erfahren. Es ist mit das große Verdienst KAMMERER'S, die Leistungsfähigkeit des Physikates den an dasselbe gestellten erhöhten Anforderungen angepaßt zu haben.

(Statistik.) Vom 24. Februar bis inclusive 2. März 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7389 Personen behandelt. Hievon wurden 1508 entlassen; 191 sind gestorben (11.24% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 49, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 62, Scharlach 85, Masern 332, Keuchhusten 39, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 4, Rötheln 4, Mumps 91, Influenza 22, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 79½ Personen gestorben (+ 45 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der prakt. Arzt Dr. LEOPOLD GOTTLIEB KRAUS im Alter von 79 Jahren; Dr. CHRISTIAN TENNHARDT, im 80. Lebensjahre; der Hofrath und preußische Geh. San.-Rath Dr. AUGUST Freiherr v. HAERDTL im Alter von 79 Jahren; der städt. Arzt i. P. Doc. Dr. EMANUEL KOHN im 65. Lebensjahre; in Kirchdorf bei Innsbruck der Assistenzarzt in der Reserve Dr. JULIUS SCHOCH; in Lemberg der k. k. Bezirksarzt Dr. CAJETAN v. WOLANSKI; in Stockholm der bekannte Ophthalmologe und Professor der Augenheilkunde daselbst Dr. C. J. ROSSANDER.

Naftalan. Die rührige Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H. zu Magdeburg, welche das aus einer eigenartigen, kaukasischen Rohnaphtha hergestellte Destillationsproduct, genannt „Naftalan“, eingeführt und der medicinischen Praxis zugänglich gemacht hat, versandte anfangs dieses Jahres ihr VI. Heft der „Beobachtungen über die Wirkung des Naftalan“.

Außer einer Fülle neuer medicinischer Gutachten und einem, die sämtlichen 6 Hefte umfassenden Autoren- und Indicationsverzeichnis enthält das Heft ferner die Mittheilung, daß auf ärztliche Anregung hin Naftalan-specialitäten fertiggestellt sind, deren fabrikatorische Herstellung die Gesellschaft in großem Stile aufgenommen hat.

Mit Rücksicht auf die sicheren Heilerfolge, die mit Naftalan bereits in vielen Tausenden von Fällen erzielt wurden, und im Hinblick auf die stattgefundenen ärztliche Durchforschung des Heilmittels, die ein sehr gutes Ergebnis hatte, ist zu wünschen, daß die Naftalantherapie im Interesse der leidenden Menschheit immer weitere Ausbreitung findet.

Die Naftalan-Gesellschaft ist nach dieser Richtung hin selbst schon einen wichtigen Schritt weitergegangen, indem sie Popularisirung des Naftalan anstrebt durch Fertigstellung oben erwähnter Naftalanspecialitäten in preiswerthen und handlichen Originalpackungen, um dem Publicum neue Volks- und Hausmittel gebrauchsfertig zuzuführen, die berufen sind, im Erwerbsleben, in der Familie, im Haus, sowie auf Reisen eine wichtige Rolle zu spielen.

Daß es die Naftalan-Gesellschaft ernst nimmt, nur wirklich Erprobtes und Gutes zu verbreiten und zu empfehlen, geht schon aus dem leitenden Grundsatz hervor, den die Gesellschaft aufgestellt hat, nämlich:

Naftalan und Naftalanpräparate werden grundsätzlich nur dann empfohlen, wenn die Empfehlung auf Grund vielfacher und weitgehender ärztlicher Beobachtungen mit gutem Gewissen erfolgen und in jedem einzelnen Falle auf zahlreiche günstige Gutachten medicinischer Autoritäten gestützt werden kann.

Soweit wir in Erfahrung gebracht haben, kommen zunächst vier medicinische Naftalanpräparate in den Markt, und zwar:

Hausnaftalan (Naftalanzinksalbe) in Tuben,
Naftalanheftpflaster in Briefen und Blechhülsen,

Naftalan-Hämorrhoidalzäpfchen in Blechkästchen,
Medicinische Naftalanseife (mit 25% Naftalangehalt), denen zwei hygienisch-cosmetische Präparate,
Naftalan-Toiletteseife (mit 5% Naftalangehalt) in Stücken à 75 Grm. und Naftalan-Toilette-Crème in Tuben nachfolgen sollen.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 11. März 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 21/23 (van Swietenhof).
Vorsitz: Reg.-R. Dir. GERSUNY.

Programm:
Dr. G. NOBL: Ueber Reinfektion bei Syphilis.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Februar-März-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Cholera epidemica, Dysenterie, Meningitis cerebrospinalis.“ Von Prof. Dr. Alois Monti, Director der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kais. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.



Farbfabriken

vorm.

**Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.**

Pharmaceutische Abteilung.

Hydonal.

Neues Hypnoticum,

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spec. Ind.: **nervöse Agrypnie** (bes. bei Neurasthenie, Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum
bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1,0 gr. 3—5mal täglich (am besten im Laufe des Spätnachmittages).

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat,
geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich.
Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.
Dos.: 5—10% Salben.

Protargol

Aristol

Creosotal

Cannigen

Jodothyrim

Lycetol

Eisen-Somatose

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Insetate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Conjunctivitis scrophulosa. Von Doc. Dr. L. MÜLLER. — Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. M. und Dr. AD. JOLLES in Wien. Ueber einen Fall von acuter Zinnvergiftung durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschworenen Seidenstrümpfen. Von Dr. ADOLF JOLLES. — **Revue.** Die Atropinbehandlung des Ileus. — **Referate.** ENGEL (Kairo): Zur Behandlung der Pocken mit rothem Licht etc. — GOLDFLAM (Warschau): Ueber Erschütterung (Succession) der Nieren. — PUCHOWSKI und KATSKHATSCHEW: Ueber Idiosynkrasie gegen Arsenik. — ROTHSCHILD (Frankfurt a. M.): Ueber Myositis ossificans traumatica. — E. v. KOWALSKI (Lemberg): Ueber den Einfluß thermischer Reize auf die Lymphbewegung und über die vasomotorischen Nerven der Lymphgefäße. — **Literarische Anzeigen.** Die Anschauungen über den Mechanismus der specifischen Ernährung. (Das Problem der Wahlanziehung.) Von Dr. MAX NEUBURGER. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) II. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber eine neue Befestigungsart von Verweilkathetern. — Zur Therapie des Cancroid. — Die Behandlung der Alopecie. — Neuralgia trigemini. — Ueber den Einfluß des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion. — Die Therapie bei Syphilis congenita. — Sapolan. — Ueber die Einwirkung des Sidalon bei Gicht. — Salipyrinverordnungen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXIII. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus italienischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Conjunctivitis scrophulosa.

Von **Doc. Dr. L. Müller.** *)

Meine Herren!

Durch die Aufforderung der Leitung der wissenschaftlichen Versammlungen bin ich in der Lage, vor Ihnen ein Thema zu besprechen, über das Sie mir ebenso viel Anregungen zu geben imstande sein dürften, als ich Ihnen, so weit es sich um den für die Praxis wichtigen Theil unserer Besprechung handelt. Ich hoffe übrigens, daß Sie am Ende meines Vortrages mit mir darin übereinstimmen werden, daß die Conjunctivitis scrophulosa keine Erkrankung ist, wo der Arzt in nihilistischer Entsagung Calomel einstaubt oder eine Salbe einstreicht, wo vielmehr durch die ärztliche Kunst die Dauer der einzelnen Anfälle verkürzt, die Anfälle seltener gemacht werden, wo endlich eine ganze Reihe gefährlicher Folgen von dem Auge des Patienten abgehalten werden kann.

Bevor ich auf alles das eingehe, will ich Ihnen aber zu beweisen suchen, welche große theoretische Bedeutung gerade der Conjunctivitis scrophulosa in der Erkenntniß des Wesens der Scrophulose überhaupt zukommt. Hiezu muß ich weiter ausholen.

Ihnen ist wohl allen bekannt, daß LAENNEC die Scrophulose für eine Localisation der Tuberculose in den Drüsen ansah; auch ROKITANSKY hielt Scrophel und Tuberkel für identisch. Durch VIRCHOW erfuhr diese Einheitslehre den entschiedensten Widerspruch. Für die Tuberculose stellte er als Ausgangspunkt den Tuberkel auf, während die Scrophulose zu „irritativen

Veränderungen der Gewebe führt, welche theils den hyperplastischen, theils den entzündlichen Charakter an sich tragen“.

Diese dualistische Auffassung VIRCHOW's erlitt, wie sich CORNET¹⁾ ausdrückt, eine gewisse Einbuße, nachdem KÖSTER Tuberkel auch in den Granulationen fungöser Gelenkentzündungen, SCHÜPPEL in hyperplastischen Lymphdrüsen gefunden hatten.

Ich habe in SCHÜPPEL's Arbeit nichts gefunden, was die dualistische Anschauung VIRCHOW's beeinträchtigen kann. Unter den vielen Fällen von erkrankten Lymphdrüsen, die SCHÜPPEL untersuchte, sind nämlich auch solche beschrieben, wo sich in der vergrößerten elastischen Drüse mit „gleichmäßiger und glatter Schnittfläche und von leicht durchscheinendem Aussehen“, und zwar nur in der Peripherie und auch hier nur an wenigen Stellen Tuberkel fanden, die vermöge ihrer Beschaffenheit nur sehr kurze Zeit bestanden haben konnten, während die Schwellung der Drüsen viel älteren Datums war.

Auch Koca's Entdeckung des Tuberkelbacillus und seine Untersuchungen scrophulöser Drüsen sind eine Bestätigung für die dualistische Auffassung VIRCHOW's. Er fand im Ganzen von allen untersuchten Fällen nur in 21, in denen sich die Drüsen überdies auch anatomisch als von Tuberkeln durchsetzt erwiesen, Tuberkelbacillen. „Nur in den Drüsen mit tuberculöser Structur fand er Bacillen, in den andern vergrößerten Drüsen aber nicht.“

Es ist sowohl durch diese, als auch durch weitere Untersuchungen anderer Autoren festgestellt, daß scrophulöse Drüsen sich als tuberculös oder als nicht tuberculös erweisen; von einer tuberculösen und einer nicht tuberculösen Form der scrophulösen Drüsenerkrankung darf man aber nach den

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctorencollegiums“ am 11. Februar 1901.

¹⁾ Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von NOTHNAGEL, XIV. Bd., II. Hälfte, I. Abtheilung, pag. 8 u. ff.

Befunden SCHÜPPEL's und KOCH's eigentlich nicht sprechen, sondern nur von einfach scrophulösen Drüsen und solchen mit supraponirter tuberculöser Infection.

Außer den Drüsenerkrankungen gehören zur Scrophulose Entzündungen der Knochen, Gelenke und des Periosts, die sich fast immer als tuberculös erweisen. Nach meinen Erfahrungen ist auch die Caries der Kinder am unteren äußeren Rande der Orbita immer tuberculöser Natur. Es erscheint vom klinischen Standpunkte gerechtfertigt, diese tuberculösen Processe von der Scrophulose vorderhand nicht zu trennen, so lange nämlich die Aetiologie der Scrophulose unbekannt ist, da es sich immerhin noch um Mischinfectionen von Scrophulose und Tuberculose handeln kann.

Aus demselben Grunde muß man derzeit als zur Scrophulose gehörend eine Reihe von peripheren Erkrankungen, also Erkrankungen der Haut und Schleimhäute, rechnen, deren tuberculöse Natur durch den Befund von Tuberkeln oder Tuberkelbacillen ausnahmslos festgestellt wurde, das ist der Lupus der Haut und Schleimhaut, das Scrophuloderma und der Lichen scrophulosorum.

Weiters wird zur Scrophulose eine Reihe peripherer Erkrankungen gerechnet, trotzdem sie gar nichts Charakteristisches an sich haben, auch histologisch nicht, was sie von den nicht scrophulösen gleichnamigen Erkrankungen unterscheiden würde. Sie werden dazu gerechnet, weil man bei den von ihnen befallenen Individuen andere Zeichen von Scrophulose findet und andere ätiologische Momente für jene peripheren Erkrankungen nicht auffindbar sind. Hier sind insbesondere das Ekzem der Haut, der chronische Katarrh der Nase, dann die Ozeana zu nennen. Vielleicht gehört auch die Mehrzahl von Entzündungen des Mittelohres hieher, wenigstens die meisten von jenen Fällen, welche schmerzlos und ohne hohes Fieber beginnen und schnell zur Perforation des Trommelfelles führen.

In welchem Sinne haben wir nun die Conjunctivitis scrophulosa unter die scrophulösen Erkrankungen einzureihen? Gehört sie in eine der erwähnten Gruppen?

Viele Autoren, in jüngster Zeit wieder am nachdrücklichsten HORNER, fassen sie als gleichwerthig mit dem Ekzem der Haut auf und bezeichnen sie dementsprechend als Conjunctivitis eczematosa.

Dieser Auffassung hielt sich die Wiener Schule fern, hatte doch der geniale Kliniker ARLT direct der Conjunctivitis scrophulosa die Conjunctivitis ex eczematosa als eine besondere Erkrankung an die Seite gestellt. Die eigentliche Noxe der Scrophulose ist auch heute noch nicht gefunden, unser Wissen auf diesem Gebiete hat also im Wesentlichen nicht zugenommen, darum ist wohl die ARLT'sche, besonders auf klinischer Erfahrung basirende Ansicht von seiner Schule beibehalten worden, und gerade FUCHS hat darauf aufmerksam gemacht, daß „die (sogenannte) Phlyctäne insofern von dem Ekzembläschen sich unterscheidet, als die Phlyctäne als ein Knötchen subepithelial im adenoiden Gewebe, die Vesikel dagegen im Epithel entsteht“ (citirt nach AXENFELD).

Es erscheint mir nun sehr auffallend, daß mein Lehrer FUCHS in den letzten Auflagen seines Lehrbuches den Namen Conjunctivitis scrophulosa unter den Strich hat fallen lassen und die Bezeichnung Conjunctivitis eczematosa adoptirt hat. Umsomehr, als er dies damit begründet, daß er „diese ätiologische Bezeichnung (nämlich Conjunctivitis scrophulosa) durch die pathologisch-anatomische der Conjunctivitis eczematosa ersetzt, welche die Natur des Krankheitsprocesses bezeichnet, weil sich die Anzeichen dafür mehren, daß diese Bindehautkrankheit dem Ekzem der Haut entspricht“.

Die Folge davon ist, nebenbei erwähnt, daß unsere jüngsten Wiener Collegen nunmehr von Conjunctivitis eczematosa sprechen, wenn sie die Conjunctivitis scrophulosa meinen.

Gerade vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aber haben wir, wie ich noch ausführen werde, allen Grund, die

in Rede stehende Conjunctivitis als Prototyp der uncomplicirten Scrophulose aufzustellen, die mit dem Ekzem im Allgemeinen gar nichts zu thun hat. Es wird von vielen Autoren, die diesen Namen gewählt haben, angeführt, daß das Ekzem und die Conjunctivitis fast immer neben einander vorkommen. Das ist ja eine von Niemand bestrittene Thatsache, daß die jugendlichen Personen, die an Scrophulose erkranken, sehr häufig, aber durchaus nicht immer, insbesondere nicht immer gleichzeitig, an Ekzem der Haut und an Conjunctivitis scrophulosa leiden. Damit ist aber 1. nicht die Gleichartigkeit des Processes im anatomischen Sinne erhärtet. Ebenso wenig, wie wir etwa eine Phlegmone als Erysipel bezeichnen werden, selbst wenn beide gleiche Erreger aufweisen. Das Unrichtige an der Bezeichnung Conjunctivitis eczematosa liegt 2. darin, daß das Ekzem der Haut verschiedene Ursachen hat, und eben nur das eine Ekzem, nämlich das bei Scrophulösen, von Conjunctivitis scrophulosa begleitet wird, aber durchaus nicht in dem Sinne, wie etwa die Conjunctivitis ex acne rosacea, die sich immer an die Hautkrankheit anschließt. Wäre die Conjunctivitis scrophulosa in demselben Abhängigkeitsverhältniß vom Ekzem, wie die Conjunctivitis ex acne rosacea von der Acne rosacea, dann könnten wir sie Conjunctivitis ex eczematosa scrophulosorum nennen, aber nie einfach Conjunctivitis ex eczematosa oder eczematosa, da sie sich nie in typischer Form bei Ekzematösen, die nicht an Scrophulose leiden, zeigt.

Auch eine Uebereinstimmung im pathologisch-anatomischen Sinne, wie etwa bei Herpes oder Pemphigus der Haut einerseits, der Bindehaut andererseits besteht durchaus nicht, wobei ich mich auf das oben angeführte Citat aus AXENFELD's Vortrag berufen kann.

Die Sache verhält sich zunächst in ätiologischer Hinsicht folgendermaßen: Das Ekzem kann durch verschiedene chemische, thermische, mechanische Reize und endlich durch allerlei mikroparasitäre Ursachen herbeigeführt werden. Das Ekzem ist also eine specifische Form von Reaction des Gewebes. Ihm an die Seite zu stellen ist der Conjunctivalkatarrh. Wir wissen von der Conjunctivitis catarhalis, daß sie durch mechanische, chemische, thermische und eine ganze Reihe bekannter und unbekannter Mikroorganismen hervorgerufen wird.

Dahingegen ist das ausgeprägte Krankheitsbild unserer Conjunctivitis mit den vielen Recidiven und seiner Multiplicität so charakteristisch, ja schon manche Einzelercheinungen geben ein so prägnantes Bild, daß wir auf den besonderen Charakter, auf das Specifische der Erkrankung schließen können. Ich erwähne insbesondere das Gefäßbändchen. Keines unserer bekannten lebenden Gifte wird irgendwie als ätiologisch bedeutsam darin vorgefunden. Ein nicht lebendes Virus kann aber, wie schon AXENFELD hervorhebt, einen solchen Proceß nicht hervorrufen. Dabei haben wir keinen einzigen Grund, der uns berechtigt, die einheitliche Aetiologie sämtlicher Erscheinungen unserer Conjunctivitis fallen zu lassen. Es wäre nun ein eigenthümliches Spiel der Natur, wenn gleich mehrere unbekannt ursächliche Mikroorganismen dasselbe multiple Bild hervorrufen würden. Eine solche Annahme steht im Widerspruch mit unseren allgemeinen pathologischen Erfahrungen.

Man entgegne nicht, daß eine Pneumonie durch verschiedene Erreger hervorgerufen werden kann. Wird ja auch eine Conjunctivitis membranacea, ja vielleicht sogar die diphtheritische Entzündung durch verschiedene Keime bedingt; hier ist allerdings die Oertlichkeit maßgebend, welches Bild durch die bis zu einer bestimmten Höhe gesteigerte, aber sonst uncharakterisirte Entzündung resultirt. Unsere Conjunctivitis gibt aber, wie gesagt, ein viel bestimmteres, prägnanteres Bild, als die eben genannten Entzündungen, kurz, ein specifisches Krankheitsbild. Wenn man mit ihr zugleich noch die übrigen Erscheinungen der Scrophulose ins Auge faßt, kann man gewiß von einer Analogie der Wirkung

des Scrophelgiftes mit der Wirkung des Tuberkel- oder Leprabacillus sprechen.

Es ist nach meiner Meinung unrichtig und der Forschung gewiß nicht förderlich, wenn man eine spezifische Art, in welcher das Gewebe reagiert, zur Erklärung unserer Conjunctivitis herbeizieht, statt eine einheitliche spezifische Noxe. Dies wäre nur dann erlaubt anzunehmen, wenn eine bereits bekannte Noxe unsere Conjunctivitis hervorrufen würde, und dabei für viele Fälle dieses ätiologische Moment mit Sicherheit oder mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könnte. Bei unserer Conjunctivitis paßt die Annahme von einer spezifischen Art, in welcher das Gewebe reagiert, schon gar nicht, weil es sich ja um keine einheitliche Art der Reaction auf eine oder (nach AXENFELD möglicherweise) mehrere Noxen handelt, sondern um mehrere auch anatomisch ganz verschiedene Formen der Reaction, nämlich die „Phlyctäne“, das Hornhautgeschwür, insbesondere charakteristisch im Limbus, das Gefäßbändchen, den Pannus, von denen gerade durch AXENFELD nachgewiesen wurde, daß sie sich (in regelloser Weise neben einander) bei Individuen vorfinden, von denen über 90% überdies noch an anderen sicheren Zeichen von Scrophulose leiden.

Nebenbei erwähnt sei, daß AXENFELD an anderer Stelle, sich anschließend an französische Autoren, auch das Trachom möglicherweise als eine spezifische Reaction des Gewebes und nicht als das Product einer spezifischen Noxe hinstellt, wiederum eine so complicirte, sogar epidemisch auftretende, dabei contagiöse Erkrankung. Es ist ja sicher, daß Körner vom Aussehen und der histologischen Beschaffenheit der Trachomkörner durch verschiedene Noxen hervorgerufen werden können, aber das Gesamtbild des Trachoms, das häufig epidemische Auftreten und die regionäre Verbreitung, dann die Ptoxis, die Conjunctivalaffection, die Tarsuserkrankung, die Hornhauterkrankung, die charakteristische Narbenbildung, das alles schreitet förmlich nach einem gemeinsamen ursächlichen Moment.

Das gibt es nach unseren Erfahrungen aus der allgemeinen Pathologie nicht, daß ein so complicirtes, dabei bestimmtes Krankheitsbild, wo die einzelnen Theile der Erkrankung sich so vielfach immer wieder in gleicher Weise combiniren, durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden könnte.

In gleicher Weise verhält es sich mit unserer Erkrankung. Ein einzelnes Limbusknötchen mag ja durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden, so daß wir beim Vorkommen eines solchen Knötchens eben noch keine Berechtigung haben, von Conjunctivitis scrophulosa zu sprechen, sondern die Aetiologie in suspenso lassen müssen, und einfach von einem Limbusknötchen sprechen werden, ebenso wie bei einem einzelnen Hornhautgeschwürchen oder bei einem circumscripten Pannus, wenn in diesen Fällen nicht in anderen Organen Zeichen von Scrophulose sich finden, die Diagnose auf Scrophulose nicht gestellt werden kann. Aber die Multiplicität des Auftretens, das häufige Recidiviren dieser und der übrigen genannten Erscheinungen am Bulbus sind genügende Anhaltspunkte für die Diagnose und überdies selbst für die einheitliche Aetiologie, auch wenn andere Zeichen von Scrophulose bis dahin oder selbst auch späterhin fehlen oder occult bleiben (Mesenterialdrüsen, Mediastinaldrüsen). Charakteristisch sind, wie schon erwähnt, auch manche Einzelerkrankungen. Hieher gehört das Gefäßbändchen, das perforirende Geschwür, das zum Theile im Scleralbord, zum Theile in der durchsichtigen Hornhaut seinen Sitz hat. Uebrigens einigermaßen ist doch selbst das Scrophelknötchen in der Conjunctiva des Bulbus schon charakteristisch: Es entsteht ohne vorhergehende Verletzung in wenigen Tagen unter dem Epithel ein aus Rundzellen bestehendes Knötchen, wobei das Epithel sich nie zu einer Blase, nicht einmal zu einem kleinsten Bläschen erhebt. Von dem Gipfel des Knötchens aus entsteht ein immer tiefer werdendes, zuletzt kraterförmiges Geschwürchen. Nach

kurzer Zeit (in einigen Tagen) ist in den meisten Fällen das einzelne Knötchen, bezw. Geschwürchen vollständig geheilt. Das ist schon sehr charakteristisch, insbesondere wenn man die sectorenförmige Injection berücksichtigt, die dem Knötchen entspricht. Die Conjunctiva der Lider ist normal oder katarrhalisch. Im letzteren Falle, und wenn der Zeit nach primär, nur das auslösende Moment.

Ganz anders schauen die als Pusteln bezeichneten Knötchen aus, die manche Katarrhe (insbesondere auch bei nicht scrophulösen Leuten, die an Ekzem der Haut leiden) begleiten.

Ueberhaupt stellt sich das Bild der Conjunctivitis eczematosa ganz anders in die Erscheinung: die Bindehaut der Lider erscheint dick, diffus dunkelroth; es tritt häufig eine so starke papilläre Hypertrophie ein, daß man ein sogenanntes papilläres Trachom vor sich zu haben glaubt. Bei manchen Anfällen steigert sich die Erkrankung, indem sich auch die Conjunctiva bulbi intensiv röthet, leicht anschwillt, dabei eine starke Injection vieler grober Gefäße aufweist, es entwickelt sich also eine katarrhalische Ophthalmie. Dabei kann in dieser diffus gerötheten Bulbusconjunctiva irgendwo sich ein meist breit aufsitzendes Knötchen entwickeln, dessen Epithel sehr schnell nekrotisch wird, daher die Oberfläche des Knötchens eine gelbweiße Farbe aufweist, worauf sich das Knötchen zum größten Theile langsam rückbildet. Dabei kann es in ganz seltenen Ausnahmefällen (ARLT und FUCHS führen je einen Fall an) zu einem ähnlichen Geschwür in der Hornhaut (nicht im Limbus!) kommen, wie bei Conjunctivitis scrophulosa. Hier gehört immer die Erkrankung der Bindehaut der Lider zum Krankheitsbilde. Meist begleitet aber, wie gesagt, ein einfacher Katarrh das Ekzem.

Unsere Conjunctivitis dagegen, die eine typische, sehr wahrscheinlich sogar spezifische Erkrankung ist, hängt nur mit dem einen Ekzem der Scrophulösen, aber nur durch die gemeinsame Aetiologie, nämlich die Scrophulose, zusammen. Sie darf nicht als Ekzem, bezw., da dem Ekzem der Haut der Katarrh der Bindehaut analog ist — ich möchte sagen, Ekzem und Katarrh sind ätiologisch durch nichts charakterisirte Entzündungen — nicht einfach als Katarrh bezeichnet werden, darf nicht in dem einfachen Begriffe „Katarrh“ aufgehen.

Daß die Scrophelknötchen, weil sie, ehe sie zerfallen, den Papeln des Ekzems äußerlich ähnlich sehen, verleitet haben dürften, von Ekzem zu sprechen, ist wahrscheinlich; aber durch nichts stimmen beide Bildungen überein, als eben durch die äußere Aehnlichkeit eines bestimmten Stadiums des Scrophelknötchens und eines bestimmten Stadiums der ekzematösen Efflorescenz. Dabei besteht die Aehnlichkeit auch nur bezüglich des Knötchens allein, nicht bezüglich der anderen Formen der scrophulösen Erkrankungen des Auges. Es kommt bei unserer Conjunctivitis weder am Scrophelknötchen, noch auf der Hornhaut, wie ich schon erwähnt habe, jemals zur Bildung von Blasen oder Bläschen. Und nicht etwa wegen der Zartheit der Epithelien kommt es nicht zur Blasenbildung. Wir kennen ja viele blasen- und bläschenbildende Erkrankungen der Conjunctiva und Cornea, die vielfach Analoga von ähnlichen Erkrankungen der Haut darstellen, und trotzdem die meisten von ihnen selten sind, hat jeder Augenarzt Gelegenheit gehabt, das eine- oder anderemal die unversehrten oder die geplatzten Blasen, oder wenigstens von der Unterlage abgehobene Epithelreste an den Rändern der durch das Platzen der Blasen gebildeten Epithelverluste zu sehen. Niemand hat aber jemals auf einem Scrophelknötchen eine Blase gesehen, trotzdem jeder beschäftigte Augenarzt, man kann sagen täglich, einige frische Scrophelknötchen zu Gesicht bekommt.

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich schon, daß ebenso unstatthaft wie der Name Conjunctivitis eczematosa, der Name Conjunctivitis phlyctenularis ist. Wollte man ihn beibehalten, so müßte man immer zur Phlyctenae hinzufügen: ist keine Phlyctenae. Wenn wir diese Bezeichnung nicht auf-

geben, wird aus den Büchern niemals die Fabel von den Bläschen und Pusteln, die „platzen und ihren eiterigen Inhalt in den Conjunctivalsack ergießen“, verschwinden.

Noch sei erwähnt, daß nach der Ansicht vieler Hautärzte das scrophulöse Hautexanthem gar nicht als Ekzem, sondern als Impetigo zu benennen sei. Für uns kommt dies weiter nicht in Betracht, da wir eben die Vorgänge in Bindehaut und Cornea als periphere, wohlcharakterisirte Localisation der scrophulösen Entzündung oder Hyperplasie auffassen.

Wir stellen die Erkrankung der Bindehaut und Cornea keiner Hautkrankheit an die Seite, wir können sie in kein dermatologisches System einreihen. Ihr entspricht keine Erkrankung der Haut, ebenso wenig wie etwa dem Trachom oder dem Frühjahrskatarrh, und darum glaube ich, sei der Ausdruck Conjunctivitis scrophulosa als der einzig richtige beizubehalten.

Ich will nun die Aetiologie unserer Erkrankung im Zusammenhang besprechen, wobei ich wieder mit der Scrophulose im Allgemeinen beginnen muß.

Man führt die Scrophulose auf eine besondere Anlage zurück, man spricht von einer scrophulösen Veranlagung oder Diathese. Das Wesen dieser Diathese ist auch als Embryonalismus oder Infantilismus definiert worden. Wenn man darunter Eigenschaften versteht, die dem jugendlichen Organismus im Gegensatz zum senilen zukommen, also Verschiedenheit der Lymphcirculation, der Weite der Hautporen, der Beschaffenheit der Schleimhaut etc., so kann man diese Diathese gelten lassen, dann sagt man damit, daß nicht die Erwachsenen, sondern nur die Kinder an Scrophulose erkranken. Jedes Kind nämlich besitzt eine Diathese für die Scrophulose, und RITTER hat auch statistisch nachgewiesen, daß die Kinder nicht nur die Diathese zur Scrophulose haben, sondern die meisten — von 10.000 Stadtkindern sind nur 700 und von 10.000 Landkindern nur 1000 frei — Zeichen von Scrophulose aufweisen. In anderem Sinne ist die Annahme einer Diathese falsch und mit Sicherheit wissenschaftlich widerlegt. Wir müssen von der scrophulösen Diathese absehen lernen und von scrophulösem Habitus nur insofern sprechen, als ein Kind mit scrophulösen Krankheitserscheinungen ein gewisses, sagen wir typisches Aussehen hat. Wohl gemerkt, zuerst treten die Krankheitserscheinungen auf, und dann hat das Kind den scrophulösen Habitus. Von der Erkenntniß, daß eine sogenannte scrophulöse Diathese in Wirklichkeit nicht besteht, wird unser ärztliches Handeln nothwendigerweise beeinflußt werden müssen, und darin liegt die praktische Wichtigkeit dieser Erkenntniß. Man kann ebensowohl von besonderer Veranlagung einzelner Kinder für die in Rede stehende Erkrankung sprechen, wie etwa von einer Diathese für Keuchhusten oder einer besonderen Diathese für Syphilis.

Wir wissen heute mit Bestimmtheit, daß die Scrophulose eine von der Peripherie in den Körper eingeschleppte Krankheit ist. Dies ist durch die Thatsache bewiesen, daß es überhaupt eine Erkrankung der Drüsen nicht gibt, wenn nicht im Quellgebiete der Drüsen lebende oder andere Gifte zur Resorption kommen. CORNET hat eine lange Versuchsreihe mit Tuberkelbacillen angestellt. Es ist dabei auch gleichzeitig bewiesen worden, daß die Drüsen durch die Aufnahme der Gifte erkranken, ohne daß dabei in der Peripherie, also im Quellgebiete, irgend welche Krankheitserscheinungen auftreten. Wir wissen mit Bestimmtheit, daß selbst Milzbrandbacillen von der unversehrten Conjunctiva, die dabei nicht weiter erkrankt, resorbirt werden, und von unserer Pestcommission ist dies auch für den Pestbacillus nachgewiesen worden.

So kann es auch zur Drüsen-scrophulose kommen, ohne daß irgend welche Erscheinungen an der Peripherie auftreten. Jeder von uns kennt solche Fälle.

In anderen und wohl in sehr vielen Fällen gilt aber für die Scrophulose, daß schon in der Peripherie, also gewissermaßen in der ersten Etappe, Krankheitserscheinungen auftreten

und im Anschluß daran die Drüsen, also die zweite Etappe, afficirt werden. Einzelne periphere Affectionen, die nicht sicher scrophulöser Natur sind, wie zum Beispiel manches oder vielleicht jedes Ekzem Scrophulöser wird wohl nur dadurch in Betracht kommen, daß sie das leichtere Eindringen der Keime von der wunden Haut aus vermitteln. Charakteristisch und sicher durch die Keime der Scrophulose herbeigeführt ist unter den peripheren Erkrankungen nur die Erkrankung des Auges. Und sie gerade verweist uns auf ein lebendes und, wie ich gleich ausführen werde, noch unbekanntes Virus. Darin liegt, glaube ich, die große theoretische Bedeutung unserer Conjunctivitis.

(Schluß folgt.)

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. M. und Dr. Ad. Jolles in Wien.

Ueber einen Fall

von

acuter Zinnvergiftung durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschwerten Seidenstrümpfen.

Von Dr. Adolf Jolles. *)

Ende September vorigen Jahres erhielten wir zur Untersuchung den Harn einer jungen Dame, die seit einiger Zeit das Bild einer schweren Nervenerkrankung, verbunden mit hochgradiger Abmagerung und Anämie, darbot.

Gleichzeitig mit dem Urin wurden uns feine, goldgelbe Seidenstrümpfe übermittelt, die man mit obiger Erkrankung in Zusammenhang zu bringen glaubte, weil mit dem Tragen dieser Seidenstrümpfe eine scheinbare Verschlimmerung des Krankenzustandes beobachtet wurde. Die zunächst vorgenommene Harnanalyse ergab folgendes Resultat:

Farbe: weingelb,	
Reaction: sauer,	
spec. Gewicht: 1.026.	
Chlornatrium	12.04 Grm. pro Liter
Phosphorsäure- } an Erden } gebunden	2.87 " " "
anhydrid } an Alkalien }	0.64 Grm. pro Lit.
" " " " }	2.23 " " "
Harnstoff	23.60 " " "
Harnsäure	0.51 " " "
Gesamt-Schwefelsäure	3.25 " " "
Gepaarte Schwefelsäure	0.18 " " "
Indican	etwas vermehrt
Albumin	sehr deutliche Spuren
Mucin	Spuren
Nucleoalbumin	deutliche Spuren
Albumosen	stark vorhanden
Globulin	vorhanden
Traubenzucker	nicht vorhanden
Aceton	nicht vorhanden
Acetessigsäure	nicht vorhanden.

Sediment: Mäßig vermehrtes, schleimiges Sediment, enthaltend zahlreiche Leukocyten, Schleimfäden, äußerst vereinzelt, schmale, blasse, hyaline Cylinder und zahlreiche Platteneithelien der Blase, Harnröhre und Vagina.

Aus der Harnanalyse resultirt somit eine starke Albumosurie, neben geringen Mengen von Serumalbumin und Globulin. Mikroskopisch: sehr vereinzelt, schwach ausgeprägte Cylinder, ein Befund, auf den ich noch später zurückkommen werde.

Der Nachweis der Albumosen erfolgte in dem entweißten Harn nach der Methode von SALKOWSKI, in der Modification von ALDOR („Berliner klin. Wochenschr.“, 1899, Nr. 35 u. 36).

Nach erfolgtem Centrifugiren der mit Phosphorwolframsäurelösung versetzten Harnprobe wurde der am Boden des Gefäßes befindliche Niederschlag wiederholt mit absolutem Alkohol geschüttelt und neuerdings centrifugirt, bis der über dem Niederschlage befindliche Alkohol vollkommen farblos erschien. Die hierauf mit dem Niederschlage durchgeführte Biureprobe ergab eine intensive Rothfärbung.

*) Vorgetragen im „Wiener med. Club“ am 13. Februar 1901.

Für die Untersuchung auf Globuline wurden 100 Ccm. Harn mit verdünnter Essigsäure neutralisirt, auf dem Wasserbade auf circa 40° C. erwärmt und hierauf schwefelsaure Magnesia bis zur vollkommenen Sättigung eingetragen. Es resultirte ein geringer Niederschlag, welcher, auf einem gewogenen Glaswollfilter gesammelt, mit einer gesättigten Lösung von schwefelsaurer Magnesia ausgewaschen, dann auf dem Filter durch Erwärmen auf circa 110° C. coagulirt und schließlich mit destillirtem Wasser so lange ausgewaschen wurde, bis das Filtrat mit Chlorbaryum keine Reaction mehr zeigte. Der getrocknete Niederschlag betrug 0.0063 Grm. oder pro Liter Harn umgerechnet 0.063 Grm.

Die chemische Untersuchung der Strümpfe ergab folgendes überraschende Resultat:

In der Asche konnten sehr bedeutende Mengen von Zinn nachgewiesen werden. Der Farbstoff kann durch heißes Wasser leicht abgezogen werden. Mit der wässrigen Lösung des Farbstoffes wurden folgende Reactionen angestellt:

Concentrirte Schwefelsäure: rubinroth, beim Verdünnen bräunlich,

verdünnte Salzsäure: keine Veränderung,

concentrirte Natronlauge: braunrothe Fällung, löst sich beim Verdünnen,

Zinnsalz: Totale Entfärbung ohne Wiederkehr,

Zn + HCl: totale Entfärbung ohne Wiederkehr,

Schwefelammon: totale Entfärbung, durch Eisenchlorid nicht regenerirbar.

Die wässrige Lösung färbt Wolle und Seide unter sauren Conditionen gelb.

Aus der chemischen Untersuchung der Strümpfe resultirt, daß als Beschwerungsmittel der Seide Zinnchlorid in bedeutenden Mengen verwendet und als Farbstoff ein der Classe der Azofarbstoffe angehöriger Körper gefunden wurde, der derart unecht fixirt war, daß er bereits durch heißes Wasser abgezogen werden konnte.

Durch diesen Befund wurde ich in erster Linie veranlaßt, den Harn auf Zinn zu untersuchen, und wurde diese Prüfung wie folgt durchgeführt: Circa 200 Ccm. Harn wurden mit Salzsäure und chlorsaurem Kali in der Porzellanschale am Wasserbade eingedampft, der Trockenrückstand auf der Asbestplatte theilweise verkohlt, und der kohlige Rückstand im Porzellantiegel weiß gebrannt. Die Asche wurde in Königswasser gelöst und mit der verdünnten Lösung folgende Reactionen angestellt:

a) Mit Schwefelwasserstoff: Gelber Niederschlag, löslich in Schwefelammonium. Setzt man zu dieser Lösung überschüssige Salzsäure, so fällt ein gelber Niederschlag aus (charakteristisch für Zinn).

b) Wurde zu einer Probe der Lösung Ammoniak zugesetzt, so fiel ein weißer Niederschlag aus, löslich im Ueberschusse.

c) Wurde eine Probe der Lösung mit Weinsäure versetzt und dann Ammoniak hinzugefügt, dann trat nur eine minimale Trübung auf (charakteristisch für Zinn).

d) Nach Zusatz von kohlsaurem Natron resultirte ein Niederschlag, der im Ueberschusse des Fällungsmittels unlöslich war.

Die Untersuchung ergab somit mit Sicherheit die Anwesenheit von Zinn. Auf Grund dieses Befundes wurde vom behandelnden Arzte die entsprechende Therapie eingeleitet und der Harn constant in bestimmten Intervallen durch circa 2 Monate der Untersuchung unterzogen.

Dabei konnte Zinn mit ziemlicher Regelmäßigkeit, jedoch in wechselnden Mengen — eine Analyse eines Nachtharnes fiel sogar negativ aus — constatirt werden, ein Verhalten, welches ganz der Ausscheidung des Quecksilbers, Bleis und anderer Schwermetalle durch den Harn entspricht. Die Ausscheidung von Albumosen und Globulin nahm während dieser Zeit allmähig ab, während Serumalbumin und renale Elemente eine geringe Zunahme zeigten.

Der letzte untersuchte Harn ergab noch Spuren von Zinn, Spuren von Albumosen und sehr geringe Albuminmengen bei Abwesenheit von Nierenelementen.

Das constante Vorhandensein von Zinn einerseits, sowie von Albumosen und Globulinen —, Körper, die bekanntlich bei bedeutendem Zerfall der corpusculären Elemente des Blutes auftreten — andererseits, berechtigt zur Annahme, daß Zinnvergiftung, die doch in diesem Falle vorlag, einen gesteigerten Zerfall von rothen und weißen Blutkörperchen bedingt, wobei man jedoch auch einen Theil der Albumosen auf Rechnung des Gewebs-, resp. Eiweißzerfalles zu setzen berechtigt wäre. Auf dieselbe Weise wird ja das Auftreten von Albumosen im Harn bei Fieber erklärt, indem Fieber mit einem gesteigerten Eiweißzerfalle einhergeht.

Nach CHVOSTEK und STROHMEYER¹⁾ treten im Harn Albumosen auch bei Läsionen der Magen- und Darmschleimhaut auf. Es wäre also auch denkbar, daß etwas ähnliches in unserem Falle vorlag, analog den Veränderungen der Schleimhaut des Magendarmcanales bei Vergiftungen mit anderen Metallen (Quecksilber). Anzuschließen ist in diesem Falle die pyogene Albumosurie und die, welche bei Sarkomatoses des Knochenmarkes beobachtet wurde (BENCE-JONES'scher Eiweißkörper). Allerdings konnten im vorliegenden Falle Albumosen im Sinne des BENCE-JONES'schen Eiweißkörpers nicht nachgewiesen werden.

Nicht ganz von der Hand zu weisen ist die Möglichkeit, daß der in heißem Wasser lösliche Azofarbstoff, durch den sauren Schweiß gelöst, die Erscheinungen der Zinnvergiftung complicirt, resp. modificirt hat, so daß in diesem Falle doch keine reine Zinnvergiftung vorlag.

Im Anschlusse hieran erlaube ich mir die Krankengeschichte, welche der behandelnde Arzt Herr Dr. F. OESTERREICHER verfaßt und mir in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt hat, wörtlich folgen zu lassen:

Frl. S. G., 27 Jahre alt; zur Zeit der Geburt derselben und längere Zeit vorher soll der überhaupt schwächliche Vater kränklich gewesen sein; sonstige ungünstige hereditäre Momente sind nicht bekannt. In den Kinderjahren scheint dieselbe wiederholt an Scrophulose gelitten zu haben; im 10. Jahre Periostitis mit Caries der Vorderarmknochen links; seither keinerlei ähnliche Erkrankungen. Soll in den letzten 10 Jahren bis auf chlorotische Erscheinungen und einer offenbar auf anämischer Basis beruhenden Magenerweiterung vollkommen gesund gewesen sein. Am 20. April l. J. wurde ich von derselben angeblich wegen einer Lähmung der linken unteren Extremität zu Rathe gezogen. Hierbei theilte mir Pat. mit, daß sie im August des Vorjahres von gleichen Krankheitserscheinungen gelegentlich einer Badekur in Ostende heimgesucht worden sei, welche von dem behandelnden Collegen als bedeutungsloses Leiden bezeichnet wurden, welches bald vorübergehen werde; wirklich wären die Lähmungserscheinungen in circa 3 Wochen geschwunden gewesen, so daß sie der ganzen Sache keine besondere Wichtigkeit beigelegt hätte, obwohl in der Zwischenzeit ähnliche Erscheinungen nochmals, jedoch nur wenige Tage dauernd, aufgetreten wären, bei denen überdies die motorischen Störungen äußerst gering waren, dagegen Sensibilitätsstörungen — Anästhesie und Kältegefühl — die Haupterscheinungen gebildet hätten. Eine Erscheinung wäre der Pat. jedoch regelmäßig aufgefallen, nämlich eine deutliche Gelbfärbung des Fußes, besonders der Sohle und der Seitenränder, die sich regelmäßig wenige Tage vor Beginn der nervösen Symptome gezeigt hätte und auch diesmal nicht fehle. Bei der diesbezüglichen Untersuchung konnte ich nun diese Gelbfärbung der genannten Theile deutlich constatiren, gleichzeitig aber den Umstand, daß Patientin an hochgradiger Hyperidrosis der Extremitäten leide, einen gelbbraunen Seidenstrumpf trage, dessen Farbe an den betreffenden Theilen — offenbar durch die Einwirkung der Schweißflüssigkeit — in bedeutendem Maße ausgelaugt worden war. Ich untersagte der Dame das fernere Benützen gefärbter Strümpfe überhaupt, indem ich gleichzeitig die Möglich-

¹⁾ „Wiener klin. Woch.“, 1896, Nr. 47.

keit zugab, daß durch die etwaige Resorption des — vielleicht nicht indifferenten — Farbstoffes obige Krankheitserscheinungen, wenn auch nicht direct veranlaßt, so doch möglicherweise ungünstig beeinflußt sein könnten. Obwohl ich nun die damaligen Erscheinungen, welche sich als leicht ataktische Coordinationsstörungen, begleitet von leichten Anomalien der Sensibilität — Kältegefühl abwechselnd mit Hitzeempfindungen, An- und Hypästhesie — manifestirten, für hysterische Symptome hielt, beantragte ich zunächst die chemische Untersuchung der benützten und theilweise entfärbten Strümpfe, auf die jedoch, nachdem sich die obgenannten Störungen unter Gebrauch von Bromnatrium und Faradisation der erkrankten Extremitäten rasch besserten, nicht eingegangen wurde, umso mehr als die Patientin darauf drang, möglichst bald nach Veldes zu ihrer Familie zu reisen; bereits am 9. Mai wurde darum die Cur nach nur 11 faradischen Sitzungen abgebrochen, nicht ohne daß mittlerweile die Krankheitserscheinungen nahezu in toto zurückgegangen waren, von denen nur lediglich eine gewisse Schwere in der betreffenden Extremität, die jedoch die Beweglichkeit kaum nennenswerth erschwerte, übrig geblieben war. Eine am 27. April vorgenommene Harnuntersuchung hatte das Nichtvorhandensein von Albumen und Zucker im Harn ergeben. Während der Sommermonate, die Pat. zum Theile zur Absolvierung einer jetzt so modernen Natureur, theils zu Bädern im Veldeser See benützt hatte, scheint sich Pat. sehr gut befunden zu haben, wenigstens erzählt sie, daß sie mit Leichtigkeit, ohne zu ermüden, mehr als zweistündige Fußmärsche und dies in Gesellschaft von guten Gehern gemacht habe, ohne auch nur einmal nicht gleichen Schritt gehalten zu haben. Diese Euphorie scheint sich schon während des nach Veldes gewählten, mehrwöchentlichen Aufenthaltes in Tirol, noch mehr aber während des darauffolgenden Besuches der Pariser Weltausstellung vermindert zu haben. Eine complete Ataxie bestand jedoch zu dieser Zeit nicht, wohl aber die Wahrnehmung leichterer Ermüdbarkeit, verbunden mit Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten, wie Gefühl von Schwere in den Waden, Hitze- und Kältegefühl und Formicationsempfindung, wurden jedoch durch die mit der Besichtigung der Weltausstellung nothwendig bedingten stärkeren Anstrengung des Körpers erklärt. Während eines Dampfbades, welches Pat., die sich immer matter fühlte, während ihres Pariser Aufenthaltes gebrauchte, soll dieselbe unwohl und von stärkerem Schwindel befallen worden sein, so daß sie aus dem Badelocal entfernt werden mußte. Seither verschlimmerte sich der Zustand; es traten zunächst auch Schmerzempfindungen in der linken unteren Extremität auf, und als die Kranke in den letzten Septembertagen in Wien eintraf, bestand bereits ausgesprochene Ataxie beider, besonders aber der linken unteren Extremität. Es wurde nun einerseits eine Untersuchung der seinerzeit von der Pat. benützten Strümpfe, andererseits eine Harnanalyse durch Herrn Dr. JOLLES vorgenommen; die erstere ergab das Vorhandensein von Zinnsalzen in der Farbe der Strümpfe, welche überdies als in die Classe der Azofarbstoffe gehörig erkannt wurde, die letztere das reichliche Vorhandensein von Albumosen, ohne daß auch nur eine diesem Albumingehalte im allerentferntesten entsprechende Menge von Formelementen der Niere nachgewiesen werden konnte; im Gegentheil wurden nur vereinzelte schwache Cylinder gefunden. Der Stat. praes. der Pat. ergab damals: Stark abgemagert, Pupillen gleichweit, sehr gut reagirend; Magen dilatirt, starkes Schwanken beim Versuche zu stehen bei geschlossenen Augen; Pat. vermögend nach Schließen der Augen kaum noch einzelne Schritte zu machen. Reflexe, insbesondere Patellarreflexe, etwas verstärkt; grobe motorische Kraft der Muskeln nicht merklich vermindert, dagegen die Ausführung coordinirter intendirter Bewegungen auffallend erschwert. Augenspiegelbefund ergibt nichts Abnormes. Diagnose: Ataxiae Nervosa et Albuminuria als Folge chronischer Zinnintoxication. Obwohl von mehrfacher Seite Einwendungen gegen die Zinnintoxication als ursächliches Moment der Störungen gemacht wurden, so hielt ich es doch für zweifellos, daß die Albuminurie lediglich derselben ihre Entstehung verdanke, während die — vielleicht durch Hysterie veranlaßt — Ataxie durch die Intoxication zum mindesten eine Steigerung erfuhr. Therapie: Milchdiät, etwas Butter, Weißbrod, Faradisation der erkrankten Partien, laue Bäder, Jodnatrium. Um

sicher zu sein, daß die Albuminurie, die ich theils als Secretionsneurose, theils auch vielleicht als durch mechanische Irritation entstanden, betrachtete, wirklich durch die chronische Zinnintoxication bedingt sei, ersuchte ich Herrn Dr. JOLLES, den nächsten Urin auf das Vorhandensein von Zinn zu analysiren. Derselbe machte mich darauf aufmerksam, daß ein etwaiges Nichtvorhandensein von Zinn in einem Harn nicht etwa ein Nichtausgeschiedenwerden desselben bedeute, da ja bei chronischen Metallintoxicationen (Quecksilber nach Schmiercuren) keine stetige, sondern bloß periodisch auftretende Ausscheidung dieser Metalle durch die Niere nachgewiesen werde. Nichtsdestoweniger konnte im nächsten Harn metallisches Zinn deutlich nachgewiesen werden; derselbe erwies sich 8 Tage nach eingeleiteter Milchdiät auch als etwas weniger albuminhaltig. Nachdem jedoch unter dieser Diät die Pat. entschieden herunterkam, verordnete ich von da ab täglich einmal eine Portion weißen Fleisches, leichte Gemüse, etwas Schinken, Milch und leichte Mehlspeisen, worauf sich in wenigen Tagen die Ernährung wieder entschieden zu heben begann. Dem Wunsche der Pat. und ihrer Umgebung, eine specifische Cur vorzunehmen, wurde gelegentlich eines Consiliums Rechnung getragen und beschlossen, dieselbe nach Baden bei Wien zu senden, und nebst dem Gebrauch der Schwefelbäder die bisherige Therapie fortzusetzen. Am 26. October ging dieselbe nach Baden. Da sie sich nach den Bädern sehr matt fühlte, wurden dieselben nur jeden 2. Tag angewendet, so daß abwechselnd an einem Tage gebadet, am zweiten faradisirt wurde. Als ich die Pat. nach etwa 14 Tagen wieder sah, war insofern eine günstige Wendung zu constatiren, als dieselbe im Zimmer, wenn auch mit ziemlicher Anstrengung etwa 10 Schritte gehen konnte und sich auch ihr Ernährungszustand gebessert hatte. Im weiteren Verlaufe verminderte sich die Ataxie stetig in mäßiger Weise, so daß die Pat. am 7. Januar l. J., an dem sie nach zehnwöchentlicher Curdauer nach Wien zurückkehrte, kaum mehr subjective Beschwerden verspürt, im Zimmer mit ziemlicher Leichtigkeit herumgeht, dagegen es bisher noch nicht unternommen hat, auch auf die Straße zu gehen; es dürften hier vielleicht auch psychotische Momente — nach Analogie der Platzangst — mitspielen.

Aus diesem Falle ergibt sich die Nothwendigkeit, darauf zu achten, daß seidene Kleidungsstücke nicht unmittelbar mit der Haut in Berührung kommen, namentlich bei solchen Personen, die an Hyperidrosis leiden. Denn man muß in Betracht ziehen, daß das gebräuchliche Beschwerungsmittel für Seide, namentlich bei leichten Modetönen, Zinnchlorid ist, welches durch wiederholte abwechselnde Passagen von Zinnchlorid (Sn Cl_2) und verdünnte Sodalösungen auf der Seide niedergeschlagen wird und bis zu 25% vom Gewichte der angewandten Faser beschwert. Es ist zweifellos, daß im vorliegenden Falle das Metalloxyd keineswegs die Rolle einer Beize spielte, sondern nur ausschließlich zur Gewichtsvermehrung benutzt wurde.

Revue.

Die Atropinbehandlung des Ileus.

(Schluß.)

Soviel über die mitgetheilten Krankengeschichten. Schlußfolgerungen entscheidender Art lassen sich hinsichtlich einer so wichtigen Frage noch nicht ziehen, dazu ist die Zahl der mitgetheilten Fälle — im Ganzen 14 — zu gering. Auch handelt es sich meist um Beobachtungen aus der Privatpraxis, wo schon aus äußeren Gründen die Aufnahme genauer, alle Details gleichmäßig berücksichtigender Krankengeschichten nicht thunlich ist. Immerhin genügen die vorliegenden Berichte, welche in einer in therapeutischen Dingen geradezu seltenen Uebereinstimmung von günstigen, selbst auffallend günstigen Heilwirkungen des Atropins — welches eigentlich in keinem einzigen Falle vollständig im Stiche gelassen hat — sprechen, um die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Atropinbehandlung des Ileus in entschiedener Weise

hinzulenken, damit recht zahlreiche, möglichst ausführliche Beobachtungen gesammelt werden können. Sollten diese Beobachtungen die Angaben der ersten Beobachter bestätigen, so hätten wir im Atropin eine ebenso leicht zu handhabende, als brauchbare Waffe im Kampf gegen die schreckensvollen Symptome des Ileus. Von besonderer Wichtigkeit wäre es von nun ab, bei entsprechenden Fällen sofort mit der Atropinbehandlung des Ileus zu beginnen, um zu sehen, wie das Atropin für sich allein angewendet wirkt, während in der Mehrzahl der bisher vorliegenden Krankengeschichten über die vorangegangene Anwendung von Opium, Morphiuminjectionen, Magenausspülungen, Klysmen etc. berichtet wird. Wird nun auch hervorgehoben, daß all diese Factoren sich als nutzlos erwiesen oder im besten Fall vorübergehend wirkten, so ist doch eine größere Anzahl von Fällen erforderlich, wo nur Atropin angewendet wurde, um auf diese Weise ein reines Bild seiner Wirksamkeit zu gewinnen.

Da unter der Bezeichnung Ileus eine ganze Reihe von Krankheitsbildern, die unter verschiedenen Bedingungen zustande kommen, zusammengefaßt wird, so wäre es von großem Interesse, in jedem Fall genau constatiren zu können, um welche Form des Ileus es sich gehandelt hat, bzw. welche Ursache dem Symptomencomplex zugrunde lag. In der großen Mehrzahl der Fälle handelte es sich in den vorangehenden Fällen um solche, die unter rein interner Behandlung zur Heilung kamen, ohne daß sichere Anhaltspunkte für die Specialdiagnose gewonnen werden konnten. Wir werden aber nicht fehlgehen, wenn wir daran festhalten, daß es sich wohl in den meisten Fällen um einfachen Obturationsileus gehandelt hat, d. h. um Darmverschluß durch angehäuften Kothmassen infolge langdauernder completer Stuhlverhaltung. Bei solchen Fällen von Obturationsileus scheint das Atropin sich am besten bewährt zu haben. Andererseits scheint, wenigstens nach den vorliegenden Berichten, damit das Wirkungsgebiet des Atropins nicht abgeschlossen zu sein. Aus allerdings spärlichen Berichten (vergl. Casuistik) ist zu entnehmen, daß das Atropin auch bei Incarceration, speciell incarcerirter Hernie, sowie in einem Falle wahrscheinlicher Invagination seine Heilwirkung entfaltet. Fälle von stürmischer innerer Incarceration, welche die höchste und furchtbarste Ausbildung des Symptomencomplexes darstellen, fanden sich in der bisher mitgetheilten Casuistik nicht vor, und es ist auch hier von der Atropinbehandlung nicht allzuviel zu erhoffen. In einem Fall, wo es sich um eine Incarceration einer Dünndarmschlinge durch einen parametritischen Strang handelte (BATSCH [3]), mußte zur Laparotomie geschritten werden, doch soll auch hier das Atropin in gewissem Sinne günstig gewirkt haben. Wenn man erwägt, daß von den 14 mitgetheilten Fällen bei 13 ein vollkommen günstiger Erfolg erzielt wurde und nur in einem Fall trotz Atropinbehandlung Exitus letalis eintrat (LÜTTGEN), aber auch hier das Atropin wenigstens eine palliative Wirkung entfaltet, so erscheint ein Versuch mit Atropin in jedem Fall von Ileus — wenn man etwa von den stürmischen, sofortige chirurgische Behandlung erheischenden inneren Incarcerationen absieht — gerechtfertigt, in letzteren Fällen könnte vielleicht das Atropin als Palliativmittel bis zur Vornahme der Operation nicht ohne Werth sein. Eine weitere Aufgabe wäre vielleicht noch, die Wirkung einer combinirten Behandlung, bestehend in Atropininjectionen, Opium intern und Magenausspülungen zu versuchen, um so zu erfahren, was die Vereinigung sämmtlicher, zum Kampf gegen den Ileus geeigneter Waffen zu leisten vermag. Unter den bisher mitgetheilten Fällen finden sich meist solche, wo das Atropin nicht gleichzeitig mit den genannten Mitteln, sondern erst nach diesen verabreicht wurde.

Als die geeignetste Applicationsform des Atropins ist die subcutane Injection einer Lösung von Atropinum sulfuricum zu betrachten, in welcher Hinsicht sämmtliche Beobachter mit BATSCH übereinstimmen. Die Dosirung war, wie aus den vorliegenden Berichten zu entnehmen ist, eine verschiedene, 0·001, bzw. 0·002, 0·003 und 0·005 Grm. Atropin. sulf. pro dosi, wobei 0·005 Grm. die Maximaldosis darstellt. BATSCH selbst ist ein Anhänger der Application der Maximaldosis. Aus den Krankengeschichten ist zu entnehmen, daß Dosen von 0·001—0·002 Grm. sich zwar ge-

legentlich als vollständig wirksam erwiesen, andererseits findet sich aber eine Reihe von Fällen, wo diese Dosis nicht ausreichte, auch wenn mehrere Injectionen in rascher Folge verabreicht wurden, während größere Dosen eine eclatante Wirksamkeit entfalteten und hier manchmal eine einzige Injection zur Erzielung der Wirkung genügte, während bei kleineren Dosen sich die Wirkung oft erst nach mehreren Injectionen einstellte, bzw. zu höheren Dosen gegriffen werden mußte. Mehrfach findet sich bei Autoren, welche zunächst kleine Dosen injicirten, die Bemerkung, daß es besser gewesen wäre, gleich Anfangs eine größere Dosis zu injiciren. In der Pharmakopoe ist als Maximaldosis des Atropins 0·001 Grm. pro dosi, 0·003 Grm. pro die festgesetzt. Die Beobachtungen lehren jedoch, daß meist selbst die fünffache Ueberschreitung der Maximaldosis schadlos ertragen wird. Nur in einzelnen Fällen finden sich leichte, ganz vorübergehende Anzeichen der Atropininjection erwähnt, z. B. Delirium von wenigen Minuten Dauer. Eine heftigere Intoxication wurde nur in dem Falle von LÜTTGEN (s. d.) beobachtet, wo es sich um eine alte, hochgradig erschöpfte Frau handelte, welche nach 0·005 Grm. allerdings ziemlich schwere Vergiftungserscheinungen aufwies, die aber vollständig zurückgingen. Es ist kein Zweifel, daß das Atropin als heroisches Mittel mit Vorsicht verwendet werden muß, aber andererseits ist eine wirkliche Gefahr — soweit die vorliegenden Berichte reichen — selbst bei Anwendung von 0·005 Grm. subcutan nicht zu befürchten, während andererseits gerade diese größeren Dosen eine vorzügliche therapeutische Wirkung zu entfalten scheinen. Uebrigens muß man gerade bei Ileus auch die Möglichkeit von Nebenwirkungen in den Kauf nehmen, wenn es sich thatsächlich um ein Mittel von hervorragender Wirksamkeit handelt.

Die Art der Atropinwirkung wird von den Beobachtern in ziemlich übereinstimmender Weise geschildert. Dieselbe scheint sich auf die wichtigsten Symptome des Ileus in gleichmäßiger Weise zu erstrecken. Uebereinstimmend wird betont, daß nach relativ kurzer Zeit, manchmal einige Stunden nach Application entsprechender Atropindosen die Schmerzen aufhörten, das faculente Erbrechen verschwand, der Meteorismus zurückging und, was das Wichtigste ist, reichlicher Stuhlgang und massenhafte Flatus abgingen und so Genesung sich einstellte. Die Zahl und die Dosis der bis zur Erzielung der Heilwirkung nothwendigen Atropininjectionen war je nach den Fällen verschieden. Im Allgemeinen scheint eine einzige große Dosis mehreren kleinen Dosen an Energie der Wirkung überlegen zu sein. Bei einzelnen Fällen findet sich die Bemerkung, daß Stuhlgang erst nach Darmeinläufen erzielt wurde, welche aber erst dann wirkten, wenn vorher Atropin gegeben worden war. Es sind dies Fälle, wo es sich um mächtige harte Kothmassen handelte, welche, um entleert werden zu können, vorher mechanisch erweicht werden mußten. Von Bedeutung ist auch die in einer ganzen Reihe von Fällen hervorgehobene Thatsache, daß unmittelbar nach den Atropininjectionen ruhiger Schlaf von mehrstündiger Dauer eintrat, welcher das Befinden der Pat. in günstigster Weise beeinflusste.

Soviel über die Atropinwirkung bei Ileus. Die bisher erzielten Resultate fordern, wie bereits erwähnt wurde, ganz entschieden dazu auf, die Behandlungsmethode weiter zu erproben, und namentlich der auf dem Lande practicirende Arzt, für welchen die Nothwendigkeit einer operativen Behandlung des Ileus schon wegen der vielen äußeren Hindernisse große Schwierigkeiten bietet, wird mit Recht das Atropin seinem Heilschatze einverleiben dürfen, falls es sich auch weiterhin so bewähren sollte, wie es sich bisher bewährt hat; dazu ist aber eben erforderlich, daß das Mittel in geeigneten Fällen möglichst oft und unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände erprobt werde. Was für den Ileus im Allgemeinen gesagt wurde, dürfte auch für die incarcerirten äußeren Hernien gelten. Auch sonst dürfte dem Atropin in der Behandlung von bestimmten abdominalen Erkrankungen vielleicht größere Aufmerksamkeit gebühren, worauf speciell die Erfahrungen OSTERMAIER'S (s. d.) hindeuten, welcher bei verschiedenen Formen von Obstipation sehr günstige Erfolge von der subcutanen und internen Verabreichung kleiner Atropindosen (1/2 Mgrm.) beobachtete. Auch die Empfehlung des Atropins für den Pseudo-

ileus nach Laparotomien, sowie der von einem der genannten Autoren gemachte Vorschlag, das Atropin auch in der Behandlung der Gallensteinkoliken fleißiger zu verwerthen, als es bisher geschah, erscheinen durchaus beachtenswerth. In unserer Zeit, wo ein neues Heilmittel das andere förmlich jagt, hat man es vergessen, sich mit der genauen Feststellung, bezw. Erweiterung der Indicationen altbewährter Heilmittel zu befassen, so daß die vorliegenden Bestrebungen hinsichtlich der Einführung der Atropinbehandlung des Ileus schon vom principiellen Standpunkt aus freudig zu begrüßen sind.

Dr. M. KAHANE.

Referate.

ENGEL (Kairo): Zur Behandlung der Pocken mit rothem Licht etc.

Man ist nach der Erfahrung E.'s („Die Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 3) nicht berechtigt, anzunehmen, daß die FINSEN'sche Behandlung die Mortalität der Pocken wesentlich beeinflusse, resp. erniedrige. Eine hemmende, mildernde Wirkung des rothen Lichtes auf den Ausbruch des Exanthems konnte er niemals bemerken. Das rothe Licht übt auf das auf der äußeren Haut gesetzte Exanthem einen Einfluß aus; auf die Efflorescenzen, welche auf den Schleimhäuten des Rachens, der oberen Luftwege und des Auges auftreten, hat es keinen Effect.

Der günstige Einfluß des rothen Lichtes auf die Pockenerkrankung der Haut äußert sich in der Weise, daß es bei noch frischer Eruption in leichteren Fällen anscheinend die eigentliche Pustelbildung überhaupt verhindert, und die Efflorescenzen papulös oder vesiculös bleiben, daß in den schweren Fällen, wo es zur Pustelbildung kommt oder bereits gekommen ist, die entzündliche Röthe und Schwellung der Umgebung gering bleibt oder sich nicht weiter ausdehnt, sondern sich schneller verliert und die Pustel die sichtliche Tendenz zu gutartigem Verlauf mit beschleunigter Eintrocknung und Verheilung zeigt. Wo der Proceß etwas mehr als gewöhnlich, an verschiedenen Stellen bei Beginn der Behandlung verschieden weit, vorgeschritten war, sieht man sehr gut, wie er überall das Bestreben zeigt, stehen zu bleiben; an die verschiedenen Phasen der Entwicklung, die er beim Eintritt in die Lichtbehandlung gerade inne hatte, schließt sich nach kurzem Stillstand unmittelbar die beschleunigte Rückbildung an. Die hinterbleibenden Narben bestehen gemeinhin nur aus oberflächlichen glatten hyperämischen, später sich aufhellenden Flecken. Auch in schweren Fällen und selbst bei Variola confluens und einigen ähnlichen entstanden keine tiefen strahligen Substanzverluste, sondern höchstens seichte Depressionen, abgesehen von den Stellen, wo sich durch Kratzen Geschwüre gebildet hatten.

Die FINSEN'sche Behandlung ist somit, abgesehen von den foudroyanten Fällen, wo sie überhaupt nicht in Frage kommt, um so weniger wirksam, je mehr die Schleimhäute des Rachens und der Luftwege von der Pockenerkrankung (primär) ergriffen sind. Die Methode verringert jedoch jedenfalls die Gefahren der Mischinfection und der Erschöpfung durch lange sich hinziehende Verschwärungsprocesse der Haut.

GOLDFLAM (Warschau): Ueber Erschütterung (Succession) der Nieren.

Zur Entscheidung der oft schwierigen Frage, welche Niere, die rechte oder die linke, erkrankt sei, empfiehlt G. einige bemerkenswerthe Manipulationen („Berliner klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 2).

Bei den chirurgisch zu behandelnden Nierenaffectionen ist Schmerzhaftigkeit beim Betasten, bezw. auf leichten Druck, nahezu ein constantes Phänomen, das einen hohen Grad erreichen kann und ein werthvolles pathognomonisches Zeichen abgibt. Die beste Methode, die Nieren zu untersuchen, ist die bimanuelle Palpation und das Ballotement; sie unterrichten uns nicht allein über die Lage, Größe und Form der Niere, über das Vorhandensein etwaiger Tumoren, Fluctuation u. s. w., sondern sie entdecken auch die Schmerzhaftigkeit des Organs. Die bewegliche, selbst die nephri-

tische Niere zeichnen sich durch auffallend geringe Druckempfindlichkeit aus.

Ein anderes Verfahren, diese Schmerzhaftigkeit der Nieren auszulösen, besteht darin, daß man mit der Ulnarseite der geballten Faust gegen die Lumbalgegend des nach vorne geneigten Kranken kurze leichte Stöße senkrecht zur Masse der Sacrolumbalmuskeln oder etwas seitwärts von denselben ausführt.

Nicht bei allen Nierenleiden ruft die Erschütterung der Lumbalregion einen Schmerz hervor. Die Nephritiden sind ebenso wenig spontan wie bei der Succession schmerzhaft. Nur die auf dem Grenzgebiet der Medicin und Chirurgie stehenden Erkrankungen weisen diese Schmerzhaftigkeit zuweilen sogar in hohem Grade auf. G. hat dieselbe bei Nephrolithiasis, Harngrises, Pyelitis, Tuberculose, Absceß, Tumoren der Niere u. dergl. mehr constatiren können. Die gleiche Schmerzhaftigkeit kann auch durch Fälle von Para- und Perinephritis bedingt sein, was im Einzelfalle nicht allzuschwer zu erkennen sein dürfte.

Dagegen fehlt die genannte Schmerzhaftigkeit bei Erkrankungen der Nachbarorgane, der Nieren, so bei Cholelithiasis, Tumoren der Gallenblase, der Milz, des Colon und Magens, die sich in differentiell-diagnostischer Hinsicht von Affectionen der Nieren so schwer unterscheiden lassen.

B.

PUCHOWSKI und KATSCHKATSCHEW: Ueber Idiosynkrasie gegen Arsenik.

Bekanntlich wird die Solutio Fowleri in Dosen von 5—10 Tropfen sehr häufig bei Malaria und bei verschiedenen Affectionen angewendet. Daß aber dieses Mittel, das in der bezeichneten Dosis in den meisten Fällen allerdings gar keine Nebenerscheinungen hervorruft, bisweilen doch eine Intoxication zur Folge haben kann, folgt aus den beiden (von einander vollständig unabhängigen) Mittheilungen der Verff. („Jeschenedelnik“, 1900, Nr. 41). Allerdings boten die beiden hier in Betracht kommenden Patienten anscheinend eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen das Arsenik; da man aber nie im voraus sagen kann, ob nicht bei dem Patienten, dem wir die FOWLER'sche Lösung zu verordnen beabsichtigen, gleichfalls eine derartige Idiosynkrasie bestehe, so müssen wir bei der Verordnung stets vorsichtig zu Werke gehen, um nicht unliebsame, bisweilen sogar gefahrdrohende Intoxicationsercheinungen zu erleben. — Indem wir die beiden, in praktischer Beziehung so wichtigen Fälle der Verfasser wiedergeben, wollen wir an erster Stelle hervorheben, daß einerseits keiner der Patienten zuvor magenkrank und daß das Arsenikpräparat zweifellos guter Qualität gewesen ist. In dem Falle P.'s handelte es sich um einen 23jährigen Patienten, dem wegen Gewöhnung an Chinin 10·0 Solutio Fowleri in 20·0 Aqua menthae (dreimal täglich 5—15 Tropfen) verordnet wurde. Nach einiger Zeit wurde die Dosis der Mixtur auf 18 Tropfen gesteigert. Nach einigen Tagen begann der Patient sich unwohl zu fühlen, nach 8 Tagen konnte er das Bett nicht mehr verlassen. Es stellten sich gleichzeitig starkes Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend, Lebervergrößerung, gelbe Verfärbung der Skleren, Beschleunigung des Pulses ein. Sämmtliche Symptome verschwanden nach dem Aussetzen des Arsenikgebrauchs. Nach 14 Tagen war der Patient wieder ziemlich hergestellt. — In dem Falle K.'s trat die Idiosynkrasie noch viel crasser hervor. Auch hier handelte es sich um einen Patienten, dem wegen Malaria Solutio Fowleri verschrieben wurde. Drei Stunden nach der ersten Dosis, die nur 2 Tropfen betrug, stellten sich bei dem Patienten Symptome einer acuten Arsenikvergiftung mit choleraähnlichen Symptomen ein. Nach einigen Stunden gesellten sich zu diesen Erscheinungen trockener Husten und Erscheinungen von Arsenikparese hinzu. Sämmtliche Erscheinungen verschwanden erst am nächsten Tage. Der Pat. war aber unvorsichtig genug, dann wieder 3 Tropfen von der Solutio Fowleri zu nehmen. Sämmtliche Krankheitsercheinungen des vorhergehenden Tages stellten sich wieder ein, und zwar noch in weit heftigerer Form, so daß zu einem Antidot gegriffen werden mußte. Die Erscheinungen der acuten Vergiftung gingen allmählig zurück, jedoch blieb eine leichte Enteritis noch mehrere Tage bestehen.

L.—y.

ROTHSCHILD (Frankfurt a. M.): Ueber Myositis ossificans traumatica.

Unter Myositis ossificans werden zwei verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt, die wegen ihres Verlaufes und Ausganges eigentlich von einander geschieden werden sollten. Die Myositis ossific. progressiva und die Myositis ossific. traumatica. Während die erste eine in der Jugend bereits beginnende Krankheit darstellt, die mehrere Muskelgruppen befällt und sprunghaft fortschreitend viele Muskelgruppen sammt den dazugehörigen Sehnen, Fascien, Bändern, Periost in Knochenplatten umwandelt, bleibt die Myositis ossific. traumat. nur auf eine Muskelgruppe beschränkt, ist nicht progredient und ist sicherlich auf ein Trauma zurückzuführen. Dieses letztere kann ein geringfügiges, aber sich häufig wiederholendes sein, wie z. B. Andrücken der Oberschenkel an den Sattel bei Reitern, oder Anschlagen des Gewehrlaufes gegen den Oberarm beim Exerciren (Reitknochen, Exercierknochen), oder die Verknöcherung des Muskels schließt sich an ein einmaliges, schwereres Trauma an. Infolge des Traumas entsteht ein Hämatom im Muskel, das zu einer Muskelschwiele führt, die im weiteren Verlaufe verknöchert.

Zwei Fälle dieser letzteren Kategorie, die von REHN operativ behandelt wurden, beschreibt Verf. genauer und theilt auch die mikroskopischen Befunde der excidirten Stücke mit („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 28, H. 1).

Im ersten Falle handelte es sich um einen 38jährigen Mann, der von einer Droschke überfahren wurde und ausgedehnte Suffusionen an der Brust und dem Oberarm davontrug. Drei Monate später entwickelte sich eine immer mehr zunehmende Bewegungsbehinderung des Vorderarmes, als deren Ursache eine Verknöcherung der Musc. brachial. intern. constatirt wurde; die Roentgenuntersuchung bestätigte die Diagnose. Bei der Operation gelang es, die 10 Cm. lange, 3 Cm. breite, spindelförmige Knochenschwulst aus dem Muskel auszulösen, worauf dann die Function des Armes fast bis zur Norm zurückkehrte und der Pat. seinem Berufe als Geiger weiter nachgehen konnte.

Der zweite Fall betraf einen 45jährigen Mann, dem das Vorderrad eines schwer beladenen Wagens über den Unterschenkel fuhr. Zehn Wochen später konnte bei dem Pat. eine Verknöcherung der Achillessehne constatirt werden, welche beim Gehen Schmerzen verursachte und den Pat. arbeitsunfähig machte. Bei der Operation zeigte sich, daß fast die ganze Achillessehne durch eine Knochenmasse ersetzt war, die von dem Calcaneus mit dem Meißel abgetragen werden mußte. Normaler Verlauf. Heilung bis auf leichte Schmerzen.

Die operative Therapie ist angezeigt, wenn die Knochenbildung constatirt ist, da es nur vereinzelte Fälle von Heilungen in diesem Stadium gibt; hingegen wäre im Stadium der Entzündung und der darauffolgenden bindegewebigen Induration zu versuchen, ob mit Massage, Resorbentien, elastischer Umschnürung und dergleichen ein Erfolg noch zu erzielen ist. Die Indication zur Operation gibt die Bewegungsbehinderung ab.

ERDHEIM.

Feuilleton.**Budapester Briefe.**

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

II.

Die ungarische Aerzteliga hat sich endlich nach fünfjährigem Bestande zur Einleitung einer Bewegung verstanden, die, wenn energisch und zielbewußt durchgeführt, für den Aerztstand der Hauptstadt von unberechenbarer Tragweite sein dürfte. Vor etwa zwei Monaten wurde die Gründung eines Krankenunterstützungsvereines für Beamte angeregt und eifrigst propagirt. Noch vor seiner Constituirung kam es aber zwischen den Gründern und den Aerzten zu argen Differenzen. Der Aerzteverband hatte nämlich die Gründer zu einer vertraulichen Conferenz geladen, um mit

E. v. KOWALSKI (Lemberg): Ueber den Einfluß thermischer Reize auf die Lymphbewegung und über die vasomotorischen Nerven der Lymphgefäße.

v. K. faßt die Resultate seiner Experimente (an Hunden) in folgender Weise zusammen („Blätter f. klin. Hydrotherapie“, 1901, Nr. 1 und 2): Thermische Reize üben thatsächlich, nicht nur indirect durch die gleichzeitigen Veränderungen in anderen Organen, sondern auch direct durch Veränderung des Volumens der Lymphgefäße selbst einen Einfluß auf die Lymphbewegung aus; thermische Reize von niedriger Temperatur contrahiren diese Gefäße, solche von hoher Temperatur dilatiren sie.

Der Grund dieser Veränderungen liegt im Nervensystem, indem die Lymphgefäße ebensolchen Einflüssen unterliegen wie die Blutgefäße, d. h. dem Einflusse vasomotorischer Nerven, welche, auf reflectorischem Wege durch thermische Reize von niedriger Temperatur erregt, eine Contraction dieser Gefäße, durch thermische Reize von hoher Temperatur eine Dilatation derselben hervorrufen.

Die vasomotorischen Nerven der Lymphgefäße sind mit den entsprechenden Nerven der Blutgefäße nicht identisch, bezw. es ist ihr activer Zustand von den Circulationsverhältnissen unabhängig.

Diese Resultate sind vor allem von theoretischer Bedeutung, doch lassen sie sich auch praktisch verwerthen.

Die theoretische Bedeutung beruht auf dem Beweise für das Vorhandensein von vasomotorischen Nerven der Lymphgefäße; von praktischem Werth ist der dadurch erhaltene Fingerzeig, wie wir vorzugehen haben, wenn es sich um eine Stimulirung und Beschleunigung sowohl der allgemeinen wie auch der localen Lymphbewegung handelt.

B.

Literarische Anzeigen.**Die Anschauungen über den Mechanismus der spezifischen Ernährung. (Das Problem der Wahlanziehung.)** Von Dr. Max Neuburger. Leipzig und Wien, 1900, Franz Deuticke.

NEUBURGER, einer unserer besten jüngeren Schriftsteller, dem das Wort in der schönsten Form zur Verfügung steht, bietet uns in dem vorliegenden Buche eine interessante Darstellung eines der dunkelsten Gebiete der medicinischen Geistesgeschichte. Er führt uns durch die Umgestaltungen, welche das Problem der nutritiven Wahlanziehung seit dritthalb Jahrtausenden erfuh, er zeigt uns, wie die Veränderung der Erkenntnißmittel und Forschungsmethoden zu vollständigen Umwälzungen der Anschauungen führt, und wie weit wir heute noch, nachdem wir es so herrlich weit gebracht, von der Lösung entfernt sind. Ein Meister der Form, weiß er das große Material, welches er vollständig beherrscht und übersichtlich gruppiert, ansprechend und anregend vorzutragen und dem Leser zu zeigen, daß die Aufgabe der medicinischen Geschichtsschreibung nicht in der Aufzählung trockener Daten, sondern in der lebendigen Durchleuchtung des medicinischen Werdeprocesses liegt. Er gehört zu jenen, die den Lesern etwas Neues zu sagen wissen. F. W.

ihnen die Lösung der Aerztefrage in ihrem Vereine zu verhandeln. Hierbei wollten die Aerzte zwei Bedingungen durchsetzen, und zwar: a) daß Beamte mit mehr als 3200 K Jahreseinkommen dem Vereine nicht als Mitglieder beitreten dürfen; b) daß dem Aerztespersonal ein fixes Einkommen garantirt werde. Diesen Forderungen gegenüber erklärten die Gründer, sie werden diese Bedingungen in keinem Falle einer Verwirklichung entgegenführen und werden trachten, falls sich hier kein Vereinsarzt fände, einen solchen aus der Provinz oder aus dem Auslande zu berufen. Nachdem der Verein keine humanen Zwecke vor Augen hat und Beamte jeder Rangklasse mit noch so hohen Bezügen Mitglieder desselben werden können, hat sich der Aerzteverband veranlaßt gesehen, energischen Vorstoß zu nehmen gegen die schweren Schädigungen, welche dem Aerztstand hier zu erwachsen drohen. In seiner jüngsten außerordentlichen Generalversammlung hat der Verband nun den Beschluß gefaßt, sämmtliche Aerzte zu solidarischem Vorgehen auf-

zufordern, unter keinen Umständen in die Dienste des Vereins zu treten und gegen alle, nicht ausgesprochen humanitären Zwecken dienende Vereine eine Bewegung einzuleiten; den diesen Bestimmungen zuwiderhandelnden Berufsgenossen gegenüber soll der allgemeine Boykott ausgesprochen werden. Mit diesem Mandate entsendete die Generalversammlung ein Executivcomité, dessen Aufgabe es sein wird, den Ansprüchen der Ärzteschaft volle Geltung zu verschaffen. Hoffentlich wird es diesmal gelingen, diese wichtigen Beschlüsse auch durchzuführen. Es wäre dies im Interesse der Budapester Ärzteschaft dringend geboten.

Gegen die Professoren der medicinischen Facultät veröffentlichte ein hauptstädtisches Blatt einen heftigen Angriff wegen der Aufrechterhaltung der naturwissenschaftlichen Fächer, die in der neuen Rigorosenordnung für die Mediciner eliminiert sind, hinsichtlich jener Hörer der medicinischen Facultät, die im laufenden Studienjahr als erstjährige Studenten der Medicin immatriculiert wurden. Das Blatt führte aus, daß die Professoren der Medicin den für diese Prüfungen entfallenden Taxen nicht entsagen wollten und sie deshalb für das laufende Studienjahr in Geltung behielten. Der Universitätssenat veröffentlicht nun eine Erklärung in dieser Angelegenheit und führt aus, der Angriff sei ungerecht und unrichtig, weil die Aufrechterhaltung der Prüfungen auf einer Verordnung des Unterrichtsministers basiere und die Prüfungstaxen überdies den Professoren der philosophischen Facultät zukommen.

Der Localverband der Bistritzer Aerzte hat einen bemerkenswerthen Beschluß gefaßt. Er hat nämlich an die Aerzte Ungarns einen Aufruf gerichtet, sie mögen mit Rücksicht auf die kommenden Wahlen eine Bewegung einleiten, die den Zweck habe, für den Reichstag Aerzte zu candidiren, wo Aussicht auf Erfolg ist, und die Abgeordnetencandidaten anzueifern, die ärztlichen Standesangelegenheiten zu fördern.

Die Centrale des ungarländischen Apothekervereins hat an das Ministerium für innere Angelegenheiten ein Memorandum gerichtet, in welchem die Errichtung von Apothekerkammern verlangt wird.

In Anerkennung ihrer Verdienste um die Pariser Weltausstellung wurde dem Rector der Veterinär-Akademie Dr. F. HUTYRA die Allerhöchste Anerkennung, dem balneologischen Verein, den DDr. M. PEKAR, OTTO PERTIK und L. UDRANSZKY Dank und Anerkennung ausgesprochen. Dr. L. TOTH wurde in Anerkennung seiner Verdienste auf dem Gebiete des medicinischen Unterrichtswesens durch Verleihung des Eisernen Kronenordens III. Classe ausgezeichnet. Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber eine **neue Befestigungsart von Verweilkathetern** berichtet EUGEN WARSCHAUER („Monatsh. f. Dermat.“ — „Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 7). Derselbe hat einen kleinen Ansatz nach Art des Pavillons der Metallkatheter construiren lassen, welches, circa 5 Cm. lang, vorn konisch zulaufend, aus Nickel hergestellt, an der breiteren Oeffnung vier Metallringe hat. Nach Einführung des Katheters in die Blase wird derselbe am Orificium kurz abgeschnitten; das konische Ende des Ansatzes wird in das Lumen des Katheters eingeführt. Die durch die 4 Ringe gezogenen Bänder werden mit einem breiten Heftpflasterstreifen am Penis befestigt. Die größere Oeffnung des Ansatzes wird entweder mit einem Metallstopfen verschlossen, oder an derselben ein Gummischlauch zum Ableiten des Urins angebracht.

— Zur **Therapie des Cancroid** sprach LASSAR in der Berliner medicinischen Gesellschaft. Er stellte eine Dame vor, die ein über linsengroßes Epitheliom in der Haut der Nase gehabt und therapeutisch asiatische Pillen à 1 Mgrm. bekommen hatte. Sie nahm mehrere Monate hindurch in ansteigender und absteigender Quantität, alles in allem 1000 Stück, so daß in dieser Zeit 1 Grm. arsenige Säure incorporirt wurde. Von den ersten Wochen der Beobachtung an ließ sich eine fortdauernd zunehmende Schrumpfung und Resorption des Geschwulstknötchens wahrnehmen. Schließlich gelangte dasselbe vollständig zum Verschwinden und ist fortgeblieben, ohne eine erkennbare Spur zu hinterlassen.

— Das Wesen und die **Behandlung der Alopecie** bespricht JACQUET („Ann. d. Derm. et de Syph.“ — „Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 7). Seiner Meinung nach ist die Alopecie keine Krankheit für sich allein, sondern nur ein einzelnes Symptom einer den ganzen Körper beherrschenden Trophoneurose. Zunächst hat er festgestellt, daß das Ausfallen der Haare von allerlei krankhaften Symptomen der verschiedensten Organe vorausgegangen, begleitet und gefolgt wird. Energisch weist er die Theorie der parasitären Entstehung der Alopecie zurück. Es handelte sich vielmehr um eine Hypotonie, d. h. eine Verringerung des normalen Gewebstonus an den befallenen Hautpartien. Was die Behandlung der Alopecie anlangt, so muß infolge dessen nicht nur die locale Affection behandelt werden sondern der ganze Organismus. Local kann man von der Anwendung aller Antiseptica absehen und sich mit Massage der erkrankten Hautstellen begnügen, um eine Hyperämie dieser Stellen zu erzeugen. Anschließen an die Massage kann man Epilation und Bürsten mit harten, in eine spirituöse Flüssigkeit getauchten Bürsten. Die Allgemeinerkrankung kann man beheben durch Hydrotherapie, Untersagung aller Ueberanstrengungen, Aufregungen etc., durch Klimawechsel u. s. w.

— Bei **Neuralgia trigemini** wendet CAMPBELL („Frauenarzt“, Dec. 1900) folgende Medication an:

Rp. Ammon. chlorat. 3·0
Tinct. Gelsemii gtt. VII
Extr. Glycyrrhizae liq. 4·0
Aq. q. s. ad 30·0
M. D. S. Jede Stunde ist eine solche Dose zu nehmen bis zum Verbrauch von 3 Dosen.

— Vor einiger Zeit veröffentlichte SIMON („Zeitschr. f. klin. Med.“ — „Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 7) die Resultate seiner Untersuchungen über den **Einfluß des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion**. Er kam zu dem Resultat, daß Schwitzen die Magensaftsecretion herabsetzt und demgemäß sich therapeutisch bei Hyperacidität und Hypersecretion verwerthen lasse. Auf RIEGEL's Veranlassung hat EDEL die Untersuchungen SIMON's nachgeprüft. Es ergab sich in dem nach dem Schwitzen ausgeheberten Magensaft kein Unterschied gegen den vorher gewonnenen. Die Ergebnisse SIMON's konnten also nicht bestätigt werden.

— Die **Therapie bei Syphilis congenita** besteht („Der Kinderarzt“, Bd. 12, H. 1) in Schmiercur; ist diese nicht durchführbar, in Sublimatbädern (0·5—1 Grm. Sublimat auf ein Bad), Bestreuen der Condylome mit Calomel, Bedecken der Geschwüre mit grauem Pflaster oder Präcipitatsalbe. Nach Verschwinden der luetischen Symptome Verabfolgung von

Rp. Sol. Kal. jodat. 1·0:100·0
D. S. 3—4 Kaffeelöffel täglich oder
Syr. ferr. jodat.
3mal täglich 10 Tropfen.

— Ueber **Sapolan** berichtet FRITZ LESSER („Therapie der Gegenwart“, 1900, Nr. XI). Sapolan ist eine schwarzbraune, nur in nächster Nähe etwas nach Ichthyol riechende Salbe, die sich sehr leicht in die Haut verreiben läßt. Sie besteht aus 2½ Theilen einer speciell extrahirten und fractionirt destillirten Rohnaphtha, 1½ Theilen Lanolin und 3—4% wasserfreie Seife. Sie nähert sich in ihrer Wirkungsweise und Zusammensetzung den Thierpräparaten, unterscheidet sich aber von diesen im Wesentlichen dadurch, daß sich nie eine störende Reizwirkung constatiren ließ. Unleugbar günstig ist seine Wirkung beim acuten und chronischen Ekzem, bei Impetigo contagiosa, Prurigo, Pruritus und Hautjucken jeder Art. L. verwendet Sapolan in Form einer 10%igen Pasta.

— Ueber die **Einwirkung des Sidonal bei Gicht** schreibt MYLIUS („Therap. Monatsh.“, 1900, Nr. 12) Folgendes: In der acuten Form der Gichtanfalle, welche früher 3—4 Wochen bis zur Wiedergenesung in Anspruch nahmen, pflegte schon nach etwa 4 Tagen bei dem Gebrauche von 5—8 Grm. des Mittels pro Tag eine derartige Besserung einzutreten, daß die Patienten das Bett verlassen und ohne fremde Beihilfe Gehversuche ohne größere Schmerzen vornehmen und beim Weitergebrauche des Sidonal — aber nur in der kleineren Dosis — nach 7—8 Tagen sich als hergestellt betrachten konnten. Außer der Linderung der Schmerzen

konnte in allen Fällen eine in die Augen fallende Abkürzung des Verlaufes der Krankheit und der Gebrauchsunfähigkeit der Glieder constatirt werden. In der chronisch verlaufenden Gicht war ebenfalls eine nach Verabreichung des Sidonal sofort eintretende Verminderung aller lästigen Beschwerden zu constatiren, und schon nach wenigen Tagen fühlten die Patienten sich wieder hergestellt, nachdem die Anschwellungen und die Schmerzen verschwunden, sogar lange bestehende Tophi kleiner geworden waren.

— Folgende **Salipyrinverordnungen** empfiehlt die „Pharm. Ztg.“ Die einfachste Darreichungsform sind die Tabletten zu 1 Grm. oder Pulver zu 1 Grm., 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen. Kranken und Kindern, welche eine Abneigung gegen Pulver oder Tabletten haben, pflegt man Salipyrin in folgender Schüttelform zu verordnen:

Rp. Salipyrin	6'0
Glycerini	14'0
Syr. Rub. Idaeii	30'0
Aqu. dest.	40'0
M. D. S. $\frac{1}{2}$ —1stündlich 1 Eßlöffel voll.	

Neuerdings ist auch folgende Vorschrift als außerordentlich zuverlässig empfohlen worden:

Rp. Salipyrin	3'0
Liqu. ammon. acet.	20'0
Tinct. Aconiti	2'0
Aqu. dest.	40'0
Succ. liquirit.	5'0
M. D. S. stündlich 1 Kaffeelöffel voll.	

Bei Fällen monorrhagischer Beschwerden empfiehlt sich folgende Mischung:

Rp. Salipyrin,	
Kal. bromat. aa.	10'0
Aqu. dest.	120'0
Cognac.	
Syr. cort. Aurant. aa.	30'0
M. D. S. täglich 2—4mal 1 Eßlöffel voll.	

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXIII.

Abtheilung für Chirurgie.

GIORDANO (Venedig): Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Leberabscesse.

Vortr. hat 72 Abscesse der Leber — eine Krankheit, die nicht nur in heißen Ländern, sondern auch als Intoxication bei Alkoholikern vorkommen kann — operirt. Es waren meist Erwachsene zwischen 30—50 Jahren. Der Eiter war in 58·4% der Fälle steril, in 20·7% enthielt er ämoboide Formelemente, in 9·6% nur das Bacterium coli und pyogene Mikroben. Die explorative Punction des Abscesses hat keinen Werth. Es ist nur Laparotomie in Frage zu stellen. Von seinen 72 Kranken sind 42 geheilt, 30 gestorben.

MORESTIN (Paris): Der Krebs der Wange.

Der Wangenkrebs ist ziemlich häufig. Prädispositionssitze sind die Lippen, die Zunge und der Mundboden. Selten dagegen sieht man ihn sich auf die Schleimhaut des Gaumens oder auf das Gaumensegel ausbreiten. Unter 12 Kranken hatte M. nur eine einzige Frau. Die meisten waren Raucher, alle Kranken hatten schlechte Zähne. Bei den meisten Kranken war die Neubildung schon so weit vorgeschritten, daß es nicht mehr möglich war zu eruiren, ob Leukoplakien auf der kranken Wange vorhanden waren. Meist begann die Krankheit in der Furche zwischen Backe und Zahnfleisch, bei zweien in dem Winkel zwischen oberer und unterer Zahnreihe. Nicht selten fanden sich in der Nachbarschaft der Neubildung Abscesse, die, sei es, daß sie sich von selbst öffneten, sei

es, daß sie sich spontan öffneten oder incidirt wurden, sich nicht mehr schlossen und von den neoplastischen Sprossen ausgefüllt wurden. Gewöhnlich ist der Krebs der Wange indolent, solange bis entzündliche Erscheinungen auftreten. Die Perforation der Backe ist ein schweres Symptom; ihr folgt gewöhnlich bald darauf die Kachexie. Häufig sieht man, daß der Ductus Stenonianus sich in der Mitte der carcinomatösen Vegetationen öffnet, und daß er dann von einer aufsteigenden Infection verschont bleibt, ein Umstand, der wohl auf den dauernden Speichelausfluß zurückzuführen ist, der diesen Ausführungsgang säubert. Die Prognose des Wangenkrebse ist stets eine sehr ernste. Er entwickelt sich in einigen Monaten, und sehr schnell ist er soweit vorgeschritten, daß er sich der operativen Behandlung entzieht. Im Allgemeinen wird man heute mit dem Tumor zusammen gleich den Unterkiefer und die submaxillären Drüsen fortnehmen. Von seinen 12 Kranken hat M. 5 operirt; die anderen waren inoperabel. Von diesen fünf ist einer noch an demselben Tage gestorben. Die übrigen 4 haben die Operation ganz gut ertragen. Den einen von ihnen hat er aus dem Gesicht verloren. Die anderen 3 haben ein Recidiv bekommen und sind 3—8 Monate nach der Operation zugrunde gegangen.

LE FORT (Lille): Experimentelle Fracturen der Gesichtsknochen, besonders des Oberkiefers.

Vortr. zeigt die ROENTGEN-Photographien dieser Fracturen, deren äußere Zeichen, trotzdem sie manchmal recht ausgedehnt waren, nicht zu erkennen sind. Die Knochenverschiebungen und die Beweglichkeit der Bruchstücke sind relativ selten gewesen.

Die Verletzungen der Gesichtsknochen haben die Tendenz, die Schädelbasis durch einen großen Spalt von der Nasenwurzel bis zum Foramen occipitale zu trennen.

Der Stoß, der die Mitte des Gesichts trifft, sei es von vorn nach hinten, von oben nach unten oder von unten nach oben gehend, läßt die Backenknochen gewöhnlich intact, die dann am Schädel festbleiben, während nur die mittlere Partie des Gesichtes nachgibt.

Vortr. geht dann auf die Einzelheiten der fracturirten Knochen ein mit genauer Beschreibung der Fragmente.

SEVEREANU (Bukarest): Ueber eine neue Methode der Oberkieferresection.

Sie besteht darin, daß man den transversalen Schnitt DIEFFENBACH'S mit der verticalen Schnitfführung von MAISONNEUVE verbindet. Für Vortheile dieser Schnitfführung hält er, daß das Operationsfeld größer, die Narbe fast unsichtbar ist. Was die Resection des Nerv. infraorbitalis anlangt und die Frage, ob nach der Durchschneidung desselben auch eine Anästhesie der correspondirenden Gesichtshälfte eintritt, so würde das nach der Meinung des Vortr. nicht schwer ins Gewicht fallen. Nichtsdestoweniger hat er jedesmal nach Möglichkeit den Nerv geschont und nie hat er eine Störung in der Thränenabsonderung gesehen. Während er zuerst an nicht chloroformirten Pat. operirt hat, hat er doch später die TRENDLENBURG'sche präventive Tracheotomie und die Operation am herabhängenden Kopfe vorgezogen.

CUNÉO und VEAU (Paris): Ueber die Pathogenie der gemischten parabuccalen Tumoren.

Nach ihren Untersuchungen ist die glanduläre Theorie der französischen sowohl wie die bindegewebige der deutschen Forscher für sich allein unzureichend, die Pathogenese dieser Tumoren zu erklären. Die Untersuchungen von Embryonen haben den Beweis geliefert, daß diese Geschwülste stets Mischformen darstellten, weder rein bindegewebiger, noch rein epithelialer Natur.

MORESTIN (Paris): Ueber einen Speicheltumor der Parotisgegend.

M. beobachtete bei einem Kranken eine Erweiterung der Speichelgänge der Parotis. Doch war es keine Cyste, denn diese sind geschlossen, während der Inhalt dieses Tumors unter dem leichtesten Druck in den Mund floß. Auch war es keine von den Dilatationen, die sich an eine chronische Entzündung anschließen oder die durch irgend ein Hinderniß am Ausführungsgange her-

vorgerufen werden, denn dieser war vollkommen durchgängig und kein Fremdkörper konnte in ihm nachgewiesen werden. Die Geschwulst bestand aus reinem, flüssigem Speichel. Schließlich trat, was nicht zu vermeiden war, eine Infection ein und M. machte eine Incision. Er war sehr erstaunt, auf keinen Hohlraum mit eigener Wandung zu stoßen, beschränkte sich auf Auslöftung und Chlorzinkätzung, unter deren mehrmonatlichen Anwendung schließlich Heilung eintrat.

PÉRAIRE (Paris): Trepanation wegen alter Verletzungen des Schädels.

Votr. citirt 2 interessante Fälle, in deren erstem es sich um eine Verletzung des Schädels 7 Jahre vor der Operation handelte. Der Kranke bot das Bild schwerer Encephalitis. Die Operation legte einen Absceß frei, nach dessen Entleerung und Drainage schnelle Heilung eintrat. Im 2. Falle verursachte eine Revolverkugel die Gehirnerscheinungen, die nach der Extraction aufhörten. Der Fremdkörper saß 12 Jahre an seinem Platze, ohne Erscheinungen zu verursachen.

CODIVILLA (Bologna): Ueber die Technik der Craniotomie.

Votr. präsentiert ein Craniotom und den Schädel eines kleinen Mädchens, welches 1½ Jahre nach der Craniotomie an allgemeiner Tuberculose gestorben ist, um die Vorzüge seines Craniotoms an ihm zu zeigen, die darin bestehen, daß es eine lineare Incision in den Knochen ohne Substanzverlust macht. Das Princip dieses Craniotoms besteht darin, daß ein kleines Stahlmesser durch mehrmaliges, kräftiges Hinüberführen in derselben Linie eine Furche in den Schädel schneidet und ihn dann nach 6—10 Zügen vollständig durchtrennt.

NANU (Bukarest): Die temporäre Craniektomie bei Gehirnabscessen.

Votr. erzählt die Krankengeschichte eines Falles von Gehirnabsceß, ausgehend von einer rechtsseitigen, eitrigen Otitis interna, in welchem er zuerst eine Aufmeißelung des Warzenfortsatzes vornahm, als er aber hier nicht auf Eiter stieß, die temporäre Craniektomie anschoß und durch Punction einen Absceß im Schläfenlappen aufdeckte. Nach Entleerung desselben schloß er die Wunde bis auf eine kleine Oeffnung im hinteren Winkel, durch welche er ein Drainrohr einführte. Es trat vollkommene Heilung ein. Er empfiehlt die temporäre Craniektomie wegen des großen Ueberblicks.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse.“)

Académie de médecine.

DELORME: Chirurgische Behandlung des Mastdarmvorfalles.

Bericht über drei Patienten, bei welchen der Mastdarmvorfall mit Ausschneidung der Mastdarmschleimhaut und Annäherung des freien Schleimhautrandes rings um den Anus behandelt wurde; zwei Pat. wurden vollständig geheilt und sind seit achtzehn, bezw. zehn Monaten recidivfrei. Auch während des Defécationsactes ist bei ihnen kein Anzeichen von Mastdarmvorfall nachweisbar. Der Sphincter zeigt normales Contractionsvermögen, auch ist keine Narbe in der Umgebung des Afters oder an diesem selbst nachweisbar. Die Abtragung der Mastdarmschleimhaut, die bisher nur bei einfachen Schleimhautvorfällen angewendet wurde, ist auch für solche Fälle angezeigt, wo der Prolaps sich auf alle Schichten der Mastdarmwand erstreckt. Die Operation ist besonders bei Kindern und jugendlichen Individuen angezeigt, weil hier die Gewebe ganz besonders günstige Bedingungen zur Heilung bieten. Die Abtragung allzu großer Partien der Schleimhaut ist bei der Operation zu vermeiden. Bei Prolapsus genügt, selbst in jenen Fällen, wo es zur Invaginationbildung gekommen ist, die Abtragung eines 20—30 Cm. langen Theiles der Mastdarmschleimhaut. Die hier besonders wichtige Nachbehandlung besteht in vollständiger Immobilisation der Aftergegend bis zur eingetretenen Ver-

narbung. Dies wird durch einen entsprechend angelegten Oclusivverband erzielt, wobei auch für möglichste Immobilisirung der unteren Extremitäten Sorge zu tragen ist. Da es darauf ankommt, die Stuhlentleerung durch einige Tage hintanzuhalten, so ist knappe Diät und Opiumdarreichung angezeigt, so lange, bis Vernarbung erzielt ist; auch soll man dem Pat. die Erlaubniß zu gehen erst längere Zeit nach der Operation ertheilen.

CRIVELLI: Behandlung der Trunksucht.

Da die Behandlung der Trunksucht mit dem Blutserum von Thieren, welche durch längere Zeit alkoholisiert wurden, sich nicht bewährt hat, so wendet Votr. gegenwärtig ausschließlich die Strychninbehandlung an. Dieselbe besteht darin, daß zunächst 2mal täglich je 3 Tropfen einer 1%igen Lösung von schwefelsaurem Strychnin injicirt werden. Man steigt dann jeden Tag um 2 Tropfen so lange, bis die ersten Vergiftungserscheinungen eintreten, was gewöhnlich erst bei einer Dosis von 24—28 Tropfen pro die der Fall ist. Man geht dann successive mit der Dosis herab, bis die Anfangsdosis erreicht ist.

Société médicale des hôpitaux.

DUPRÉ: Morbus Basedowii, vergesellschaftet mit Sklerodermie und Tetanie.

Zunächst sind bei dem Pat. die Erscheinungen des Morbus Basedowii aufgetreten, später gesellten sich die Erscheinungen der Sklerodermie, und zwar am 4. und 5. Finger beider Hände, sowie an der Stirn- und Nasengegend hinzu, zuletzt traten Erscheinungen von Tetanie, auf beide oberen Extremitäten beschränkt, auf. Die Anamnese ergibt, daß der Pat. hereditär belastet ist, indem beide Eltern an hochgradigem Alkoholismus litten, er selbst zeigt ausgesprochene physische und psychische Degenerationsphänomene. Die Vergesellschaftung von Morbus Basedowii und Sklerodermie ist wiederholt beobachtet worden und durch die Affection der Schilddrüse erklärbar. Die Sklerodermie ist gleich dem Myxödem eine Hautveränderung thyreogenen Ursprunges, wobei erstere gleichsam den Gegensatz der letzteren darstellt und beide durch eine verschiedenartige Störung der Schilddrüsensecretion zu erklären sind. Die Vergesellschaftung von Morbus Basedowii und Tetanie ist höchst selten, doch zeigen die Erfahrungen hinsichtlich der Cachexia strumipriva, daß das Auftreten von Tetanie in innigem Zusammenhang mit der Function der Schilddrüse steht.

NETTER: Heilbarkeit der Meningitis cerebrospinalis suppurativa.

Votr. hat bis nun 7 Fälle von Heilung eitriger Meningitis im Kindesalter beobachtet. In allen Fällen ergab die Lumbal-punction eitriges Sediment der Cerebrospinalflüssigkeit und im Eiter, meist extracellulär, den WEICHELBAUM'schen Meningococcus. Klinisch waren Nackenstarre, Augenmuskelparesen, Hauteruptionen die wichtigsten Symptome. Die Krankheitsdauer der geheilten Fälle war variabel, z. B. in einem Fall 2 Wochen, dagegen in einem anderen Falle 3 Monate. Die Heilung ist in diesen Fällen dem Gebrauch warmer Bäder (38—40°) zuzuschreiben, welche Tag und Nacht alle 3—4 Stunden wiederholt wurden. Die Dauer jedes einzelnen Bades betrug 20—30 Minuten. Die Bäderbehandlung ist sowohl bei der suppurativen als auch bei der serösen Form der Meningitis indicirt. Auch die Lumbal-punction wirkt, wenn mehrmals wiederholt, heilsam, gewöhnlich sind bei den späteren Punctionen die Diplokokken nur spärlich nachweisbar. Auf kräftige Ernährung ist besonderes Gewicht zu legen. Die besprochene Behandlungsmethode hat von 11 Fällen 7 (= 63%) geheilt.

Société de dermatologie et syphiligraphie.

BARTHELEMY: Behandlung des Epithelioma faciei nach der Methode von CERNY und TRUNECK.

Der Pat. zeigte 17 Epitheliome im Gesicht, am Kopf und an einzelnen Stellen der Brust, welche gegenwärtig sämtlich vernarbt sind. Die Mehrzahl der Epitheliome wurde nach der

Methode von CERNY und TRUNECEK behandelt, bestehend in alle 2 Tage wiederholter Beträufelung der Epitheliome mit einer Lösung von arseniger Säure, zunächst 1 : 150, dann 1 : 100. Die Epitheliome der Kopfhaut hatten bei dem Pat. bereits auf die Schädelknochen übergreifen. Unter dem Einfluß der Arsenbehandlung fand vollständige Abstoßung der erkrankten Knochen-schichten statt, woran sich die Vernarbung der Substanzverluste unmittelbar anschloß.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

R. Accademia medica di Roma.

S. DE SANTIS: Beitrag zur Kenntniß der infantilen Hirnsklerosen.

Votr. verfügt über eine Beobachtung eines mikrocephalen Kindes, das im 2. Monate an Marasmus starb. Intra necropsiam fand man Mikrocephalie, Erweiterung und Ausfüllung der Ventrikel mit einer gelblichen, durchscheinenden Flüssigkeit, die Hemisphären auf 5 Mm. Dicke reducirt. Die Hirnsubstanz in frischem Zustande normal gefärbt, weich, auf dem Schnitte graue und weiße Substanz nicht abgrenzbar. Nach Färbung mit WEIGERT gelangte S. zur Diagnose Leptomeningitis, Meningoencephalitis chronica, sicherlich nicht syphilitischer Natur, Atrophie der nervösen Elemente und mangelhafte Entwicklung der markhaltigen Fasern, Hyperplasie der Zellen und Fasern der Neuroglia. Die Veränderungen lassen sich als Form diffuser Sklerose, zugleich mit umschriebenen sklerotischen (miliaren) Herden qualificiren, durch Agenesie der nervösen und Hyperplasie der neuroglösen Elemente.

PACCIONI: Ein epibulbäres Sarkom.

Der Fall betraf ein 12jähriges Kind. Der Tumor saß im oberen, inneren Sector, überschritt den Aequator und blieb nur wenige Millimeter von der Cornea entfernt. Der Tumor wurde exstirpirt; da bisher keine Recidive eintrat, wird das Auge vielleicht zu erhalten sein.

G. D'URSO: Metallische Nearthrose des Ellenbogengelenkes.

Votr. demonstirt radiographische Bilder einer vor 17 Monaten wegen Schlottergelenkes ausgeführten Nearthrose im Ellbogengelenke. Die Kranke ist vor 14 Monaten, 3 Monate nach der Operation, bereits einmal vorgestellt worden. Mit zunehmendem Gebrauche ist das Gelenk immer schlotteriger geworden, so daß vielleicht eine erneute Operation nothwendig sein wird.

FORTUNATI: Zwei Fälle von Heilung der Netzhautabhebung.

Die beiden Fälle sind von besonderem praktischen Interesse, weil sie die Möglichkeit der Heilung der furchtbaren und häufigen Krankheit erweisen und auffordern, ein Reizmittel zu finden, das, eine adhäsive Entzündung bewirkend, die Retina neuerdings an die Chorioidea fixirt und jedwedes erneute Abheben von der Aderhaut wirksam verhindert.

R. Università di Medicina di Torino.

PINNA PINTOR: Ein Fall von primärem Epithelioma cylindricum der Vagina.

Der Fall betraf eine 55jährige, unverheiratete Nullipara, die seit einigen Monaten an brennenden Schmerzen und geringen Blutungen der Genitalorgane gelitten hatte. Votr. fand an der vorderen Blasenwand, ungefähr 2 Cm. hinter der Urethramündung, eine flache, wenig erhabene, leicht blutende, fungöse Vegetation. Nach Exstirpation und mikroskopischer Untersuchung fand man unter der Decke von Pflasterepithel im submucösen Bindegewebe eine areoläre, wie adenomatöse Neuproduction, die aus einem Geflechte von papillenförmigen Gebilden bestand und von einer oder mehreren, mehr oder weniger atypischen cylindrischen Epithellagen bekleidet war. Sie schloß in ihrem Innern zahlreiche Cavitäten

ein, so daß eine glanduläre Structur zustande kam. Das Bemerkenswerthe in diesem Falle ist der Befund der Proliferation von cylindrischem Epithel in der Vagina, wo de norma nur Plattenepithel existirt. Votr. discutirt verschiedene Hypothesen zur Erklärung dieses seltenen Befundes, seine Abstammung von dem GÄRTNERschen Ductus, Residuen des WOLFF'schen Canales. Vielleicht entstand die Geschwulst durch typische Proliferation einer Gruppe anomaler Drüsen der Vaginalwand.

FORNACA: Pneumonie und Pleuritis.

Votr. lenkt die Aufmerksamkeit auf die relative Häufigkeit von eitriger, primärer oder Pneumonien complicirender Diplokokken-Pleuritis im April d. J. Er konnte aus dem Exsudate in Reinculturen den FRAENKEL'schen Diplococcus züchten, zumeist mit bemerkenswerther Virulenz, auf die auch der schwere Verlauf der Krankheit zurückzuführen ist. In drei Fällen solcher primärer Pleuritis war der Anfang brüsk — wie sonst bei Pneumonie — unter Seitenstechen, Frostschauder, plötzlicher Temperatursteigerung. In derartigen Fällen ist sofortige Thorakotomie indicirt, die allein den Krankheitsverlauf in günstigem Sinne zu beeinflussen vermag.

GUERRA: Eine neue Methode des Gallenfarbstoff-Nachweises im Harn.

Man bringt in eine Eprovette einige Cubikcentimeter reiner Salzsäure und fügt einige Tropfen Eisenchloridlösung hinzu. Nach Ueberschichtung des Harnes bildet sich an der Grenze beider Flüssigkeiten ein grüner Ring.

Man säuert den Harn stark mit HCl an und fügt einige Tropfen einer 10%igen Eisenchloridlösung hinzu. Wo die letztere eintritt, nimmt der Harn allmähig Grünfärbung an. Bei Urobilintritt ein brauner Ring auf. Votr. behält sich hierüber noch weitere Untersuchungen vor.

VINAI und VIETTI: Der Einfluß der Hydrotherapie auf den Stoffwechsel.

Die Untersuchungen geschahen in Bädern, die von 35° C. auf 10° C. abgekühlt wurden, sowie vor und nach Douchen von 10° C. Die Autoren sahen, daß an Tagen, wo der Körper thermischen und mechanischen Einflüssen der beschriebenen hydrotherapeutischen Maßnahmen unterworfen wurde, sich der Stoffwechsel in deutlicher Weise änderte. Das Eiweiß der Nahrungsmittel schwand rascher, es trat vermehrte Harnstoffbildung ein, die Gesamtstickstoffausscheidung nahm relativ und absolut zu, ebenso auch die Ausscheidung der Phosphate, Chloride und des Ammoniaks. Auch die Diurese änderte sich, doch zeigte sie bloß Oscillationen, deren Bedeutung gering schien.

BATTISTINI und ROVERE: Der Gebrauch von Kohlensäurebädern nach der Methode und den Indicationen SCHOTT'S.

Die Beobachtungen umfassen 12 Fälle und 2 Fälle von Herzschwäche nach Typhus, 1 Fall von Basedow, ein angeborenes Vitium (Offenbleiben des Ductus Botalli), 5 Fälle von Mitralaffection, 3 Aortenfehler, davon einer mit Mitralfehler, einer mit Angina pectoris complicirt. In zwei Fällen bestand Incompensation. Die Bäder wurden unterschieden in schwach und stärker salzhaltige sowie in kohlensäurehaltige; ihre Temperatur sank in der mittleren Zeit von 10 Minuten von 34° auf 28°. Die Bäder wurden im Allgemeinen gut vertragen, nur in einigen Fällen traten in den ersten Augenblicken und nach den ersten Bädern lästiges Herzklopfen, Depressionsgefühl und Arrhythmie ein. Bei dem Kranken mit Aortenfehler und Angina pectoris trat der Anfall einmal im Bade auf. Alle Kranken gaben an, daß ihre Athmung während und nach dem Bade freier wurde.

Unmittelbarer Effect. Abnahme der Zahl der Pulsschläge um 12—20 Schläge, durch Stunden anhaltend, günstige Beeinflussung von Arrhythmien, zumal der Mitralfehler, Zunahme der Größe und Völle des Pulses, in der Mehrzahl der Fälle Zunahme des Blutdrucks (RIVA-ROCCI). In manchen Fällen folgt den ersten Bädern Drucksenkung mit folgendem, progressivem Ansteigen. Zwischen Blutdruck und Pulsfrequenz besteht kein Zusammenhang. Asthma cardiale wird durch ein einzelnes Bad nicht, vielmehr erst im Verlaufe einer ganzen Cur beeinflußt. In frischen Fällen wird

die Diurese günstig beeinflusst, schwere Fälle bleiben in dieser Beziehung unverändert.

Die Athmung wird im Bade tiefer und verlangsamt.

Im allgemeinen, behaupten die Votr., werden Mitralfehler günstig, Fälle von Angina pectoris ungünstig beeinflusst. Das Bad ist eine Gymnastik des Herzens und des vasomotorischen Apparates (SCHOTT); daher werden die ersten Bäder schlecht, die folgenden immer besser vertragen. Concentration, Temperatur, Dauer des Bades müssen dem Einzelfalle entsprechend abgestuft werden.

BOSIO und FERRIO: Die Entstehung des doppelten Geräusches in der Cruralis.

Die Votr. fanden, daß nach Anlegung einer ESMARCH'schen Binde in manchen Fällen in der Schenkelbeuge das DUROZICZ'sche Phänomen erscheint, doch nur bei Individuen mit Aorteninsuffizienz, bei denen es sonst nicht nachweisbar ist. Sie studirten dann die Sphygmogramme der Cruralis unter normalen Verhältnissen während des Anlegens der elastischen Binde und während Digitalcompression im oberen Drittel des Schenkels und fanden im letzteren Falle eine enorme Vergrößerung der Rückstoßelevation, die nach Anlegen der Binde fehlt. Da nun die Fingercompression, welche die secundären Elevationen vergrößert, die Entstehung des Doppelgeräusches nicht begünstigt, ist es nicht zulässig zu folgern, daß dasselbe durch Rückstoß und nicht durch die Dikrotie zustande kommt.

FORNACA LUIGI: Ueber typhöse Mastitis.

Im Anschlusse an Typhus abdominalis war bei einer 40jährigen Frau beiderseitige Mastitis aufgetreten. Die Affection der Mammae begleitete ein Krankheitsrecidiv und erneute Temperatursteigerung. Durch Probepunction wurde der Bacillus EBERTH in Reincultur erhalten.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 15. März 1901.

J. SÜSS berichtet über einen Fall von endogener Infection mit Tetanus. Die Obduction eines unter schweren Tetanussymptomen verstorbenen Kranken, bei welchem angeblich keine äußerliche Verletzung stattgefunden hatte, wies acuten Magenkatarrh und die Anwesenheit von Tetanus- sowie Buttersäurebacillen im Magen- und Darmschleime nach. Die Literatur führt zwei ähnliche Fälle an.

S. POLITZER demonstriert ein durch Operation gewonnenes Präparat von Gravidität bei Uterusfibrom. Das vollkommen intacte Ei ist nahe dem Muttermunde inserirt und ganz in Fibrommassen eingebettet. Bei Weiterentwicklung des Eies wäre es wahrscheinlich zum Abortus oder zur Ausbildung einer Placenta praevia gekommen.

S. EHRMANN: Ueber die Hautveränderungen bei Morbus Addisonii und einigen toxischen Erkrankungen.

Die Pigmentirung tritt bei M. Addisonii zuerst an denjenigen Stellen auf, welche schon von Natur aus mehr Pigment aufweisen (Haut des Genitale, Brustwarzen), oder welche vielfachen thermischen und irritativen Einflüssen ausgesetzt sind. Das Pigment findet sich in eigenen Pigmentzellen der Cutis und der unteren Schichten der Epidermis. Die Pigmentzellen der Haut haben im Embryo denselben Ursprung wie die Bindegewebszellen, sind aber mit ihnen nicht identisch. Beim Menschen finden sie sich nur in der Cutis und Epidermis, bei Thieren auch an der Unterfläche der ersteren. Bei Morbus Addisonii findet man ferner in der Cutis Anhäufungen von polygonalen oder runden Zellen mit bläschenförmigem Kerne; diese Zellen entstehen durch Degeneration von Lymphocyten und Leukocyten unter dem Einflusse eines toxischen Agens. Das nämliche histologische Bild wie bei M. Addisonii zeigt die Haut auch bei Infections- und Intoxicationserkrankungen, so

z. B. bei Syphilis und Arsenmelanose. Die Pigmentzellen stehen in normalen und pathologischen Verhältnissen nicht unter dem Einflusse von Nerven, ausgenommen die Pigmentzellen der Retina. Bei Psoriasis nigra finden sich die Pigmentzellen nur in der Cutis und werden in die Epidermis bloß vorgeschoben. Das Pigment (Melanin) der Pigmentzellen (Melanoblasten) wird durch den Lebensproceß dieser Zellen, welche sich auf Reize hin vermehren können, erzeugt; in diesem Pigmente ist Eisen nicht nachweisbar; das Pigment stammt in letzter Linie wahrscheinlich aus dem Blute.

Die Färbung fehlt bei M. Addisonii auf der Flachhand und an der Kopfhaut, weil erstere überhaupt keine Melanoblasten hat und dieselben in letzterer an die Haarzwiebel gebunden sind, weshalb auch die Haare bei M. Addisonii dunkler werden können, während der Haarboden normal gefärbt bleibt. Bezüglich der Hauterscheinungen bei M. Addisonii ist ein Einfluß des Nervensystems nicht anzunehmen; das Bild ist das gleiche wie sonst bei toxischen Erkrankungen.

G. Alexander weist darauf hin, daß im Labyrinth und am N. olfactorius das Pigment in nahe Beziehungen zu den Nerven trete.

S. Ehrmann erwidert, daß das Pigment in diesen Fällen nur die Nerven begleite, daß aber eine functionelle Verbindung beider nicht nachgewiesen sei.

E. Spiegler meint, so manche klinische Thatsache weise auf die Abhängigkeit der Pigmentbildung von Nerveneinflüssen hin, so z. B. der Umstand, daß auf Druck einer Bruchbandpelotte zuweilen nicht nur an der gedrückten Stelle, sondern auch an der symmetrischen Partie der anderen Körperseite das Pigment schwinde, ferner die Vergrößerung der Naevi während der Schwangerschaft.

M. Kaposi hält den Standpunkt E.'s für zu exclusiv. Die Zellen des Rete Malpighii bilden physiologisch aus sich selbst Pigment, welches durch Hyperämie vermehrt werden kann. Die durch Vesicantien hervorgerufene Hautfärbung, welche an normaler Haut jahrelang bestehen bleibt, schwindet an vitiliginösen Stellen rasch. Für nervösen Einfluß bei der Pigmentbildung spreche das schnelle Auftreten des Chloasma bei Gravidität und das Verschwinden desselben post partum.

I. Neumann ist der Ansicht, daß pathologisches Hautpigment außer in den vom Votr. beschriebenen Melanoblasten noch in Rundzellen in diffuser Form und in Bindegewebszellen in Körnchenform vorkomme.

S. Ehrmann erwidert, daß in Rundzellen als Pigment Hämosiderin, aber nicht Melanin vorkomme. An vitiliginösen Stellen sind die Melanoblasten abgestorben, deswegen kann sich dort keine bleibende Pigmentirung etabliren. Bei niederen Thieren, deren Eier Pigment enthalten, findet sich das Pigment primär in der Epidermis, bei Thieren mit pigmentlosen Eiern nur unter der Epidermis, in welche es erst später hinaufgeschoben wird. Die Pigmentirung bei Gravidität könne ebenso eine toxische Ursache haben wie die hiebei beobachteten Erytheme, das Hautjucken etc. Bei der Syphilis werden Melanoblasten einerseits vermehrt, andererseits zerstört. Selbstverständlich müssen auch die Melanoblasten, wie alle lebenden Zellen des Körpers, unter nervösem Einflusse stehen, doch ist bisher ein directer Zusammenhang zwischen Nerveneinfluß und Pigmentbildung nicht nachgewiesen worden.

Notizen.

Wien, 16. März 1901.

(Pensionirung der Abtheilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten.) Den Primärärzten der nicht klinischen Abtheilungen und Institute der Wiener k. k. Krankenanstalten ist eine unerwartete Osterbescheerung zutheil geworden. Wie amtlich verlautbart wurde, haben die Bestimmungen über die Pensionsbehandlung des Lehrpersonals in den vom Staate erhaltenen Anstalten in Zukunft auch für die Abtheilungs- und Institutsvorstände der Wiener staatlichen Krankenhäuser zu gelten. Es ist mithin jeder Vorstand, der das 70. Lebensjahr zurückgelegt hat, von amtswegen mit seinem ganzen zuletzt genossenen Gehalte und mit Beibehaltung einer ihm etwa zukommenden Personalzulage in den Ruhestand zu versetzen. Ferner können Vorstände, welche das 65. Lebensjahr zurückgelegt haben, ebenfalls in der vorbezeichneten Art (über Antrag der Direction des betreffenden Krankenhauses) in den Ruhestand versetzt werden. — Die Gleichstellung der Primärärzte mit den Mitgliedern des Lehrkörpers bezüglich der Begrenzung ihrer amtlichen Thätigkeit besitzt zweifelsohne volle Berechtigung; sie sind ja nicht nur die Leiter ihrer Abtheilungen, sondern auch die Lehrer ihrer Subalternärzte, oder sollen es doch sein; der Gerechtigkeit hätte es entsprochen, bei diesem Anlasse den Primärärzten auch jene Gehaltsstufe zu gewähren, welche

ihrem Range zukommt, während sie derzeit nach der nächst niedrigen Gehaltsstufe besoldet werden, und die volle Dienstzeit mit 30 (statt mit 40) Dienstjahren zu bemessen, wie den klinischen Vorständen. — Infolge der sofort ins Leben tretenden neuen Bestimmungen werden im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten die primärärztlichen Stellen einer internen und zweier chirurgischer Abtheilungen demnächst zur Erledigung gelangen.

(Aus dem Central-Ausschuß des „Verbandes der Aerzte Wiens“.) Der Centralausschuß macht die Aerztekammer auf die Gründung eines Subcomités (für Kranken- und Invaliditätsversicherung) im socialpolitischen Ausschusse des Abgeordnetenhauses aufmerksam und ersucht sie dringlichst, diesem Comité die Wünsche der Aerzteschaft in geeigneter Form zu unterbreiten. — Der Staatsbeamten-Casino-Verein gibt ein Lieferantenverzeichnis heraus, worin auch Aerzte, welche den Mitgliedern Begünstigungen gewähren, angeführt werden. Die Organisation sieht in einer solchen Ankündigung ein incollegiales und incorrectes Vorgehen und ersucht die Wiener Aerzte, eine Einladung zu einer Ankündigung in einem derartigen Verzeichnisse ablehnend zu beantworten, bezw. eine etwa bereits gegebene Zustimmung ehestens zurückzuziehen. — Der Verband macht die Collegen auf die in Baden bei Wien zwischen der dortigen Bezirkskrankencasse und den Aerzten bestehenden Differenzen aufmerksam und erwartet von den Wiener Collegen, daß sie den Badner Aerzten nicht in den Rücken fallen werden. — Die Wiener Aerztekammer wird ersucht, mit den Volksversicherungs-Instituten, in erster Linie mit der Gesellschaft „Allianz“, bezüglich der ärztlichen Honorirung in Unterhandlung zu treten und diesen Instituten mit Rücksicht auf die sociale Wichtigkeit der Ausdehnung der Versicherung auf die breiten Schichten des Volkes entgegenzukommen, bezw. von den für die reguläre Versicherung geltenden Bestimmungen ausnahmsweise abzugehen und vielleicht den bisherigen Volksversicherungs-Tarif von K 1.— und K 3.— vorbehaltlich zu acceptiren. — Der Centralausschuß erklärt, rückhaltslos auf dem von der allgemeinen Aerzteversammlung den Meistercassen gegenüber eingenommenen Standpunkte zu verharren, und ersucht die Wiener Aerztekammer, daß sie in stricter Befolgung dieses Standpunktes in entschiedener Weise ehestens gegen jene Aerzte ehrenrätlich einschreite, welche dagegen handeln. — Der Verband lehnt die Beschäftigung mit der Frage eines von der Gesamtheit der Wiener praktischen Aerzte zu gründenden billigen Sanatoriums ab, weil eine solche Gründung nicht im Interesse der Aerzteschaft gelegen sei. — In der Angelegenheit der Abgrenzung des Wirkungskreises der Consiliar- und Specialärzte, namentlich gegenüber den gewöhnlichen praktischen Aerzten, legt Dr. J. WEIS ein ausführliches Referat vor, welches dem Drucke übergeben und dann mit einem Fragebogen den Einzelvereinen des Verbandes zur Begutachtung und Durchberatung zugesandt werden wird. — Der Centralausschuß macht auf die außerordentlich wohlthätige Institution des Krankenvereins der Aerzte Wiens aufmerksam und fordert zum Beitritte auf. (Obmann: Dr. ADOLF KLEIN, Wien III.)

(Ein Vorschlag zur Melioration der Sanitätsorganisation Böhmens) ist von dem „Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen“ in Form einer Resolution erstattet worden. Er lautet: In jedem politischen Bezirke wird ein Bezirkssanitätsrath eingeführt, aus dem Bezirkshauptmanne, dem Bezirksarzte, einem von den Districts- und Gemeindeärzten des Bezirkes gewählten Vertreter, einem Vertreter der Aerztekammer und je einem Vertreter jedes Sanitätsdistrictes und der selbständigen Sanitätsgemeinden bestehend. Der Bezirkssanitätsrath ist die dem Gemeinde- und Districtsarzte vorgesetzte Behörde, welche denselben durch die Gemeindevertretungen die allgemeinen sanitären Aufgaben zuweist, ihre Berichte entgegennimmt, das Präsentationsrecht bei Besetzung ausübt und die Ernannten beedigt. Der Landessanitätsrath wird aus einer consultativen in eine dem Landeschulrathe entsprechende Behörde verwandelt; demselben gehören außer den bisherigen Mitgliedern durch die Aerztekammer gewählte Vertreter der Gemeinde- und Districtsärzte an. Der Landessanitätsrath ernannt auf Grund der Präsentation die Districts- und Gemeindeärzte,

ist die oberste Disciplinarbehörde auch für die Aerzte in Städten mit eigenem Statut, muß aber vor Einleitung jeder Disciplinarverhandlung die Aerztekammer von derselben verständigen. Die Armenbehandlung ist gleichmäßig zu regeln. Dem Bezirksarzte fällt ausschließlich die Ueberwachung des Sanitätsdienstes, nicht die selbständige Durchführung desselben zu.

(Schulärzte.) Aus Breslau wird uns geschrieben: Eine neue Institution, deren Segen unseren Kindern und kommenden Geschlechtern in reichem Maße zutheil werden wird, dürfte binnen kurzem bei uns erstehen. Es sollen nämlich demnächst in den Schulen unseres Landes Schulärzte angestellt werden. Als Bewerber werden nur Aerzte zugelassen, die entweder eine hygienische Staatsprüfung bestanden oder an einem hygienischen Universitätskursus für Aerzte theilgenommen haben. Zunächst sind 25 Schulärzte in Aussicht genommen, von denen jeder etwa 2000 Schüler zu beobachten haben wird. Sämmtliche schulpflichtigen Kinder sollen bei ihrer Aufnahme einer allgemeinen Untersuchung seitens des Schularztes unterzogen, für die kränklich befundenen Kinder ein Ueberwachungsbogen angelegt und in diesen die monatlichen Untersuchungsbefunde eingetragen werden; eine ärztliche Behandlung der Kinder ist damit natürlich nicht verbunden.

(Auszeichnung.) Der praktische Arzt in Wien Dr. JOSEF KAUDERS hat den Titel eines Regierungsrathes erhalten. — Der Gemeinde- und Badearzt Dr. WASSING in Bad Gastein erhielt das Ritterkreuz des königl. belgischen Leopoldordens, der Curarzt in Meran Dr. JULIUS VENINGER das Ritterkreuz I. Cl. des königl. Württemberg'schen Friedrich-Ordens.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Die diesjährige ordentliche Generalversammlung findet Montag, den 18. März, Abends 7 Uhr, im Sitzungssaale des Collegiums I., Rothenthurmstraße 19, statt.

(Aerztlicher Verein des XX. Bezirkes.) Im jüngsten Wiener Gemeindebezirke hat sich ein ärztlicher Verein constituirt. Als Obmann desselben fungirt Dr. G. JENKNER, als Obmann-Stellvertreter die DD. PICHLER und SCHÖNPFUG.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Am 8. d. M. ist hier die 22. Versammlung der Deutschen balneologischen Gesellschaft eröffnet worden. Aus Oesterreich nahmen u. A. daran Theil: Regierungsrath Prof. Dr. WINTERNITZ, Prof. Dr. KISCH (Marienbad), Dr. OESTERREICHER (Karlsbad). Als Präsident fungirte LIEBREICH, als Vicepräsident WINTERNITZ.

(Die Aerztekammer für Mähren) hat eine Zuschrift des mährischen Landesauschusses, in welcher die Aerzte Mährens aufgefordert wurden, sich bei der neubegründeten „Lebensversicherungsanstalt“ der Markgrafschaft Mähren versichern zu lassen, dahin beantwortet, daß sie selbst gegen die üblichen Provisionsgebühren die Vermittlung zwischen Versicherungsanstalt und Aerzten übernehmen wolle. Im Falle der Landesauschuß auf diese Propositionen eingeht, sollen die aus diesem Verhältnisse entspringenden Einkünfte zu einem Fonds gesammelt werden, welcher zur Erleichterung der Prämienszahlungen für arme und dürftige Collegen zu dienen hätte.

(Alkoholgenuß der Kinder.) Anlässlich des bevorstehenden VIII. internationalen Congresses gegen den Alkoholismus haben die Lehrer in den Volks- und Bürgerschulen Wiens Erhebungen zu pflegen, wie viele Schüler und Schülerinnen jeder einzelnen Classe zu Hause regelmäßig alkoholische Getränke (Wein, Bier oder Branntwein) erhalten und wie viele Kinder ein solches Getränk noch nie genossen haben. Das Resultat der Erhebungen wird in eine eigens dazu beigelegte Tabelle eingetragen, in welcher die Schulkinder nach Altersstufen gesondert sind. Mehr als die Hälfte aller Schulkinder hat angegeben, daß sie zu Hause alkoholische Getränke erhalte. Der Antialkoholisten-Congreß wird uns darüber belehren, ob auch andere Großstädte so erschreckende Verhältnisse aufzuweisen haben.

(Eine Antialkoholisten-Preisschrift.) Aus Prag erfahren wir: Die hierortige czechische Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege hat einen Preis von 100 K für die beste volkstümliche Schrift „Ueber das Wesen und die schädlichen Wirkun-

gen der geistigen Getränke auf die menschliche Gesundheit und über die Schutzmittel gegen den Alkohol“ ausgeschrieben. Die prämierte Arbeit, welche den Umfang von zwei Druckbogen nicht überschreiten soll, geht in das Eigenthum des Vereins über, welcher dieselbe in Druck legen wird. Der Einreichungstermin endet am 31. März 1901. Die Arbeiten sind, mit einem Motto versehen, an den Vorsitzenden des Vereins Dr. ZAHOR einzusenden.

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. März 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7324 Personen behandelt. Hievon wurden 1469 entlassen; 145 sind gestorben (8.98% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, egypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 61, Scharlach 90, Masern 305, Keuchhusten 40, Rothlauf 39, Wochenbettfieber 3, Röheln 6, Mumps 83, Influenza 19, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 839 Personen gestorben (+ 45 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Neunkirchen der k. k. Oberbezirksarzt Dr. JOSEF RAUCHEGGER, im 57. Lebensjahre; in Karlsbad der dortige Badearzt Dr. W. SPITZER im Alter von 38 Jahren; in Sarajevo der Primararzt des bosnisch-hercegovinischen Landesspitals Docent Dr. OTTO Edler v. WEISS, ein hervorragender Vertreter seines Faches, gleich geachtet als Arzt und als Mensch, im 44. Lebensjahre.

Der Chinosolfabrik Franz Fritzsche & Co. in Hamburg U, welche seinerzeit die deutschen Expeditionen des Rothen Kreuzes zur Verwundetenpflege im Transvaalkriege ausgerüstet hatte, wurde folgendes Zeugniß zugestellt.

Kiel, den 31. Januar 1901.

Der Chinosolfabrik Franz Fritzsche & Co.

Hamburg

bestätige ich hiermit auf ihren Wunsch, daß dieselbe den unter meiner Oberleitung im Kriege der Boeren-Republiken gegen die Engländer 1899/1900 ausgesandten Hilfsexpeditionen der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz in freigelegter Weise eine große Zahl von Chinosoltabletten zur Verfügung gestellt hat. Diese Tabletten wurden von uns hauptsächlich zur Herstellung von Gurgelwässern, Desinfection der Hände von Aerzten und Pflegepersonal bei der Pflege ansteckender Kranker und Desinfection der Abgänge von solchen benutzt. Die Mitführung und Anwendung der Tabletten war eine recht bequeme, für den Feldgebrauch geeignete. Auch ist mir bei der genannten Anwendung derselben kein Fall aus unseren verschiedenen Lazarethen bekannt geworden, in welchem etwa die durch das Chinosol bewirkte Desinfection sich als für den praktischen Gebrauch ungenügend erwiesen hätte, oder Aerzten, Pflegern oder Kranken die Anwendung des Chinosols nachtheilig gewesen wäre.

(gez.) Dr. MATTHIOLIS.

Eingesendet.

Zur Laienmassage.

Wenn wir von den Enunciationen der Aerktekammer, daß „die Ausstellung ärztlicher Zeugnisse an Laien über deren Befähigung zur selbständigen Ausübung ärztlicher Verrichtungen, sowie die Empfehlung von Laien (Zahn-technikern, Masseuren) oder von Personen, die gesetzlich nicht zur Praxis berechtigt sind“, unzulässig sind, absehen, insoweit es sich um die Wahrung der Standesehre und des Standesbewußtseins handelt, so muß jedermann rückhaltlos zugeben, daß die Ausbildung und Empfehlung von Laienmasseur den ärztlichen Stand wirtschaftlich außerordentlich schädigt, weil dadurch den ohnedies schwer um ihre Existenz ringenden Aerzten ein Gebiet ihrer Arbeit entzogen, bezw. eingeschränkt und noch dazu eine unberechtigte und unreelle Concurrenz geschaffen wird.

Man sollte meinen, daß diese Erwägungen allgemein anerkannt würden. Nicht doch!

Vor Kurzem wurde mir von einem Badearzte ein mit einem Kronenstempel geschmücktes und stampigirtes „Zeugniß“ gezeigt, womit der Privatdocent für Chirurgie Dr. FIEBER einem gewissen Herrn Johann P. bestätigt, daß er „an dem von ihm geleiteten Ambulatorium für Massagebehandlung im k. k. allgemeinen Krankenhause zu Wien durch längere Zeit mit großem Eifer als Masseur thätig gewesen ist“. Das Zeugniß ist datirt vom 8. Mai 1900.

Daraus erhellt, wenn es auch nicht offen ausgesprochen ist, daß an der Wiener Universität, bezw. im klinischen Krankenhause, von berufener oder unberufener Seite Laien in einem Zweige der praktischen Heilkunde unterrichtet werden, was unter Umständen einer Vorschubleistung der Curpfuscherei gleichkommt.

Es wäre interessant zu wissen, ob diese Vorlesungen und Curse für Laienmassage abgehalten werden mit Wissen und im Einverständnis des Decanates und des Professoren-Collegiums der medicinischen Facultät, der Direction des k. k. allgemeinen Krankenhauses und des Vorstandes jener Klinik, wo dieses Ambulatorium Gastfreundschaft genießt.

Es ist nicht recht anzunehmen, daß von derselben Seite aus, von der die Aerzte herangebildet werden, auch deren — sit venia verbo — Concurrenten gezüchtet werden, und es steht zu erwarten, daß der bloße Hinweis auf das Ungehörige solcher Vorkommnisse genügt, deren endgiltige Abstellung herbeizuführen.
Dr. F. STEINER.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 20. März 1901, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).

Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

- I. Demonstrationen.
- II. Dr. H. GOLDMANN: Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium sulfo-ichthyolicum und Creosotum carbonicum.
- III. Dr. RICH. HOFMEISTER: Medico-Aesthetical.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect des Apothekers H. Nanning in Haag über ein neues **Stomachicum, Extractum Chinae Nanning**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Ekhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

TROCKEN-HEISLUFT-APPARATE

System Dr. Reittler

fabricirt

J. ODELGA k. u. k. Hoflieferant

WIEN, IX/3, Garnisongasse 11.

Vide Preiscurant vom 1. April 1900, pag. 186.



Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Westpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der inneren Klinik des Hofrathes Prof. Dr. EDUARD Ritter v. KORCZYŃSKI in Krakau. Ueber den Einfluß der Gewürze auf die Magenthätigkeit. Vorläufige Mittheilung. Von Doc. Dr. LUDOMIL R. v. KORCZYŃSKI. — Ueber den Zusammenhang zwischen psychischer Verstimmung und chronischer Verstopfung. Von San.-Rath Dr. L. FÜRST in Berlin. — Ueber Conjunctivitis scrophulosa. Von Doc. Dr. L. MÜLLER. — **Referate.** KÖNIG (Berlin): Erkrankungen des Hüftgelenks. — THEODOR S. FLATAU (Berlin): Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege. — OTTO SEITZ (München): Ueber primäres Scheidensarkom Erwachsener. — ERNST FRIEDLAENDER (Berlin): Zur Kenntniß der Stramoniumvergiftung. — WIENER (Chicago): Zur Behandlung der Patellarfracturen. — BYCHOWSKI: Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie. — MAAG (Nästved): Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes. — **Literarische Anzeigen.** Erkrankungen der Gefäße. Von Prof. L. v. SCHRÖTTER. — Atlas und Grundriß der orthopädischen Chirurgie für Studierende und Aerzte. Von Dr. A. LÜNING und Dr. W. SCHULTHESS. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Naftalan. — „Nährstoff Heyden.“ — Zur Behandlung des Abdominaltyphus mit Kreosotal. — Aspirin. — Ueber mit Duotal geheilte Fälle von Lungenschwindsucht. — Dormiol. — Ichthargan und Ichthoform. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXIV. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Wiener medicinischer Club.** (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der inneren Klinik des Hofrathes Prof. Dr. Eduard Ritter von Korczyński in Krakau.

Ueber den Einfluß der Gewürze auf die Magenthätigkeit.

Vorläufige Mittheilung.

Von **Doc. Dr. Ludomil R. v. Korczyński.**

Es ist wohlbekannt, daß die Thätigkeit des Magens während der Verdauungsperiode, sowohl die secretorische wie auch die motorische, mehreren Factoren untersteht. Sie kann unter anderem durch die Qualität, Quantität und den Wärmegrad der Nahrungsmittel beeinflusst werden, sie verläuft anders in der Ruhe wie während der Arbeit, unterliegt in wechselndem Grade den nervösen Factoren, kann schließlich durch Arzneimittel und mehrere andere Substanzen beeinflusst werden, die, obwohl sie nicht für Medicamente im strengen Sinne des Wortes gehalten werden dürfen, doch keine indifferenten Körper sind und folgerichtig auf den Magen irgendwie einwirken können. Es sind dies nämlich die verschiedenartigen Zusätze, die bei Zubereitung oder beim Genuß der Speisen verwendet werden, und die man mit dem gemeinschaftlichen Namen „Gewürze“ belegt hat.

Unsere Kenntnisse über ihren Einfluß und ihre Bedeutung für den Organismus sind einstweilen recht spärlich. Wir wissen zwar, daß sie in der Mundhöhle als Reizmittel wirken, die Speichelabsonderung befördern, daß sie in gewissen Grenzen den Appetit, nach BOUVERET auch die fragliche Resorption im Magen anregen. Wir sind aber noch immer im Unklaren darüber, wie die Gewürze auf die Verdauung selbst wirken, ob und inwiefern sie die secretorischen und motorischen Leistungen des Magens, die Intestinalverdauung, die Resorption

des verarbeiteten Speisebreies und schließlich den gesammten Stoffwechsel beeinflussen. Mit allen diesen Fragen hat sich bis jetzt die experimentelle Pathologie recht wenig befaßt. Und doch sind sie belangvoll nicht nur vom theoretischen, sondern auch vom rein praktischen Standpunkte, in Berücksichtigung nämlich des allgemein verbreiteten Genußes der Gewürze.

Von klinischer Seite erfahren wir darüber auch wenig Sicheres. Es läßt sich dies den Worten jener Autoren entnehmen, die sich über die Frage geäußert haben. JAWORSKI¹⁾ z. B. schreibt in seinem wohlbekannten Handbuche folgendermaßen: „Was den Genuß der Gewürze anbelangt, so darf man weder für, noch gegen denselben auftreten. Die jüngeren Autoren empfehlen die Gewürze gegen die secretorische Magenschwäche, in der Meinung, daß dieselben die Absonderung des Magensaftes anregen können. Es ist aber zu bedenken, daß manche derselben, besonders die mehr pikanten, beim längeren Gebrauche völliges Erlöschen der Drüsenthätigkeit, ja sogar den Catarrhus mucosus herbeiführen können.“ Ganz ähnlich äußert sich darüber FLEINER.²⁾ Andere Autoren, wie PEL³⁾, PENZOLDT⁴⁾ gehen nicht näher auf die Frage ein, muthmaßlich gerade aus dem Grunde, weil sie zur Zeit einwandfrei noch nicht beantwortet werden kann.

Ich habe es mir nun zur Aufgabe gemacht, der Sache näher zu treten und durch klinische Experimente einiges Licht, vor Allem auf die Frage über den Einfluß der Gewürze auf die Thätigkeit des Magens zu verschaffen, um später successive auf andere Fragen einzugehen.

¹⁾ JAWORSKI, Handbuch der Magenkrankheiten und der speciellen Diätetik. Krakau 1899.

²⁾ FLEINER, Krankheiten der Verdauungsorgane. Stuttgart 1896.

³⁾ PEL, Die Krankheiten des Magens. Handbuch d. prakt. Med. Bd. II, Stuttgart 1900.

⁴⁾ PENZOLDT, Allgemeine Behandlung der Magen- und Darmkrankheiten. Handbuch d. spec. Ther. inn. Krankh. Bd. IV, Jena 1896.

Die Arbeit ist kaum in Gang gesetzt worden. Nach Abschluß werden die Experimente und die sich ergebenden Schlußfolgerungen in extenso zur Veröffentlichung gelangen — heute will ich nur in Kürze darüber referieren, was mir die Untersuchung des ersten Falles ergeben hat.

Bei einem der klinischen Patienten — Myelitis chronica —, der sich über keine Magenbeschwerden beklagte, und bei dem die Sondenuntersuchung eine recht geringfügige secretorische und motorische Magenschwäche ergeben hat, wurde der Einfluß der gebräuchlichsten Gewürze (Pfeffer, Kren, Paprika) untersucht. Es hat sich herausgestellt, das dieselben nicht in der Art gewirkt haben, wie es allgemein angenommen wird. Nach keiner der üblichen Probemahlzeiten konnte in dem ausgeheberten Mageninhalt ein höherer Säuregrad ermittelt werden. Im Gegentheil, er wurde mehreremale niedriger gefunden, das Filtrat gab nicht die Reaction auf freie Salzsäure. Nach Hühnerweißprobe kam sogar ein neutral reagirender Inhalt zum Vorschein. Vier Stunden nach LEUBE'S Probemahlzeit, also in jener Zeitperiode, wo die Magenverdauung die intensivste, die Magensaftabsonderung die reichlichste zu sein pflegt, wurde der Mageninhalt schwach sauer, die freie Salzsäure in knapper Menge gefunden. Der Säuregrad war immer niedriger, die freie HCl immer spärlicher nach den Gewürzen als ohne dieselben. Ganz ähnlich wirkten die Gewürze auch auf die Absonderung des proteolytischen Fermentes.

Obne nun näher auf die Details der Magensaftabsonderung unter dem Einflusse der Gewürze einzugehen, will ich nur hervorheben, daß dieselben in dem untersuchten Falle eine deprimirende Wirkung entfalteten. Es ist also nicht statthaft, eine allgemein giltige Regel aufzustellen, daß die Gewürze in jedem Falle secretionsbefördernd wirken, es ist auch nicht statthaft, dieselben ohne weiteres in jedem Falle der secretorischen Schwäche zu empfehlen. Das Gesagte findet auch darin seine Berechtigung, daß eine länger dauernde alltägliche Darreichung der scharfen Mittel eine weitgehende Herabsetzung der secretorischen Kraft, bezw. der Reizempfindlichkeit der Magenschleimhaut hervorgerufen hat. Durch eiskaltes Wasser wurde nämlich der Drüsenapparat keineswegs zur Secretion angeregt; die Probemahlzeiten haben dies nur in ungenügendem Grade gethan. Der letzt erwähnte Befund steht somit vollständig im Einklang mit der allgemein vertretenen Meinung, daß ein fortgesetzter Gebrauch der Gewürze die Verdauung schädigt.

Auf die motorische Kraft schienen die Gewürze günstig zu wirken. Es wird darauf aus dem Umstande geschlossen, daß 7 Stunden nach LEUBE'S Mahlzeit der Magen stets leer gefunden wurde, was ohne die Gewürze nicht der Fall gewesen ist.

Ueber den

Zusammenhang zwischen psychischer Verstimmung und chronischer Verstopfung.

Von **San-Rath Dr. L. Fürst** in Berlin.

Es ist eine alte Erfahrung, die jeder Praktiker aufs neue macht und die von Balneologen oft bestätigt wird, daß zwischen den Functionen des Darms und des Gehirns eine deutliche Wechselwirkung besteht. Wir sehen Patienten, die an chronischer Hyperämie oder Ueberanstrengung des Gehirns leiden, sei es durch zu anhaltende geistige Arbeit oder durch langdauernde Gemüthsaffecte, wie Sorgen, geschäftliche Erregungen, Kummer u. dergl., und die gleichzeitig an einer Retardirung ihrer Darmthätigkeit laboriren. Aber wir sehen jahrelang auch umgekehrt und häufiger diese als das primäre Moment den Organismus schädigen und erst secundär psychische Veränderungen, vor allem depressiven Charakters, sich ausbilden.

Aeltere Aerzte wußten dies sehr gut; sie waren, wenn sie auch von mehr naturphilosophischen Theorien der Nosologie beherrscht wurden, doch ausgezeichnete Beobachter, ja psychologisch vielleicht feiner geschult, als mancher ihrer Epigonen. Sie wußten auch sehr wohl, daß Darmthätigkeit nicht bloß ein locales Interesse und eine Bedeutung für die Verdauung besitzt, sondern daß ihre Folgezustände weit über den Gastrointestinalcanal hinausreichen, zumal aber das Gebiet des Nervenlebens eng berühren. Insbesondere waren die Zustände von Hirncongestionen, von nervöser Reizbarkeit und Verstimmung bei Leuten, die an chronischer Verstopfung leiden, wohl bekannt, und manche therapeutischen Methoden, ableitende Verfahren, Anwendung von Purgantien etc. beruhten auf dieser ganz berechtigten Anschauung. Selbst die Volksmedizin wußte den Werth der Ableitung vom Kopf durch Anregung und Instandhalten der Entleerungen zu schätzen, der gemeine Mann hat von jeher bei „eingekommenem, schwerem Kopfe“, bei „Wallungen“, bei Unlust und Unfähigkeit jeder Denkarbeit Purgantien angewandt, die ihm einen freien Kopf und eine bessere Stimmung, kurz Erleichterung verschaffen. Wenn man auch nicht zuviel auf solche volksthümliche Erfahrungen gibt, so liegt doch kein Grund vor, sie zu unterschätzen; denn sie sind meist einem richtigen Instinct entsprungen.

Aber auch abgesehen hievon, lehrt die ärztliche Erfahrung häufig, daß Störungen der regelmäßigen, genügenden Darmthätigkeit, übermäßig lange Retention von Fäcalsmassen nicht nur örtlich das Gefühl von Schwere und Völle im Unterleib und Circulationshemmungen im Gebiete der Pfortader erzeugen, sondern auch nervöse Erscheinungen, die sich nicht bloß auf etwaige Autointoxication vom Darm aus zurückführen lassen. Wenn man solche Personen, die im allgemeinen noch als vollständig gesund gelten und sich auch noch keineswegs für krank halten, aufmerksam und genügend lange Zeit hindurch beobachtet, so findet man kleine Züge und unscheinbare Symptome, welche die ersten Anzeichen psychischer Alteration darstellen. Die Betreffenden sind reizbar und grillig, dann aber auch wieder apathisch, verstimmt, bisweilen schwermüthig; ihre Frische und Klarheit, namentlich in der Bewältigung geistiger Arbeit, läßt zu wünschen übrig. Sie beobachten sich mehr als nöthig, führen förmlich Buch über ihren Stuhl und berichten über dessen täglichen Stand mit größter Genauigkeit sowie mit einem Ernst, der den Unbetheiligten sonderbar berührt. Neurasthenische Erscheinungen mäßigen Grades treten auf. Dasselbe gilt von leichten hysterischen Symptomen, die sich aber noch auf unmotivirten Stimmungswechsel und auf die Neigung, jede Stimmung zu übertreiben, beschränken können.

Geht man solchen noch nicht ausgesprochenen pathologischen Erscheinungen, wie sie mehr dem praktischen Arzt zu Gesicht kommen als dem Psychiater, auf den Grund, so findet man als ätiologisches Moment in erster Linie die chronische Darmträgheit. Gewiß bestehen daneben noch andere Ursachen, und sicher spielen erbliche Anlagen, Lebensweise, sociale Schwierigkeiten, Arbeitsüberlastung, Mangel geeigneter Erholung, Erwerbssorgen ebenfalls eine Rolle. Aber von klinisch nachweisbarem Einflusse ist doch in erster Linie die Obstipation, ja sie nimmt in der Pathogenese beginnender Nervenleiden eine der ersten Stellen ein. Diese Erscheinung ist praktisch wichtig; denn sie lehrt, daß man solche leichte psychopathische Initialerscheinungen, die noch vorübergehend sind, durch hygienisch-diätetische ableitende Behandlung beseitigen, eine aus ihnen sich anderenfalls allmählig entwickelnde Disposition zu chronischen Psychosen im Keime ersticken kann.

Daß dies richtig ist, geht mir, abgesehen von vielen eigenen Erfahrungen, auch aus denen der balneologischen Collegen hervor, die an abführenden Quellen practiciren und alljährlich, ex juvantibus, die Beobachtung machen, daß Patienten, die mit chronischer Darmträgheit behaftet, verstimmt, energielos, unlustig in den Curort kamen, diesen nach einigen

Hedonal.

FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & CO.,
ELBERFELD.

Unter den bislang bekannten Hypnoticis ist das von Schmiedeberg, von Jacksch u. A. empfohlene, durch seine Harmlosigkeit ausgezeichnete Aethylurethan infolge der zu geringen Intensität seiner Wirkung allmählich wieder verlassen worden. Versuche, durch Substitution anderer höherer Alkoholradikale, an Stelle des Aethyls, ein dem praktischen Bedürfnisse besser entsprechendes Urethan herzustellen, haben schliesslich im

Hedonal,

dem Methylpropylcarbinolurethan, (vom Schmelzpunkt 76°) einen Körper von erheblich stärkerer pharmakodynamischer Wirkung auffinden lassen. *Prof Dreser**) wies durch eingehende pharmakologische Versuche an verschiedenen Tierspecies nach, dass das Hedonal vom Magen aus ungefähr einer doppelten Chloralhydratdosis an hypnotischem Werte gleichkommt, dass es Atmung und Blutdruck nahezu unverändert lässt, die Temperatur nur in tiefer Narkose etwas herabsetzt, die Diurese dagegen, zumal wenn ein Flüssigkeitsvorrat im Organismus vorhanden ist, in bemerkenswerter Weise erhöht.

Für den menschlichen Organismus ist das Hedonal nach den übereinstimmenden Beobachtungen sämtlicher Prüfer (selbst in Gaben bis zu 8 gr.) als vollkommen unschädlich befunden worden, so dass die gebräuchliche Gabe von 2.0 gr. unter Umständen auch unbesorgt überschritten werden kann. Die hypnotische Wirkung tritt gewöhnlich 20—30 Minuten nach der Eingabe des Mittels ein. Der Schlaf hält bei einer Dosis von 2 gr. meist 7—8 Stunden an, ist ruhig, traumlos und erquickend und vor allem ein dem natürlichen gleichwertiger, daher die Patienten aus demselben ohne das Gefühl von Benommenheit erwachen. Die den Urethanen eigentümliche diuretische Wirkung beeinflusst bei richtiger Darreichung des Medikamentes, d. h. mit nicht zu viel Flüssigkeit, die Schlafwirkung in keiner Weise. Irgend welche Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Uebelkeiten, Mattigkeit, treten selbst bei länger fortgesetztem Gebrauche nicht in Erscheinung. Da das Hedonal im Organismus glatt zu Kohlensäure, Wasser und Harnstoff verbrennt, so ist jede cumulative Wirkung desselben ausgeschlossen.

*) Ueber ein Hypnoticum aus der Reihe der Urethane. Vortrag gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in München, September 1899.

Judicationen. Nach den bisher vorliegenden Berichten besteht *währt* das Hedonal bei einfacher, nicht complicierter Schlaflosigkeit, in erster Linie in den leichteren Formen nervöser Agrypnie bei Neurasthenie, Hypochondrie u. s. w. Auch bei Melancholie, Dysthymie, u. a. Depressionszuständen, hallucinatorischer Paranoia, allgemeiner Paralyse erweist es sich meist wirksam; weniger bei Hysterie, wo andere Hypnotica auch im Stich lassen.

In starken Erregungsstadien, bei Manie und Delirien, traumatischer Unruhe, ferner bei Schlaflosigkeit infolge Schmerzgefühls scheint das Mittel in den üblichen Dosen nicht auszureichen. In einem Fall acuter Puerperalpsychose, wo andere Mittel versagt hatten, führte es dagegen prompten Schlaf herbei.

Dosierung und Darreichung. Zur Erzielung eines sicheren Effektes sind in der Regel 1,5—2 gr. Hedonal erforderlich.

Der schwach an Menthol erinnernde Geschmack des Produktes, der von einzelnen Patienten vielleicht unangenehm empfunden werden könnte, macht sich nicht weiter störend bemerkbar, wenn das Mittel **ungelöst**, entweder in Oblaten oder einfach **als trockenes Pulver** genommen und mit einem Schluck Wasser — besser zimmt- oder pfefferminzwasserhaltiger Flüssigkeit — von der Zunge hinuntergespült wird.

Durch diese Darreichungsform wird überdies erreicht, dass die Zeitdauer der schlafmachenden Wirkung des Hedonal um ein Beträchtliches verlängert wird und die schwach diuretische Wirkung, welche bis zu einem gewissen Grade allen Urethanen eigen ist, kaum in Erscheinung tritt.

Sollte indessen doch die Darreichung des Hedonal in Lösung beliebt werden, wie wohl häufig bei Geisteskranken, dann dürfte sich, bei der verhältnismässig geringen Löslichkeit des Hedonal in Wasser (bei 37° zu cr. 1%), wo angängig, für diesen Zweck die Form eines Schlummerpunsch empfohlen, da Alkohol die Lösung unterstützt. In diesem Falle müsste die Flüssigkeitszufuhr beschränkt, d. h. nicht grösser gewählt werden, als sie an den vorangegangenen Abenden als normal erkannt wurde. (Ein Kochen des Hedonal mit wässerigen Flüssigkeiten ist zu vermeiden, da die Verbindung mit Wasserdämpfen flüchtig ist!).

Auch die Applikation per clyisma kann für gewisse Fälle empfohlen werden.

Rp. Hedonal 1,5—2,0
d. t. dos. No. V.
S.: Schlafpulver.

Abends vor dem Zubettgehen 1 Pulver auf die Zunge zu schütten und mit einem Schluck Wasser hinabzuspülen.
(Eulenburg).

Rp. Hedonal 6,0
Spirit. vin. dilut. —
Svr. cinnamom aa 30,0
Öl. carvi aeth. gtt. II

Dos. 1 Esslöffel (= 1,5 Hedonal) zu nehmen.

(Schüller).

Die bis jetzt vorliegenden Publikationen seien im folgenden auszugsweise wiedergegeben:

Aus der Klinik von Prof. Mendel in Berlin. — Dr. Schuster (Dtsch. Med. Wochenschr. 1900, No. 23) hat das Hedonal an 38 Patienten im ganzen 91mal erprobt. Da die Einzelgabe von 1 g. nicht selten im Stich liess, wurde zumeist als Dosis 2 g. gewählt. Aus Zweckmässigkeitsgründen wurde Hedonal nicht in Lösung, sondern in **Pulverform** den Patienten gereicht, mit der Anweisung, einen Schluck Wasser zum Nachspülen zu nehmen. Das Mittel wurde bei organischen und funktionellen Nervenkrankheiten in Anwendung gezogen; ferner in 14 Fällen von Hysterie und 11 Fällen von Hypochondrie und Neurasthenie. Die übrigen Fälle beziehen sich auf Agrypnie aus verschiedenen Ursachen. In keinem einzigen Falle traten irgend welche Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Uebelkeit oder Mattigkeit ein, aber auch in keinem einzigen Falle wurde die Diurese in einer Weise gesteigert, dass dadurch eine Unterbrechung des Schlafes eingetreten wäre. Das Einschlafen geschah meist sehr schnell, längstens nach einer halben Stunde, und der Schlaf war zumeist ein „natürlicher und erquickender“ und betrug durchschnittlich 5–7 Stunden nach einer Dosis von 2 g. Einigemal wurde das Mittel in Dosen von 2 g. in Clysmata gegeben und zwar mit sehr promptem Erfolg.

In einem Falle wurde das Hedonal innerhalb 12 Tagen 10 mal à 2,0 g. gereicht, ohne dass am 10. Tage ein Nachlassen des Effektes constatirt worden wäre. Dass es sich bei der schlafmachenden Wirkung des Hedonal nicht allein etwa um einen suggestiven Effekt handelte, ergiebt sich aus Versuchen, die Verfasser mit einem indifferenten Kontrollmittel anstellte.

Nicht angewandt wurde das Hedonal bei Schlaflosigkeit bedingt durch starke Schmerzen oder Erregungszustände, sondern nur bei der einfachen, nicht complicirten Schlaflosigkeit, wie sie im Gefolge von organischen und funktionellen Krankheiten vorkommen. (

Prof. Eulenburg (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, No. 23) hat in ca 50 Fällen das Hedonal bei Nervenkranken zur Anwendung gebracht. Für gewöhnlich erwies sich 1,0 g. als ausreichend, um die Kranken für die ganze Nacht oder wenigstens für die Zeit von 5–7 Stunden in Schlaf zu versetzen. Bei Patienten, die schon durch langen Gebrauch der verschiedensten Schlafmittel verwöhnt waren, wurde 1½–2 g. gegeben, bisweilen in Combination mit Trional (0,5 Trional und 1,0 g. Hedonal). Das Mittel wurde **ausschliesslich in Pulverform** verabreicht. Als Geschmackscorrigens diente aromatisches Zimmtwasser mit Zusatz einiger Tropfen Orangenöl. Mit einem Theelöffel voll dieser Flüssigkeit wurde das trockene Pulver von der Zunge heruntergespült. Die meisten Patienten mit leichterem, einfach neurasthenischer Agrypnie waren von dem Schlafmittel wenigstens für einige Zeit befriedigt. Ziemlich refraktär verhielten sich die Kranken mit manischen Exaltationszuständen, sowie auch diejenigen, bei denen die Schlaflosigkeit durch heftige Schmerzen bedingt war. Das Hedonal darf demnach als ein „verbessertes“, resp. verstärktes, d. h. in dreifach kleinerer Dosis wirksames Urethan angesprochen werden, das als schlafbeförderndes Mittel namentlich in leichteren Fällen von neurasthenischer Agrypnie selbst verlässlichen und intensiver wirkenden Hypnoticis gegenüber unter manchen Umständen den Vorzug verdient, zumal es offenbar frei von schädlichen Nebenwirkungen ist.

Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf (Geheimrat Dr. Sander), Therapeutische Monatsh. 1900, No. 7. Dr. Nawratzki und Dr. Arndt haben 600,0 g. Hedonal in 320 Einzelgaben, meist 2–3 g. in Pulverform, an 67 Kranke — 40 Männer und 27 Frauen — verabreicht. Die Patienten erwachten meist, wie aus natürlichem Schlafe, ohne Missbehagen. Unangenehme oder gar bedenkliche Nebenerscheinungen wurden nicht

Als besonders bequeme und billige Ordinationsform empfehlen wir unsere Hedonaltabletten à 0,5 g. und 1,0 g. in „Originalpackung“ zu 10, 25, 50, 100, etc. Stück. — Diese Tabletten zerfallen in Wasser leicht pulverförmig.

beobachtet, insbesondere keine Veränderungen des Pulses, der Respiration und der Temperatur, ebensowenig das Auftreten anormaler Harnbestandteile, selbst nicht bei längerer Anwendung, bis zu 16 Tagen hintereinander. Am besten bewährte das Mittel seine hypnotische Wirkung in den Fällen, wo es sich um Unruhen mässigen Grades handelte, bei Epileptikern, Imbecillen, Melancholischen, auch in etwas stärkeren Gaben (3 g.) bei Manischen. Die besten Erfolge zeigten sich bei Schlaflosigkeit der Potatoren. Hingegen verhielt sich das Hedonal, da ihm keine sedative Wirkung bei stärkeren Erregungszuständen zukommt, bei sehr unruhigen Paralytikern und Halluzinanten, ferner bei Hysterie und Schlaflosigkeit auf seniler Grundlage häufig refraktär.

In der letzten Sitzung der *Société de médecine mentale de Belgique* vom 28. April 1900 hat **Dr. Claus** (*La Belgique Médicale* 1900, Nr. 19) in einer vorläufigen Mitteilung die mit Hedonal bei verschiedenen Kranken im „*Asyle de Mortsel*“ gewonnenen Erfahrungen bekannt gegeben. Das Mittel hat sich ihm bei Geisteskranken auch in Fällen starker Aufregung brauchbar erwiesen. Allein es waren hierfür beträchtliche Gaben (4–5 g. pro dosi) erforderlich, die als trockenes Pulver mit einem Schluck Wasser sich indessen leicht nehmen liessen. Diese Mengen waren ganz unschädlich und hätten wohl noch erheblich überschritten werden können, ohne Nebenwirkungen hervorzurufen. Der Schlaf stellte sich nach einer halben Stunde ein und hielt 7–8 Stunden an.

In der Diskussion über diesen Gegenstand teilte auch **Dr. Crocq** die bei seinen ersten Versuchen im „*Asyle d'Uccle*“ erhaltenen Resultate mit. Er hat bisher die Dosis von 1–2 g. nicht überschritten und kann nur bestätigen, dass das Hedonal in den angegebenen Gaben bei nervöser Schlaflosigkeit vorzüglich wirkt, weniger bei Aufregungszuständen, bei denen es dem Trional nachzustehen schien.

Ausserdem liegen noch **Publikationen über Hedonal** vor:

- aus der k. k. II. psychiatr. Universitätsklinik (Prof. Dr. **Freih. v. Kraft-Ebing**) Wien von Dr. **A. Schüller**;
- aus der Rhein. Prov. Heil- u. Pflegeanstalt **Merzig** a. d. Saar (Dr. **A. Gottlob**) von Dr. **Neu**;
- aus der Rhein. Prov. Heil- u. Pflegeanstalt **Grafenberg** b. Düsseldorf (Sanitäts-Rat Dr. **J. Peretti**) von Dr. **Ennen**;
- aus der psychiatr. Abteilung des Ospedale Civico in **Triest** (Prim. Dr. **Canestrini**) von Dr. **E. Menz**;
- aus der I. medicin. Klinik der Universität **Budapest** (Prof. **Frh. v. Korányi**) von Dr. **H. Benedict**;
- aus der Privatheilanstalt für Nerven- und Gemütskranke (Prof. Dr. **Obersteiner**) **Döbling** b. Wien von Dr. **O. Lenz**;
- aus der Prov. Heil- u. Pflege-Anstalt in **Bonn** von Dr. **R. Förster**;
- aus dem Hospice Guislain in **Gent** von Dr. **L. De Moor**.
- aus der k. k. psychiatr. Universitätsklinik (Prof. Dr. **v. Wagner**) Wien von Dr. **E. Raimann**.

Ausführliche Litteratur, sowie Proben stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.

Wochen wie umgewandelt, heiter, kräftiger, lebensfroher verlassen, ein ganz offenbar günstiger Einfluß, welcher neben der Entspannung, Zerstreuung und hygienischen Lebensweise unzweifelhaft der Regulierung der Darmfunctionen zuzuschreiben ist.

Für den Praktiker sind nicht die ausgebildeten Psychosen die Hauptsache, die man sozusagen mit den Händen greifen kann. Denn diese sind Objecte der Anstaltsbehandlung. Ungleich größeres Verdienst kann er sich gerade um die Beachtung und Beseitigung der beginnenden leichteren Beeinträchtigungen der Psyche und um die Prophylaxe ihrer ernsteren Störungen erwerben, indem er durch Entlastung des Gehirns dessen freies Functioniren rechtzeitig hebt, die verminderte Selbstregulierung des Gemüths und die Widerstandskraft des Nervensystems, die manchmal stark gesunken ist, mit einfachsten Mitteln erhöht.

Dennoch bilden sich chronische Psychosen unter einem diese begünstigenden Einflusse chronischer Darmträgheit nach und nach aus, wie ich in einer 35jährigen ärztlichen Thätigkeit nicht selten verfolgen konnte, wenn ich in der Anamnese weiter, auf 1—2 Jahrzehnte, zurückging. Daß eine so lange Zeit vernachlässigte, niemals rationell und radical behandelte Obstipation vorwiegend beim weiblichen Geschlechte sich rächt, habe ich in ganz eclatanten Fällen gesehen. Am häufigsten begegnen uns Depressionszustände, die alle Grade gewisser andauernder Verstimmung und schwerer Melancholie repräsentiren und die im Anschluß an jahrelange Verstopfung sich ausbilden. An diese schließen sich, der Häufigkeit nach, Erscheinungen schwerer Hysterie mit für die Umgebung oft beunruhigenden Symptomen aus der motorischen und sensiblen Sphäre des Nervenapparates. Fast ebenso oft begegnet man Excitationserscheinungen, die sich im Anschluß an langdauernde Agrypnie in Erregungszuständen, hoher Reizbarkeit, unmotivirten Zornesausbrüchen, Streitsucht und selbst Verfolgungsideen äußern. Während die Melancholiker nur durch hypochondrische Anwandlungen belästigt werden, sind die Patienten der letzten Kategorie durch eine zunehmende Unstetigkeit in Erfüllung ihres Berufes, durch Empfindlichkeit und Unliebendigkeit im geselligen Verkehr ausgezeichnet. In einigen scharf charakterisirten Fällen konnte ich im Anschluß an vieljährige Darmträgheit und offenbar durch diese gesteigert, selbst circuläres Irresein und Zwangsvorstellungen sich ausbilden sehen.

Für mich ist nach alledem ein Causalnexus zwischen den örtlichen Verdauungsstörungen und venösen Stasen in der Schädelhöhle, sowie indirect eine Fernwirkung auf Herz, Lunge und Nieren, vor allem aber eine Bethheiligung des Nervensystems nicht zweifelhaft. Ebenso wenig zweifle ich, daß die Disposition zu psychischen Störungen durch anhaltende Darmträgheit und durch chronische Kothstockungen stark erhöht wird.

Daß unter solchen Umständen nur ein sorgfältig individualisirendes Behandlungsverfahren von vorwiegend hygienisch-diätetischem Charakter und mit Benutzung geeigneter physikalischer Heilmittel am Platze ist, war mir nie zweifelhaft. Es ist mir denn auch fast immer gelungen, durch ableitendes Verfahren und Anregung der Darmfunctionen, die ich monatelang mit größter Regelmäßigkeit in Stand hielt, nicht nur die leichteren psychischen Verstimmungen zu beseitigen, sondern auch die Neigung zu chronischen Psychosen auf Jahre hinaus zurückzudämmen. Zunächst muß man allerdings den Darm selbst vom alten Inhalte befreien und ihn dauernd mit Kothstockungen verschonen, zu welchem Zwecke ich mich seit langer Zeit der Bitterwässer, und zwar des altbewährten Hunyadi-János-Bitterwassers von Andreas Saxlehner (Budapest) bediene.

Ich benütze dasselbe seitdem mit wohlbegründeter Vorliebe, weil es, ohne den Magen zu überschwemmen, schon in kleinen Quantitäten (weinglasweise) jeden Morgen nüchtern genommen, seine Wirkung ausübt und der Organismus sich nicht in unliebsamer Weise derart an dasselbe gewöhnt, daß

man zu immer größeren Dosen greifen muß. Auch ist mir die hervorragende Constanz dieses Wassers, sowie das besonders günstige Verhältniß des schwefelsauren Natriums (Glaubersalz) und der schwefelsauren Magnesia (Bittersalz) von Werth. Natürlich habe ich auch pflanzliche Abführmittel, zumal Podophyllin, Senna, Sagrada und Rhamnus frangula vielfach versucht; doch bin ich immer wieder, veranlaßt durch die stets gleichmäßige und kolikfreie Wirkung des genannten, gerade bei psychopathischen Zuständen besonders geeigneten Wassers, zu diesem zurückgekehrt.

Neben dem regelmäßigen Gebrauche des erwähnten Bitterwassers, und zwar auf nüchternen Magen, hat man nichts Medicamentöses nöthig, um die Verdauung, die Fortbewegung der Kothmassen und die dünnbreiige Beschaffenheit derselben zu unterstützen, als reichliches Trinken von frischem, gutem Wasser, eine angemessene Diät (viel saftige, weiche Gemüse, viel gekochte Früchte, fettreiche, caseinarme Milch, dünne Fleischbrühsuppen mit wenig Einlagen) und passende Getränke. Für solche Patienten eignen sich Apfelwein, Weißbier und Moselwein mit natürlichen Säuerlingen besonders.

Ausgezeichnete Wirkung haben ferner, indem sie das Gehirn entlasten: Reiten, mechano-therapeutische Reit- und Ruderübungen, Radeln, vor Allem aber methodische Kaltwasserbehandlung. Wenn irgend etwas den günstigen Einfluß der ableitenden Verfahren auf die Entlastung des Centralnervensystems wirksam unterstützt, thatsächlich einen förmlichen Stimmungswechsel und Umschwung von Dauer bewirkt und beginnende psychische Alterationen günstig beeinflusst, so ist es die Application des kalten Wassers unter ärztlicher Leitung. In Verbindung mit dieser erzielt man durch die geschilderte systematische Abführung überraschend gute, stets dauernde Resultate. Natürlich ist auch eine mehrwöchentliche Cur an alkalisch-muriatischen und alkalisch-salinischen Quellen von hohem Nutzen, denn sie bietet gleichzeitig bei Psychosen angenehme Anregung, mannigfache Abwechslung und neue Eindrücke, Imponderabilien, die gerade bei solchen, durch körperliche Störungen beeinträchtigten, deprimirten oder excitirten Patienten von wesentlich günstigem Einfluß sind. Allein nur der gut Situirte kann sich solchen Wechsel der Lebensweise, und zwar meist nur ein Monat im Jahre, verschaffen; 11 Monate muß er daheim von der Erinnerung zehren, und wenn sich dann die Koprostasen wieder einstellen, sind auch die fatalen psychopathischen Zustände wieder da.

Will man also Dauererfolge bei chronisch Obstruirten und gleichzeitig seelisch oder geistig Leidenden erzielen, so ist eine consequente häusliche Behandlung in der angedeuteten Weise, durch mehrere Jahre fortgesetzt, das sicherste Mittel. Unterläßt man sie, vernachlässigt der Patient seine Darmfunctionen oder unterdrückt er dieselben infolge übermäßiger Beschäftigung, so darf man sich über die Ausbildung chronischer Nervenleiden nicht wundern. Diese sind, wenn man erst darauf achtet, viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Zahlreiche Menschen, die als reizbar, streitsüchtig, grillig, erregt, als deprimirt und melancholisch, als launisch oder sonderbar gelten, bieten zugleich Darmträgheit und Neigung zu Verstopfung dar.

Sie stehen stets an der Grenze der Psychose, sind aber vor einer solchen meist durch Beseitigung des Grundleidens erfolgreich zu schützen.

Ueber Conjunctivitis scrophulosa.

Von **Doc. Dr. L. Müller.**

(Schluß.)

Welcher Art ist nun dieses lebende Gift?

Daß es die Tuberkelbacillen nicht sind, die die Scrophulose bedingen, geht schon aus den in der Einleitung von mir hervorgehobenen Thatsachen hervor. Indessen ist es noch nicht

lange her, wo die Ansicht, daß Scrophulose und Tuberculose identisch ist, allgemein verbreitet war. Ich erinnere an die ausgezeichnete klinische Arbeit von PINS aus dem Jahre 1889. Auch ich war von der Wahrheit dieser Ansicht ganz durchdrungen. Da nun gerade die Conjunctivitis, nämlich die Scrophelknötchen der Conjunctiva und die Geschwürcchen der Hornhaut, eine günstige Möglichkeit darbieten, den Proceß, so lange er noch recent ist (das Alter ist bei kranken Drüsen schwer festzustellen), zu studiren — es bieten ja frische Krankheitsproducte das günstigste Material für bakteriologische Untersuchungen — stellte ich

eigene Versuche,

und zwar nur bezüglich der Tuberkelbacillen an. Ganz frische, dann geschwürig zerfallene Knötchen, die ich abtrug, einbettete und in Schnitte zerlegte, wurden auf Tuberkelbacillen untersucht. Trotzdem ich 25 Fälle genau durchsucht habe, konnte ich nie Tuberkelbacillen finden. Ich habe sodann Hornhautgeschwürcchen mit dem scharfen Löffel abgekratzt und was ich so gewonnen, ebenfalls mikroskopisch auf Tuberkelbacillen untersucht und nie welche gefunden.

Ich habe auch folgendes Impfexperiment, im Ganzen 20mal, ausgeführt: Von Kindern, die vergrößerte Halslymphdrüsen hatten und an multiplen Erscheinungen von Conjunctivitis scrophulosa litten, habe ich solche ausgesucht, die irgendwo im Limbus ein möglichst großes Scrophelknötchen hatten. Dieses Knötchen durfte kein Zeichen von Epithelverlust auf der Kuppe aufweisen. Das Epithel mußte über dem Knötchen vollständig glänzen. Dieses Knötchen habe ich aseptisch abgetragen sammt der zunächst angrenzenden Conjunctiva. Vor der Operation wurde immer sehr reichlich mit steriler Kochsalzlösung abgespült. Durch Einlegung des Elevateurs und Fixirung des Bulbus wurde die Berührung zwischen Knötchen und Lider nach dem Abspülen vermieden.

Die so gewonnenen Knötchen wurden Kaninchen in die Vorderkammer des Auges eingebracht. Der Einstich erfolgte außen oben mit der Lanze sehr schräg durch die Hornhaut. Ein DAVIEL'scher Löffel wurde durch die Oeffnung eingeschoben und auf diesem Itinerarium das Knötchen bis zum Boden der Vorderkammer geleitet. Immer wurde nur ein Auge eines Kaninchens benützt.

In 18 von den operirten Fällen wurde das Knötchen ohne jede weitere Reaction vollständig resorbirt.

In einem Falle trat Panophthalmitis auf: Wundeiterung, die von der Wunde in der Hornhaut ihren Ausgangspunkt nahm, was mit Sicherheit festgestellt werden konnte.

Ein Fall aber verlief ganz ungewöhnlich. Das Kaninchen wurde im Januar 1893 geimpft. Am 20. März (das Knötchen am Boden der Vorderkammer war resorbirt) wurden in der Iris 3 Knötchen sichtbar, die ich für Iristuberkel hielt, weil sie so aussahen. An diese Knötchen schloß sich nun nicht, wie ich erwartete, die Bildung neuer an, vielmehr waren sie nach 4 Wochen vollständig rückgebildet. Die Stellen wo sie gesessen hatten, waren aber weiterhin an ihrem Pigmentmangel erkennbar. Im Mai erkrankte das Thier an Lungentuberculose und ging rasch daran zugrunde, während die anderen Thiere, die im selben Käfig wohnten, gesund blieben.

Mit diesem einen Fall ist nichts anzufangen. Umso weniger, als ich es unterlassen, den Conjunctivalsack des Kindes auf Tuberkelbacillen zu untersuchen und immerhin einige auf dem Limbusknötchen haften konnten. Auch daran muß man denken, daß das Kaninchen vielleicht primär an der Lunge tuberculös erkrankte und secundär erst das operirte Auge als Locus minoris resistentiae, wenn überhaupt die Knötchen in der Iris Tuberkelknötchen waren. Bei der anatomischen Untersuchungskonnte an den pigmentlosen Stellen nur straffes Bindegewebe nachgewiesen werden.

Immerhin würde es sich empfehlen, die Versuche zu wiederholen, wobei allerdings Meerschweinchen und

Kaninchen zu gebrauchen wären. Ich selbst kann die Versuche nicht weiter führen, da ich über ein klinisches Material in genügender Menge nicht verfüge.

Auf jeden Fall würden wir auch durch eine lange Reihe solcher Impfungen (und solcher mit Theilen scrophulöser, tuberkelfreier Drüsen) an verschiedenen Thierarten erfahren, welche Thiere gegen Scrophulose immun sind, welche nicht.

Mit Rücksicht auf die eben genannten Untersuchungen und Versuche können wir uns dahin aussprechen, daß die Conjunctivitis scrophulosa wohl mit dem Tuberkelbacillus nichts zu thun hat.

Uebrigens geht auch aus dem klinischen Verlaufe der Augenkrankung hervor, daß die Affection nichts mit den uns bekannten Erscheinungen der Tuberculose zu thun hat.²⁾

Viel wichtiger aber ist es, daß wir aus den erwähnten Thierexperimenten den sicheren Schluß ziehen können, daß das Scrophelknötchen des Limbus mit pyogenen Keimen in keinerlei ätiologische Beziehung gebracht werden darf.

Die pathologischen Anatomen sehen von den nicht tuberculösen Scropheln einzelne als pyogenen Ursprunges an.

Sicher gibt es eine supraonirte pyogene Infection scrophulöser Drüsen. Ob aber in Zukunft durch pyogene Keime primär bedingte Drüsenschwellungen nicht werden von den eigentlichen scrophulösen Drüsen abzugrenzen sein, ist noch abzuwarten. Ich meine, hier sollte sich der pathologische Anatom, vor allem aber der interne Kliniker an die Erfahrungen der Augenärzte halten, da doch die Conjunctivitis der best charakterisirte Theil der scrophulösen Erkrankungen ist. Die Erfahrungen der Augenärzte meine — eben genannten möchte ich hier betonen — können aber direct die pyogenen Keime als Ursache der scrophulösen Augenentzündung ausschließen.

CORNET ging so weit, alle mit Tuberculose nicht complicirten scrophulösen Erkrankungen als „pyogene Form der Scrophulose“ zu bezeichnen.

In der Beweisführung, warum er dies thut, führt CORNET (pag. 20 der Monographie, letzter Abschnitt) eigentlich nur Befunde bei der „Phlyctäne“ als Beweismittel an, da die anderen Citate: bei gewissen Formen des Ekzems (scrophulösen Formen?), bei multiplen Hautabscessen (ESCHERICH) eigentlich gar nicht passen. Er nennt BURCHARDT, DUCLAUX und BOUGERON, LEBER und SATTLER, STRAUB, die pathogene Keime in „Phlyctänen“ nachgewiesen haben. Im Bericht des ophthalmologischen Congresses von 1897 haben SATTLER und LEBER einen solchen ätiologischen Zusammenhang abgelehnt. BURCHARDT's Versuche verdienen gewiß nicht citirt zu werden. Es hat im Ganzen zwei Fälle untersucht. Beide ergaben selbst bezüglich des Mikrocooccus desidens flavus, den er als Uebelthäter stempelt, verschiedene Resultate. Die Untersuchungen erinnern mich an einen Autor, der auf der Kuppe eines Limbusknötchens eine Laus fand, noch dazu eine lebende. Er hat daraufhin auf Eier untersucht. Ein anderer, viel citirter Autor hat ebenfalls mit negativem Resultat auf Nisse nachgeprüft.

Sie sehen, meine Herren, CORNET ist zu weit gegangen. Wir, vom augenärztlichen Standpunkte, bei alleiniger Berücksichtigung der Conjunctivitis scrophulosa, müssen sogar das Gegenteil als richtig aufstellen: es gibt keine pyogene Keratoconjunctivitis scrophulosa.

Kein verlässlicher Untersucher hat einen Mikroparasiten, der Erreger der Conjunctivitis scrophulosa ist, bis nun finden

²⁾ Ich sah ein einzigesmal im Limbus einen tuberculösen Herd: bei einem 10jährigen Knaben saß ein Knötchen von kaum Erbsengröße im skleralen Gewebe neben der Hornhaut und trieb dünne Schichten der Sklera und die wenig injicirte Conjunctiva entsprechend vor. Es wurde das Knötchen abgetragen. Die anatomische Untersuchung ergab, daß es aus typischen Riesenzellentuberkeln bestand. Auch Bacillen fanden sich in relativ geringer Zahl. Die Enucleation wurde dem Pat. angerathen. Zum Glück war der Vater nicht einverstanden. Die Stelle heilte ohne Ektasie vollständig aus. Ich sah den Pat. 9 Jahre später als ganz gesunden Soldaten.

können. Der Erreger ist also unbekannt. Und wenn wir die *Conjunctivitis scrophulosa* als typische periphere Manifestation der scrophulösen Entzündung auffassen, wozu wir wohl allen Grund haben, dürfen wir weiter sagen, der Erreger der Scrophulose im Allgemeinen ist unbekannt. Wir kennen nur die Erreger der Scrophulose häufig supraponirter Infectionen.

Ich unterlasse es, über die Diagnose zu sprechen, Sie sind erfahrene Praktiker, die Diagnose ist ja so leicht, differentialdiagnostisch ist kaum eine Augenerkrankung zu nennen. Ich übergehe die Prognose, bei deren Stellung die socialen Verhältnisse der Pat. leider eine Hauptrolle spielen, und noch andere Momente. Auf den ophthalmologischen öffentlichen Anstalten³⁾ wird ja vielfach ein 80jähriger Greis mit einseitigem Staare bei fast normalem zweitem Auge zur Behandlung lieber aufgenommen, man hat ja an ihm noch für ein, zwei Jahre eine wandernde Reclame für die Privatpraxis, als ein Kind, dem die Gefahr droht, 80 Jahre hochgradig schwachsichtig durch die Welt zu gehen! Leider geschieht dies auch nicht zu Nutz und Frommen der meisten Schüler dieser Anstalten, denen auf 100 scrophelkranke Kinderaugen — keine Katarakt in ihrer späteren Praxis entfällt.

Also gehen wir zur Therapie über und lassen Sie mich bei ihr einige Zeit verweilen.

Zunächst, meine Herren, sagen Sie bei leichten, aber selbst bei schweren Formen den Eltern der kleinen Pat. nicht, daß es sich um ein scrophulöses Leiden handelt. Scrophulose und Tuberculose gilt den Laien als identisch. Außer die Eltern sind indolent, und Sie bezwecken, indem Sie es sagen, daß Ihre Anordnungen genau befolgt werden.

Daß man den Namen gegenüber den Eltern nicht gebrauchen soll, worauf schon ARLT aufmerksam macht, ist aber kein Ausschließungsgrund für den Namen. WAGENMANN thut nicht gut daran, solche Gründe anzuführen. Ein vernünftiger Arzt wird es ebenso wenig sagen, wie etwa einem mit Keratitis e lue hereditaria behafteten jungen Manne: Sie leiden an ererbter Syphilis. Am allerwenigsten wird er solches in Gegenwart des Vaters sagen, und doch habe ich von einem solchen Ereigniß zu hören bekommen.

Ehe ich die Prophylaxe und Allgemeinbehandlung bespreche, möchte ich noch betonen, daß die Erfahrung auf einen Zusammenhang zwischen Scrophulose und Tuberculose in dem Sinne hinzuweisen scheint, daß die Scrophulosefälle sich dort häufen, wo viel Tuberculose herrscht, selbst wenn man die rein tuberculösen Drüsenschwellungen ausschließt.

Ich möchte allerdings hervorheben, daß ich in Kairo fast gar keine scrophulösen Kinder sah, trotzdem, wie mir die dortigen Aerzte versicherten, die Tuberculose dort häufig ist, namentlich fast alle aus den Aequatorgehenden eingewanderten Schwarzen ihr zum Opfer fallen.

Mir erscheint es sehr wahrscheinlich, daß gewisse Momente, die das Auftreten der Tuberculose begünstigen, auch günstig auf die Entwicklung des Scrophelgiftes und damit auf die Verbreitung der Scrophulose einwirken, insbesondere Mangel an directem Sonnenlicht und an Luft in den Wohnungen und außerhalb derselben, in zweiter Linie mangelhafte Ernährung und Unreinlichkeit.

Nach meinen Erfahrungen, die allerdings nach dieser Richtung nicht sehr reiche sind — sie sind auf Fälle aufgebaut, wo in Familien, deren sämtliche Lebensverhältnisse ich durch eine sehr lange Periode genau überblicken konnte, ein einzelnes Kind an Scrophulose litt — holt sich ein Kind Scrophelkrankheit meist in einem lichtlosen, feuchten, dumpfen Raum, in dem es eine längere Zeit hindurch, z. B. während eines Sommers (Sommerwohnung!) schläft, worauf es dann gewissermaßen constitutionell scrophulös wird und es bis nach der Pubertät bleibt. Es scheint mir das Scrophelgift am allhäufigsten an den Wohnräumen zu haften.

³⁾ Im Orient.

Für die Prophylaxe kommt also insbesondere in Betracht, daß Familien mit unerwachsenen Kindern ausschließlich sonnige Wohnungen beziehen sollen, die unbedingt unterkellert sein müssen, womöglich aber über einer Wohnung liegen sollen. Sodann hat schon BÆER auf den furchtbaren Uebelstand hingewiesen, daß wohlhabende Leute, die große Wohnungen beziehen, den schlechtesten Raum den Kindern zuweisen. Die Zimmer müssen fleißig gelüftet werden.

Der Aufenthalt im Kindergarten, in hygienisch eingerichteten Schulen, in Feriencolonien, ist ein wichtiger Punkt, wenn es sich um die Verhütung der Scrophulose handelt.

Es ergibt sich daraus, daß die Häufigkeit scrophulöser Erkrankungen in einem gewissen Verhältnisse nicht bloß zur socialen Stellung der Familie steht, sondern auch zur Art und Weise, in welcher sich die Gemeinde ihrer Pflichten gegenüber der armen Bevölkerung bewußt wird.

Für Kinder, die das dritte Lebensjahr überschritten haben, empfiehlt sich eine gemischte Kost mit Bevorzugung frischer Gemüse. Als Getränk ist nur gutes Wasser und Milch, corrigirt mit Eichel- oder Malzkaffee, zu reichen.

Eine Ueberernährung ist ebenso gefährlich als eine Unterernährung, da sie leicht zu Entzündungen der Darm-schleimhaut führt.

Die Erziehung der Kinder und das gute Beispiel der Erwachsenen kommen insoferne in Betracht, als man den Kindern launenhafte Geschmackneigungen abgewöhnen muß und sie überdies zur größten Ordnung und Pünktlichkeit in Bezug auf die Mahlzeiten anhalten wird.

Bezüglich der Reinlichkeit ist besonderes Gewicht auf die Reinhaltung des Kopfes zu legen. Knaben und Mädchen sollten kurze Haare tragen. Die Kopfhaut soll fleißig mit Seife und dann mit Kampferspiritus gewaschen werden, damit das Auftreten von Kopfläusen verhindert werde. Allerdings muß noch einmal hervorgehoben werden, daß ein directer Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Kopfläuse und der *Conjunctivitis scrophulosa* nicht besteht. Dahingegen wird die Infectionsgefahr für die Halsdrüsen durch *Pediculi* vergrößert.

Angezeigt sind kalte Gesichtsdouchen oder wenigstens das wiederholte Eintauchen des (bei Ekzem eingefetteten) Gesichtes in kaltes Wasser. Ich komme darauf noch zu sprechen. Weiters sind regelmäßige Bäder (Errichtung von Schulbädern!) von Wichtigkeit.

Alles, was zur Allgemeinbehandlung gehört, wofür die *Conjunctivitis* schon ausgebrochen ist, darf ich als bekannt voraussetzen. Aufenthalt in waldreicher, nicht sehr hoch gelegener (bis zu 400 Meter) Gegend, besonders aber an der Meeresküste, Soolbäder und Seebäder, Gebrauch von Leberthran pur oder mit *Ol. Ment. pip.* versetzt (2 Tropfen auf einen Eßlöffel), Gebrauch von Eisen, Arsen und Kreosot.⁴⁾ Nur bei der Behandlung mit *Sapo viridis* nach KAPRESSER will ich länger verweilen, weil sie Ihnen weniger bekannt sein dürfte, weil sie mir bei schweren, langdauernden Fällen von Hornhautverschwärungen glänzende und schnelle Heilresultate geliefert hat und weil sie überdies wenig kostspielig und leicht durchzuführen ist. Die gewöhnliche, braune Schmierseife wird jeden zweiten Abend vor dem Schlafengehen, etwa 1½ Eßlöffel mit lauem Wasser etwas verdünnt, über Rücken und Rückseite der Oberschenkel, mit der Hand oder einem Wollläppchen 10—15 Minuten lang sanft in die Haut eingerieben, dann wird die eingeriebene Stelle mit warmem Wasser abgewaschen, abgetrocknet, das Kind ins Bett gebracht.

Es bessert sich der Appetit, die Ernährung, das Gesamtbefinden; Hornhautinfiltrate und große Geschwüre heilen auffallend schnell, auch auf die Verkleinerung der Drüsen nehmen die Einreibungen den wirksamsten Einfluß.

⁴⁾ Jodpräparate vermeide ich, weil sie Schleimhautkatarrhe erzeugen, besonders aber wegen der Gefahr, daß sich Jodquecksilber bildet, wenn Calomel in den Bindehautsack gebracht wird.

Ich habe Resultate gesehen, die alle meine Erwartungen weit übertrafen. (Bei gleichzeitiger Lungentuberculose habe ich das Mittel nicht in Anwendung gebracht.)

Indem an die locale Behandlung der Keratoconjunctivitis geschritten wird, soll gleichzeitig besondere Aufmerksamkeit einer Reihe von anderen Aeußerungen der Scrophulose, so dem Ekzem der Kopf- und Gesichtshaut, insbesondere der Lidhaut, dann aber einer Reihe von Begleitsymptomen der Conjunctivitis selbst geschenkt werden.

Während es beim Kopf- und Gesichtsekzem genügt, die wunden Stellen mittelst Leberthran von den Borken zu befreien und sodann mit Zinksalbe gedeckt zu halten, während es nur bei schweren Fällen nothwendig wird, hie und da mit 10% Lapslösung die ekzematösen Stellen zu bestreichen, behandle ich das Ekzem der Lidhaut stets mit dem Lapisstift, alle vom Epithel entblößten Stellen färben sich dabei weiß. Nach dem Touchiren wird weißes Quecksilberpräcipitat (1%) kräftig in die Haut eingerieben.

Besondere Aufmerksamkeit müssen Sie aber zuwenden: 1. Den Rhagaden am äußeren Augenwinkel; hier muß täglich intensiv der Lapisstift gebraucht werden. 2. Der Blepharitis ulcerosa; wo sich ein Geschwürchen zeigt, wird die Cilie ausgerissen und die Spitze des Lapisstiftes in das Geschwürchen eingesenkt, sodann noch der übrige geröthete Lidrand mit dem Lapisstift bestrichen. Durch angelegte trockene Watte verhindert man, daß sich lösender Lapis mit der Schleimhaut in Berührung kommt. Darauf wird durch Wasserspülung der überschüssige Lapis gelöst und entfernt, sodann weiße Präcipitatsalbe eingestrichen. Sind die Lider ödematös, dann wird gleich eine Massage der Lider angeschlossen.

Die tägliche Massage bringt das Oedem der Lider schnell zum Schwinden, heilt insbesondere in ausgezeichneter Weise spastische Ektropien der oberen Lider. Nur wenn tiefe Geschwüre der Hornhaut da sind, darf man nicht massiren und muß zur Zurückstülpung des ausgedrehten Lides eine Naht anlegen.

Nur in seltenen Fällen heilt das Lidekzem unter dieser Behandlung nicht, besonders wenn tief ins Corium greifende Infiltrate und Eiterpusteln da sind. In einem solchen Falle kam ich durch Umschläge mit unverdünnter essigsaurer Thonerde (Liqu. alum. acetic.) zum Ziele. Die Umschläge wurden den ganzen Tag über fortgesetzt.

Außer Rhagaden, Blepharitis und Lidödem verdient eine besondere Besprechung der Blepharospasmus.

Er begleitet die meisten Fälle von Conjunctivitis scrophulosa, einen kleinen Theil der Fälle nicht. Wir wissen nicht, warum in dem einen, vielleicht ganz leichten Fall ein heftiger Blepharospasmus besteht, und in dem anderen mit schweren Veränderungen der Bindehaut und Hornhaut der Lidkrampf fehlt. Oft überdauert er die Entzündung. Ich sah vor etwa zwei Monaten den achtjährigen Sohn eines Baumeisters, der vor zwei Monaten am rechten, vor wenigen Tagen am linken Auge erkrankt war. Er hielt das rechte Auge krampfhaft geschlossen, mit dem linken Auge schaute er herum, den Hut hatte er dabei tief in die Stirne gezogen. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß am rechten, ganz blassen Auge eine leicht facetirte Narbe am Rande der Hornhaut bestand, während gerade am linken Auge ein frisches Geschwürchen und eine lebhaft Injection sich fand.

Der Blepharospasmus muß ziemlich unabhängig von der Conjunctivitis behandelt werden. Seine schnelle Beseitigung gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Therapie. Selbstverständlich muß zunächst Alles vermieden werden, was seine Entstehung und Hartnäckigkeit fördert. Also das Kind darf die Augen nicht in die Pölster oder auf die Schulter der Person legen, die es trägt. Besonders aber muß das Anlegen eines Verbandes verhindert werden. Ich halte den Verband direct für einen Kunstfehler, wenn er nicht gerade durch ein dem Durchbruche nahes Geschwür oder ein tiefes Infiltrat indicirt ist. Durch den Wegfall des Lid-

schlages vermehren sich septische und andere Keime im Bindehautsack. Es entstehen schwere Complicationen durch katarrhalische Entzündung der Lidbindehaut und durch septische Infection der Hornhautgeschwürchen. Um das Auge nicht unnützlichtscheu zu machen, vermeide ich auch, sofort Atropin einzuträufeln, wenn Hornhautgeschwüre vorhanden sind. Der uncomplicirte Proceß in der Hornhaut bedingt eine sehr geringe Mitbetheiligung der Iris, es kommt dabei nie zu Synechien. Auch rächt sich die Atropineinträufelung, wenn ein randständiges Geschwürchen perforirt. Es fällt dann immer mehr Iris in die Wunde, als wenn Atropin nicht verwendet wurde. Besonders wirksam aber zur schnellen Beseitigung des Lidkrampfes empfehlen sich kalte Sturzdouchen aufs Gesicht oder das Eintauchen des Kopfes (und der Augen) in ein Schaff mit kaltem Wasser, wobei der Mund nicht mit ins Wasser tauchen darf. Um die Methode furchtsamen und wenig intelligenten Eltern von Patienten verdaulicher zu machen, nenne ich sie „den Augenguß nach Pfarrer Kneipp“. Bei dem oben genannten Knabe wich der Krampf vom heilen rechten Auge nach einer Begießung. Ein Knabe, der viele Jahre an Conjunctivitis scrophulosa und Lidkrampf litt, hielt nach 6 Begießungen die Augen offen. Er war amaurotisch bei kleinen Hornhautflecken und normalem Fundus, lernte aber schon nach 14 Tagen wieder allmählich sehen. Die Heilung der Keratoconjunctivitis geht viel schneller von statten, wenn einmal durch diese Behandlung der Lidkrampf beseitigt ist. Ich lasse auch dann noch, wenn die Kinder gesund geworden sind, Früh und Abends täglich das Gesicht in ein Becken mit kaltem Wasser tauchen. Sind die Eltern zu weicherzig, muß die Begießung durch eine Wärterin vorgenommen werden.

Gegen die Entzündung der Augapfelbindehaut empfiehlt sich, in erster Linie Calomel einzustreuen, ebenso gegen kleine Eruptionen auf der Hornhaut und insbesondere auch gegen das Gefäßbändchen. Ist gleichzeitig katarrhalische Secretion und Entzündung der Lidbindehaut vorhanden, dann touchire ich mit 2% Lapslösung und staube gleich im Anschlusse daran Calomel ein. Sie werden Calomel vermeiden bei großen oder tiefen Hornhautulcerationen. Bei diesen ist es aber auch absolut nicht zu empfehlen, mit dem Glüheisen zu ätzen. Das Glüheisen ist höchstens beim Gefäßbändchen, wenn dieses trotz Calomel schnell der Hornhautmitte zustrebt, anzuwenden. Bei Hornhautgeschwüren werden Sie die besten Resultate erzielen, wenn Sie warme Umschläge, aber nicht mit Wasser, sondern mit essigsaurer Thonerde (wegen der Gefahr des Lidekzems) machen lassen und die Einreibungen mit Sapo kalinus auf den Rücken täglich vornehmen lassen.

Ist ein Geschwür perforirt und die Iris hinein- oder vorgefallen, muß sie ausgeschnitten werden (in Narkose). Der Verband muß nach der Operation möglichst bald (nach 3 bis 5 Tagen) entfernt werden. Große Substanzverluste empfiehlt es sich mit Conjunctiva zu decken. In diesen Fällen muß, um Staphylombildung zu vermeiden, frühzeitig eine breite Iridektomie angelegt und durch längere Zeit ein Druckverband angelegt werden. Hat sich ein Staphylom entwickelt, dann ist nur eine entsprechende chirurgische Behandlung von Nutzen. Einen Schnürverband empfiehlt es sich auch beim parenchymatösen Infiltrat anzulegen.

Ich will zum Schlusse noch einmal die Therapie zusammenfassen. Wenn Sie, meine Herren, Kinder mit scrophulöser Augenentzündung nicht zu monate- und jahrelangen Gästen Ihrer Ordinationsräume machen wollen, dann begnügen Sie sich nicht mit Calomel und Präcipitatsalbe. Belehren Sie die Eltern des kranken Kindes über Sonnenlicht, Freiluftgebrauch, über Reinlichkeit, besonders des Kopfes. Legen Sie das Hauptgewicht auf die Einreibungen mit Sapo viridis in die Haut des Rückens oder die Vorderseite des Körpers. Machen Sie sehr fließigen Gebrauch vom Lapisstift für das Ekzem der Lider, die Rhagaden am äußeren Augenwinkel, die Blepharitis. Beseitigen Sie aber vor Allem schnell den Lid-

krampf durch kalte Güsse auf die Augen. Nach Anwendung all dieser Mittel wird dann bei richtiger Anwendung von Calomel, Atropin und warmen Umschlägen, ausnahmsweise vom Druckverband, endlich bei Massage mit gelber Salbe die Krankheit rasch geheilt und multiple Erscheinungen der Krankheit, sowie Recidiven werden verhindert werden. Auf dies letztere kommt es aber insbesondere an, denn die größte Gefahr der Conjunctivitis serophulosa liegt nicht darin, daß sie zur Erblindung führt, sondern darin, daß die zahlreichen, von ihr befallenen Kinder fürs ganze Leben schwachsichtig und dadurch für den Kampf ums Dasein minder tauglich gestaltet werden.

Referate.

KÖNIG (Berlin): Erkrankungen des Hüftgelenks.

K. beginnt mit der gonorrhöischen Coxitis („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 3), die häufiger vorzukommen scheint, als gewöhnlich angenommen wird. Verf. beobachtete die gonorrhöische Coxitis wesentlich an Menschen zwischen 20 und 40 Jahren, häufiger bei Frauen als bei Männern. Die Krankheit tritt meist im acuten Stadium des Trippers, seltener bei dem Nachtripper auf. Dem Auftreten der Erkrankung ging wiederholt ein Trauma voraus. Gravidität scheint das Eintreten der Krankheit zu begünstigen. Die gonorrhöische Coxitis verläuft oft milde, in der Mehrzahl der Erkrankungen stehen aber schwere Bewegungsstörungen im Vordergrund, die mit heftigsten Schmerzen und deutlicher Geschwulst einhergehen. In diesem Stadium ist die active wie die passive Beweglichkeit des Gelenkes ausgeschlossen. In einer relativ kleinen Zahl von Fällen kommt Stellungsanomalie und Contractur überhaupt nicht vor. Dies sind in der Regel Fälle mit leichtem Verlauf. Viel öfter liegen Contracturstellungen vor, und zwar zumeist mäßige Flexion mit Abduction und Außenrotation. Das kranke Glied erscheint also in horizontaler Rückenlage verlängert. Größere Gefahren bietet die in Flexion, Rotation nach innen und Adduction bestehende seltene Stellungsanomalie; bei dieser besteht neben der scheinbaren oft auch eine reelle Verkürzung. — Die Schwellung ist auf der Vorderseite gewöhnlich am meisten ausgesprochen, hier öfter fluctuirend, oftmals auch mit phlegmonösem Charakter. Daneben besteht ein in der Regel nicht hohes und wenig typisches Fieber.

Die Majorität der Fälle ist gut heilbar, wenn die Behandlung alsbald nach der Erkrankung in sachgemäßer Weise eingreift. Dazu dient in erster Linie die Gewichtsexension, die schmerzstillend und druckentlastend zugleich wirkt. Aeußerlich kommt Jodtinctur, und wenn Fluctuation nachweisbar wird, die Punction in Betracht, letztere in Verbindung mit Injectionen von Carbol-säure. Gypsverbände dürften den Anforderungen der Coxitis gonorrhöica seltener entsprechen. Contracturen und Ankylosen unterliegen ihren speciellen Indicationen:

Malum coxae senile: K. verfügt über 20 einschlägige Beobachtungen; in allen Fällen bestand ausgesprochene Panarthrit. Die Krankheit befällt in ausgesprochener Form Menschen, die das 40. Lebensjahr bereits überschritten haben; bei jüngeren Personen waren immer entzündliche Prozesse vorausgegangen. Die Krankheit begünstigt Männer. Der Beginn ist schmerzhaft, manchmal mit reibenden und ähnlichen Geräuschen und Gefühlen in der Hüftgegend, Steifheit, Functionshemmung und Einschränkung der Bewegung. Dieses Stadium kann jahrelang unverändert andauern oder mit der Zeit zu einer mehr oder weniger totalen Versteifung der Hüfte führen. Die locale Untersuchung ergibt in der Regel das Dasein von harter Schwellung am Schenkelhalse, die auch die Pfanne betreffen kann; dazu kommt zuweilen Verkürzung des Gliedes; Atrophie des Knochens als Hauptkriterium anzuführen ist unrichtig. Heilungen von Arthritis deformans coxae hat K. nie gesehen. Die Behandlung richtet sich nach dem Einzelfalle. Sehr leistungsfähig ist oftmals in frühen Stadien der Krankheit ein Entlastungsapparat. In einer Reihe von Fällen bleibt, wenn man auf Heilung nicht verzichten will, als einziges Mittel die Resection übrig.

L.

THEODOR S. FLATAU (Berlin): Die Behandlung des chronischen Katarhs der oberen Luftwege.

Von entschiedener Bedeutung ist die Prophylaxe durch Hygiene des Mundes und der oberen Luftwege und Sorge für unbehinderte Nasenathmung von der Kindheit an. Bei schweren Allgemeinerkrankungen hat die Allgemeinbehandlung in den Vordergrund zu treten („Berliner Klinik“, H. 149). Oftmals sind, wie z. B. bei größeren umschriebenen Hyperplasien der Muschelschleimhaut, Hyperplasien im Gebiete des lymphatischen Rachenringes, operative Eingriffe nothwendig, die dann ehestens zu erfolgen haben. Die hauptsächlichsten Heilwirkungen bewirken klimatische und diätetische Factoren. Luftveränderungen, vor allem Gebirgsluft schon in mittlerer Höhe (600—700 M.), weniger die Seeluft, die zuweilen Verschlimmerungen nach sich zieht, erweisen sich oft als günstig, wenigstens für die Dauer des Aufenthaltes des Patienten unter den veränderten klimatischen Verhältnissen. Ein dauernder Erfolg aber ist nur von einer dauernden Ausschaltung der Schädlichkeiten in Verbindung mit richtiger örtlicher Behandlung zu erwarten. Zu dieser gehört in erster Linie die Fortschaffung des Secretes. Dazu genügen in ganz leichten Fällen Ausspülungen, Waschungen, Gurgelungen, Besprühungen oder Einträufelungen, kurze Zeit fortgesetzt. Meist jedoch wird die Nase von vorn, der Nasenrachenraum von unten her durch Berieselung mit 6‰ Kochsalzlösung oder schwacher Borsäurelösung vermittelt des Spray, der Kehlkopf mit der Kehlkopfspritze zu reinigen sein. Bei starkem Anhaften des Secrets im Larynx wirkt eine 5—15‰ige Wasserstoffsperoxydlösung verflüssigend. Gelingt mit diesen Mitteln die vollkommene Entfernung der Massen nicht, so muß man Nase, Nasenrachen, Mund, Mundrachen, Kehlkopfluftrohr mit dem Tupfer, einem mit einem Wattebäuschchen armirten starkdrahtigen und geeignet gebogenen Träger behandeln. — Die Massage der Schleimhaut läßt sich verwerthen zur Differentialdiagnose zwischen Stauung und Verdickung — die erstere schwindet durch streichende Bewegungen und durch Vibrationen — und zur allmältigen Herabsetzung der Empfindlichkeit der Schleimhaut. Aber mit Massage erzielt man selten dauernde Heilung. — Pulver werden in Form von Insufflationen unter Leitung des Auges, nicht als Schnupfpulver, und namentlich zur Nachbehandlung nach intranasalen und nach endolaryngealen Operationen angewendet, besonders Orthoform wegen seiner antiseptischen und schmerzstillenden Eigenschaften und Dermatol als Deckpulver. Zum Bepinseln eignet sich Jod-Glycerin (1:4) bei diffusen Hyperplasien, Massage und medicamentöse Behandlung, zu Instillationen in den Kehlkopf, namentlich bei großer Empfindlichkeit, Menthol-Eukalyptol-Olivenöl (2:2:100) jeden zweiten Tag zwei bis drei Wochen lang, dann in immer länger werdenden Intervallen. Sind diese milden Applicationen ohne Erfolg, so müssen die energischeren in Frage gezogen werden, die chemische Aetzung (Arg. nitr. 1/2 bis 2‰, Protargol 1—3‰, Zinc. chlor. 1/4—1‰, Trichloressigsäure, Chromsäure), die Elektrolyse (nach vorheriger Cocainjection [Cocain. hydrochl. 3·0, Ac. carbol. 1·0, Aq. dest. 100·0]), die Galvanokaustik und die rein chirurgischen Methoden, die unbedingt der rein specialistischen Behandlung zu überlassen sind. G.

OTTO SEITZ (München): Ueber primäres Scheidensarkom Erwachsener.

Im Anschlusse an einen Fall seiner Beobachtung, für den S. („Sammlung klin. Vorträge“, 1900, Nr. 280) eine Proliferation der Lymphgefäßendothelien als Ausgangspunkt annimmt, gibt der Autor eine genaue histologische Analyse sowohl seines Tumors, wie der Befunde bei den übrigen genauer untersuchten Fällen, als deren 33. der SEITZ'sche Fall einzureihen ist.

Als häufigste Form figurirt das Spindelzellensarkom, dann kommt das Rundzellensarkom, viel seltener das gemischtzellige, sowie das Myxo- und Angiosarkom, am seltensten treten die Riesenzellensarkome, das melanotische Sarkom, das Fibrosarkom und das kleinzellige Sarkom auf.

In klinischer Hinsicht überwiegt der Sitz an der vorderen Wand. Mit Bezug auf das Alter entfallen von 27 Pat. 16 auf das Alter von 15—40 Jahren (10 unter 30), 11 auf das Alter über

2*

40 Jahren. Meist handelt es sich um sehr maligne Neubildungen; die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt 10 Monate, gerechnet von dem Bekanntwerden der ersten deutlichen Symptome. Objectiv klinisch und makroskopisch diagnosticirbar scheint dem Verf. das Vaginalsarkom nur in dem Falle, wo es sich um eine rasch gewachsene, circumscriphte, weich zerfließliche, ulcerirte, leicht blutende, eventuell auch gestielte Geschwulst der Vagina handelt. Differentialdiagnostisch kommen sonst Fibrome, Myome, Cysten bei der circumscriphten, Carcinome, tuberculöse und luetische Geschwüre bei der ulcerösen, diffusen Form der Erkrankung in Betracht. Die letzte Entscheidung wird immer das Mikroskop bringen.

Von allen Fällen sind nur zwei bei genügend langer Beobachtungsdauer als geheilt zu betrachten. Als Therapie kommt, wie beim Carcinom, nur die Exstirpation der Vagina in Betracht; in inoperablen Fällen muß die Excochleation mit nachfolgender Verschorfung zur Bekämpfung der Blutung und Jauchung vorgenommen werden.

FISCHER.

ERNST FRIEDLAENDER (Berlin): Zur Kenntniß der Stramoniumvergiftung.

Ein Kranker, der ab und zu an asthmatischen Anfällen litt, besorgte sich ein Päckchen Stramoniumblätter. Ohne zu beachten, daß auf der Verpackung die Anwendungsweise — Verbrennen der Blätter und den Rauch einathmen — stand, ließ er sich von einem Fünftel der Menge, etwa 30 Ccm. der trockenen Droge, $\frac{3}{4}$ Liter Thee aufgießen. Davon trank er eine ziemlich große Tasse (circa 150 Ccm.) mit sehr reichlichem Zuckerzusatz. Zwei seiner Bekannten, die viel weniger getrunken hatten, sind etwa 1 Tag lang an Erbrechen und Durchfall erkrankt. Der Kranke verspürte („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 9) bereits wenige Minuten nach dem Trinken des Aufgusses starkes Brennen im Halse und hatte das Gefühl, als werde ihm die Kehle zugeschnürt. Dann wurde er bewußtlos. Eine Stunde darauf war er stark geröthet, leicht cyanotisch, seine Athmung sehr beschleunigt, oberflächlich, pfeifend; Puls wenig beschleunigt, voll und gespannt, Sensorium wieder frei. Die Pupillen ad maximum erweitert, reactionslos. Der Sondeneinführung in den Magen behufs Ausspülung widersetzte sich der Kranke derart, daß er gefesselt werden mußte. Die Spülung förderte Unwesentliches zutage. Darauf erhielt der Kranke schwarzen Kaffee und Glühwein. Bald trat ruhiger Schlaf ein. Nach dem Erwachen gab der Kranke an, schlechter als sonst zu sehen. Tags darauf bestand noch geringes Brennen im Halse und träge Pupillarreaction. Am 4. Tage wurde der Kranke geheilt entlassen. Im Theeaufgusse kommt das reine Alkaloid zur Geltung; es traten daher die Magen-Darmerscheinungen, welche bei der Vergiftung mit den Samen die Regel sind, in diesem Falle in den Hintergrund.

B.

WIENER (Chicago): Zur Behandlung der Patellarfracturen.

Da nicht überall die striete Asepsis, wie sie zur operativen Behandlung der Patellarfracturen nothwendig ist, erzielt werden kann, hat Verf. ein Behandlungsverfahren benützt, bei welchem von vornherein auf die knöcherne Consolidirung der Fragmente verzichtet und dabei gute Resultate erzielt wurden. Das Verfahren besteht in Folgendem („Centrl. f. Chir.“, 1901, 1): Das mit Watta gepolsterte Bein wird auf eine plastisch gemachte Fiber-Halbrinne gelagert und das Kniegelenk wird mittelst einer 8—10 Cm. breiten Gummibinde in Achtertouren mäßig comprimirt. Der Pat. bekommt dann eine Gehmaschine und verläßt die Klinik zu Fuß. Der Verband bleibt 4—5 Tage liegen und die dauernde Compression verringert das Exsudat im Gelenk und nähert die Fragmente an einander, ohne daß die Gefäße in der Kniekehle eine Compression erleiden, weil sie durch die steif gewordene Fiberschiene geschützt werden. Der zweite Verband wird fester als der erste angelegt. Das Verfahren leistet dasselbe wie die Massage, wirkt aber viel schneller und erspart dem Pat. die Schmerzen bei der Massage.

ERDHEIM.

BYCHOWSKI: Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie.

Ein 23jähriger Tabakarbeiter, der in einem kleinen Zimmer, das dicht verschlossen ist und selten oder sogar niemals gelüftet wird, den Rohtabak in einem Kessel unter Zusatz von verschiedenen chemischen Substanzen zu kochen hat, um aus den Tabakblättern einen Theil ihres Nikotins zu entfernen, erkrankte vor 2 Jahren plötzlich unter Schwindel und Bewußtlosigkeit. Der erste Anfall dauerte 30—40 Minuten und soll nach Angabe der Angehörigen des Patienten von Krämpfen nicht begleitet gewesen sein. 8 Monate später trat ein neuerlicher Anfall auf, der diesmal schon länger dauerte; nach weiteren 4 Monaten fand ein dritter Anfall statt. Die Gesamtzahl der Anfälle beträgt 5—6, wobei jeder nächstfolgende stets länger und intensiver war als der vorangehende, so daß der zuletzt stattgehabte Anfall bereits eine Stunde gedauert hat. Der Kranke behauptet, daß sich vor jedem Anfall gewisse Prodromalerscheinungen einstellen, die ihn das Herannahen des Anfalls voraussehen ließen. Sonst klagt der Pat. nur über Kopfschmerzen und hartnäckige Obstipationen. Namentlich ist von Seiten der Psyche und des Nervensystems nichts Abnormes festzustellen. Auch ergab die Anamnese nichts Belastendes, namentlich ließ sich Lues mit absoluter Sicherheit ausschließen, da zu den entsprechenden Angaben des Patienten noch der Umstand beweisend hinzukam, daß der Patient verheiratet ist und drei gesunde Kinder hat. Unter diesen Umständen lag es natürlich auf der Hand, daß die Ursache der zweifellos als Epilepsie zu deutenden Erkrankung des Patienten in der Beschäftigungsart desselben zu suchen war. Verf. meint auch („Medycyna“, 1900, Nr. 36), daß es sich im vorstehenden Falle um eine Nikotinvergiftung handelte, auf deren Grundlage sich die Epilepsie entwickelt habe. Selbstverständlich hätte in diesem Falle die Behandlung in einer Entfernung des Patienten aus seinem Wirkungskreise zu bestehen. Da aber der Patient von seiner lucrativen Beschäftigung durchaus nicht lassen konnte, so mußte sich Verf. mit halben Maßregeln begnügen, so z. B. mit Vorschlägen bezüglich der Einrichtung des Arbeitszimmers, bei deren Befolgung Patient der schädlichen Einwirkung des Nikotins am wenigsten ausgesetzt wäre, mit Empfehlung von längerem Aufenthalt im Freien etc. Seit Beginn der Behandlung sind nun bereits 6 Monate vergangen, ohne daß es zu einem neuen Anfall gekommen ist. Dieses constatirend, enthält sich Verf. vorläufig der Entscheidung, ob die erzielte Heilung eine dauernde sein wird oder nicht.

L—Y.

MAAG (Nästved): Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum PRUS) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes.

Auf Grund von zahlreichen Thierexperimenten hat PRUS seinerzeit empfohlen in Fällen von Chloroformtod auch beim Menschen die Wiederbelebung durch Lufteinblasen in die Lungen mittelst einer Trachealkanüle und durch directe rhythmische Compression des bloßgelegten Herzens zu versuchen. Verf. theilt einen diesbezüglichen Versuch am Menschen mit („Centrl. f. Chir.“, 1901, 1), den er bei einem 27jährigen, in der Narkose asphyktisch gewordenen Potator ausgeführt hat. Pat. war ganz pulslos und ohne Respiration, die üblichen Wiederbelebungsmittel (Zungen- tractionen, künstliche Respiration etc.) halfen nicht, es wurde daher die Tracheotomie und dann nach Resection des 3. und 4. Rippenknorpels der Versuch gemacht, das Herz bloßzulegen. Dabei wurde die Pleura eingerissen. In dieselbe wird mit der Hand eingegangen und das Herz sammt Pericard ergriffen, worauf dann rhythmische Compressionen des Herzens ausgeführt werden. Das Herz begann bald kräftig zu schlagen (70 Schläge in der Minute), und auch die Respiration kehrte, anfangs stockend, bald aber regelmäßig wieder. Die durchschnittlichen Intercostales begannen zu spritzen und mußten unterbunden werden. Pat. wurde ins Bett gebracht. Eine halbe Stunde darauf sistirte die Athmung wieder plötzlich, worauf das Lufteinblasen wieder angefangen und durch 8 Stunden fortgesetzt wurde; während dieser ganzen Zeit

schlug das Herz ganz regelmäßig und Pat. war im Gesicht normal gefärbt. Dann trat plötzlich Herzstillstand ein.

Verf. glaubt, daß PRUS den richtigen Weg zur Wiederbelebung Erstickter gezeigt hat. ERDHEIM.

Literarische Anzeigen.

Erkrankungen der Gefäße. Von Prof. L. v. Schrötter.

1. Hälfte, II. Abtheilung: Erkrankungen der Arterien. Mit 21 Abbildungen. Wien 1900, Alfred Hölder.

Den Inhalt der vorliegenden Lieferung des ausgezeichneten Werkes bildet der Schlußtheil der Therapie der Aneurysmen, die Verengung der Arterien, Zusammenhangstrennungen und Verwundungen der Arterien, darunter die arterio-venöse Anastomose, ferner Anomalien des Inhaltes, Thrombose und Embolie, schließlich Neubildungen, die Angioneurosen und das imponirende Literaturverzeichnis. Eminente Sachkenntniß, kritische Beherrschung der Literatur und anregende Darstellungsweise, in die an passender Stelle lehrreiche Krankengeschichten eingeflochten wurden, kennzeichnen so wie den vorigen auch diesen Theil des v. SCHRÖTTER'schen Buches. BRAUN.

Atlas und Grundriß der orthopädischen Chirurgie für Studierende und Aerzte. Von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. München 1901, J. F. Lehmann.

Bei der Abfassung des vorliegenden Atlanten und Grundrisses der orthopädischen Chirurgie haben sich die Autoren als Ziel gesteckt, ein Buch zu schaffen, das den Bedürfnissen des praktischen Arztes und des Studenten mehr entspräche, als die größeren Handbücher der Orthopädie, und dies in der Weise zu erreichen versucht, daß sie die einzelnen Krankheitstypen nach ihrer Wichtigkeit für die Praxis mehr oder weniger ausführlich besprachen, seltene Affectionen nur cursorisch behandelten. Die

Verfasser scheinen uns aber bei der Vertheilung des Raumes nicht ganz gerecht vorgegangen zu sein, indem sie der Besprechung der Skoliose mehr als $\frac{1}{3}$ des ganzen Atlantes einräumten, der Spondylitis, die schon vermöge ihrer Häufigkeit (25% aller ostalen Prozesse) von der größten Bedeutung für den Praktiker ist, nur 46 Seiten. Ebenso ist es fraglich, ob die zahlreichen, mit dem kostspieligen SCHULTHESS'schen Apparate aufgenommenen Meßbilder für den praktischen Arzt jenen Werth besitzen, den dieselben von Seiten des Orthopäden sicher in Anspruch nehmen dürfen. Der hiefür verwendete Raum hätte besser zur breiteren Darstellung einzelner, schlecht bedachter Capitel (Verbände, Portativapparate) benützt werden können. Während einzelne Abschnitte, wie Skoliose, Pes varus glänzend bearbeitet sind, erscheinen andere minder gelungen; namentlich der allgemeine Theil zeichnet sich nicht gerade durch Uebersichtlichkeit in der Anordnung des Stoffes aus.

Die Eintheilung der Gelenksveränderungen in 3 Haupttypen, Contracturen, Ankylosen und Synostosen, ist nicht glücklich, denn die Synostose ist nur eine Unterart der Ankylose, eine Ankylosis ossea. Ebenso können wir uns mit den daselbst gegebenen Definitionen nicht befreunden, wie z. B. der Ankylose als jenem Zustand des Gelenkes, bei dem durch Verwachsung oder Verkürzung der daselbe umgebenden Weichtheile die Bewegungen mehr oder weniger vollständig verhindert sind, während die Contractur richtig als der Zustand, bei dem das Gelenk durch Verkürzung seiner Muskeln oder anderer benachbarter Weichtheile verhindert ist, seine normalen Bewegungen in vollem Umfange auszuführen, bezeichnet wird.

Das höchste Lob verdienen die zahlreichen Illustrationen (16 farbige Tafeln und 366 Abbildungen). Die Autoren haben aus der Fülle ihres Materials das Beste ausgesucht und bringen dieses in tadellosen Reproduktionen. Schon der große Reichthum an Originalbildern verleiht diesem Atlas einen bedeutenden Werth, auch für den Spezialisten, und stellt ihn unter den kleineren Handbüchern der Orthopädie an einen ersten Platz. Auch die übrige Ausstattung des Buches ist, wie bei allen Atlanten aus Lehmann's Verlag, eine ganz vorzügliche. GRÜNBAUM.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

I.

Das Badeleben und die Bäder haben sich in erstaunlicher Weise entwickelt. Das früher sehr verbreitete Bemühen, die Badquellen künstlich, chemisch nachzuahmen, hat seinen Höhepunkt überschritten, da man allmählig eingesehen hat, daß trotz aller Fortschritte die Chemie allein doch nicht imstande ist, einen ausreichenden Ersatz für die natürliche Quelle zu schaffen, daß aber andererseits auch die berühmteste Heilquelle versagt, wenn nicht der geschickte und erfahrene Badearzt ihren richtigen Gebrauch anordnet und leitet. So haben sich Eigenschaft und Anwendung der Heilquelle mehr und mehr zu einer Wissenschaft durchgearbeitet, und diese balneologische Wissenschaft erfreut sich immer allgeinerer Würdigung.

Mit diesen Worten hat der Vorsitzende Prof. LIEBREICH die 22. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Badeärzte eröffnet, welche vom 7. bis 10. März in Berlin stattfand. Mit dem Erblühen der balneologischen Wissenschaft haben auch die balneologischen Congresse einen mächtigen Aufschwung genommen. Strenge Wissenschaftlichkeit zeichnet die Referate, nüchterne Beobachtungsgabe und zielbewußte Forschung die einzelnen Arbeiten aus, über die referirt wurde. Ich müßte die Grenzen des Raumes weit überschreiten, den Sie meinen Congreßberichten zu bieten gewohnt sind, wenn ich aus der Fülle der Vorträge frei und ungebunden berichten, ja nur all das skizziren wollte, was den Theilnehmern geboten war. Lassen Sie mich die Noth meines Reichthums dadurch beseitigen, daß ich auswähle, was Ihren Leserkreis in erster Linie interessiren wird.

Regierungsrath Prof. Dr. WINTERNITZ, Ihr Landsmann und unser aller Vorbild, sprach über Hydro- und Phototherapie und trat warm für die Anwendung von Alkoholumschlägen bei verschiedenen Hautaffectionen, Furunculosis, Carbunkel, Abscessen aller Art etc. ein. Er trinkt 6—8fach zusammengelegte Gaze so stark mit 95gradigem Alkohol, daß sie nur eben nicht tropft, bedeckt hiermit die ganze erkrankte Partie, breitet über das Ganze impermeablen Stoff und legt nach Bedarf weiße Gaze oder eine Binde darüber. — Zur Abhaltung der chemischen Strahlen des elektrischen Lichtes ließ W. die Glühlichtbirnen aus rothem Lichte anfertigen. In Fällen, wo sonst die Anwendung des elektrischen Lichtbades sehr schmerzhaft ist, wird so jedweder Schmerz vollkommen ferngehalten. Beim Sonnenlichtbade in gleichen Fällen legt W. den Kranken, mit rothen Stoffen bekleidet, in die Sonne. — Im Anschlusse hieran berichtete LIEBREICH über die günstigen Erfolge der von ihm eingeführten Cantharidinbehandlung des Lupus. — LAHUSEN (Levico) und STEINER (Levico) erörterten die therapeutischen Wirkungen des Arsens und FOSS (Driburg) die chemische Action des Bademoors, welche er auf die Humussäure zurückführt, die Sauerstoff chemisch zu binden, Stickstoff mechanisch aufzuspeichern vermag. Humussäure und Huminsäure können — selbst in Lösung — Gase festhalten. — MÜLLER (Berlin) besprach die Beeinflussung der blutbildenden Function des Knochenmarks durch Eisenpräparate, den Aderlaß und Verminderung der Sauerstoffzufuhr in der Respirationsluft; WINTERNITZ knüpfte daran Bemerkungen über den Einfluß von Hautreizen auf die Blutvermehrung.

Die Anwendung der Roentgenstrahlen in der Medicin hat IMMELMANN (Berlin), die hydriatische Behandlung bei Masern und Scharlach PUTZER (Königsbrunn) behandelt. FRANKENHAUSER (Berlin) besprach die galvanische Einführung von Medicamenten. An der Anode dringen die metallischen, resp. alkalischen, an der Kathode die saueren Bestandtheile der Salze ein. Man kann ein

Kaninchen mit Blausäure vergiften, indem man eine mit Blausäure benetzte Elektrode mit der Haut in Berührung bringt. An der Kathode bleibt das Gift unwirksam. Man kann in gleicher Weise durch Cocain (an der Anode) eine Hautstelle unempfindlich machen. POSNER (Berlin) erörterte die neueren Methoden auf dem Gebiete der klinischen Harnuntersuchung, vor allem die Kryoskopie, die Methode der Gefrierpunktsbestimmung und — last not least — EULENBURG die Anwendung hochgespannter Ströme zu Heilungszwecken. Namentlich mit peinlichem Jucken einhergehende Hautaffectionen werden durch diese Behandlungsmethode überaus günstig beeinflusst.

Die Congressisten haben in „dienstfreien“ Stunden das neue pathologische Institut, das Institut für medicinische Diagnostik und eine Reihe privater Institute gesehen und bewundert. Der gesellige Verkehr war lebhaft und ungezwungen wie bei allen bisherigen balneologischen Versammlungen; die Erhebung der Balneologie zur allseits anerkannten Wissenschaft hat die Balneologen eben nicht zu steifen, feierlichen Gelehrten gemacht. Auch nicht ein Mißton erscholl in dem geschäftigen, bewegten Treiben, im officiellen und in dem inofficiellen Theile des Congresses; alte Freundschaftsbande wurden neu befestigt, junge freudig geschlossen, und als die Scheidestunde schlug, war es ein Wunsch, der alle erfüllte, ein Wort, das jeder sprach: Auf fröhliches Wiedersehen!

Kleine Mittheilungen.

— Aus Untersuchungen über **Naftalan** von SPIEGEL und NAPHTHALI („Chemiker-Ztg.“, 1900, Nr. 1) geht hervor, daß Naftalan ein nahezu reines Mineralfett ist, das durch seine Consistenz, Emulgirbarkeit, Aufnahmefähigkeit für wässrige und weingeistige Lösungen, Unveränderlichkeit, Schutz beigemengter, leicht zersetzlicher Substanzen und durch die Widerstandsfähigkeit gegen Bacterien-einwanderung sich hervorragend zur Salbengrundlage wie zum Verbandmittel eignet. Die Verordnungsweise des Naftalan gestaltet sich nach PASCHKIS („Allg. med. Central-Ztg.“) u. A. zweckmäßig als Unguentum Naftalani plumbicum, Unguentum Cerussae Naftalan, Unguentum Hydrargyri mit Naftalan; Naftalan ist eine vorzügliche Salbengrundlage für Resorcin, Naphthol, Pyrogallol, Salicyl, Zinkoxyd, ein gutes Constituens für Pasten, Kühlalben, Pflaster, Linimente, Zäpfchen etc. Als Beispiele der Medication seien angeführt:

Rp. Naftalani	40·0
Aq. Naphae,	
Aq. dest.	aa. 4·0
DS. Einfache Naftalan-Kühlalbe.	
Rp. Hydrargyr. bichlor. corros.	0·50
Naftalan.	
Gelanth.	aa. 25·0
Mf. Salbe zum Bedecken von Pigmentmäln.	
Rp. Naftalani	1·0
Amyl. oryzae	100·0
DS. Naftalanpuder.	
Rp. Naftalani	2·0
Pulv. liquor.	3·5
Mass. copaiv.,	
Cerae	aa. 0·75
M. f. l. a. pil. Nr. XXX.	
Consp. Elaeosacch. foeniculi.	
DS. 3mal täglich 2 Pillen (als Darmantisepticum).	

Es eignet sich zur Anwendung bei Erfrierungen (Frostbeulen), Entzündungen, rheumatischen und neuralgischen Schmerzen; bei Hautaffectionen der verschiedensten Art, allein oder in Verbindung mit anderen indifferenten Fetten oder Medicamenten. Die beim Gebrauche des Naftalan eintretenden Flecke in der Wäsche lassen sich durch Benzin oder Petroleum leicht entfernen.

— Die Vorzüge des „**Nährstoff Heyden**“ bespricht E. STADELMANN („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 4). „Nährstoff Heyden“ wird nach Angabe von SCHLOSSMANN aus dem Eiweiß frischer Eier hergestellt, d. h. einem außerordentlich kostbaren und leicht assimilirbaren Eiweißstoffe, und soll sich außerdem vor vielen anderen Präparaten durch seinen guten Geschmack auszeichnen. Am besten wird das Präparat in Cacao genommen; man kann es aber auch der Milch, schwachem Kaffee, Brühen, Hafergrütze, Bier etc. sehr gut zusetzen. Niemals nimmt man den „Nährstoff Heyden“ rein

als Pulver, sondern stets gelöst in Speisen und Getränken, und zwar 3—5mal täglich einen gestrichenen Kaffeelöffel voll. Der mit „Nährstoff Heyden“ versetzte Cacao hat einen ausgezeichneten Wohlgeschmack, weniger gut eignet sich reine Chocolate, um diesen Nährstoff zuzuführen, aber auch Chocolate wird gerne mit dem Präparat genossen, wenn man sie als die sehr nahrhafte Milchchocolate verabreicht. „Nährstoff Heyden“ darf übrigens dem betreffenden Nahrungsmittel niemals rein als Pulver zugeschüttet werden, da er sich dann zusammenballt, sondern immer angequirlt mit wenig kaltem Wasser oder einer anderen kalten Flüssigkeit; nachher muß das Ganze mehrere Minuten lang unter Umrühren gekocht werden. Auch bei chronischen Magenleiden, Anorexie, in der Reconvalensenz oder bei Chlorose hat sich der „Nährstoff Heyden“ in ausgezeichneter Weise bewährt. Der „Nährstoff Heyden“ kommt in Blechbüchsen von verschiedener Größe (25—250 Grm.) in den Handel. Das Präparat ist ziemlich theuer, da das Kilo sich im Detailverkauf auf über 40 Mk. stellen würde. Der Geruch und Geschmack des frischen Präparates ist manchen Personen etwas unangenehm, doch soll diese dem aufgeschlossenen Eiweiß anhaftende Eigenthümlichkeit verschwinden, wenn man, wie die Vorschrift ist und wie dies oben erwähnt wurde, das Präparat aufgeschwemmt vor dem Kochen zusetzt und dasselbe dann mitkocht.

— Zur **Behandlung des Abdominaltyphus** empfiehlt RICHTER („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 5) das **Kreosotal**. Bei reinen Fällen ohne Complication gibt er in jedem Stadium am ersten Behandlungstage Erwachsenen probeweise 3mal 30 Tropfen in Wein. Wird dieses Quantum gut vertragen, so geht er sofort zu 3mal täglich 1 Theelöffel über und hat bisher noch immer in 3—5 Tagen die bedrohlichen Symptome schwinden sehen. Antipyretica verwendet er dabei nur ausnahmsweise, und dann auch nur im Beginne der Cur. Darmblutungen bilden keine Contraindication, bedürfen aber natürlich specieller Berücksichtigung.

— Das **Aspirin** bleibt nach MÜLLER („Wr. klin. Rundschau“, 1900, Nr. 50) in keiner Weise in Bezug auf seine Wirkung hinter der Salicylsäure zurück, ja es übertrifft dieselbe sogar, da das Aspirin, ohne den Patienten irgendwie zu belästigen, lange Zeit verordnet werden kann. Nebenwirkungen traten in keinem der angeführten Fälle auf; in einem einzigen Falle stellte sich Ohrensausen ein; in diesem hatte eine empfindliche Kranke 3·0 Aspirin innerhalb 3 Stunden genommen. Dieselbe hatte, als sie die 3·0 Aspirin auf den ganzen Tag vertheilt nahm, keinerlei Beschwerden mehr, obwohl sie das Medicament durch viele Tage hindurch verwendete.

— Ueber mit **Duotal** geheilte Fälle von **Lungenschwindsucht** berichtet LELKIRK JONES („Med. Times and Hosp. Gaz.“, London, Dec. 1900). Er begann in einem Falle z. B. mit 1 Grm. Duotal täglich. Als sich leichter Bluthusten einstellte, erhöhte er die Dosis auf 2·7 Grm. pro die. Nach ungefähr einem Monate besserte sich der Zustand der Patientin; Bluthusten und Auswurf verschwanden gleich schnell. Steigerung des Appetits. Nach 2 Monaten reduirte S. die Dosis auf die Hälfte. Einen in dieser Weise — und durch Aërotherapie — geheilten Fall von Phthise beobachtet Verf. nunmehr seit 5 Jahren. Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Duotal ist sicherlich eine Therapie, die häufiger angewandt zu werden verdiente, als es in Wirklichkeit geschieht.

— Das **Dormiol** ist nach CLAU („Belgique médicale“, 1900, Nr. 46) in den verschiedenen Formen der Neurasthenie bei nicht allzusehr aufgeregten Geisteskranken und bei einfachen Melancholikern ein vorzügliches Medicament. Es verschafft einen erquickenden Schlaf. In keinem Falle wurden jemals bei dem Gebrauche ernstliche Nachtheile beobachtet. Die Verdauungsfunktionen werden durch Dormiol in keiner Weise ungünstig beeinflusst. In 2 Fällen von Melancholie haben sich dieselben sogar ganz erheblich gebessert. Ein kleiner Nachtheil bei den Geisteskranken beruht in dem wenig angenehmen Geschmack des Medicamentes, und so besteht manchmal bei diesen ein gewisser Widerwille dagegen. In diesem Falle wäre das Einnehmen von Kapseln geboten, jedoch gelingt dies nicht immer. In solchen Fällen muß man Syrup oder irgend ein anderes Deckmittel zufügen. In einem Falle von Melancholie gab C. das Mittel durch die Nase und der Erfolg war ein befriedigender. Die Dosis schwankt zwischen 0·50 und 2 Grm.

— Ueber **Ichthargan** und **Ichthoform** berichtet P. G. UNNA („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1901, Bd. 32). Da die Pulverform des Ichthargans die praktischere Puderbehandlung bei *Ulcus cruris* zuläßt, wurden einfache Steupuder von Talcum mit 1% und 5% Ichthargan verordnet. Insbesondere ließ sich diese Behandlung mit der circulären Zinkleimbinde und dem Zinkleimwatteverband gut verbinden, in derselben Weise etwa wie in früheren Zeiten die Jodoform- und Dermatoleinpuderung. Das Ichthargan ist ein die Epithelneubildung und deren Verhornung beförderndes, specifisch keratoplastisches Mittel. Die besten Erfolge wurden daher erzielt einerseits bei gereinigten Geschwüren, deren Epithelneubildung aus irgend welchen Gründen zögert, andererseits bei sehr alten, harten Geschwüren mit epithelunterwachsenen, callösen, unverschieblichen Rändern, wenn gleichzeitig für eine Abschälung des verhornten Epithels durch Bedeckung mit Salicyl-Kreosot- oder Salicyl-Cannabis-Pflastermull gesorgt wird. Endlich ist auch der Ichtharganpuder allein für sich ein mächtiges Adstringens bei schlechten, schlaffen, ödematösen oder hämorrhagischen Granulationen. Im Ichthoform scheinen wir dasjenige Formalinpräparat zu besitzen, welches (durch die Ichthyolverbindung) genügend gemildert ist, um auf der für alle Formalinpräparate sehr empfindlichen Haut die anerkannten Vorzüge jener zu entfalten, ihre Desinfectionskraft und ihr Härungsvermögen. Da das letztere sich an der Haut stets in einer Nekrotisierung der oberen Hornschicht äußert, so kann auch das Ichthoform nur bei solchen Affectionen zur Verwendung gelangen, welche eine solche Schälung vertragen, ja zur raschen Heilung sogar erfordern. Für primäre und secundäre, tuberculöse Darmerkrankungen empfiehlt SCHAEFER („Therap. d. Gegenwart“, 1900, Nr. 10) das Ichthoform überaus warm. Es kann in Gaben von 0.5—0.8 Grm. selbst kleinen Kindern anstandslos gegeben werden. Bei Erwachsenen kann man ohne Schaden bis auf Dosen von 10 Grm. pro die steigen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXIV.

Abtheilung für innere Medicin.

BAYLAC (Toulouse): Die Behandlung der tuberculösen Peritonitis durch Punction und nachherige Waschung mit heißem sterilisirtem Wasser.

Votr. will, ohne die Kranken der Gefahr der Laparotomie auszusetzen, ihnen den Nutzen einer Ausspülung der Bauchhöhle verschaffen, und zwar ohne Anwendung der stets bedenklichen antiseptischen Flüssigkeiten. Er verwendet 45° warmes Wasser, das ebenso wirksam erscheint, indem es doch hauptsächlich nur darauf ankommt, das von seinem Exsudat befreite Peritoneum in den für eine Ausheilung möglichst günstigen Zustand zu versetzen. Die mechanische Wirkung ist das Wesentliche. B. hat nach dieser Methode 8 Fälle von tuberculöser Peritonitis mit Ascites behandelt und dadurch 5 vollständig geheilt, 3mal eine vorübergehende Besserung erzielt. Votr. gibt zum Schluß noch den Versuch einer theoretischen Erklärung des Zustandekommens der Heilung.

WIDAL und RAVAUT (Paris): Cystodiagnostik des sero-fibrinösen Pleuraexsudates.

Die Untersuchung der in den pleuritischen Exsudatflüssigkeiten enthaltenen Zellen kann wichtige Aufschlüsse für die Diagnostik, Pathogenese und Aetiologie liefern. Einige Cubikcentimeter Flüssigkeit werden durch Probepunction entnommen, defibrinirt und centrifugirt. Färbung mit Thionin, Hämatoxylin-Eosin und EHRLICH'S Triacid. Die Votr. verfügen über 66 Fälle und zeigen

auf Tafeln die Mannigfaltigkeit des Befundes. Bei der idiopathischen Pleuritis findet man ausschließlich kleine Lymphocyten, zusammenschließend, mit spärlichen rothen Blutkörperchen. Bei der tuberculösen Pleuritis in ihren verschiedenen Formen sind Formenelemente sehr selten; nur einige alte und deformirte polynucleäre Leukocyten finden sich. Bei einer streptokokkenhaltigen sero-fibrinösen Pleuritis waren neutrophile Polynucleäre vorhanden. Am bemerkenswerthesten ist der Befund bei der Pneumokokken-Pleuritis: rothe Blutkörperchen und einige Lymphocyten, besonders aber sehr zahlreiche polynucleäre und eine große Menge mononucleärer Zellen endothelialen Ursprungs, einige davon sehr groß, schließen noch polynucleäre in ihrem Protoplasma ein. Bei den traumatischen und den aseptischen Pleuritiden der Herz- und Nierenkranken sind große Endothelzellen von der Oberfläche der Serosa charakteristisch, einzeln oder in Gruppen zu 2, 3 und 4.

MARINI (Palermo): Die structurellen Veränderungen der polynucleären Leukocyten nach Infectionen.

Beim Studium des Blutes von Pneumoniern hat M. specifische Typen von Leukocyten gefunden, von denen diejenigen mit polymorphem Kern folgende Eigenthümlichkeiten zeigten: Im Protoplasma findet um den Kern herum eine Anhäufung von neutrophilen Granulationen statt (bei der Färbung mit EHRLICH'S Triacid) und dieser centrale Theil der Zelle färbt sich sehr intensiv. Dagegen bleibt die Peripherie klar und wenig gefärbt. Diese Veränderungen verlieren sich in dem Maße, als die Krankheit abläuft. Sie scheint also von der Infection abhängig zu sein. Bei Hunden konnte M. experimentell solche Leukocyten im Blute hervorrufen, wenn er ihnen einen sehr virulenten Mikroben einimpfte, der aus den Hautschuppen von masernkranken Kindern gewonnen war.

FENOGLIO (Cagliari): Die pathogene Action der Amoeba coli.

Votr. leugnet die ätiologische Bedeutung der Amoeba coli für die Dysenterie und andere Darmaffectionen. Sie haben keine pathogene Wirkung. Denn sie findet sich auch im Darm gesunder Menschen mit all ihren charakteristischen Eigenschaften. Auf Katzen übertragen, die ja für Dysenterie empfänglich sind, ruft sie im Darm derselben keinerlei specifische Läsion hervor. Wo man amöbenhaltigen Darminhalt oder Eiter aus Leberabscessen anscheinend mit Erfolg übertragen hat, ist man nicht sicher, ob nicht etwa irgend welche toxische Substanzen oder andere uns noch nicht bekannte Mikroben wirksam gewesen sind.

LAUNOIS und LOEPER (Paris): Der venöse Puls (der Saphena) bei Tricuspidalinsufficienz.

Eine 41jährige Frau, welche nach acutem Gelenkrheumatismus eine Mitralstenose erworben hatte, bekam infolge einer Ueberanstrengung eines Tages die Erscheinungen einer Tricuspidalinsufficienz: Dilatation des rechten Herzens, Jugularpuls, Leberpuls und systolischer Puls an der V. saphena und den übrigen Venen der unteren Extremität. Der systolische Charakter des Pulses an der Saphena unterscheidet ihn von allen anderen Venenpulsen, wie die Votr. an ihren Curven zeigen. Seine Entstehung ist nicht auf Verminderung des intravenösen Druckes zurückzuführen, sondern ausschließlich auf das Fehlen von Klappen im Stromgebiet der Vena cava inf., deren Pulsation ein ganz constantes Zeichen der Tricuspidalinsufficienz ist (FRIEDREICH). Dagegen fehlen bei ihr die Geräusche und das Fremissement an der Cruralis und Saphena, welche man bei Chlorotischen wahrnimmt, obwohl man durch die Palpation die rückströmende Welle beobachten kann. Diese periphere Manifestation der Kreislaufsufficienz ist günstiger als die viscereale, weil sie wenigstens eine Zeit lang die Unterleibsorgane und insbesondere die Nieren vor Stauungen schont.

Potain sieht das Bemerkenswerthe der mitgetheilten Beobachtung in dem Fehlen von Oedemen und erklärt dies dadurch, daß kein Hinderniß für den venösen Abfluß bestanden habe.

BERNHEIM (Paris): Tuberculose und Syphilis.

Bei 43 Kranken hat Votr. die Combination beider Krankheiten beobachtet. Bei der Häufigkeit beider kann das Zusammenreffen kein Wunder nehmen. Die Syphilis bereitet der Tuberculose

den Boden, hauptsächlich weil sie Eingangspforten für den Tuberkelbacillus schafft. Die Syphilis übt einen deletären Einfluß nur auf die Phthisiker in vorgerückteren Stadien der Krankheit. Tritt umgekehrt Tuberculose zu Syphilis, so ist die Prognose sehr ernst im ersten und zweiten Stadium der Lues, dagegen gutartig im dritten, weil sich da das syphilitische Gift erschöpft hat. Die Hg-Cur wird schlecht vertragen von tuberculösen Syphilitikern im ersten und zweiten Stadium der Lues. Solche Kranke müssen deshalb erst unter die günstigsten hygienischen und diätetischen Verhältnisse gebracht werden, ehe sie mit kleinen Dosen Hg behandelt werden, die in größeren Zwischenräumen wiederholt anzuwenden sind.

BARIÉ (Paris): Die maligne Endocarditis bei acutem Gelenkrheumatismus.

Das Hinzutreten einer malignen Endocarditis beim acuten Gelenkrheumatismus ist nur ein seltenes Vorkommniß. Vortr. berichtet über zwei schnell tödtlich verlaufene Fälle. Im ersten fand sich bei der Autopsie eine frische verrucöse Endocarditis an der Mitrals, acute Herzdilatation und Myocarditis. Im zweiten Falle fanden sich indeß keine ausreichenden anatomischen Veränderungen, so daß man an eine Toxämie durch die Mikroben des Gelenkrheumatismus und ihre Toxine denken muß, oder an eine secundäre Infektion, die sich auf die initiale Endocarditis aufgepfropft hat. Schließlich lehren die mitgetheilten Beobachtungen, daß auch die social-hygienischen Verhältnisse des Kranken, schlechter Ernährungszustand und Alkoholismus die Disposition zu dieser schweren Form der Endocarditis setzen.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

HELLER: Ueber Erythema multiforme nach chemischer Reizung der Urethra.

Vortr. theilt eine Krankenbeobachtung mit, welche sich mit den experimentellen Untersuchungen LEWIN'S und DU MESNIL'S vollkommen deckt. Ein 33jähriger Mann, der wiederholt Gonorrhoe mit Gelenkaffectionen durchgemacht hatte, aber vollständig geheilt war, hatte bei einem Coitus mit seiner Frau zur Verhütung der Conception seinen Penis in 33%ige Creolinlösung getaucht. Danach stellte sich Schwellung des Penis und eitriger Ausfluß ohne Gonokokken ein, dann Gelenkschwellungen und am 8. Tage ein typisches Er. exs. m. Creolinexanthem und ein Ausschlag gonorrhoeischen Ursprungs sind ausgeschlossen. Die späte Entstehung macht auch die Annahme eines Reflexes unmöglich, vielmehr muß man an eine Autointoxication denken, hervorgerufen durch die Resorption des Harnröhren-Eiterserums. Ein Analogon ist in der toxischen Wirkung des thierischen Blutserums auf die Haut zu suchen.

LOHNSTEIN: Ueber die Reaction des Prostatasecrets bei chronischer Prostatitis und ihren Einfluß auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen.

Vortr. hat 542 Untersuchungen bei 80 Patienten angestellt. Das Prostatasecret war sauer 404mal, neutral 30mal, alkalisch 108mal, dies steht in Widerspruch zu den Angaben der Literatur (FINGER u. a.), daß es unter pathologischen Verhältnissen infolge der Eiterbeimischung alkalisch reagire. Der normale Säuregehalt ist nur sehr wenig herabgesetzt. Bei 26 von 80 Patienten schwankte die Reaction, nur bei 5 war sie constant alkalisch. In der Lebensfähigkeit der Spermatozoen fand sich kein Unterschied zwischen saurem und alkalischem Prostatasecret. Die Reaction hat demnach gar keinen Antheil an dem Zustandekommen der Lebensfähigkeit der Spermatozoen und das Secret übt keinen Einfluß auf dieselbe aus. In 14 alkalischen, mit Eiter vermischten Prostatasecreten wurde lange Zeit die Lebensfähigkeit der Spermatozoen constatirt. Die Prognose der chron. Prostatitis ist also hinsichtlich der Zeugungskraft nicht so ungünstig, wie bisher angegeben wurde.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

ENDERLEN: Schilddrüsenexstirpation bei Pflanzenfressern.

Die Pflanzenfresser galten bis vor einigen Jahren als immun für die Thyreoidektomie, bis HORSLEY am Affen nachwies, daß auch sie schwere Schädigungen erleiden können.

Dann zeigte HOFMEISTER an jugendlichen Kaninchen, daß die Exstirpation der Schilddrüse (bei erhaltener Nebenschilddrüse, chronische Kachexie und Zurückbleiben des Wachstums mit auffallender Verzögerung der Ossification sowohl der Epiphysenknorpel als der Synchronosen bedingt. MOUSSOU exstirpirte bei erwachsenen Schafen und Ziegen die Schilddrüse, ohne daß schädliche Folgen auftraten; bei einer jungen Ziege kam es dagegen zur atrophischen Form des Cretinismus.

v. EISELSBERG fand, daß die Totalexstirpation der Schilddrüse bei jungen Herbivoren schwere Wachstumsstörungen bedingt.

E. hat bei einem jungen Hammel und 6 jungen Ziegen die Totalexstirpation der Schilddrüse gemacht. Der Hammel, welcher anfangs schwerer und größer als das Controlthier war, blieb etwas im Wachstum zurück, auch erschien er noch stupider als das Controlthier. Schwere Störungen im Wachstum blieben aus. Bei der Obduction 8 Monate nach der Exstirpation fand E. eine bohnen-große Nebenschilddrüse in der Nähe des Zungenbeins. Diese hatte offenbar genügt, schwere Störungen hintanzuhalten.

Von den 6 Ziegen gingen 3 an Tetanie zugrunde, nach 6, 7 und 27 Tagen. Außer einer starken Füllung des Magendarmcanales boten sie bei der Obduction keine pathologischen Veränderungen, insbesondere waren die Knochen intact. Die restirenden 3 Ziegen blieben gesund und munter; bei einer Revision nach 3 Monaten konnte man an den Operationsstellen keine Reste von Schilddrüsen-gewebe nachweisen. Eine Ziege verendete 6 Monate nach dem Eingriffe infolge eines anderweitigen Versuches. Bei dieser fand sich eine kaum bohnen-große Nebenschilddrüse am Zungenbein mit gut entwickelten Follikeln und reichlicher Colloidsubstanz. 2 Ziegen leben heute noch, 15 Monate nach der Schilddrüsenexstirpation.

Physiologische Gesellschaft in Berlin.

A. LOEWY: Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung.

Der Tod, der nach größerer Säurezufuhr bei Pflanzenfressern eintritt, wird im allgemeinen auf Veränderungen des Blutes bezogen, die in einer Unfähigkeit desselben, Kohlensäure aufzunehmen, gipfeln sollen, wofür als Beweis der geringe Kohlensäuregehalt des Blutes säurevergifteter Thiere betrachtet wird. — L.'s Versuche ergaben nun, daß die Veränderungen des Blutes nicht zur Erklärung des Säuretodes genügen, daß man vielmehr die deletären Wirkungen der Säuren, resp. derjenigen Stoffe, deren giftige Wirkung auf Säurebildung im Organismus zurückgeführt wird, auf eine Schädigung der Gewebelemente beziehen muß. Denn das Blut der säurevergifteten Thiere hatte zwar an seiner Bindungsfähigkeit für CO₂ eingebüßt, wie die bezüglichen Versuche von L. und MÜNZER zum erstenmale eindeutig beweisen, aber es vermochte doch noch bei Kohlensäurespannungen, die im Organismus vorkommen können, erhebliche Quantitäten Kohlensäure (wenn auch geringere als in der Norm) aufzunehmen, also aus den Geweben fortzuschaffen.

H. VIRCHOW: Ueber das Skelett eines wohlgeformten Fußes.

V. verwirft die Theorie H. v. MEYER'S und neigt sich der von HENKE-BEELY aufgestellten zu. — Es vereinigen sich nach ihm an dem Aufbau des Gewölbes Längs- und Querbogenstücke. Aber die Statik des Fußgewölbes ist nicht allein aus dem Verhalten des Skeletts zu erklären, vielmehr sind auch Muskeln an der Stützung erheblich betheilig. Wie die Gewölbe überhaupt, so muß auch das Fußgewölbe nicht als starr, sondern als gleitend betrachtet werden.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 27. Februar 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Prof. S. EHRMANN demonstriert einen Fall von **Verrucae planae oder seborrhoicae**, welche sehr oft mit *Molluscum contagiosum* verwechselt werden. Pat. hat seit 20 Jahren an den Händen und an der Stirne ganz flache, geröthete, fettig glänzende und fein gekörnte Elevationen, welche als warzenartige Bildungen anzusehen sind. Sie sind häufig hereditär und kommen an Stellen vor, wo starke Seborrhoe anzutreffen ist. Die Behandlung besteht in der Anwendung leichter Aetzmittel (Resorcinpasta). Diese Affection ist nicht mit *Molluscum contagiosum*, was in diesem Falle wohl nur dem alten Krankheitschema zuliebe, in welchem diese Erkrankung nicht vorkommt, gesehen ist, oder dem Angiokeratoma Mibelli zu verwechseln. Das erstere ist rasch vorübergehend, entsteht acut vielleicht durch Coccidieninfection, ist weiß, glatt, enthält keine Blutgefäße, hat einen Nabel, ist ausdrückbar und heilt nach dem Ausdrücken sofort. Das letztere zeigt ektatische Gefäße, varicöse Bildungen und Hämorrhagien; es ist gewöhnlich bei Phthisikern zu finden, ist aber im Ganzen selten. (Vortr. zeigt eine Abbildung desselben.)

Doc. Dr. AD. JOLLES erstattet eine vorläufige Mittheilung über **positiven Ausfall der Phenylhydrazinprobe bei Abwesenheit von Zucker**, namentlich bei gewissen Leber- und Pankreaserkrankungen. Bereits seit längerer Zeit bekannt und durch die jüngsten Untersuchungen PAUL MAYER's sichergestellt ist die Thatsache, daß die in normalen Harnen auftretenden gepaarten Glycuronsäuren schon während des Erhitzens im Wasserbade und unter dem Einflusse der Essigsäure eine Spaltung erfahren können, wobei das Phenylhydrazin mit der freien Glycuronsäure eine dem Glucosazon im Aussehen und Schmelzpunkt analoge krystallisirte Verbindung einzugehen vermag. Es läßt sich daher nicht leugnen, daß das Auftreten einzelner, dem Glucosazon vollkommen gleich aussehender Krystalle in Harnen noch nicht unbedingt auf Zucker hinweist; denn wenn auch leicht abspaltbare gepaarte Glycuronsäuren nur selten in erheblichen Mengen in Harnen auftreten, so ist andererseits zu berücksichtigen, daß nach dem Einnehmen von Medicamenten im Organismus eine Paarung der Glycuronsäure mit dem betreffenden Medicamente, wie z. B. bei Menthol, Mentholglycuronsäure erfolgen und zu Täuschungen Anlaß geben kann. Bei dieser Gelegenheit weist Dr. JOLLES darauf hin, daß das vermehrte Auftreten von Glycuronsäure im Harne eine pathologische Bedeutung haben kann, denn die Glycuronsäure sei zweifellos als eine Vorstufe des Zuckers anzusehen und bei den verschiedenen Arten der Glycuronsäure wechselt das Auftreten von Glycuronsäure mit geringen Zuckermengen im Harne häufig ab.

Außer dem störenden Einfluß der Glycuronsäure hat Dr. JOLLES die Beobachtung gemacht, daß Harnen, die sehr reich an Nucleoalbuminen sind, unter Umständen einen positiven Ausfall der Phenylhydrazinprobe bedingen, während die Gährungsprobe absolut negativ ausfällt. Werden nun die Nucleoalbumine durch Eintragen von schwefelsaurer Magnesia bis zur Sättigung aus dem Harne entfernt und dann die Phenylhydrazinprobe ausgeführt, dann fällt diese Probe vollkommen negativ aus. Diese Wahrnehmung hat Vortragender vornehmlich bei Harnen von Patienten gemacht, deren Leber oder Pankreas nach Angabe der behandelnden Aerzte der Sitz schwerer pathologischer Veränderungen war. In einem Falle von Lebercirrhose, wo ein genügendes Untersuchungsmaterial zur Verfügung stand, gelang es dem Vortragenden, die Osazonverbindung der durch schwefelsaure Magnesia aus dem Harne abgeschiedenen Nucleoalbuminverbindung einer näheren Prüfung zu unterziehen.

Die gesammelten Osazonkrystalle wurden zunächst nach dem Verfahren von NEUBERG in etwas heißem Pyridin gelöst und mit Aether ausgefällt. Der Schmelzpunkt der so gereinigten Krystalle lag bei 162. Die Orcin-Salzsäurereaction nach SALKOWSKI fiel positiv aus, und die Ausschüttelung mit Amylalkohol zeigte spectro-

skopisch einen Absorptionsstreifen zwischen C und D. Zu einer Stickstoffbestimmung reichte das Material nicht aus. Nach diesen Ergebnissen ist es zweifellos, daß es sich um Pentosen handelte, die in ihrer Krystallform das Glycosazon vortäuschen konnten. Vortragender ist der Ansicht, daß die speciell bei schweren Leber- und Pankreaserkrankungen unter Umständen im Harne in erheblichen Mengen auftretenden Nucleoalbumine identisch sind mit den Nucleoproteiden der Leber, resp. des Pankreas. Diese Annahme erscheint um so plausibler, als bekanntlich HAMMARSTEN im Nucleoproteid der Leber als Bestandtheil eine Pentose erkannte, ebenso wie SALKOWSKI für das Osazon aus Pankreas die Pentosenatur sichergestellt hat.

Nächstem hat Dr. JOLLES auch wiederholt in eiweißhaltigen Harnen einen positiven Ausfall der Phenylhydrazinprobe beobachtet, trotzdem die Gährungsprobe vollkommen negativ ausfiel. Wurden die Eiweißkörper durch Sättigen mit Ammonsulfat entfernt, dann fiel die Phenylhydrazinprobe negativ aus. Nach den bisherigen Versuchen von v. LANDWEHR, F. BLUMENTHAL, J. WOHLGEMUTH, P. MAYER, FR. MUELLER etc. wissen wir, daß es Eiweißkörper mit und ohne Kohlehydratgruppen gibt, und zwar können diese Kohlehydratgruppen ganz verschiedener Natur sein.

Jedenfalls geht aus den gemachten Wahrnehmungen hervor, daß die Phenylhydrazinprobe nur an enteweißten Harnen vorgenommen werden soll, andererseits behält sich Vortragender vor, die im Harne auftretenden Eiweißkörper bezüglich ihrer Kohlehydratgruppen einem näheren Studium zu unterziehen.

Doc. Dr. ADOLF JOLLES demonstriert sein **klinisches Ferrometer**. Auf dem Tische des Hämometers ist eine mit einer Schraube versehene Metallplatte abnehmbar angebracht, so daß das Instrument leicht aus dem Hämometer in das Ferrometer verwandelt werden kann. Diese Platte hat einen Ausschnitt behufs Ablesung der Scala und überdies zwei kreisrunde Oeffnungen über dem Ausschnitte des Hämometertisches. In diesen Oeffnungen werden die Colorimeterröhren derart festgehalten, daß die mit Wasser zu füllende Röhre genau über dem Glaskeile zu stehen kommt, und beide Röhren ihre senkrechte Stellung beibehalten. Unten werden die Röhren vermittelst einer Metallfassung durch planparallele Glasplatten wasserdicht abgeschlossen, den oberen Abschluß besorgen dünne, planparallele Glasplättchen. Von der Thatsache ausgehend, daß es für klinische und ärztliche Bedürfnisse bei Eisebestimmungen vor Allem auf eine übersichtliche und vergleichbare Zahl ankommt, wurde nach zahlreichen Untersuchungen von gesunden Menschen, ähnlich wie dies bei dem FLEISCHL'schen Hämometer der Fall ist, eine Normalzahl festgesetzt, derart, daß ein gesundes normales Blut, welches entsprechend der dem Apparate beigegebenen Gebrauchsanweisung behandelt wird, am Keil des Hämometers die Zahl 100 ergeben muß. Um dies zu erreichen und andererseits den Verschiedenheiten der Färbung der diversen Glaskeile Rechnung zu tragen, wurde die Einstellung der Apparate derart vorgenommen, daß je nach der Intensität des betreffenden Keiles die Marke am Mischeylinder in der berechneten Höhe angebracht wurde, während die Höhe der Röhren, durch welche die Ablesung geschieht, bei allen Apparaten die gleiche ist, nämlich 75 Mm. Der der Keilablesung entsprechende Eisengehalt wird aus einer Tabelle entnommen. Die Richtigkeit dieser Tabelle wurde für die verschiedenen Theile des Glaskeiles durch Bestimmung der entsprechenden Mengen von Eisenlösung controlirt und kann eine Ueberprüfung des Apparates leicht erfolgen. Die Aufschließung der Blutase erfolgt nach dem modificirten Verfahren nicht mit 0.1 Grm., sondern mit 0.3 Grm. saurem schwefelsaurem Kalium, wodurch auch Mindergeübte in der Lage sind, die Aufschließung zu einer vollkommen quantitativen zu gestalten. Die in den Mischeylinder eingefüllte schwefelsaure Eisenoxylösung wird mit 3 Ccm. Salzsäure (1:10) versetzt, abkühlen gelassen, hierauf 3 Ccm. Rhodanammönlösung (25 Grm. pro Liter) hinzugefügt, umgeschüttelt und der Mischeylinder mit destillirtem Wasser bis zur Marke aufgefüllt.

Die weiteren Operationen sind dieselben, wie sie bereits früher publicirt wurden. Wie zahlreiche Vergleichsanalysen ergeben

haben, liefert der Apparat vollkommen exacte und verlässliche Resultate.

Prof. EHRMANN stellt einen jungen Mann mit **Lichen planus des Genitale** vor. Am Genitale und an der Bauchhaut sitzen glänzende, kleine, stark juckende Knötchen, von denen die größeren im Centrum abgeplattet und pigmentirt sind. Auf der Glans sind sie nicht pigmentirt, weil dort überhaupt kein Pigment gebildet wird. Wo sich Pat. kratzt, schießen neue Knötchen auf. Die Behandlung besteht vorläufig wegen gleichzeitig vorhandener Anämie in Verabreichung von Guberwasser.

Prof. EHRMANN: Ueber diabetische und arthritische Dermatosen.

Bei Diabetes können verschiedene Hauterkrankungen auftreten, wie Ekzeme, Furunkeln, Impetigo, Gangrän. Französische Autoren zählen auch die Pityriasis versicolor und das Erythrasma hieher; FOURNIER hat sogar eine eigene Gruppe von „Diabetiden“ aufgestellt; doch kann man nicht von eigenen Krankheitsformen sprechen, sondern die bei Diabetes und infolge desselben sich bildenden Erkrankungen, wie Ekzeme, nehmen eine bestimmte Form an, so daß man daraus im gegebenen Falle mit großer Sicherheit auf Diabetes schließen kann.

Votr. hat bei einem Arbeiter in einer Hefefabrik ein Ekzem der Hände beobachtet, welches ihm durch das eigenthümliche Aussehen der Hände auffiel. Bei der Untersuchung konnte in den Bläschen und Pusteln der Hefepilz (*Saccharomyces cerevisiae*) nachgewiesen werden. Wurde eine aus Abzugbier gewonnene Hefe auf den Pat. überimpft, so bekam derselbe Pustelbildungen, andere Personen dagegen nicht. Die Untersuchung ergab bei diesem Kranken einen hohen Zuckergehalt des Harnes. Diabetische Frauen oder solche, welche nur an Glykosurie leiden, haben jahrelang Ekzeme an den Genitalien und ihrer Umgebung, welche wohl charakterisirt sind, jeder anderen Therapie widerstehen und nur auf Einleitung der diabetischen Diät heilen. Außer den Genitalien pflegen noch die Hände und Füße befallen zu sein. Diese Ekzeme sind gewöhnlich im Gegensatz zu anderen Ekzemen scharf begrenzt, die Haut ist derb, verdickt, schuppig, reißt leicht ein, das hervorquellende Serum bedeckt dieselbe oft wie eine Firnißschicht. Die Verwechslung mit Syphiliden ist wegen der scharfen Begrenzung schon wiederholt vorgekommen. Bei Frauen stellt sich beim Diabetes Vaginitis ein, welche manchmal mit Erosionen der Vulva einhergeht und immer einen unerträglichen Juckreiz hervorruft. Ein Ekzem braucht sich nicht immer dazu zu gesellen, es ist vielmehr das Ekzem nicht durch die Vaginitis hervorgerufen, sondern nur eine Fortsetzung des Erkrankungsprocesses auf die Haut und ist gleichwerthig mit der Vaginitis. Bei den genannten Affectionen handelt es sich immer um Lockerung des Epithels, sie heilen ohne weitere Behandlung prompt unter diabetischer Diät. In 2 Fällen beobachtete Votr. eine umschriebene Knotenbildung am Penis, welche für einen syphilitischen Affect gehalten wurde, aber nie von Exanthem gefolgt war. In beiden Fällen stellte sich bei nachträglicher Wiederholung des Processes heraus, daß die Pat. Diabetiker waren. Die diabetischen Dermatosen dürften auf Gefäßerkrankungen beruhen, welche durch den Zuckergehalt des Blutes oder durch dessen Alkalescenz bedingt sind. Die Veränderungen des Serums, welche das Epithel durchtränkt, führen zu einer ungenügenden Ernährung des Epithels und leisten der Ansiedelung und Vermehrung von Mikroorganismen Vorschub. Aus letzterer Ursache ist auch die Neigung der Diabetiker zu eiterigen und gangränösen Processen der Haut zu erklären; die Gangrän kann aber auch primär durch Veränderung der Gefäße zustandekommen oder bei Hautinfectionen dieselbe begünstigen.

Aehnlich wie bei Diabetes entstehen auch bei Arthritis an den Unterschenkeln und Fußsohlen Ekzeme von demselben Aussehen, welche zwar unter geeigneter Behandlung heilen, aber immer wieder recidiviren. Sie sind trocken oder nässend, scharf begrenzt, zu Bläschengruppen angeordnet und tragen am Rande einen Kranz von Bläschen. Es dürfte sich dabei um eine Auto-intoxication durch giftig wirkende Stoffwechselproducte handeln, daneben kommen noch Harnsäureknoten in der Haut, sowie in den Gelenken und Sehenscheiden vor.

Dr. Teleki erinnert sich an einen Mann, welcher einen Knoten an der Wurzel des Penis bekam und bei welchem später Diabetes diagnosticirt wurde. Der Knoten ist symptomlos verschwunden. T. fragt, ob besondere Verhältnisse beim Zustandekommen des Ekzems bei Arthritikern eintreten müssen, da er selbst selten eine solche Combination vorfand.

Prof. Ehrmann erwidert, daß zum Zustandekommen des Ekzems auch noch ein schlechter Ernährungszustand der Haut nothwendig sei. Es kommt gewöhnlich an den Stellen vor, wo Varices sitzen, doch ist es nicht mit dem varicösen Ekzem identisch. Gewöhnlich wird es bei über 45 Jahre alten Individuen beobachtet.

Notizen.

Wien, 23. März 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der diesjährigen Hauptversammlung, hielt Hofrath Prof. Dr. E. NEUSSER seinen angekündigten Vortrag: „Ueber ätiologisch-bacteriologische Diagnostik.“ Das Ziel des anatomischen Denkens in der Medicin — sagte Votr. — war die Erforschung des Sitzes und der Form der einzelnen Krankheiten; bei all ihren großen Fortschritten konnte die pathologische Anatomie daher auf ätiologischem Gebiete keine durchschlagenden Erfolge aufweisen. Es war ihr wohl gelungen, die morphologische Zusammengehörigkeit mancher Erkrankungstypen zu erkennen, die Räthsel des Contagiums und des Miasma sind aber der Bacteriologie vorbehalten geblieben. Diese erst hat anatomisch getrennte Krankheitsformen ätiologisch vereint und gezeigt, daß das morphologische Denken nicht die höchste Stufe in der Entwicklung der medicinischen Vorstellungen zu bleiben vermochte. Bald rang sich in weiterer Folge auch die Erkenntniß durch, daß die Ursachen der Krankheiten nicht allein in den Bacterien, vielmehr auch in der speciellen Reaction des Organismus, in der Disposition des Wirthes, zu suchen seien. Die Bacteriologie centralisirte demnach das medicinische Denken; denn niemals war vorher die Unität in der Medicin so scharf hervorgehoben worden. Die Bacteriologie legte durch die Lehre von den Agglutininen, Hämolytinen etc. dem Physiologen neue Fragen vor und sie schlug durch die Phagoocytenlehre und die Seitenkettentheorie manche Brücke zwischen vormals unvereinbar scheinenden Ideen. Sie lehrt uns z. B. Tuberculose, Aktinomykose, Aspergillose, Streptotrichose durch einfache Methoden bereits am Krankenbette differenziren und ebenso manche Mischinfectionen intra vitam erkennen. Selbst da, wo die mikroskopische Untersuchung versagt, gibt sie uns, wie mit dem Tuberculin, alsbald einen werthvollen Ersatz an die Hand. Für die Verwerthung einer eventuellen Bacteriämie darf jedoch auch das klinische Krankheitsbild niemals außer Acht gelassen werden. Bacteriologie und Klinik vereint führen unsere Diagnostik auf vormals ungekannte Höhen. Aus der Bacteriologie ist auch die Serumdiagnostik hervorgegangen, deren Bedeutung allem Anscheine nach immer mehr zunimmt. In gleichem Maße wie die bacteriologischen Behelfe sind ferner die indirecten Reactionen zu erwägen, so die morphologischen Veränderungen des Blutes und die Chemie am Krankenbette. So ist u. A. nach der Erfahrung des Votr. Acetonurie ein wichtiges Kriterium für die frühzeitige Erkennung der Lyssa humana. Die enterogenen Toxikosen sind ein weites Feld einer solchen Zielen nachstrebenden Arbeit für die Zukunft. Die Bacteriologie hat, alles in allem genommen, aber nicht nur Diagnose und Prognose verschärft, sondern auch therapeutische Ausblicke in reicher Zahl eröffnet. Für ein Streptokokkenempyem kommen andere chirurgische Maßnahmen in Betracht als für eine anatomisch gleichartige Pneumokokkenaffection, und der Nachweis von Tuberkelbacillen gibt unserem therapeutischen Denken und Handeln wiederum eine andere Richtung. N. schloß seine an überaus anziehenden Vergleichen und interessanten Beispielen reichen Ausführungen mit der Bemerkung, daß dem ätiologischen Leitmotive in der Medicin der Gegenwart und der Zukunft ohne Zweifel die führende Rolle gebühre und auch vorbehalten sei.

(Der Begriff „ärztliche Praxis“) hat durch ein Gutachten des Obersten Sanitätsrathes eine Interpretation erfahren. Hiezu wurde der oberste Fachrath infolge Ansuchens einer Aerztekammer im Sinne des § 2 des Kammergesetzes vom Ministerium

des Innern eingeladen. In Uebereinstimmung mit der weit überwiegenden Mehrzahl der demselben vorgelegenen Aeußerungen der Aerztekammern, der Landes-Sanitätsräthe und der politischen Landesbehörden sprach sich der Oberste Sanitätsrath dahin aus, daß eine Einschränkung der Kammerpflicht auf jene Aerzte, welche lediglich curative Privatpraxis ausüben, weder dem Wortlaute noch dem Geiste des gedachten Gesetzes entsprechen würde, und daß im Allgemeinen als ärztliche Praxis im Sinne des Aerztekammergesetzes jede ärztliche Berufsthätigkeit zu betrachten wäre, für welche der Besitz der mit dem ärztlichen, bezw. wundärztlichen Diplome erlangten Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde die nothwendige Voraussetzung bildet. Durch die Bekanntgabe dieser Anschauung des Obersten Sanitätsrathes, welche selbstverständlich keine authentische Interpretation ist, da eine solche nur durch ein Gesetz erfolgen könnte, soll der Judicatur der politischen Behörden nicht vorgegriffen werden.

(Auszeichnung.) Hofrath Prof. Dr. NEUSSER hat das Commandeurkreuz des Takowa-Ordens erhalten.

(Ernennungen.) Der Professor der Geburtshilfe an der Hebammen-Lehranstalt in Linz Dr. LUDWIG PISKAČEK ist zum Professor an der Hebammen-Lehranstalt in Wien ernannt worden. — Der praktische Arzt in Karlsbad Dr. OTTO AHNELT ist zum Stadtphysicus seines Aufenthaltsortes ernannt worden.

(Krankencasse in Baden.) Anlässlich eines vorgekommenen Falles haben sich sämtliche praktischen Aerzte des Curayons Baden bei Wien ehrenwörtlich verpflichtet, eine Stelle bei einer Krankencasse nur auf Grund eines von der Aerztekammer für N.-Oe. genehmigten fixen Vertrages anzunehmen, entsprechend den von dieser Kammer herausgegebenen „Directiven zur Abschließung eines Vertrages zwischen einem Arzte und einer Krankencasse“. Es ist zu gewärtigen, daß die Krankencassen in altbekannter Weise diesen Beschluß durch Ausnützung der unter den Aerzten herrschenden Concurrenz zu umgehen trachten werden. Die Aerzte Badens geben daher ihren Beschluß hiemit auch allen auswärtigen Collegen bekannt, mit der dringenden Bitte, sich mit ihrem Vorgehen gegebenen Falles solidarisch zu erklären, da eine Ignorirung desselben seitens eines Collegen eine schwere Schädigung der Interessen und des Ansehens unseres Standes nach sich ziehen und gegen die Pflichten der Collegialität sowie gegen die Bestimmungen des Ehrenrathes und der Standesordnung der Kammer verstoßen würde.

(Realschulabiturienten und Medicinstudium.) Die Berliner medicinische Gesellschaft hat — wie wir erfahren — den Antrag der von ihr gewählten Commission, daß das Zeugniß der Reife von einem humanistischen Gymnasium auch fernerhin Vorbedingung zu den ärztlichen Prüfungen bleibe, mit Majorität angenommen und gleichzeitig den Wunsch geäußert, daß die Zulassung der Realschulabiturienten zum Medicinstudium nur unter denselben Bedingungen gewährt werde, welche für Juristen und Theologen vorgeschrieben werden.

(Selbstmordstatistik.) Eine drei Jahrzehnte (1861 bis 1888) umfassende Statistik der Selbstmorde aller Länder, welche „Medical Record“ aufgestellt hat, lehrt, daß die Vereinigten Staaten von Amerika weit weniger Selbstmorde aufzuweisen haben als die anderen Länder. In Sachsen sind in dem Zeitraume von 1885—1888 333 Selbstmorde gezählt worden. An zweiter Stelle folgt Dänemark mit 259, an dritter Stelle kommt Frankreich, an vierter Preußen; in beiden Staaten ist die Zahl der Selbstmorde gestiegen, und zwar von 129, bezw. 127 auf 212, bezw. 204. Ueber 100 Selbstmorde auf je eine Million der Bevölkerung sind in Belgien und Schweden vorgekommen; die Zahl derselben hat sich somit seit 30 Jahren verdreifacht. In England sind die Selbstmorde von 66 bis 78 auf eine Million gestiegen, in Norwegen haben sie von 82 auf 66 abgenommen, was mit den Maßnahmen gegen den Alkohol in Verbindung gebracht wird. Eine noch geringere Selbstmordziffer hat Italien, wo die starke Auswanderung eine Erklärung dafür bietet. In den Vereinigten Staaten von Amerika entfallen auf eine Million Menschen nur 28 Selbstmorde.

Ueberall kommen mehr Selbstmorde beim Militär als im Civil vor. Die Ehe vermindert die Zahl der Selbstmorde. Männer werden häufiger Selbstmörder als Frauen. Die meisten Selbstmorde entfallen auf die Monate Mai und Juli.

(In Brüssel) hat sich vor wenigen Tagen eine „Internationale Gesellschaft zur Prophylaxe in sanitärer und moralischer Hinsicht“ constituirt. Die Gesellschaft hat sich die Bekämpfung der Syphilis in jeglicher Hinsicht zur Aufgabe gemacht. Die erste Konferenz der Gesellschaft wird im Jahre 1902 zu Brüssel stattfinden.

(Die St. Petersburger medicinische Wochenschrift) vollendete am 6. d. M. ihren 25. Jahrgang. Wir entbieten der geschätzten Collegin aus diesem Anlasse unseren herzlichsten Glückwunsch.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Eine Institution, die bereits seit Jahren in vielen kleineren Städten des Continentes zum Wohle der Bevölkerung besteht, soll nunmehr endlich auch in unserer Stadt zur Ausführung gelangen. Es handelt sich um das schon lange geplante städtische Untersuchungsamt für Nahrungs- und Genußmittel. Dasselbe wird auf einem Grundstücke unweit der Fischerbrücke erbaut werden. Die Baukosten sind auf 440.000 Mark veranschlagt, die Einrichtung der Laboratorien u. s. w. wird 92.000 M. kosten; die sächlichen Ausgaben sollen jährlich 23.000 Mark, die persönlichen 42.160 M. betragen. Dem Einwande gegenüber, daß die eventuellen Untersuchungen von bereits bestehenden staatlichen oder privaten Instituten ausgeführt werden können, ist geltend zu machen, daß sich die ersteren nicht mit Detailuntersuchungen befassen, und daß deren Thätigkeit sich bloß auf die Erforschung und Feststellung der Methoden erstreckt. Das kaiserliche Gesundheitsamt wird weder jetzt noch in Zukunft die Vornahme von Einzeluntersuchungen übernehmen, die privaten Anstalten aber sind ihren beschränkten Mitteln entsprechend nicht in der Lage, auf die Ausstattung der Laboratorien und die Wahl der in ihnen zu beschäftigenden Kräfte diejenigen Mittel zu verwenden, mit welchen staatliche oder communale Institute dieser Art versehen werden. Der Hauptzweck des neuen Amtes wird darin zu suchen sein, die Reellität im Verkehr mit Nahrungsmitteln herbeizuführen und zu erhalten und strafbare Handlungen zu verhindern. An der Spitze des städtischen Untersuchungsamtes soll ein Director mit 8000 M. Gehalt stehen, dem die Vorsteher der chemischen, bacteriologischen und physikalisch-mikroskopisch-botanischen Abtheilung mit je 5000 M. Gehalt unterstellt werden. Außerdem sind ein bacteriologischer und vier chemische Assistenten vorgesehen. — Seit 1. Januar 1901 sind alle Réaumur-Thermometer von der amtlichen Prüfung ausgeschlossen. Alle noch vorhandenen Réaumur-Thermometer müssen, auch wenn sie noch brauchbar sind, in allen öffentlichen Kranken- und Irrenanstalten, in allen öffentlichen Badeanstalten und in den höheren Schulen durch Thermometer nach Celsius ersetzt werden. Wegen der Universitäten und wissenschaftlichen Anstalten wird eine besondere Verfügung erlassen werden.

(Statistik.) Vom 10. bis inclusive 16. März 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7373 Personen behandelt. Hievon wurden 1501 entlassen; 170 sind gestorben (10·17% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 71, Scharlach 85, Masern 309, Keuchhusten 45, Rothlauf 40, Wochenbettfleber 6, Rötheln 5, Mumps 74, Influenza 15, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 747 Personen gestorben (— 92 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Budapest ist der berühmte Hygieniker Prof. Dr. JOSEF V. FODOR im Alter von 57 Jahren gestorben. Wir behalten die eingehende Würdigung der Verdienste und der Bedeutung v. F.'s einer berufenen Feder vor. — Gestorben sind ferner: In Wien der praktische Arzt Dr. ANTON OSWALD, in Rossitz der Herrschafts-, Fabriks- und Bergwerksarzt Dr. FERDINAND KATHOLICKY, ein hochangesehener und hochgebildeter College, im hohen Alter von 89 Jahren.

Verordnungsweise des Aspirins. Das Aspirin ist als wirksamer Ersatz des Natr. salicylicum und der Salicylate überhaupt vorteilhaft bekannt und hat sich bereits allgemein eingeführt. Es wird meist in Form abgetheilten Pulver verordnet und durch Nachtrinken von Wasser oder in Oblaten, bezw. als Oblatenpulver eingenommen. Durch Aufschwemmen in kaltem Wasser mit etwas Zucker wird ein limonadeartiges Getränk erzielt. Im Allgemeinen wird das Einnehmen in Oblaten vorgezogen. Auch die seit einiger Zeit von der Firma Friedr. Bayer & Co. gelieferten Aspirin-Tabletten, welche in Wasser sehr rasch pulverförmig zerfallen, finden vielfach Anklang. Sie kommen in Glasröhrchen mit 20 Stück Tabletten zu $\frac{1}{2}$ und 1 Grm. in den Handel und bilden eine besonders für die Cassenpraxis geeignete ökonomische Verschreibeweise des Aspirins, doch muß bei der Verordnung ausdrücklich vorgeschrieben werden „Original Bayer“. Manche Leute, besonders solche, die an Acidität des Magens leiden, vertragen das Aspirin in obigen Verordnungen nicht gut; diese läßt man das Mittel zusammen mit kalter Milch nehmen, dann vertragen sie es ebenfalls gut. Die Dosis für Erwachsene beträgt 1 Grm. 4—5mal täglich, am besten nach dem Essen in den Nachmittagsstunden. Bei chronischen schmerzhaften Affectionen (Rheumatismen) und bei neuralgischen Schmerzen genügen 2—3 Grm. pro die. Es muß vermieden werden, das Aspirin zusammen mit Alkalien zu verabreichen, denn bei mangelndem Säureüberschuß tritt möglicherweise schon im Magen eine Zerlegung des Aspirins ein. Kindern gibt man je nach dem Alter 0.3—0.5 pro dosi 3—4mal täglich. Da nach neueren Untersuchungen bei Phthisikern schon kleinste Dosen das Fieber stark herabsetzen, so ist hier Vorsicht am Platze und die Verabreichung kleiner Dosen von 0.1—0.2 Grm. anzurathen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, über „Hedonal“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brunnen-Versendung Marienbad in Böhmen.
Niederlagen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

NAFTALAN

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen — Erfrierungen — Wunden — Geschwüre — Decubitus — Entzündungen — Hämorrhoidalleiden — rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen — Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme — Frauenkrankheiten — Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie **NEU!**
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: Unguentum Naftalani cum Zinco — Collemplastrum Naftalani compositum — Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani — Medizinische Naftalanselle nach Dr. med. Rohleder.

Literatur und Muster für Ärzte stets kostenlos. Naftalan-Gesellschaft, o. m. b. H., Magdeburg.

Dr. Schuster Bad Nauheim.

Goldene Medaille Rom 1894. — Goldene Medaille München 1895.
Goldene Staats-Medaille Berlin 1896.

Chloroform - Anschütz

D. R. P. 70 614.

chemisch rein, aus Salicylidchloroform.



Chloroform-Anschütz ist frei von Salzsäure, Chlor, Phosgen, Alkohol, Aether und sonstigen Verunreinigungen, färbt concentr. Schwefelsäure nicht beim Schütteln und monatelangen Stehen über derselben.

Specifisches Gewicht 1,5 bei 15°, Siedepunkt 61,5°.

Hält sich unverändert in der Originalpackung.

Originalflaschen à 25 und 50 gr. Inhalt.
Auf Wunsch liefern wir Chloroform-Anschütz auch in grösseren Flaschen.

Tropfvorrichtungen

dazu.

Einer besond. Tropfflasche bedarf es bei der Anwendung dieses Troppers nicht; man befestigt denselben einfach auf der Originalflasche des Chloroform-Anschütz u. benutzt diese als Tropfflasche.

Lit.: Prof. Dr. Witzel, Bonn. Dr. Hans Schmidt, Stettin. Prof. Dr. Hermann Tillmanns, Leipzig.

Zu beziehen d. alle Apotheken. Prob. u. Literatur auf Wunsch gratis.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaceutische Abtheilung, Berlin SO. 36.

General-Vertretung für Oesterreich (exclusive Böhmen)-Ungarn:

Alex Ehrenfeld,

Wien, I., Gonzagagasse 12.



Farbentabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Hedonal.

Neues Hypnoticum,

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spec. Ind.: nervöse Agrypnie (bes. bei Neurasthenie, Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1,0 gr. 3—5mal täglich (am besten im Laufe des Spätnachmittages).

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat,
geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich.

Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.
Dos.: 5—10% Salben.

Protargol

Aristol

Creosotal

Cannigen

Jodothyryn

Lycetol

Eisen-Somatose

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem k. k. orthopädischen Universitäts-Ambulatorium des Prof. LORENZ in Wien. Beitrag zur Kenntniß der Ostitis deformans heredo-syphilitica. Von Dr. MAX REINER, Assistent. — Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien. Von Frauenarzt Dr. J. KÖNIGSTEIN in Wien. — **Referate.** LÖWITT (Innsbruck): Weitere Beobachtungen über die Parasiten der Leukämie. — G. J. MÜLLER (Berlin): Beiträge zur Asepsis des Katheterismus. — L. LEWIN (Berlin): Das Erbrechen durch Chloroform und andere Inhalationsanästhetica. (Ein Vorschlag zu seiner Verhütung.) — WATTEN (Lodz): Beitrag zur operativen Behandlung von Stichwunden des Herzens. — F. AHLFELD und F. STAEHLER (Marburg): Klinische Erfahrungen über Placentarretention nebst bacteriologischen Untersuchungen. — J. v. BOKAI (Budapest): Beitrag zur Kenntniß der Harnröhrendivertikel bei Knaben. — GROMAKOWSKY (Kiew): Die differentielle Diagnose verschiedener Arten Pseudodiphtheriebacillen und ihr Verhältniß zur Doppelfärbung nach M. NEISSER. — **Literarische Anzeigen.** Ueber Trachom. Mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens in Krain. Von Dr. EMIL BOCK, Augenarzt in Laibach. — Diagnostik der inneren Krankheiten. Von Prof. Dr. OSWALD VIERORDT. — Atlas und Grundriß der traumatischen Fracturen und Luxationen. Von Prof. Dr. H. HELFERICH in Kiel. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Corresp.) III. — **Kleine Mittheilungen.** Eine neue Modification der GOLGI'schen Silberimpregnationmethode. — Behandlung des Keuchhustens mit Creosotal. — Anwendung des Protargols bei der Rhinitis vasomotoria. — „Collargol.“ — Mosquito-Intoxication. — Cascarine. — Jodsaures Natron. — Pastillen für Halsaffectionen. — Die LASSAR'sche Haarcure. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXV. — Aus englischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Wiener medicinischer Club. (Officielles Protokoll.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem k. k. orthopädischen Universitäts-Ambulatorium des Prof. Lorenz in Wien.

Beitrag zur Kenntniß der Ostitis deformans heredo-syphilitica.

Von **Dr. Max Reiner**, Assistent.

Heinrich T., 11 Jahre alt, bot vor 18 Monaten gelegentlich seiner ersten Vorstellung im Ambulatorium folgende Erscheinungen an der linken Tibia dar. Die Tibia war in ihren oberen zwei Drittheilen stark verdickt, nach vorne säbelscheidenförmig gekrümmt und gegenüber der Tibia der gesunden Seite um $2\frac{1}{2}$ Cm. verlängert. Gleichzeitig bestand beiderseits Keratitis parenchymatosa, welche auf Verordnung einer hiesigen Augenklinik mit Sublimatpillen intern behandelt wurde. Jetzt, also nach $1\frac{1}{2}$ Jahren, ist das Bild, welches die Tibia darbietet, ganz unverändert bezüglich Verdickung, Verkrümmung und Verlängerung geblieben. Nur hat sich vorne, an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittheile, ein Geschwürsproceß etablirt, der Hautdefect ist circa thalergroß, die Ränder plump, unterminirt und im Grunde des Ulcus findet sich eine zähe, schleimige, zerfallende Masse. Im unteren, inneren Quadranten gelangt man mit der Sonde auf den Knochen, der aber dem Sondenknopfe eine glatte Oberfläche darbietet. Die Haut ist in der Umgebung auf der Unterlage adhärent, verdickt, geröthet (Fig. 1). Eine zweite Knochenaufreibung hat sich an der Ulna des rechten Armes, und zwar nahe dem proximalen Ende der Diaphyse, gebildet. Die Keratitis parenchymatosa ist mit Hinterlassung ganz zarter, tiefer centraler Trübungen ausgeheilt.

Vergrößerte Lymphdrüsen finden sich nicht, nur eine kleine, harte Lymphdrüse ist in der linken Leistenbeuge, der Seite des Ulcerationsprocesses entsprechend, tastbar. Sonst finden sich keine Abnormitäten, insbesondere bieten Zähne, Gehörorgane, harter und weicher Gaumen, Leber etc. keine erwähnenswerthen Besonderheiten.

Aus der Anamnese ergibt sich Folgendes:

Der Vater hat 2 Jahre vor der Geburt des ersten Kindes zugestandenmaßen Lues acquirirt. Die beiden ersten Kinder

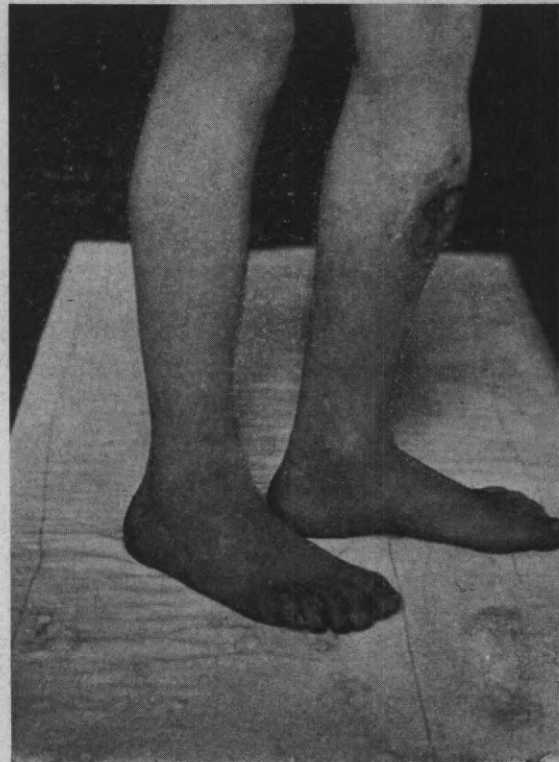


Fig. 1.

kamen angeblich am normalen Schwangerschaftsende zur Welt, boten äußerlich keine krankhaften Erscheinungen dar, starben

aber bald, das erste nach 8 Tagen, das zweite nach 7 Monaten. Unser Patient ist das drittgeborene Kind. Im Alter von 3 Wochen bildeten sich angeblich Beulen an den Vorderarmen und später ein kupferrother Ausschlag am Körper. Das Kind wurde sehr krank und elend, bis es, 7 Monate alt geworden, im St. Anna-Kinder-Spitale in ambulatorische Behandlung genommen wurde. Es erhielt Calomel, erholte sich nun rasch und genas. Die Mutter glaubte die Krankheit auf die in einem Wiener Gemeindehause vorgenommene Impfung zurückführen zu müssen. Indessen muß bemerkt werden, daß die Impfung gar nicht zur Pustelbildung geführt hat, und daß sich auch keinerlei Geschwürsproceß an den Impfstellen etablirt hat.

Seit jener ersten Erkrankung ist das Kind stets vollkommen gesund gewesen und entwickelte sich auch geistig sehr gut. Die oben geschilderte Deformität hat sich im Laufe der letzten 3 Jahre allmählig und schmerzlos entwickelt, der Geschwürsproceß datirt aber erst seit den letzten 3—4 Wochen. Auch die Schwellung am Ellbogen besteht erst seit kurzer Zeit.

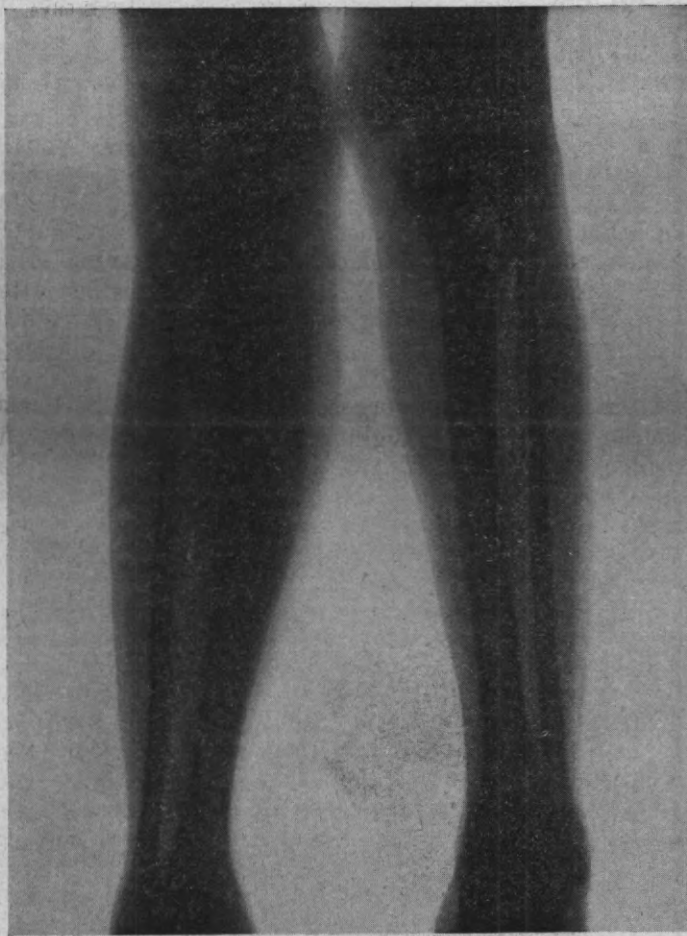


Fig. 2.

Es ist also evident, daß wir es mit einer Knochen-erkrankung infolge hereditärer Lues zu thun haben. Die zugegebene Infection des Vaters, das frühe Versterben der beiden erstgeborenen Kinder, die Erkrankung unseres Patienten (des Drittgeborenen) in den ersten Lebenswochen, respective Monaten, die überstandene parenchymatöse Keratitis sind so sichere Kennzeichen, daß ein Eingehen in die Differentialdiagnose in diesem Falle wohl überflüssig ist. Auch an eine Doppelinfection mit Tuberculose und angeborener Syphilis ist hier nicht zu denken, da der Sitz der Krankheit (in der Diaphyse), der Verlauf, die noch zu schildernde massige Production von Knochensubstanz, sowie endlich die Beschaffenheit des Ulcus eine solche Annahme ausschließt. Es handelt sich also um die zuerst von HUTCHINSON genauer studirte und unter dem Namen: Ostitis deformans (heredo-)syphilitica in

die Pathologie der Erbsyphilis eingeführte Knochenerkrankung. FOURNIER hat wegen der eigenthümlichen Deformität, welche die Krankheit an ihrem Lieblingssitze hervorbringt, dieselbe als *Tibia en lame de sabre* bezeichnet und zugleich mit HUTCHINSON, BERNE etc. als das sicherste Kriterium der hereditären Syphilis bezeichnet. Von anderen wird allerdings angenommen, daß sich dieser deformirende und proliferirende Knochenproceß auch bei früh erworbener Syphilis der Kinder einstellen könne.

Wie aus dem Roentgenbilde (Fig. 2) ersichtlich ist, nehmen an der Verdickung nur die beiden oberen Drittheile der Tibia theil; an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel fällt die diffuse Schwellung allmählig, ohne scharfe Grenze zur normalen Dicke ab. Am verdickten Theile ist das Schattenbild doppelt so breit als an den correspondirenden Stellen der anderen Seite. An zwei Stellen finden sich zarte, streifenförmige, in der Längsaxe des Knochens verlaufende Aufhellungen des Schattens, welche rareficirten Knochenpartien



Fig. 3.

entsprechen. Im übrigen ist der Schatten der Tibia nur in der Mitte etwas dunkler; der Sklerosirungsproceß hat aber die ganze Diaphyse noch nicht ergriffen. Wie weiters aus Fig. 2 ersichtlich, ist die Tibia auch etwas nach innen gekrümmt, so daß das Spatium interosseum dadurch verbreitert erscheint.

Die Fibula ist, obzwar kaum verdickt, auch verlängert, aber nur um circa $1\frac{1}{2}$ Cm., hat also mit dem abnormen Längenwachsthum der Tibia nicht gleichen Schritt gehalten. Auf dieses relative Kleinerbleiben der Fibula ist offenbar die leichte Einwärtskrümmung der Tibia, die Verbreiterung des Spatium interosseum, sowie die auf Fig. 1 ersichtliche, leichte Valgusstellung zurückzuführen. Es erhellt dies sehr schön aus einem von SCHEDE¹⁾ mitgetheilten Falle, wo die

¹⁾ Verhandlungen d. Deutschen Ges. f. Chir., 1877.

erkrankte Tibia um 8—9 Cm. länger als die gesundseitige war, während die Fibula sich nicht verlängert hatte. Die Folge davon war eine starke Innenkrümmung der Tibia mit beträchtlicher Verbreiterung des Spatium interosseum und eine Nachaußenkehrung der distalen Gelenkfläche. Dadurch war der Fuß in so starke Valgusstellung hineingebracht worden, daß er beim Gehen den Boden mit dem Malleolus internus berührte.

Auf dem von der Seite aufgenommenen Roentgenbilde (Fig. 3) ist zu ersehen, daß die Tibia als ganze nach vorne convex gekrümmt ist, und daß die Verkrümmung nicht etwa durch Auflagerungen auf der Crista tibiae bloß vorgetäuscht wird. Während MAURIAC²⁾ ausdrücklich hervorhebt, daß die Axe gerade bleibe, besteht hier eine ausgesprochene, kontinuierliche, mit der Convexität nach vorne gerichtete Axenkrümmung.

Den pathologisch-anatomischen Proceß anlangend, wird im Allgemeinen angenommen, daß bei den Spätrecidiven der hereditären Lues und im Tertiärstadium der acquirirten Syphilis, der deformirende und proliferirende Knochenproceß im Wesen derselbe sei. Es ergibt sich aber ein gradueller Unterschied im Producte der Entzündung.

Dieser Unterschied hängt mit der Verknöcherung der Epiphysenfuge beim Erwachsenen zusammen, während die Fugen beim Kinde, resp. Halberwachsenen noch existiren, und bei den jugendlichen Individuen sowohl der Epiphysknorpel, als das Periost leicht zu übermäßiger Production von Knochensubstanz angeregt werden. Es führt also der Entzündungsreiz bei den jugendlichen Individuen zu mäßigerer Knochenneubildung und zu einer Verlängerung des Knochens, welche letztere bei den Erwachsenen, also im Tertiärstadium der acquirirten Lues, naturgemäß ausbleiben muß.

Daß wir eine Betheiligung der Epiphysenfugen bei den heredo-luetischen Ostitiden, auch den als Spätrecidiv auftretenden annehmen müssen³⁾, ist, wie schon von LANG⁴⁾ hervorgehoben wurde, aus den klinischen Befunden zu postuliren.

Daß eine solche Betheiligung der Epiphysenfugen stattfindet und wie dieselbe in den Proceß eingreift, ist, für die heredo-syphilitische Phalangitis⁵⁾ wenigstens, jüngst von HOCHSINGER⁶⁾ dargethan worden; seine Beobachtungen sind auch für die Kenntniß der heredo-syphilitischen Knochenkrankung im späteren Kindesalter, also der heredo-luetischen Knochenrecidive, von größtem Werthe.

Nach HOCHSINGER besteht im Beginne der Erkrankung die erste Veränderung an den Phalangen darin, daß der basale Grenzstreifen, welcher der Verknöcherungszone am Epiphysenende angehört und auf dem Roentgenbilde dunkler (auf der Copie) erscheint, verschwindet, resp. sich zu einer ganz feinen, nur wenig dunkleren Linie verschmälert. Dies deutet darauf hin, daß eine entzündliche Alteration an der Epiphysengrenze zu einer Störung der normaler Weise dort vor sich gehenden Knorpelverkalkung geführt hat. Die unmittelbar an die Epiphysengrenzen sich anschließenden basalen Partien des Knochens zeigen eine mäßige Aufhellung des Schattens. Gleichzeitig bemerkt man, daß von den Seitenrändern der Phalangen, also vom Perioste aus, gegen die Mitte zu eine Aufhellung des Phalangenschattens stattfindet und bogenförmig fortschreitet, wodurch es den Anschein

gewinnt, als ob im Inneren der Phalange eine Einschnürung entstanden wäre.

Dieses merkwürdige Bild erklärt sich dadurch, daß genau so wie von der Knochenknorpelgrenze nach innen zu ein zur Rarefaction führender Entzündungsproceß im Gange ist, auch ein ähnlicher Vorgang von der inneren Periostfläche aus centralwärts fortschreitet. Bei langer Dauer der Erkrankung erscheinen auch die centralen Partien der Phalangen durch die fortschreitende Entzündung kalkarm, so daß schließlich der Knochen in toto rareficirt ist. Indem aber das entzündete Periost und der entzündete Epiphysknorpel Knochensubstanz produciren und die neugebildete Substanz an der Rarefaction theilnimmt, erscheint der Knochen im Roentgenbilde nicht nur aufgehellt, sondern auch gebläht und verlängert. Nur am Periost des geblähten Knochens sieht man einen dunkleren, also kalkreichen Begrenzungsstreifen, und von hier aus wird die Restitution in Form einer starken, vom Periost ausgehenden Verkalkung angebahnt.

Diese Rareficirung, die nicht nur den ursprünglichen Knochen, sondern auch die neugebildete Knochensubstanz befällt, ist auch für die als Spätrecidiven auftretenden heredo-syphilitischen Knochenkrankungen eine bekannte Erscheinung, und SCHUCHARDT⁷⁾ betont mit Recht, daß die hypertrophisch verdickten Knochen viel leichter sind, als die normalen. Erst später, wenn die Entzündung erlischt, hört die Rarefaction auf und die vom Periost ausgehende Verkalkung gewinnt das Uebergewicht. An dieser Verkalkung nimmt aber dann auch nicht bloß der ursprüngliche, sondern auch der neugebildete Knochen theil, gerade so, wie sie auch gemeinsam von der Rarefaction betroffen waren. Es besteht also eine ausgesprochene Homogenität zwischen altem und neuproducirtem Knochen, und diese Homogenität bleibt sowohl im Stadium der Rarefaction, als in jenem der Sklerose, resp. Eburneation gewahrt.

Es muß hier hervorgehoben werden, daß die Phalangitis, welche als die dem Säuglingsalter zukommende und für daselbe charakteristische heredo-syphilitische Knochenkrankung angesehen wird, auch bei späteren Recidiven der Erbsyphilis zum Vorschein kommen kann. HOCHSINGER zählt neun derartige Fälle aus seiner eigenen Erfahrung auf. Es finden sich darunter zwei Kinder im 6. Lebensjahre! und bei 5 von diesen 9 Fällen war HOCHSINGER in der Lage, das erste Exanthem der hereditären Frühsyphilis und nach Jahren die Phalangitis als typische Recidivform zu constatiren.

Die der Erbsyphilis eigenthümliche deformirende und proliferirende Entzündung wählt also mit Vorliebe, nicht ausschließlich, im Säuglingsalter andere Localisationen am Knochensystem — eine Erscheinung, die sich in ähnlicher Weise auch bei anderen Erkrankungen, z. B. der Knochentuberculose, findet. Das Wesen des Processes wird dadurch nicht tangirt, wenn sich auch aus dem verschiedenen Sitze selbst Differenzen ergeben. Es kann allerdings die ganze Diaphyse des langen Röhrenknochens mitsammt dem ganzen Perioste und beiden Epiphysknorpeln auf einmal ergriffen werden; es sind dies jene Fälle, welche zu exorbitanter Verlängerung und beträchtlicher und gleichmäßiger Verdickung führen. In der Regel wird aber nur ein Theil des Periostes und nur eine Epiphysenfuge in den Entzündungsproceß einbezogen, und wenn auch endlich die ganze Diaphyse participirt, so ist die Erkrankung schubweise erfolgt. Es werden sich so auch verschiedene Stadien der Krankheit, jene mit Rarefaction und jene mit Sklerose zusammen an einem Objecte vorfinden können und das Ineinanderwirken von Resorption und Apposition in Erscheinung treten lassen. Ein principieller Unterschied ist dadurch nicht gegeben.

Die Therapie anlangend, kommt in erster Linie die anti-luetische Cur in Betracht, unter gleichzeitiger antiseptischer Versorgung des Ulcus. Die Ulceration ist wohl sicher auf den Zerfall

²⁾ Syphilis tertiaire et Syphilis héréditaire. Paris 1890.

³⁾ Vorlesungen über Path. u. Ther. der Syphilis. Wiesbaden 1896.

⁴⁾ Wir denken hierbei keineswegs an die Osteochondritis luetica (WEGNER), auch Epiphysitis syphilitica genannte Epiphysenerkrankung bei den Fröh- ausbrüchen der hereditären Syphilis.

⁵⁾ In Festschrift zu Ehren von MORIZ KAPOSI. Wien und Leipzig 1900, Braumüller.

⁶⁾ Für diese Erkrankung der kurzen Röhrenknochen ist von LÜCKE der Namen: Daktylitis eingeführt worden. LEWIN hat ihn in Phalangitis umgeändert, weil nicht der ganze Finger, sondern einzelne Phalangen erkranken. Es werden indeß auch die Metacarpalia und Metatarsalia befallen.

⁷⁾ Deutsche Chirurgie, Bd. 28.

eines subperiostalen Gumma zurückzuführen. Ob in der Tiefe noch eine Knochennekrose im Gange ist, konnte nicht festgestellt werden. Sollte sie vorhanden sein, so wird später an die Nekrotomie geschritten werden müssen.

Daß die Knochenverdickung durch die antiluetische Behandlung merklich beeinflußt werde, steht kaum zu erwarten. Von G. JOACHIMSTHAL⁸⁾ wird jedoch ein Fall beschrieben, wo durch die Erkrankung der Radii eine hochgradige Varusstellung der Hände eingetreten war, wo sich aber unter dem Einflusse der Therapie die Stellung so erheblich besserte, daß von einem operativen Eingriffe Abstand genommen werden konnte. Für hochgradigere Verlängerungen aber, als sie der vorliegende Fall bietet, ist, nach Abheilung der Krankheit, die Continuitätsresection ins Auge zu fassen.

Herrn Dr. ROSKOSCHNY bin ich für die Aufnahme der Roentgenbilder zu Dank verpflichtet.

Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien.

Von Frauenarzt **Dr. J. Königstein** in Wien.

Die Eisenpräparate beherrschen die Therapie der Chlorose und Anämie in solchem Maße, daß ihnen gegenüber andere Medicamente gar nicht in Betracht gelangen, und dies gewiß mit Unrecht. Neben dem Eisen spielten der Phosphor, sowie die Eiweißsubstanzen im Blute eine sehr wichtige Rolle. Wir wissen, daß im chlorotischen Blute nicht bloß der absolute Eisen-, respective Hämoglobingehalt, sondern auch die anderen Blutbestandtheile, namentlich die Phosphorverbindungen und Eiweißsubstanzen wesentlich herabgesetzt sind. Es ist daher sehr wichtig, daß man bei der therapeutischen Behandlung der Blutkrankheiten nicht allein auf die Zufuhr von Eisen den Schwerpunkt legt, sondern daß man vor allen Dingen bestrebt ist, das Blut als solches zu verbessern. Um dies zu erreichen, muß man dem kranken Organismus alle jene Stoffe zuführen, die geeignet erscheinen, das Blut in seiner Gesamtschaffenheit auf seine Norm zu bringen. Selbstverständlich können dies nur solche Präparate sein, die ohne schädliche Nebenwirkung leicht und vollkommen resorbirt werden, und welche die wesentlichsten Bestandtheile des Blutes, Eisen-, Phosphor- und Eiweißsubstanzen, in zweckmäßiger, leicht resorbirbarer Form enthalten.

Die Zahl der Eisenpräparate, welche in den letzten Jahren auf den Markt gebracht wurden, wächst immer mehr an: sie sind sowohl in Rücksicht auf die Art ihrer Herstellung, als auch ihres Ursprunges mehr weniger verschieden von einander. Der Zweck, der mit der Darreichung derselben schließlich und endlich erreicht werden soll, ist aber unter allen Umständen immer der gleiche. Man will die Beschaffenheit des Blutes bessern und dadurch den Ernährungszustand heben. Trotz der großen Ueberproduction an Eisenpräparaten, mögen sie nun organischer oder anorganischer Natur sein, wird dessenungeachtet ein jedes neu auftauchende Präparat mit einer gewissen Erwartung begrüßt, und die Hoffnungen, die auf die Wirksamkeit desselben gesetzt werden, sind umso begreiflicher, als thatsächlich das Bedürfniß nach verlässlichen und Erfolg versprechenden Präparaten noch immer besteht. Darüber ist sich wohl die Aerzteschaft im klaren, daß bei gewissen Erkrankungen des Blutes die Darreichung von Eisen unbedingt angezeigt ist und von der richtigen Wahl desselben auch der rasche und bleibende Erfolg abhängig ist. Je größere Anforderungen nun an ein solches Präparat gestellt werden, desto verlässlicher und erprobter muß es sein, wenn man es im geeigneten Falle als therapeutischen Behelf in Anspruch nimmt. Jeder Praktiker kommt heutzutage mehr weniger in die Lage, in der Ausübung seines Berufes Eisenpräparate zu verordnen und bevorzugt selbst-

⁸⁾ „Deutsche med. Woch.“, 1894.

verständlich jenes Präparat, mit dem er selbst gute Erfahrungen zu machen Gelegenheit hatte. So kommt es, daß trotz der großen Zahl von Eisenpräparaten, die in den Handel gebracht werden, nur eine ganz beschränkte Zahl sich größerer Beliebtheit erfreut und in der Receptur sich häufig wiederholt. Die Frage der Eisentherapie wurde auf den letzten Congressen für innere Medicin von hervorragenden Klinikern zu wiederholtenmalen aufgerollt, und erst QUINCKE war es durch seine Ausführungen am Congresse für innere Medicin im Jahre 1896 gelungen, dem äußerst skeptischen Verhalten so mancher hervorragender Kliniker mit Erfolg gegenüberzutreten und die so zahlreich erhobenen Zweifel bezüglich der Resorbirbarkeit des eingeführten Eisens zu zerstreuen, indem er den strikten Nachweis führen konnte, daß das in den Magen eingeführte Eisen thatsächlich resorbirt werde, indem er den Weg desselben vom Darmcanale aus auf mikrochemischen Wege genau verfolgen konnte. Zu diesem Zwecke fütterte er weiße Mäuse mit Eisen, tödtete dieselben und konnte schon mit freiem Auge Eisenpartikelchen in den Epithelien und dem Zottenstroma des Duodenum nachweisen, welcher Befund dann durch Härtung des Präparates und mikrochemische (Schwefelammoniumreaction), sowie mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Weiters fand sich das Eisen besonders in den Leberzellen in mikroskopisch erkennbarer Form abgelagert und war, allerdings in seltenen Fällen, auf mikrochemischem Wege auch in den Rindencanälchen der Niere nachzuweisen. Dadurch wurde in einwandfreier Weise dargelegt, daß die günstigen Erfolge, die man mit der Eisentherapie seit jeher erzielt hatte, thatsächlich auf Resorption des Eisens zurückzuführen sind.

Das Eisen ist ein wichtiger und constanter Bestandtheil des thierischen Organismus. Zum größeren Antheile ist es im Blute enthalten, wo es, an das Hämoglobin gebunden, einen wesentlichen Bestandtheil der rothen Blutkörperchen ausmacht. Welch wichtige Rolle das Hämoglobin beim Stoffwechsel einnimmt, indem es mit dem Sauerstoff eine vorübergehende Bindung eingeht und so gewissermaßen der Sauerstoffträger ist, braucht nicht erst besonders hervorgehoben zu werden. Man geht gewiß nicht zu weit, wenn man bei gewissen Krankheiten, so in erster Linie bei Chlorose, das Eisen gewissermaßen als Specificum bezeichnet und bei allen Formen der Anämie in demselben zumindest ein mächtiges und unerlässliches Unterstützungsmittel sucht und findet. Schon nach verhältnißmäßig kurzer Zeit tritt eine Besserung des Allgemeinbefindens bei Darreichung von Eisen ein. Daß es aber nicht gleichgiltig ist, in welcher Form das Eisen gereicht wird, läßt sich aus einer ganzen Reihe diesbezüglicher Mittheilungen ersehen. Einschlägige Untersuchungen, sowie die Erfahrung haben gelehrt, daß die Resorptionsfähigkeit des Eisens in organischer Bindung, besonders in Form von Eisenalbuminen eine wesentlich größere ist als die des Eisens in anorganischer Form, da letzteres erst im thierischen Organismus in eine organische Eisenverbindung umgewandelt werden muß, um zur Resorption, respective Assimilation gelangen zu können. In den letzten zwei Jahren haben unter den organischen Eisenverbindungen die Eisenalbumosen und unter diesen wieder die Eisensomatose die besondere Aufmerksamkeit der Praktiker auf sich gelenkt, und scheinen die Erfolge, die mit diesem Präparate erzielt wurden, zufriedenstellende gewesen zu sein. Auch ich hatte Gelegenheit, Eisensomatose zu wiederholtenmalen zu verordnen und war im großen und ganzen mit den erzielten Erfolgen recht zufrieden, nur machte ich bei einigen Fällen von complicirter Chlorose, besonders bei sehr jugendlichen Individuen, die unangenehme Wahrnehmung, daß Eisensomatose einen derartigen Reiz auf die Darmthätigkeit ausübt, daß andauernde profuse Diarrhöen auftraten. Auch will ich nicht unerwähnt lassen, daß bei älteren, rheumatisch veranlagten Individuen die Darreichung der Eisensomatose insoferne eine Verschlechterung des Zustandes herbeiführte, als sich schmerzhafte

Empfindungen in den Gelenken einstellten, die wohl in Zusammenhang zu bringen sein dürften mit einer Vermehrung der Harnsäure und Alloxurbasen. Die daraufhin veranlaßte Untersuchung des Harnes ergab thatsächlich bei 2 Fällen eine erhebliche Vermehrung des Stickstoffes, sowohl der Alloxurkörper als auch der Harnsäure. Wenn man sich vor Augen hält, daß die Somatose bei der Behandlung mit Säuren thatsächlich Alloxurbasen abspaltet, und daß die Somatose als Fleischiweißpräparat auch Extractivstoffe enthält, so liegt der erwähnte Zusammenhang zwischen den beobachteten gichtischen Erscheinungen nach Gebrauch von Somatose sehr nahe. Diesem Umstande ist es bekanntlich auch zuzuschreiben, daß die aufgeschlossenen Caseinpräparate als Nährpräparat starken Eingang in die Praxis gefunden haben, indem bekanntlich der Eiweißkörper dieser Substanzen, das Casein, in die Gruppe der Paranucléine gehört, welcher Eiweißkörper keine Alloxurbasen enthält und daher auch durch Behandlung mit Alkalien keine Nucleinsäuren gibt. Es wäre nur sehr wünschenswerth, wenn man darauf bedacht sein würde, bei der Herstellung dieser aufgeschlossenen Caseinpräparate den Bacteriengehalt erheblich zu vermindern, da bei Magen- und Darmaffectionen eine Verabreichung von bacterienreichen Nährpräparaten sicherlich nichts weniger als angezeigt ist. Allen Anforderungen, die an ein Präparat füglich gestellt werden können, vollauf zu genügen, ist ein wohl schwer zu erfüllendes Verlangen. Nichtsdestoweniger ist das stete Streben sowohl der Aerzte als auch der Chemiker darauf gerichtet, das Vollkommenste zu erreichen und therapeutische Behelfe in die Praxis einzuführen, die den physiologischen Verhältnissen am nächsten kommen. Ich nahm es daher mit Vergnügen wahr, als der hiesige Chemiker Docent Dr. AD. JOLLES mit dem Ersuchen an mich herantrat, mit einem organischen Eisenpräparate an meinem Krankenmaterial Versuche anzustellen, welches eine ganze Reihe hervorragender Vorzüge vor anderen organischen Eisenpräparaten besitzt. Dieses neue Präparat, „Fersan“ genannt, ist eine eisen und phosphorhaltige Eiweißverbindung und als solche ein ausgezeichnetes, blutbildendes, nährendes und kräftigendes Präparat, auf dessen Herstellung, Beschaffenheit und Verwendung ich im folgenden des Ausführlichen berichten werde.

Das Fersan ist eine in den rothen Blutkörperchen des frischen Rinderblutes enthaltene Eisenverbindung, welche in chemischem Sinne eine eisenhaltige Paranucléoproteidverbindung darstellt. Es ist nun dem Doc. Dr. ADOLF JOLLES gelungen, analog dem Eiweißkörper der Leukocyten, dem Nucleohiston, welches in die Base Histon und in das saure Leukonuclein zerlegt werden kann, auch den Eiweißkörper der Erythrocyten zu spalten, und zwar in eine phosphorfreie Substanz, die in Lösung geht und ähnliche Eigenschaften zeigt wie das Histon (FR. N. SCHULZ, „Der Eiweißkörper des Hämoglobins“, „Zeitschr. f. physiologische Chemie“, Bd. XXIV, pag. 449), und in einen eisen- und phosphorhaltigen Eiweißkörper, welcher in seinem Atomcomplexe keine Alloxurbasen enthält und daher durch Behandlung mit Alkalien auch keine Nucleinsäuren gibt. Letztere Verbindung nun ist unser Fersan und wird im Principe in der Weise gewonnen, daß man frisches Rinderblut mit Kochsalzlösung versetzt, centrifugirt und dann auf die durch Centrifugirung isolirten, rothen Blutkörperchen concentrirte Salzsäure unter bestimmten Bedingungen einwirken läßt. Der hiebei resultirende Körper enthält das gesammte Eisen und Phosphor der rothen Blutkörperchen nur in organisch gebundener Form und die Eiweißsubstanzen im Wesentlichen als Acidalbumine. Während die durch künstliche Verdauung gewonnenen Acidalbumine erfahrungsgemäß hinsichtlich der Resorption nicht allen Erwartungen entsprochen haben, wird der nach dem Verfahren des Dr. ADOLF JOLLES gewonnene Eiweißkörper außerordentlich leicht resorbirt und assimiliert. Die wesentlichsten Eigenschaften des „Fersans“ sind seine Löslichkeit im Wasser, ferner daß es beim Kochen nicht coagulirt, daß es durch den Magen

unverändert durchgeht und im Darne vollständig resorbirt wird und Eisen, sowie Phosphor in organischer hochmolecularer Bindung enthält. Diese charakteristischen Eigenschaften des Präparates sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung, wenn man sich vergegenwärtigt, daß bei gewissen Blutkrankheiten, bei welchen in therapeutischer Beziehung eine Eisendarreichung angezeigt ist, die Magensaftproduction mehr oder minder herabgesetzt ist, wodurch solche organische Eisenverbindungen, bei welchen das Eisen an genuine Eiweißkörper gebunden ist, nicht oder nur unvollständig verdaut und assimiliert werden und zu Stoffwechselstörungen Veranlassung geben können. Das Fersan besitzt nun den Vorzug, gar keine Anforderungen an die Verdauungskraft des Magens zu stellen und wird daher auch bei verdauungsunfähigem Magen im Darne vollkommen resorbirt und assimiliert. Was nun das Eisen selbst betrifft, so ist es heute eine feststehende Thatsache, daß es bei der Zufuhr von Eisenpräparaten keineswegs auf große Eisenquantitäten ankommt, wie sie in den Eisenpillen und sonstigen Präparaten vorzuliegen pflegen, sondern daß man den blutkranken Individuen nur solche Eisenquantitäten verabreichen darf, die leicht resorbirt werden können. Wenn man sich vor Augen hält, daß auf 1 Kgrm. des menschlichen Körpergewichtes höchstens 0.047 Grm. Eisen kommen (BUNGE, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie, 1898, pag. 402), so leuchtet ein, wie außerordentlich wenig Eisen zur Erhöhung des Hämoglobingehaltes des Blutes genügt und wie unökonomisch es ist, die blutarmen Individuen mit großen Eisenmengen zu belästigen. Wenn auch die Erfahrung lehrt, daß bei nicht complicirten Formen der Chlorose die Verabreichung von Eisenpillen in größeren Dosen und durch längere Zeit hindurch eine Erhöhung des Hämoglobingehaltes hervorrufen kann, so ist doch immer die Thatsache zu berücksichtigen, daß in solchen Fällen der bei weitem größte Theil des verabreichten Eisens erwiesenermaßen unverändert mit dem Koth abgeht: Die unresorbirt abgehenden Eisenmengen wirken nun in mehr oder minder hohem Grade reizend auf den Darm. Ueberdies ist es zweifellos, daß bei vielen blutarmen Individuen die Eisenpillen den Magen belästigen und den Appetit benehmen. Sind überdies Störungen von Seite des Magens und Darmes vorhanden, was bei Chlorosen und Anämien zumeist der Fall zu sein pflegt, so sind die Verdauungssäfte nicht einmal imstande, jene geringen Eisenmengen in eine solche Form überzuführen, welche das Blut aufzunehmen imstande ist. Bei der Behandlung der Blutkrankheiten spielt nächst dem Eisen auch das Eiweiß eine sehr wichtige Rolle, nachdem es eine feststehende Thatsache ist, daß das chlorotische Blut oft eine bedeutende Verarmung an Eiweißkörpern aufweist. Nun enthält das Fersan nächst dem gebundenen Eisen circa 90% lösliche Eiweißkörper, die das Fleischiweiß zum großen Theile recht gut zu ersetzen vermögen. Die Richtigkeit dieser Thatsache wurde durch einen streng wissenschaftlichen Ernährungsversuch an der k. k. chemisch-landwirthschaftlichen Versuchsstation von Dr. KORNAUTH und O. v. CZADEK erbracht¹⁾, welcher bei einer Versuchsperiode den täglichen Eiweißbedarf vollkommen durch Fersan ersetzte, wobei das betreffende Individuum täglich über 80 Grm. Fersan genossen hat. Während der ganzen Versuchszeit, die sich auf ungefähr 5 Wochen erstreckte hatte, konnte auch nicht die geringste schädliche Nebenwirkung constatirt werden, und der Versuch ergab zweifellos die Thatsache, daß das Fersan das Fleischiweiß in hohem Maße zu ersetzen vermag.

Während die Wirkung der Peptone und Albumosen, die übrigens nur in kleinen Dosen vertragen werden, weit mehr auf eine Reizwirkung des Darmtractes als auf die wirklich zugeführte Eiweißmenge selbst bezogen werden kann, stellt das Fersan ein wirkliches Nährpräparat dar,

¹⁾ Ueber ein neues Nährpräparat „Fersan“. Von Dr. K. KORNAUTH und O. v. CZADEK. („Zeitschrift für das landwirthschaftliche Versuchswesen in Oesterreich“, III. Jahrgang 1900, Heft 5.

das in Verbindung mit dem organisch gebundenen Eisen und Phosphor in beliebigen Dosen und durch längere Zeit mit Vortheil verabreicht werden kann.

Nächst dem Eisen und dem Eiweiß bildet bekanntlich der Phosphor einen wesentlichen Bestandtheil der Blutelemente. Sowohl der Eiweißkörper der Leukocyten, das Nucleobiston, als der der Erythrocyten und Blutplättchen, sowie das Blutserum enthalten reichlich Phosphorverbindungen, und es ist daher mit Sicherheit anzunehmen, daß auch dem organisch gebundenen Phosphor, insoferne derselbe in leicht resorbirbarer Form zur Darreichung gelangt, eine wichtige Stelle in der Therapie gewisser Blutkrankheiten zukommen dürfte. Ueberdies ist zu berücksichtigen, daß sich im Centralnervensystem Verbindungen finden, welche reichlich Phosphor in organischer Bindung enthalten. So enthält 1 Kgrm. entblutetes Gehirn annähernd 0.65 Grm. organisch gebundenen Phosphor und nur Spuren von Eisen. Demzufolge nimmt auch das Gehirn aus dem durchströmenden Blute begierig die geringen Phosphormengen auf, welche dasselbe enthält. Wenn nun, wie dies bei Anämischen und Chlorotischen häufig der Fall ist, das Blut eine Verarmung an Phosphorverbindungen aufweist, dann ist die mangelhafte Ernährung des Gehirnes mit all den Folgezuständen eine natürliche Folge. Weiters ist es eine durch Thierversuche feststehende Thatsache, daß bei länger andauernder Verabreichung von kleinen Phosphordosen der resorbirte und im Blute kreisende Phosphor einen specifisch formativen Reiz auf die osteogenen Gewebe ausübt, ohne sonstige schädliche Einflüsse für den Körper nach sich zu ziehen. Es ist daher nicht von der Hand zu weisen, daß dem Phosphor in der Therapie gewisser pathologischer Zustände des Knochensystems eine hervorragende Rolle zukommt, so bei zurückgebliebener unvollkommener Entwicklung des Knochensystems im Kindesalter bei Rachitis, Osteomalacie, unzureichender Ossification des Callus nach Fracturen u. dgl. m.

Der Gehalt des Fersan an organisch gebundenem Phosphor ist daher von ebenfalls nicht zu unterschätzender Bedeutung. Uebrigens finden wir auch in der Literatur eine Reihe von Arbeiten über die günstige Ausnützung der phosphorhaltigen Eiweißkörper der sogenannten Paranucleine im thierischen Organismus vor (V. MORACZEWSKI, „Zeitschrift für physiologische Chemie“, Bd. XX, pag. 28; SALKOWSKI, PFLÜGER'S Archiv, Bd. 59, SEBELIN, „Zeitschrift für physiologische Chemie“, Bd. 21, pag. 89), und mit Recht haben KCSSEL und andere schon wiederholt auf die hohe Bedeutung der organischen Phosphorverbindungen für den menschlichen Organismus hingewiesen. Aus dem Gesagten geht somit hervor, daß das Fersan ein Nährpräparat darstellt, welches ungefähr 90% wasserlösliche und aufgeschlossene Eiweißsubstanzen, letztere hauptsächlich als Acidalbumin, enthält, deren Resorption im Darne stattfindet, nicht aber im Magen, wodurch Störungen des Appetites, wie sie nach Darreichung von Eisenpräparaten sehr oft beobachtet werden, gänzlich ausgeschlossen sind. Das Fersan enthält überdies Eisen und Phosphor in einer der Quantität nach sehr zweckmäßigen organischen, hochmolecularen Form.

Das Fersan kann ferner in beliebigen Quantitäten und durch eine beliebig lange Zeit ohne die geringsten störenden Nebenwirkungen genossen werden.

Es ist somit zweifellos, daß das Fersan vermöge seiner Zusammensetzung und seiner Eigenschaften eine fühlbare Lücke in der Therapie der Blutkrankheiten im Speciellen und der Diätetik im Allgemeinen ausfüllt.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

LÖWIT (Innsbruck): Weitere Beobachtungen über die Parasiten der Leukämie.

In der vorliegenden Mittheilung („Zeitschrift für Heilkunde“, Bd. 21, H. 10) berichtet Verfasser über die Anwendung seiner specifischen Färbung für die Leichenorgane myelämischer Individuen, über die Erfolge dieser „specifischen Färbung des Blutes und der blutzellenbildenden Organe bei den leukämisch inficirten Kaninchen und über die geschlechtliche Fortpflanzung der Parasiten bei denselben“, sowie über die specifische Färbung der Parasiten bei Lymphämie und Pseudoleukämie. L. hält entgegen den Anfechtungen seitens verschiedener Nachuntersucher seine in früheren Arbeiten und Vorträgen gemachten Angaben aufrecht; auch seine neueren Untersuchungen gestatten ihm kein Urtheil über die primäre Ansiedlung des Parasiten der Myelämie („Polymorphocytenleukämie“) im Blute und den blutzellenbildenden Organen, hingegen glaubt er eine wesentliche Stütze für die Annahme gefunden zu haben, daß „die Haemamoeba leucaemiae magna in den blutzellenbildenden (Leichen-) Organen myelämischer Individuen in einem sporenartigen Dauerstadium nachgewiesen werden kann“. Demnach wäre die Haemamoeba leucaemiae magna „als ein unter gewissen Verhältnissen sporenbildender leukocytärer Parasit“ aufzufassen. — Aus seinen weiteren Untersuchungen zieht Verf. den Schluß, daß die gemeinte Hämamöbe sich in den nach seiner Deutung leukämisch inficirten Kaninchen geschlechtlich fortpflanze, während er in Ausstrichpräparaten menschlichen Blutes analoge Beobachtungen bisher nicht machen konnte. Er glaubt daher, „daß beim myelämischen Menschen die ungeschlechtliche, durch Sporulation im Jugendstadium des Parasiten vor sich gehende Fortpflanzung (Schizogonie) des betreffenden Parasiten überwiegt, daß aber der betreffende Parasit außerhalb des menschlichen Organismus (exogen), wo wir ihn allerdings bisher nur in dem künstlich inficirten Kaninchen kennen, sich ~~dasselbst vorwiegend durch geschlechtliche Fortpflanzung (Sporogonie) vermehrt~~“. Aus dieser wie aus anderen Analogien folgert Verf., daß die Leukämieparasiten den Malariaparasiten des Menschen verwandt sind und ihnen im zoologischen System nahestehen. Sie weisen, wie geschildert wird, einen Generationswechsel auf, der nach SCHAUDINN bei Aenderung der Lebensbedingungen bei Hämosporidien und Coccidien zur Regel zu gehören scheint. LÖWIT meint, daß sich aus der Differenz der Fortpflanzung der Haemamoeba leucaemiae magna beim Menschen und beim Kaninchen möglicherweise auch die Differenz der Krankheitserscheinungen bei beiden erklären könnte. — Für die Untersuchung des Blutes bei Lymphämie („Homoiocytenleukämie“) bedient sich L. einer besonderen Modification der ROMANOWSKY'Schen Färbung (der Malariaplasmidien) und kommt zu dem Ergebnisse, daß die mit dieser Methode darstellbaren „intranucleären Körperchen in den weißen Blutzellen bei Lymphämie als ein leukocytärer Parasit aufzufassen sind“, den er „vorläufig, bis seine Stellung im Systeme sicherer erkannt sein wird, als Haemamoeba leucaemiae parva intranuclearis statt der früher gewählten Bezeichnung Haemamoeba leucaemiae parva (vivax)“ bezeichnet. Bezüglich der Pseudoleukämie, bei welcher L. einstweilen nur über sehr dürftige Befunde verfügt, enthält er sich vorderhand weiterer Schlußfolgerungen; in einem Falle fand er „nucleoloide Körperchen“ in der Milz in großer Menge, in den Lymphdrüsen in geringerer Zahl, im Knochenmark gar nicht; in dem zweiten Falle, in dem nur die Milz untersucht werden konnte, wurden die gemeinten Körperchen überhaupt nicht gefunden.

Dr. S.—

G. J. MÜLLER (Berlin): Beiträge zur Asepsis des Katheterismus.

Die Asepsis des Katheterismus ist in den letzten Jahren ein ausgiebiges und viel bearbeitetes Feld geworden; sie mußte es werden, erstens aus dem Grunde, weil es nothwendig war, immer und immer wieder zu betonen, die Asepsis der Instrumente dürfe nicht vernachlässigt werden, selbst dann nicht, wenn die Asepsis des Operationsgebietes (Genitale und Urethra) thatsächlich nicht

zu erreichen wäre, zweitens aber auch darum, weil die Asepsis der Instrumente selbst nicht in so einfacher Weise zu erzielen ist.

Dem letzteren Umstande verdankt eine ganze Reihe von Apparaten und Desinfectionsverfahren seinen Ursprung und schließlich hat sich die Frage dahin zugespitzt, sollen wir der chemischen Desinfection (Formaldehyddämpfe) den Vorzug geben oder uns für den strömenden Wasserdampf entscheiden? Die Frage wäre sofort im Sinne der Dampfsterilisation zu beantworten, da die Keimfreiheit bei Verwendung der Formaldehyddämpfe, wie Untersuchungen aus der jüngsten Zeit, allerdings an dem widerstandsfähigsten Materiale (Milzbrand) vorgenommen, ergaben, keineswegs rasch, sondern erst nach einem oder mehreren Tagen zu erreichen ist. Andererseits aber eignen sich nicht alle Instrumente für die Dampfdesinfection (Cystoskop). MÜLLER gibt nun („Monatsberichte über die Gesamtleistung auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates“, V, Heft 4) einen besonders für Kliniken und Spezialisten geeigneten Apparat zur Dampfsterilisation an, in welchem die eingehängten Katheter von Wasserdämpfen durchströmt und umspült werden und sich nachher in Glasröhren isoliert und steril dem Apparate entnehmen lassen; bezüglich der näheren, übrigens einfachen Construction muß auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Die Asepsis des Instrumentes muß auch während der Untersuchung aufrecht erhalten werden; dies läßt sich nur bewerkstelligen durch peinliche Reinigung der Hand und des Operationsgebietes, also Umgebung des Genitales und des Orificiums und schließlich der Urethra. Wenn die Asepsis der letzteren auch nicht ganz zu erreichen ist, so handelt es sich bei vorher nicht gonorrhöisch Inficirten bloß um nicht pathogene Keime. Allerdings zieht der Autor zu wenig in Rücksicht, daß wir es nahezu ausschließlich mit solchen Inficirten zu thun haben.

DEUTSCH.

L. LEWIN (Berlin): Das Erbrechen durch Chloroform und andere Inhalationsanästhetica. (Ein Vorschlag zu seiner Verhütung.)

Das Erbrechen während und nach der Narkose kann cerebralen und stomachalen Ursprungs sein. Eine Reihe schwerwiegender Umstände scheint dafür zu sprechen, daß die Magenreizung bei den meisten Inhalationsnarkosen das Erbrechen veranlaßt.

Beobachtet man den Vorgang der Aufnahme des Chloroforms genauer, so nimmt man wahr, daß ganz im Beginn der Dampf, entsprechend der dem Kranken gegebenen Instruction, nur respirirt wird; sehr bald jedoch, wenn die Lungen mit demselben erfüllt sind und das subjective Gefühl der Erstickung bei noch ziemlich erhaltenem Bewußtsein eintritt, werden Schluckbewegungen ausgeführt. Es ist dies ein Vorgang, der sich unter allen ähnlichen Verhältnissen, d. h. nach Aufnahme großer Mengen fremder, die Lungenalveolen anfüllender Stoffe abspielt, die eine asphyxirende Wirkung erzeugen können. Der Reiz, den das Chloroform auf das Mundinnere ausübt, veranlaßt eine stärkere Speichelsecretion, und die Schluckbewegungen schaffen den Speichel und das in ihm gelöste Chloroform in den Magen. Es wird zudem auch Chloroformdampf geschluckt, der im ganzen Mageninnern seine örtlichen Wirkungen in voller Stärke entfalten kann. Die Häufigkeit des Erbrechens, individuell schwankend, beträgt nach Chloroform bis zu 40%, bei Aether bis 75%, wobei die größten Procentzahlen auf Kinder fallen, deren Magenschleimhaut empfindlicher ist als jene des Erwachsenen.

Diese Reizempfindlichkeit der Magenschleimhaut abzuschwächen, kann man nun die Magenschleimhaut anästhesiren oder sie mit Stoffen bedecken, welche eine Berührung des Chloroforms mit ihr verhüten oder mindern. L. empfiehlt daher („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 2), daß der zu Operirende 3—4 Stunden vor der Operation und besonders ganz kurz vor derselben schleimige oder gummöse Mittel in größerer Menge aufnehme, wodurch auch der Mund und die hintere Rachenwand eine Deckschicht erhalten. Operationen am Magen oder Darm würden eine solche Maßregel wohl kaum contraindiciren. Eine möglichst große Berührung der Magenfläche mit dem Mittel wäre leicht durch einen entsprechenden Lagerungswechsel auf dem Operationstisch zu er-

zielen. Auch unter einfachen äußeren Operationsverhältnissen ließe sich dieser Vorschlag durchführen.

Als Mittel, die denselben verwirklichen könnten, kämen z. B. in Frage: Gummi arabicum als Mucilago gummi arabici (1:2 Wasser), oder Tragacantha (1—2:100—200 Wasser), oder Mucilago Salep, Carrageen und eine Maceration von Rad. Althaeae.

L.

WATTEN (Lodz): Beitrag zur operativen Behandlung von Stichwunden des Herzens.

Noch nicht lange ist es her, daß man Verletzungen des Herzens als absolut tödtlich betrachtete. Die Brusthöhle überhaupt, sowie ganz besonders die Pericardialhöhle, geschweige denn das Herz selbst galten als ein noli me tangere. Wie anders sind die Verhältnisse jetzt! Man wäre fast berechtigt, bereits von einer Chirurgie des Herzens im wahren Sinne des Wortes zu sprechen. Die Mittheilungen von Autoren, die sich nicht scheuten, bei Verletzungen des Herzens operativ vorzugehen, mehren sich von Tag zu Tag. Die Mittheilung des Verfassers („Gazeta lekarska“, 1900, Nr. 37) darf aber mit Recht an die Spitze gestellt werden, weil bis jetzt, wie uns scheinen will, kaum jemand an das Herz sich so heranwagte wie er. Ein 23jährig. Fabrikarbeiter wurde an der rechten Seite mit einem großen Schaftmesser gestochen. Er verspürte dabei keinen Schmerz, verlor aber das Bewußtsein. Nach 3 $\frac{1}{2}$ Stunden erfolgte die Einalieferung in das Krankenhaus. Status: Athmung erschwert und beschleunigt, häufiger Husten. Der Patient ist bei Bewußtsein, wenn er auch die an ihn gerichteten Fragen kaum beantwortet. In der linken A. radialis schwacher, beschleunigter und ungleichmäßiger Puls. Im rechten 4. Intercostalraum sieht man eine schräg verlaufende Stichwunde von 3 $\frac{1}{2}$ —4 Cm. Länge, die am unteren Rande des Knorpels der 4. Rippe in einer Entfernung von 2 Cm. vom Brustbein beginnt und in der Richtung nach außen und unten verläuft. Bei der Athmung tritt aus der Wunde geräuschvoll Luft hervor, während des Hustens sickert auch Blut durch. Herzdämpfung nicht vergrößert. Rechts ergibt die Percussion von der 3. Rippe tympanitischen Schall. Die nähere Untersuchung ergab sowohl im Herzbeutel wie im Herzmuskel an der rechten Hälfte des Herzens eine Oeffnung, die den Zeigefinger durchließ.

Die Behandlung war nun folgende: Verlängerung der Wunde einerseits bis zum Brustbein, andererseits um einige Centimeter nach außen. Excision des ganzen Knorpels der 4. Rippe. Unterbindung der A. mammaria, Verlängerung der Hautwunde bis zum Niveau der zweiten Rippe, Vergrößerung der Wunde des Herzbeutels bis auf 5 Cm., Durchziehung zweier Fäden durch die Ränder der Herzbeutelwunde. Durch vermittelst dieser Fäden ausgeübten Zug gelang es dem Verf., den Herzbeutel sammt dem Herzen ziemlich nahe an die Oberfläche zu bringen. Nunmehr konnte Verf. auch die Wunde im Herzmuskel sehen und näher untersuchen. Sie war 2 Cm. lang und zeigte gerade Ränder, die bei der Systole etwas auseinandergingen und tief dunkles Blut in schwachem, regelmäßigem Strom austreten ließen. Die ersten Versuche, die Herzwunde mittelst Naht zu schließen, mißlangen wegen der stürmischen Herzaction, die den Operateur verhinderte, die Nadel durchzustechen. Verf. sah sich schließlich veranlaßt, mit 2 Fingern der linken Hand in den Herzbeutel einzugehen, das Herz zu erfassen und so lange festzuhalten, bis es ihm gelang, die erste Naht am oberen Schenkel der Herzwunde anzulegen. Am Faden der ersten Herznaht ziehend, gelang es, das Herz bis dicht an die Oeffnung im Herzbeutel heranzuziehen. So lange der Faden stramm angezogen blieb, waren die Herzcontractionen seltener. Unter Zuhilfenahme dieses Umstandes konnte die Naht der Herzwunde bis zu Ende geführt werden. Die Blutung sistirte nach Anlegung der Naht vollkommen, und die Herzcontractionen nahmen bald ihr regelmäßiges Tempo wieder an. Nunmehr wurden auf die Wunde des Herzbeutels drei Nähte angelegt. Verband. Postoperativer Verlauf günstig. Die Herzaction war vollständig normal, die Pulszahl betrug 80—82 in der Minute. Der überaus günstige Ausgang des Falles ist umso höher anzuschlagen, als die Verletzung des Herzens mit einer solchen des rechten Pleurasackes und Lufteintritt in denselben verbunden war.

L—y.

F. AHLFELD und F. STAEHLER (Marburg): Klinische Erfahrungen über Placentarretention nebst bacteriologischen Untersuchungen.

Im klinischen Theile, in welchem sich A. — „Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.“, December 1900 — auf 37 manuelle Entfernungen der Placenta (bei 5600 Geburten = 0.66%) und 32 Fälle von sogenannten „Revisionen“ der Uterushöhle stützt, werden die abnorm feste Vereinigung der Placenta mit der Uteruswand (Verwachsung), die Retention infolge Verengung des Cervix und die Atonie, Paralyse der Placentastelle, welche letztere ebenfalls bewirkt, daß die nicht pathologisch angeheftete Placenta sich nicht lösen kann, unterschieden.

Wenn AHLFELD auch nicht in der Lage ist, den Beweis einer wirklichen Verwachsung durch ein anatomisches Präparat zu bringen, so verfügt er doch über einen Fall einer fast gleichwerthigen Beobachtung, wo die adhärenthe Theile der Placenta zu Gesicht gebracht und die Lösung vor den äußeren Genitalien vorgenommen werden konnte. Sehr häufig hat Placenta praevia Verwachsung der Nachgeburt zur Folge, wobei der Autor vermuthet, daß aus dem Cervix Entzündungserreger in den unteren Theil des Cavum uteri wandern und dort organische Veränderungen der Decidua hervorrufen. Auch bei bestehender Nierenentzündung, Lues, Tuberculose, bei macerirten Früchten lassen sich wohl Veränderungen im Placentar-, resp. Deciduagewebe für die Anomalie verantwortlich machen.

Bezüglich der Frage, ob die unterbliebene Lösung der Placenta oder eines Theiles derselben auch Folge einer allgemeinen oder partiellen Unthätigkeit der Uteruswand (Atonie) sein könne, glaubt A., daß man hier Ursache und Wirkung verwechsle; nicht die Atonie wäre das Primäre, die dann Festhaften der Placenta und Blutung erzeuge, sondern das Festhaften ist das Primäre und die Blutung mit Atonie ist die Folge.

Die wahre Retention wurde am häufigsten dort beobachtet, wo das Kind durch den noch nicht genügend erweiterten Cervix schnell entwickelt werden musste, also in Fällen, wo man bei Beckenendlagen häufiger die Umschnürung um den Hals beobachtet, die der Entwicklung des Kopfes so große Schwierigkeiten entgegenzusetzen kann. Die reinen Retentionen der Placenta werden übrigens seltener, vielleicht dadurch, daß die in der allgemeinen Praxis früher und auch jetzt noch üblichen, zur Unzeit ausgeführten Manipulationen am Uterus am Beginne der Nachgeburtperiode wegfallen.

Der Verlauf der Wochenbetten nach den 69 manuellen Eingriffen war folgender: 29 Frauen machten ein vollständig fieberfreies Wochenbett durch, 23 zeigten leichtes Fieber, 13 waren schwerer krank, 4 starben.

Von diesen 4 sind sämmtliche in partu zugegangen und außerhalb der Anstalt untersucht worden. Bei den angeführten 13 Frauen war nur in 4 Fällen die Wochenbettserkrankung auf den Eingriff zu beziehen. Im Uebrigen zeigten die Wochenbetten nach den „Revisionen“ ein günstigeres Bild, als die nach den manuellen Lösungen.

Alle Eingriffe wurden ohne Handschuhe und ohne Scheidenspiegel gemacht. Stets aber nahm sich der Operateur Zeit zu einer gründlichen Händedesinfection, während dessen von anderer Seite der Uterus weiter massirt wurde, bis die Desinfection beendet war. Der Operation ging eine Scheidenausspülung mit 3% Seifenkresol voran. Der Operateur hat stets mit der äußeren Hand zu controliren. Wenn möglich, vermeidet man das Eindringen in die Uterushöhle; ragt z. B. die halbe Placenta aus dem Uterus heraus, so versuche man zunächst einen sanften Zug an diesem Theile in der Richtung gegen das Kreuzbein, ein Eingriff, der oft von Erfolg begleitet ist. Würde der schon geborene Theil von dem adhärenthe getrennt, so wäre dies kein großer Schaden, denn nach Entfernung der Hauptmasse läßt sich leichter in die Uterushöhle hineingelangen, und die Gefahr einer Infection ist beim verkleinerten, sich contrahirenden Uterus geringer, als beim ausgedehnten und schlaffen Organ. Zweckmäßig ist es, der Lösung

und Entfernung stets eine Revision folgen zu lassen. Außerdem wurde eine Uterusausspülung mit 75% Alkohol hinzugefügt.

Bei bestehender septischer Endometritis ist es besser, von der manuellen Lösung abzusehen; hier zieht A. die Ausstopfung des Uterus vor.

Die bacteriologische Untersuchung (Dr. STOEHLER), die in 2 Fällen durchgeführt wurde, ergab, daß es sich beidemale um eine Mischinfection handelte, in einem Falle um Streptococcus pyogenes mit Bacterium coli, im 2. Falle um Streptococcus pyogenes mit Staphylococcus aureus und einem gasentwickelnden Stäbchen.

In der Epikrise der beiden letztgenannten Fälle meint A., daß die Aufstellung der Indicationen für die Entfernung des infectirten Uterus bei puerperaler Sepsis solche Schwierigkeiten bietet, daß es fraglich erscheint, ob jemals mit einiger Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden kann, die Wegnahme des Organes werde den Krankheitsproceß coupiren.

FISCHER.

J. von BOKAI (Budapest): Beitrag zur Kenntniß der Harnröhrendivertikel bei Knaben.

Auf Grund ihres Entstehens classificirt B. die Harnröhrenausbuchtungen in echte und falsche Divertikel. Die echten können durch congenitale oder erworbene Ursachen bedingt sein (Harnröhrensteine, organisirte Verengungen). Zur Bildung unechter Divertikel geben Anlaß: Abscedirungen in der Nachbarschaft der Harnröhre, welche in die Wand derselben durchbrechen und einen Harnsack bilden; zur Entstehung solcher Abscesse vermögen Stricturen oder innere Urethralverletzungen, Harnröhrensteine und künstliche Eingriffe beizusteuern. Von der Harnröhre unabhängig können sich in der Nähe derselben Abscesse bilden, die, unter der Einwirkung eines äußeren Traumas zustande gekommen, später zu Harnsäcken werden.

Echte Harnröhrendivertikel sind bei Knaben bloß in wenigen Fällen beobachtet worden, und bei all den bisher zur Kenntniß gelangten Wahrnehmungen ist die angeborene Anlage mehr als wahrscheinlich. Verf. bereichert die einschlägige Literatur um dreieigene, höchst lehrreiche Beobachtungen, an welche er die außerdem noch publicirten Fälle anreicht („Jahrb. f. Kinderheilkunde“, LII, 2). In B.'s erstem, klinisch verfolgtem und anatomisch determinirtem Falle handelte es sich um einen 3½-jährigen Knaben, der nach mehrwöchentlichen Harnbeschwerden unter pyämischen Erscheinungen zugrunde ging. Die Section ergab an der rechten Partie der unteren Harnröhrenwand, 4 Cm. vom Orificium entfernt, eine elliptische von vorn nach hinten 14 Mm., von rechts nach links 6 Mm. weite Oeffnung, deren abgerundete Schleimhautränder ohne Unterbrechung in die glatte, und nur stellenweise feingefaltete Schleimhaut des schon in vivo constatirten pflaumen-großen Divertikels übergehen. Completirt erscheint der pathologisch-anatomische Befund durch eine Cystopyelitis, Dilatation der Ureteren und purulente, rechtsseitige Nephritis.

Die zweite Beobachtung betrifft einen dreiwöchentlichen, seit der Geburt an Harnbeschwerden leidenden Knaben, bei welchem an der unteren Hälfte des Gliedes, zwischen der Fossa navicularis und dem Bulbus, eine pflaumengroße, weiche, fluctuirende Geschwulst zu finden war. Bei der Compression der Vorwölbung entleert sich eine ziemliche Menge klaren Harnes durch das Orificium. Das Kind kam im Verlaufe von drei Monaten sehr herab, ohne daß der angezeigte Eingriff nach der HUETER'schen Methode ausgeführt worden wäre, da die Angehörigen die Zustimmung zur Operation verweigerten. Im dritten Falle handelte es sich um einen 3-jährigen Knaben, der seit längerer Zeit an Harnträufeln litt; die Untersuchung ergibt das Vorhandensein einer mit Harndrang und Schmerzen verbundenen Cystitis, sowie einer Geschwulst an der unteren Fläche des Gliedes im Penoscrotalwinkel in der Größe eines Taubencies. Die Einführung der Steinsonde in die Blase geschieht ohne Widerstand; gleitet die Sonde mit nach abwärts gerichtetem Schnabel längs der Harnröhre nach rückwärts, so gelangt sie in den Sack, in welchem dieselbe beim Versuch der Extraction stecken bleibt. Zunehmender Eiweißgehalt, ödematöse Schwellungen, Temperatursteigerung und erschwertes Harnen ließen die Operation

angezeigt erscheinen. In Narkose wurde das Divertikel stumpf losgelöst und nach Eröffnung die mit Schleimhaut ausgekleidete Wand der Cyste exstirpiert, hierauf der Harnröhrenschlitz genäht. Mehrere Wochen später, nach vorangegangener doppelseitiger Pneumonie, Exitus letalis. Die histologische Untersuchung zeigt die bindegewebige Divertikelwand von Epithel entblößt. Aehnliche Wahrnehmungen stellt B. noch 14 zusammen, von welchen nach der Operation 6 vollkommen und 2 mit Hinterlassung kleinerer Fisteln heilten. („Jahrb. f. Kinderheilkunde“, N. F. LII, 2.) Neu.

GROMAKOWSKY (Kiew): Die differentielle Diagnose verschiedener Arten Pseudodiphtheriebacillen und ihr Verhältniß zur Doppelfärbung nach M. NEISSER.

Verf. untersuchte 81 Culturen verschiedener Arten von Pseudodiphtheriebacillen, die hauptsächlich aus dem Secret der Conjunctiva bei Erkrankungen derselben und aus dem Pharynx bei Anginen stammten. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 28, H. 4/5), daß drei Arten von Pseudodiphtheriebacillen existiren, die sich durch ihr culturelles Verhalten, hauptsächlich durch ihr Wachstum in Bouillon, unterscheiden. Die einzelnen Culturmerkmale werden in der vorliegenden Arbeit ausführlich geschildert. Was die in jüngster Zeit zur Unterscheidung von Pseudodiphtheriebacillen von echten Diphtheriebacillen vielfach verwendete NEISSER'sche Färbung anlangt, so erkennt Verf. in Uebereinstimmung mit mehreren anderen Untersuchern ihren Werth für den gedachten Zweck nicht an, „da Pseudodiphtheriestäbchen existiren, welche die gleichen Resultate der Färbung liefern. Deshalb sind für eine genaue Diagnose Controlversuche an Thieren nöthig“. Bekanntlich wurde die gleiche Anschauung vor zwei Jahren am hygienischen Congreß in Madrid von berufener Seite vertreten. Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Ueber Trachom. Mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens in Krain. Von **Dr. Emil Bock**, Augenarzt in Laibach. Mit einer Kartenskizze. Wien 1900, Josef Šafař.

In einer 43 Seiten haltenden Monographie bespricht Verf. die Trachomverhältnisse in den einzelnen Bezirkshauptmannschaften Krains. In den vorausgeschickten allgemeinen Bemerkungen erklärt sich BOCK als Dualist, d. h. als Anhänger jener Lehre, welche Trachom von Conjunctivitis follicularis trennt, sich dabei auf anatomische Untersuchungen und klinische Beobachtungen stützend. Unter anderem schreibt BOCK auf Seite 6: „Man erkrankt an Trachom desto schwerer, je jünger man ist. Greise erkranken schwerer als Menschen in der Blüthe des Lebens.“ Diesen Satz finden wir auch in den meisten Lehrbüchern in ähnlicher

Art verzeichnet. Es scheint daher ein kleiner Widerspruch zu sein, wenn BOCK in seinen Schlußfolgerungen auf Grund seiner Erfahrungen über das Trachom in Krain weiter unten (pag. 31) sagt: „Vom zartesten Kindesalter bis zum Greisenalter sind alle Stufen vertreten. Auffallend sind in den letzten 2 Jahren häufigere Erkrankungen bei Kindern unter zehn Jahren (das jüngste beobachtete zählte 2 Jahre) meist mit Erkrankung der Hornhaut.“

Bezüglich der Behandlung des Trachoms bedient sich Verf. bei der medicamentösen Therapie vorzüglich des Lapis, des Kupfers, des Protargols und zum Theile auch des Sublimates. Das Jequirity wird verworfen. Von der operativen Behandlung zieht B. die Zerstörung der Trachomkörner mit dem Glühdrahte den übrigen Behandlungsarten, insbesondere dem Ausquetschen der Follikel mit den Fingernägeln oder der KNAPP'schen Rollpincette vor. Auch die Ausschneidung der Uebergangsfalten will Verf. nur auf wenige Fälle beschränkt wissen.

Zum Schlusse der überaus fleißigen und übersichtlichen Zusammenstellung versucht BOCK jene Maßregeln anzugeben, welche er zur Bekämpfung des Trachoms und der Verhütung seiner Weiterverbreitung für nothwendig hält. Dr. BONDI (Iglau).

Diagnostik der inneren Krankheiten. Von **Prof. Dr. Oswald Vierordt**. 6. verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 197 Abbildungen im Text. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Es erschiene sicherlich ein müßiges Unternehmen, wollte man erst heute daran gehen, das Werk VIERORDT's zu loben und hervorzuheben; dies hieße ja daran vergessen, daß es im Zeitraume von 12 Jahren sechsmal hat neuaufgelegt werden müssen, und daß es seit dem Erscheinen seiner 1. Auflage mit Recht als eines der besten unter seinesgleichen bezeichnet wird. Die neue Auflage weist in allen Abschnitten Veränderungen auf, die den heutigen Untersuchungsmethoden vollkommen Rechnung tragen. „Neu hinzugekommen sind insbesondere kurze Uebersichten über die Anwendbarkeit, bezw. die Indicationen der neueren Spiegel- und endoskopischen, sowie der Durchleuchtungsverfahren mit gewöhnlichem Licht und mit Roentgenstrahlen.“ B.

Atlas und Grundriß der traumatischen Fracturen und Luxationen. Von **Prof. Dr. H. Helferich** in Kiel. Mit 79 Tafeln und 158 Figuren im Text von Maler B. Keilitz. Fünfte verbesserte und vermehrte Auflage. München 1901, J. F. Lehmann.

Die vorliegende 5. Auflage des bekannten Grundrisses ist durch eine Anzahl Roentgentafeln und Textbilder, die uns das Verständniß der Fracturen und Luxationen noch erleichtern sollen, bereichert worden. Behufs besserer Orientirung sind den Skiagrammen genau hergestellte Erklärungsskizzen beigegeben. Die Ausstattung des Buches ist eine sehr gute. dh.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

III.

Joseph Fodor †.

— 20. März 1901.

Nach qualvollen Leiden ist der Professor der Hygiene an unserer Universität, Ministerialrath Dr. JOSEPH FODOR, heute Nachts gestorben. Unsere Hochschule, der er nahezu drei Jahrzehnte angehörte, verliert in ihm eine ihrer Säulen, die ungarische medicinische Wissenschaft einen hervorragenden Naturforscher und Hygieniker, den Begründer der öffentlichen Hygiene in Ungarn, den Organisator des ungarischen Sanitätswesens und den Förderer der Assanirung unserer Haupt- und Residenzstadt.

Prof. FODOR war die Seele unseres Sanitätswesens. Seiner unermüdeten Agitation ist es zu verdanken, das dasselbe heute ein viel weniger trauriges Bild bietet als zuvor. Seiner Initiative

ist es zuzuschreiben — und das kann ihm nicht genug hoch angeschlagen werden —, daß an dem Budapestener hygienischen Institut, das sich unter seiner Leitung aus sehr bescheidenen Anfängen zu einer wissenschaftlichen Anstalt ersten Ranges entwickelt hat, seit dem Jahre 1885 Aerzte zu Lehrern der Hygiene herangebildet werden. Mehrere hundert Aerzte, die aus seiner Schule hervorgegangen, sind nun eifrige Apostel der Hygiene in den Mittelschulen und Lehrerpräparanden, in Kindergärtnerinnen-Präparanden und Seminarien geworden, an denen sie als Schulärzte angestellt sind. Sein Verdienst ist es ferner, daß die Lehren der Hygiene auch vom Katheder der Volksschulen aus verkündet werden. Er hat es erkannt, daß die Grundsätze der Gesundheitslehre in das ungarische Volk, in die Massen dringen müssen, wenn eine Assanirung des Landes durchgeführt werden soll. Er war der Begründer und mehrjährige Leiter des Landesvereins für Hygiene und hat als solcher befruchtend gewirkt und eine ganze populärwissenschaftliche hygienische Literatur geschaffen. In dem Kampfe, den die Menschheit im Interesse ihrer Gesundung führt, war er ein an Erfolgen reicher Führer und Held.

JOSEPH FODOR wurde in Lakocsa im Jahre 1843 geboren, studierte nach Absolvierung des Gymnasiums in Fünfkirchen, in Wien und Pest Medicin und ging nach Beendigung seiner Studien ins Ausland. Nach längerem Aufenthalte in Wien und München war er einige Zeit Assistent des Lehrstuhls für gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei. Als er eine Studienreise nach England beendet hatte, wurde er 1872 an der Klausenburger und 1874 an der Budapester Universität zum Professor der Hygiene und Director des hygienischen Institutes ernannt. Die ungarische Akademie der Wissenschaften wählte den Verblichenen 1878 zu ihrem correspondirenden, 1883 zum ordentlichen Mitgliede. Auch im Auslande erfreute sich FODOR eines wohlverdienten Rufes. Er war Mitglied der belgischen königl. Academie de médecine und Ehrenmitglied der „Association internationale pour le progrès de l'hygiène“ in Brüssel. Gelegentlich des 1891 stattgehabten Londoner internationalen hygienischen Congresses wurde er zum Ehrendoctor der Universität Cambridge gewählt. Anlässlich der im Jahre 1893 aufgetretenen Choleraepidemie erwarb er sich große Verdienste, in deren Anerkennung ihm der Eiserne Kronen-Orden verliehen wurde. Im Schuljahre 1894/95 war er Rector der Universität, nachdem er früher 6 Jahre lang Decan der medicinischen Facultät gewesen war. Vor einigen Jahren wurde FODOR mit dem Titel eines Ministerialrathes ausgezeichnet.

Seine bedeutendsten Arbeiten sind: „Experimentelle Untersuchung über Boden und Bodengase“ (Braunschweig 1875), „Oeffentliche Sanitätspflege in England“ (Budapest 1875), welche Arbeit von der Akademie der Wissenschaften preisgekrönt wurde; „Hygienische Forschungen“ (preisgekrönt), „Bakterien im Blute lebender Thiere“, „Gesundheitslehre“, „Hygiene des Bodens“, „Die Alkalicität des Blutes“ u. v. a. Er publicirte seine deutschen Arbeiten besonders in der „Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege“.

Seine wissenschaftliche Thätigkeit bewegte sich hauptsächlich auf dem Gebiete der Bacteriologie. Er theilte sich lebhaft an allen Problemen der Epidemiologie und öffentlichen Gesundheitspflege und redigirte die Beilage des „Orvosi Hetilap“ für öffentliches Sanitätswesen und gerichtliche Medicin. Als langjährigem Secretär der „Naturwissenschaftlichen Gesellschaft“ war es besonders ihm und seiner Thätigkeit zu danken, daß diese Gesellschaft durch die sorgfältige und umsichtige Redaction ihres Organes und ihrer Editionen, ferner durch Veranstaltung von populär-wissenschaftlichen Vorträgen eine der größten und angesehensten geworden ist. Er war Vicepräsident des Landes-Sanitätsrathes, Mitglied des Landes-Unterrichtsrathes etc. Am Polytechnikum hielt er als berufener Fachmann Vorträge über Bau- und Gewerbehygiene. Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber eine neue Modification der GOLGI'schen Silber-impregnationsmethode berichtet GUDDEN („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 4). Bei den Versuchen, die G. anstellte, ging er von einer Erfahrung der Dermatologen aus. Seit Mitte der Neunziger-Jahre werden mit großem Erfolg in der Behandlung entzündeter Schleimhäute, namentlich bei Gonorrhoe, statt der sonst üblichen Höllesteinlösungen organische Silberverbindungen, in erster Linie das Protargol, angewandt. Die organischen Silberverbindungen haben nicht die ätzende Wirkung des Höllesteins und vermögen daher viel tiefer in das Gewebe einzudringen. Diese größere Imbibitionsfähigkeit versuchte er nun am todtten Gewebe auszunutzen, indem er bei Anfertigung von GOLGI-Präparaten das Argentum nitricum durch organische Silberlösung ersetzte. So erhielt er mit milchsaurem Silber (Actol) durchaus brauchbare Bilder, wobei sich verhältnißmäßig mehr Zellen sammt ihren Ausläufern färbten, als man selbst bei gelungenen Präparaten bisher zu sehen gewohnt war. Auch bei größeren Stücken von 2—3 Ccm. drang das Silber sehr tief ein. G. glaubt nun die Ueberzeugung aussprechen zu dürfen, daß durch Verwendung von passenden organischen Silberlösungen die Unsicherheit der GOLGI-Methode am erwachsenen menschlichen Nervensystem sich wesentlich verringern, wenn nicht ganz aufheben läßt.

— Ueber günstige Erfolge der Behandlung des Keuchhustens mit Creosotal berichtet POLITZER („Il Boll. med. Treat.“, 1900, Nov.). Bei einer Epidemie im verflossenen Sommer bot sich ihm Gelegenheit, das Creosotal zu versuchen. Der Erfolg war ein prompter und evidenter. Der Billigkeit halber hat er das Creosotal stets in Originalfläschchen zu 100 Grm. verordnet: Erwachsenen 2—3 Kaffeelöffel voll und Kindern, je nach Alter, 3—10 Tropfen 3mal täglich. Die vielen Vorschriften, Creosotal in Emulsionen zu geben, sind überflüssig, denn Creosotal, wenigstens das von HEYDEN, ist fast ganz geschmackfrei; mit Milch nehmen es die Kinder sehr leicht und gern.

— Die Erfolge der Anwendung des Protargols bei vielen Schleimhautrekrankungen brachten ALEXANDER auf den Gedanken, dieses Mittel auch bei der Rhinitis vasomotoria zu versuchen, und zwar nach seinem Berichte mit ausgezeichnetem Erfolge. Dadurch angeregt, hat auch SCHWIDOP (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, 1900, IV. Bd., Nr. 10) sich diesem Mittel zugewandt. Er benützt es in 2—5%iger wässriger Lösung. In dieselbe taucht er das mit Mull armirte Stäbchen und massirt damit täglich beide Nasenhälften unter Leitung des Auges. Einer vorhergehenden Cocainisirung bedarf es nicht, die Procedur ist nicht im geringsten schmerzhaft und der ziemlich starke Kitzel ist nach wenigen Sitzungen leicht überwindbar. Die Protargolmassage wird etwa 2 Wochen lang fortgesetzt. Seine Erfolge bezeichnet SCH. als vorzüglich.

— Als Ergebnis einer langen Reihe von Untersuchungen glaubt VIETT („Allg. med. Central-Ztg.“, Nr. 6 u. 7) die Thatsache gefunden zu haben, daß „Collargol“ manchmal als Specificum bei Sepsis zu bezeichnen sei; er gab bei Erwachsenen 12·0 Ungt. Crèdè innerhalb 9 Stunden, 8 Grm. innerhalb 8 Stunden bei einem 7jährigen Kinde und 2 Grm. pro die bei einem 3 Monate alten Kinde. Es soll kein sich als brauchbar erwiesenes Mittel verdrängen, es füllt nur die schmerzhaft empfundene Lücke in der Therapie der septischen Erkrankungen in ungeahnter Vollkommenheit aus.

— In einer Studie über Mosquito-Intoxication nennt VOGES Naftalan eine Substanz, welche bis heute das einzige spezifische Antitoxin darstellt, welches nicht auf der Basis der Blutserumtherapie beruht. Reibt man frische Stiche gleich mit Naftalan ein, so kommt es überhaupt nicht zur Entwicklung von Anschwellungen. Sobald die Zerstörung der betroffenen Zellcomplexe noch nicht derartige Grade erreicht hat, daß eine schnelle Reparation unmöglich geworden, verschwindet nach der Einreibung der Schmerz und die Röthe der Impfstelle fast sofort, und schon nach einer Stunde erinnert nichts mehr daran, daß uns ein Mosquito gestochen hat.

— Die Cascarine ist ein chemisch genau definirbarer, in seiner Zusammensetzung wie in seinen physiologischen Wirkungen durchaus unveränderlicher Stoff. Sie bietet also dem Therapeuten dasjenige dar, was er vor allem zu suchen hat, nämlich die zuverlässige Constanz der Wirkung, und ist somit ein vorzügliches Mittel zur Bekämpfung der durch die Trägheit des Darmes hervorgerufenen habituellen Constipation bei Leberleiden und catarrhalischem Icterus. Auch während der Schwangerschaft und der Lactation kann Cascarine infolge ihrer Eigenschaften, weder irritirend, noch stark abführend zu wirken, verabreicht werden. Bei Kindern über 2 Jahren ist die Dosis je nach dem Alter 0·01 bis 0·05 Ctgrm. Bei Erwachsenen ist die Dosis für Behandlung hartnäckiger Constipation 10—30 Ctgrm. und soll während wenigstens 10 Tagen fortgesetzt werden. Bei der infolge von Verdauungsstörungen herrührenden Constipation nimmt man vor jeder Hauptmahlzeit je eine Pille, eine dritte vor dem Schlafengehen, Dosen, die man nach Belieben erhöhen oder verringern kann. Jede Pille enthält 0·10 Cascarine.

— Bei acutem und chronischem Muskelrheumatismus ist die schon von RUHEMANN empfohlene Behandlungsmethode mittelst subcutaner Injectionen von jodsaurem Natron durch OTTO („Therap. Monatsh.“, 1900, pag. 269. — „E. MERCK'S Jahresbericht“) neuerdings geprüft und warm empfohlen worden. Die Behandlung wird durch keine andere, innerliche Medication unterstützt, nur in einigen

Fällen wird Massage oder locale Wärmeanwendung verordnet. Bei den Injectionen soll man sich ausschließlich frischer Lösungen bedienen, da ältere Lösungen infolge von Abspaltung von freiem Jod Schmerzen hervorrufen. Die Injectionen werden stets nahe der schmerzenden Stelle applicirt; sie erzeugen erst nach einiger Zeit ein brennendes Gefühl, das etwa 20—30 Minuten andauert. Die schnelle und sichere Wirksamkeit dieser Medication, welche bei 60 Fällen niemals versagte, läßt dieselbe dem Autor allen übrigen Behandlungsweisen vorziehen, zumal im Allgemeinen zum vollen Erfolg nur eine einzige Injection von 0·05—0·1 Grm. der Substanz nöthig wird. Man verordnet zu diesem Zweck das jodsaure Natron wie folgt:

Rp. Solutionis Natrii jodici,
recenter paratae (5%) 10·0
Detur ad vitreum nigrum.
S. Eine bis zwei Pravazspritzen (à 1 Ccm.)
auf einmal zu injiciren.

— Als **Pastillen für Halsaffectionen** werden folgende Compositionen empfohlen („Philad. med. Journal“, 1900, Nr. 20. — „Münch. med. Woch.“). Die erste Formel ist angezeigt für Lehrer, Sänger, Redner u. s. w. bei belegter Stimme und Heiserkeit, und soll der Betreffende etwa 20 Minuten, bevor er in Action tritt, eine Pastille auf dem Zungenrücken langsam zergehen lassen:

Rp. Acid. benz. 0·025
Acid. boric. 0·05
Coca 0·1
Rad. et Succ. liqu. q. s.
M. f. Past. I.

Die zweite Vorschrift wird zum Gebrauch bei acuter Tonsillitis und Pharyngitis empfohlen:

Rp. Resin. guajac 4·0
Morph. bimecon. 0·02
Tinet. aconit. 3·0
Ol. cinnamon. gtt. II.
Pulv. cinnamon. 2·0
Rad. et Succ. liqu. q. s.
M. f. Past. Nr. XXX.

— Die **LASSAN'sche Haarcure** („Ph. Rundschau.“ — „Zeitschr. für Krankenpflege“, 1900, Nr. 1) besteht in täglicher, mehrere Minuten andauernder Einschäumung des Haarbodens mit 1. starker Theerseife, Abspülung und Abtrocknung. Statt der Theerseife kann ein Seifengemisch von Natriumcarbonat, Calciumcarbonat aa. 15·0, medicinische Seife 70·0, Rosenwasser zu 200·0 gewählt werden. Hierauf werden nacheinander 2. 0·2%ige Sublimatlösung, und zwar nach der Vorschrift Quecksilberchlorid 0·6, Weingeist 25·0, Glycerin 25·0, Wasser 250·0, ferner 3. weingeistige, 0·1%ige β -Naphthollösung, 4·2%ige Salicyllösung tüchtig in die Kopfhaut eingerieben. Die Waschungen sind regelmäßig auszuführen und wochenlang fortzusetzen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXV.

Abtheilung für Chirurgie.

GLUCK (Berlin) stellt seinen **künstlichen Kehlkopf** an einigen Patienten vor.

MIGNON und SIEUR (Paris): **Ueber die varicöse Epididymitis.**

Die Affection sitzt an dem Ursprung der hinteren Venengruppe des Samenstranges und präsentirt sich unter dem Bilde eines rundlichen oder spindelförmigen Tumors, welcher das Vas deferens umgibt und mehr oder weniger auf die Epididymis übergreift, ohne jedoch den Kopf derselben zu erreichen. Der Tumor ist elastisch, ja sogar manchmal weich, kann jedoch eine sehr große Härte erlangen. Unter dem Einfluß von Congestionschüben wechselt er nicht selten sein Volumen, so nach großen

Märschen, sexuellen Excitationen etc. Oft hat es den Anschein, als ob ein 2. Testikel vorhanden wäre. Dieser selbst wird im Uebrigen von den Vorgängen auch etwas beeinflusst, sein Volumen wird schwächer und seine Consistenz nimmt ebenfalls ab. Dennoch bleiben bei jungen Individuen die geschlechtlichen Functionen intact. Mikroskopisch stellt sich der Tumor als ein Angioma cavernosum dar aus dilatirten Venen, welche unter sich durch kleine Tractus verbunden sind. Diese letzteren sind um so zahlreicher, je älter die Affection ist. Die Affection kann mit Leichtigkeit auf ihrem Höhepunkte mit einer tuberculösen Epididymitis verwechselt werden. Doch seine Localisation, die Integrität des Samenstranges und der Prostata, die Abwesenheit aller persönlichen oder hereditären Antecedentien, schließlich die nur diesem Tumor eigene Variabilität werden in den meisten Fällen eine genaue Diagnose gestatten. Die Behandlung besteht in Ruhe, Suspensorium, Vermeidung von geschlechtlichen Erregungen. Bei eintretenden Entzündungserscheinungen Bäder und feuchte Einwickelungen.

MAUCLAIRE (Paris): **Ueber die weiteren Resultate der Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberculose durch Resection des Samenstranges.**

Aus 18 Beobachtungen hat M. folgende Schlüsse gezogen: Die Resultate sind gute, zufriedenstellende und schlechte. Gute Resultate, d. h. eine einfache und reine Atrophie der ganzen infiltrirten „Genitalmasse“, erreicht man dann, wenn die Tuberculose weder fistulös, noch eitrig ist. In drei Fällen dieser Art haben sowohl der kranke Hoden wie der Nebenhoden an Volumen abgenommen, wurden hart und unempfindlich, und M. glaubt, daß gerade dieses letztere Symptom den kranken Hoden vom gesunden unterscheidet. In 2 Fällen sind die Erkrankungen der Prostata zurückgegangen.

Für zufriedenstellende Resultate hält er die, in welchen die Atrophie sehr langsam erfolgt, sich eine Fistel bildet und schließlich nach circa vier Monaten vollkommene Heilung eintritt. Ein Drittel aller Fälle ergibt nicht zufriedenstellende Resultate, weil die breite Vereiterung des Hodens und Nebenhodens eine Infection der Tunica vaginalis hervorruft. Langdauernde Fisteln nöthigen hier oft zu secundären Eingriffen. Die Operationstechnik ist sehr einfach: man soll einen möglichst kleinen Einschnitt in den Hodensack machen, um Hämatome zu vermeiden.

CARLIER (Lille): **Ueber die Resultate der Resection des Samenstranges.**

Votr. hebt hervor, daß die Atrophie des Testikels bei Individuen über 50 Jahren nach Durchtrennung aller Elemente des Samenstranges manchmal recht langsam eintritt, so daß sie oft nach 2 Jahren noch recht unbedeutend ist. Dagegen sieht man häufig bei jungen Männern, bei denen man bei der Operation einer Hernie oder Varicocele unfreiwillig die Arteria spermatica unterbunden oder durchschnitten hat, eine sehr rapide Atrophie des Hodens eintreten. C. glaubt hiefür analog wie beim Hunde die Abwesenheit oder Unzulänglichkeit eines collateralen Kreislaufs in jungen Jahren oder die Nothwendigkeit ansuldigen zu müssen, daß der junge Testikel eine reichere arterielle Zufuhr haben muß, als es im vorgerückteren Alter erforderlich ist.

NANU (Bukarest): **Ueber die Torsion des Samenstranges.**

Den sehr seltenen Beobachtungen fügt Votr. einen Fall hinzu, den er mit Castration behandelt und wo er Gelegenheit hatte, die Diagnose zu verificiren. Die Schwierigkeit in seinem Falle bestand in der Diagnosestellung, in der Abwesenheit aller Anomalien des Hodens, der in den bisher veröffentlichten Fällen stets ektopisch im Leistencanale saß. Trotzdem glaubt er auch hier wie in allen anderen Fällen als Ursache der Torsion eine Anomalie im Descensus testiculi annehmen zu müssen.

FRANK (Chicago): **Ueber die Anastomosis vesicorectalis.**

Im Jahre 1899 machte F. eine Reihe von Experimenten, indem er theils einen, theils beide Ureteren in den Darm einpflanzte, um die bacteriologischen und histologischen Veränderungen an den Nieren zu studiren. In allen Fällen hat er eine aufsteigende Infection der Nieren constatirt. Er kam daher auf die Idee,

die Blase direct mit dem Rectum zu verbinden, um auf diese Weise eine Infection der Niere vermeiden zu können. Es ist ihm auch nach mehreren Operationen an Hunden gelungen, dies zu erreichen. Für die Anastomose wandte er seinen Knopf aus decalcinirten Knochen an. Er hält die Anastomosis rectovesicalis für nützlich nicht allein in den Fällen von Ectopia vesicae, sondern auch in den Fällen, wo eine perineale oder suprapubische Fistel der Blase sonst erforderlich sein würde.

DELAGÉNIÈRE (Le Mans): Ein Fall von Blasenectopie geheilt nach der Methode von TRENDELENBURG.

Votr. wendet sich dagegen, daß die TRENDELENBURG'sche Methode bei der Operation der Blasenectopie stets unzufriedenstellende Resultate ergibt. Auch er hatte zuerst nur Mißerfolge bei dieser Operationsmethode aufzuweisen, ist aber jetzt imstande, ein Kind zu präsentiren, welches in den ersten Lebensjahren mehrfache vergebliche Operationen durchgemacht hatte, und das er nach dieser Methode — allerdings mit 7 Nachoperationen — mit vollkommener Continenz des Sphincter geheilt hat.

GERARD (Bern): Ueber die Radicaloperation der Inguinalhernie.

Während für die meisten Hernien kleinen oder mittleren Umfangs die üblichen Repositionsmethoden zufriedenstellende Resultate ergeben, ist es doch in den Fällen, wo es sich um große Hernien handelt, wo der Inguinalcanal nichts anderes als eine weite Oeffnung darstellt, sowie in den meisten, nur ein wenig umfangreicheren directen Hernien recht schwierig, einen resistenten Verschuß zu erzielen, der eine Garantie gegen ein Recidiv gibt. G. hat daher die BASSINI'sche Methode folgendermaßen verändert: 1. Incision der Aponeurose des Obliquus abdominis mit Eröffnung des ganzen Leistencanals, soweit er noch existirt; 2. Exstirpation und Verschuß des Bruchsackes, Versenkung des Stumpfes; 3. Naht der Ränder des M. obliquus abdominis internus und transversus nach BASSINI; 4. dachziegelförmige Uebereinanderlagerung der beiden Lappen der Aponeurosis und des Obliquus externus, auf eine Breite von ungefähr 4 Cm. Der obere Rand wird am Arcus Falloppiae, der untere an der Basis des oberen festgenäht. Nach diesem Vorgehen hat er von 543 Operationen, die zum Theil sehr große Hernien betrafen, nur 8 Recidive gehabt, von denen 4 auf eine Eiterung der Wunde zurückzuführen waren.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Pathological Society of London.

F. J. POYNTON und ALEXANDER PAINE: Zur Aetiologie des acuten Rheumatismus.

Bericht über die in 8 Fällen gelungene Isolirung eines Diplococcus bei acutem Gelenkrheumatismus und dessen Wirkung auf Kaninchen. Es konnte durch die mikroskopische Untersuchung erwiesen werden, daß die nach Einimpfung des Diplococcus bei den Versuchsthieren beobachteten Veränderungen mit denen, welche man bei der rheumatischen Infection des Menschen findet, identisch sind. In einem Falle von rheumatischer Angina gelang es, den Diplococcus aus der Rachenhöhle zu züchten. Der Diplococcus wurde zunächst in einer aus Milch und Bouillon bestehenden, mit Milchsäure angesäuerten Nährlösung gezüchtet, dann auf Blutagar übertragen. Nach intravenöser Injection einer Reincultur dieses Diplococcus trat beim Versuchsthier acute Entzündung der Herzklappen auf. Aus dem Blut und aus der Cerebrospinalflüssigkeit des Thieres wurden die Diplokokken von neuem gezüchtet, dann einem jungen Kaninchen injicirt, bei welchem im Anschluß an die Injection Polyarthrits und Endocarditis auftraten, welche aber schließlich in Heilung ausgingen. Außer den erwähnten 8 Fällen konnte der Diplococcus noch in drei weiteren klinisch sicheren Fällen von acutem Rheumatismus nachgewiesen und ebenso in einem Fall von rheumatischer Pericarditis aus dem Harnblaseninhalte gezüchtet werden. Culturen dieses Diplococcus wurden einem Kaninchen intravenös injicirt. Es trat beim Versuchsthier acute Pericarditis,

Entzündung der Mitral- und Aortenklappe, Fieber, Abmagerung, Arthritis auf, und das Thier ging nach drei Wochen zugrunde. Bei der Section konnten Eiterungsprocesses an keiner Stelle nachgewiesen werden. Von Interesse ist die Beobachtung unwillkürlicher klonischer Bewegungen von mehrtägiger Dauer bei einem mit Culturen des Diplococcus geimpften Versuchsthiere. Diese Bewegungen konnten als choreatische bezeichnet werden, daneben zeigte das Thier einen nervösen Zustand und die Symptome einer entzündlichen Klappenerkrankung. Bei einem der Versuchsthiere, bei welchem pericardiales Exsudat auftrat, konnten in diesem neben spärlichen Diplokokken große solitäre Kokken nachgewiesen werden. Solche Formen wurden bei Züchtung auf weniger geeigneten Nährböden, sowie auch in den Geweben des menschlichen Organismus beobachtet. Diese Formveränderung hängt vielleicht mit Abschwächung der Virulenz oder einer veränderten chemischen Beschaffenheit der Gewebe zusammen und spricht eher für Rückgang des pathologischen Processes. Dagegen spricht der Befund zahlreicher kleiner Diplokokken, wenn er mehrfach in Fällen maligner Endocarditis erhoben wurde, für gesteigerte Virulenz. Die recurrirenden Formen der rheumatischen Infection können vielleicht aus der latenten Vitalität der solitären Kokken erklärt werden. Jedenfalls ist der acute Rheumatismus eine Infection, gegenüber welcher der menschliche Organismus eine ziemlich beträchtliche Resistenz besitzt, was aus dem mehr flüchtigen Charakter der Erscheinungsformen, z. B. der Arthritis, Pericarditis, Chorea etc., hervorgeht. In einer Reihe von Fällen lassen sich die Diplokokken in großer Zahl im Bindegewebe sowie in den Endothelzellen nachweisen.

Crookshank betont, daß der von dem Votr. demonstrierte Organismus eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Erreger der Kaninchenseptikämie besitzt.

Ballen weist darauf hin, daß eines der Versuchsthiere eine Lähmung an den Hinterbeinen hatte, die vielleicht gleichfalls choreatischer Natur ist, indem man auch bei choreatischen Hunden Lähmung der Hinterbeine neben der Chorea der Vorderbeine findet.

Medical Society of London.

F. J. POYNTON: Ueber das Auftreten von Arthritis bei Appendicitis.

Die Vergesellschaftung der Arthritis und Appendicitis ist nicht häufig, bietet aber insofern Interesse, als sich daraus Gesichtspunkte für die Aetiologie ergeben können. Eine Reihe von Beobachtern hat den ätiologischen Zusammenhang von acutem Rheumatismus mit Appendicitis betont und zu Gunsten dieser Anschauung angeführt, daß Perityphlitis sich mit dem acutem Rheumatismus gleichzeitig entwickeln kann, daß ferner auch Fälle vorkommen, wo acute Polyarthrits ganz kurze Zeit nach dem Ablauf eines Anfalles von Perityphlitis auftreten kann, ferner auf die günstige Beeinflussung mancher Fälle von Perityphlitis durch die Salicyltherapie, sowie auf die hinsichtlich des histologischen Baues bestehende Aehnlichkeit zwischen Tonsille und Wurmfortsatz hingewiesen, woraus sich auch ein Schluß auf die Analogie der sich daselbst abspielenden pathologischen Prozesse ziehen läßt. In einem Fall wurde Auftreten von Perityphlitis bei einem an Chorea rheumatica leidenden Kinde beobachtet, wie überhaupt Schmerzen im Abdomen bei der rheumatischen Infection des Kindesalters ein häufiger Befund zu sein scheinen. Von Interesse ist auch ein Fall, wo ein junges Mädchen im Anschluß an das Recidiv einer acuten rheumatischen Infection einen schweren Anfall von Perityphlitis durchmachte, der beim Auftreten eines neuerlichen Recidivs der rheumatischen Infection sich zurückbildete und unter Salicylbehandlung gleichzeitig mit der Polyarthrits ausheilte. Die mehrfach betonte Wirksamkeit der Salicylpräparate bei Perityphlitis ist jedoch nicht als entscheidender Beweis für die rheumatische Natur der Affection zu betrachten. Votr. hat selbst 60 Fälle von Perityphlitis auf ihren Zusammenhang mit Rheumatismus untersucht und konnte bei 11 in der persönlichen, bzw. in der Familienanamnese das Vorkommen von Rheumatismus nachweisen, jedoch in keinem einzigen Fall einen directen causalen Zusammenhang beider Erkrankungen feststellen, da nur in zwei Fällen sich neben Perityphlitis das Vorkommen von Polyarthrits erwähnt wird, was auch eine ganz zufällige Coincidenz sein kann. Von Bedeutung

für das Verständniß der Pathogenese schwer zu deutender Polyarthritidenfälle ist die Betrachtung der mit Appendicitis zusammenhängenden metastatischen Eiterungsprocesse, sowie die Möglichkeit der Erzeugung experimenteller Osteomyelitis bei Kaninchen durch Injection von Culturen des Colibacillus. Es wäre denkbar, daß die im Anschluß an Appendicitis auftretende metastatische Polyarthritiden eine gewisse Aehnlichkeit mit der ersten rheumatischen Polyarthritiden darbietet. Es sind nämlich multiple, mehr flüchtige, der Salicylbehandlung nicht selten zugängliche Ergüsse in den Gelenken. In Fällen von Gangrän des Wurmfortsatzes mit letalem Ausgang und Abscessen in den inneren Organen läßt sich die metastatische Natur der Polyarthritiden mit Sicherheit erweisen. Auftreten solcher pyämischer Arthritidenformen bei Appendicitis ist als strikte Indication für einen operativen Eingriff zu betrachten.

Von Interesse ist die Thatsache, daß es Fälle von monoarticulärer Arthritiden des rechten Hüftgelenkes im Kindesalter gibt, welche eine Zeit lang das Bild einer Perityphlitis vortäuschen können, doch gelingt es meist nach kurzer Zeit, durch das Hinzutreten anderweitiger rheumatischer Manifestationen, sowie durch die Lageveränderung der erkrankten Extremität die richtige Diagnose zu stellen. Vortr. gelangt zu dem Schluß, daß die klinische Beobachtung nicht zu Gunsten der Auffassung spricht, daß die mit Polyarthritiden gleichzeitig vorhandene Appendicitiden rheumatischer Natur ist.

Rolleston ist auf Grund der analogen Structur der Appendix und der Tonsille sowie die oft nachweisbare günstige Wirkung der Salicylbehandlung der Appendicitiden zu der Annahme geneigt, daß letztere auch rheumatischer Natur sein kann. Vielleicht ist das Anfangsstadium der Appendicitiden öfter durch rheumatische Infection bedingt, während im späteren Verlaufe septische Infection hinzutritt.

Wallis hat Gelenksschwellung und Gelenkserguß auch bei anderen Darmerkrankungen, und zwar in zwei Fällen von Geschwürsprocessen im Dickdarm gefunden. Es ist überhaupt denkbar, daß Arthritiden unbekanntes Ursprunges durch Resorption septischen Materiales von irgend einer Geschwürsfläche aus bedingt sein kann.

Caley betont, daß Arthritiden bei Appendicitiden nur in ganz vereinzelten Fällen beobachtet wird, was gegen einen Zusammenhang spricht. Bemerkenswerth ist das Auftreten von rheumatischen Erscheinungen bei Fällen von Colitis catarrhalis.

Harveyan Society of London.

C. W. MANSELL MOULLIN: Ueber die Vortheile der frühzeitigen Operation bei acuten Entzündungsprocessen des Wurmfortsatzes.

Die Entzündung des Wurmfortsatzes kommt stets infolge von Invasion der Schleimhaut durch septische Keime des Darminhaltes zustande. Soweit chirurgische Behandlung in Betracht kommt, lassen sich die Fälle in drei Hauptgruppen einteilen. Die erste Gruppe, zugleich die größte, umfaßt jene milden Formen, welche spontan oder bei einfacher innerer Behandlung ausheilen, wo es nicht zur Bildung von Adhäsionen kommt und der Wurmfortsatz nach Ablauf des Anfalles wieder seine normale Beschaffenheit annimmt. Diese Fälle bedürfen keiner chirurgischen Behandlung. Die zweite Gruppe umfaßt alle jene Fälle, wo es nicht zu vollkommener Resorption des Exsudates kommt, wo entweder ein Absceß zurückbleibt, oder das Exsudat organisirt wird, oder es zur Bildung von Concretionen kommt. Solche Fälle sind spontan keiner vollständigen Heilung fähig und kann eine solche nur durch einen operativen Eingriff erzielt werden. Die dritte, kleinste Gruppe umfaßt jene Fälle, wo acute septische Peritonitis auftritt, und nur ein sofortiger operativer Eingriff lebensrettend wirken kann. In allen Fällen ist es nothwendig, den betreffenden Fall innerhalb der ersten 36 Stunden in eine dieser Gruppen einzureihen. Der Appendix enthält zahllose septische Organismen, welche leicht die Wand durchdringen und auch die Peritonealhöhle inficieren können, so daß längeres Zuwarten nicht am Platze ist. Die Gefahr liegt nicht in der Vornahme, sondern im Aufschieben einer einfachen exploratorischen Operation. Es handelt sich nur darum, einen 4 Cm. langen Einschnitt zu machen, um sich durch directe Digitaluntersuchung von der Beschaffenheit des Wurmfortsatzes und des Peritoneums zu überzeugen. Für die Entscheidung, ob ein Fall ohne Operation zu heilen ist, erscheint das Verhalten des Pulses von

größter Bedeutung. Beträgt die Pulsfrequenz gegen Ende der ersten 36 Stunden des Anfalles bei ruhiger Lage des Pat. über 100, oder steigt sie rasch beträchtlich an, so handelt es sich zweifellos um einen schweren Anfall, der operative Behandlung indicirt. Eine große Bedeutung kommt auch der Intensität und Ausbreitung der spontanen Schmerzhaftigkeit, bezw. der Druckempfindlichkeit der Fossa iliaca dextra zu, während das Verhalten der Temperatur, Erbrechen, Obstipation etc. für die Entscheidung nicht wesentlich in Betracht kommen. Im Allgemeinen gilt die Regel, in jedem Fall mit beträchtlicher Pulsbeschleunigung operativ einzugreifen, besonders in jenen Fällen, wo bereits Morphium gegeben wurde. Die Zeitgrenze von 36 Stunden ist eine willkürlich gewählte, einzelne Fälle müssen schon früher operirt werden, andere Fälle können länger warten.

Immerhin ist im Auge zu behalten, daß zu Beginn eines schweren Anfalles es sich nicht entscheiden läßt, wie lange man noch zuwarten kann, und daß möglichst frühzeitiges Eingreifen das Beste ist. Man muß aber die segensreichen präventiven Operationen von den sogenannten Frühoperationen unterscheiden, welche am 4. oder 5. Tage, also meist zu spät vorgenommen werden und nur geeignet sind, Mißtrauen gegen die operative Behandlung der Appendicitiden zu erwecken.

RAYMOND JONSON betont gleichfalls die große Wichtigkeit der Pulsbeschleunigung als Indication für die Operation, sowie die Nothwendigkeit möglichst frühzeitigen operativen Eingreifens.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. März 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Dr. E. v. CZYHLARZ stellt einen Fall von **Tabes mit bulbären Symptomen** vor. Der 44jähr. Pat. war vor 20 Jahren luetisch inficirt, in letzter Zeit litt er an Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schlingbeschwerden, Sprachstörung, Abnahme des Gesichtssinnes und durch 14 Tage an Urinverhaltung, seit einigen Wochen hört er schlecht. Die Untersuchung ergibt: Pupillenstarre, beginnende Opticusatrophie auf beiden Augen, Hypästhesie im linken Trigeminalgelände, Parese des weichen Gaumens und des Detrusor urinac, geringes Silbenstolpern, Andeutung von RHOMBERG'schem Phänomen. Die Patellarreflexe sind erhalten, die Schwerhörigkeit ist durch eine locale Ursache (Verdickung des Trommelfelles) bedingt.

Dr. ROB. KRONFELD: Die dentalen Symptome des Diabetes melitus und der Tabes dorsalis. Vortr. betont den Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der Zähne und jenen anderer Organe und Organgruppen. Gerade bei Tabes und Diabetes sind die dentalen Symptome höchst auffallend. Das Ausfallen der Zähne bei Tabeskranken ist eine bekannte Erscheinung; als ihre Ursache ist eine Atrophie des Trigeminstammes, seiner Wurzeln und Kerne anzunehmen. Aus der Literatur stellt Vortr. 20 derartige Fälle zusammen und bespricht sodann einen typischen Fall eigener Beobachtung, in welchem ihm die Frühdiagnose „Tabes“ auf Grund der Lockerung einiger Zähne und der Analgesie der Zahnpulpa bei einem 44jähr. Manne möglich war. Findet man bei einem im mittleren Alter stehenden Patienten eine auffallende Empfindungslosigkeit an den Zähnen oder eine Lockerung derselben infolge von anderweitig unerklärlicher Retraction der Alveolen, so darf man es nicht unterlassen, in der angegebenen Richtung weiter zu forschen.

Wesentlich leichter ist in der Regel der Diabetiker an seinen dentalen und oralen Symptomen zu erkennen. Einige derselben bespricht Vortr. in ausführlicher Weise. Das Zahnfleisch ist geschwollen und bläulich verfärbt. Die Zähne werden locker und dislocirt. Bekannt ist ferner das rasche Fortschreiten der Caries und der Zahnsteinansammlung bei Diabetikern. Nach Erklärung dieser und einiger anderer, allgemein geläufiger Symptome kommt Vortr. auf die Alveolarpyorrhoe zu sprechen, jene chronisch-destructive Entzündung der Wurzelhaut, welcher die meisten Zähne der Diabetiker zum Opfer fallen. Das Auftreten dieser unheilvollen

Entzündung ist eine bei Zuckerkranken nahezu regelmäßige Erscheinung. Offenbar bietet der geschwächte Organismus dem Eindringen pathogener Mundbakterien keinen genügenden Widerstand. Das Zahnfleisch löst sich vom Zahnhalse ab und bildet rings um diesen eine Tasche, aus welcher durch leichten Druck sich dicker Eiter entleeren läßt. Allmähig kommt es zu Schwund der Alveolarränder, Bloßlegung der Wurzeln und Ausfallen der Zähne. Eine Therapie kann nur dann Erfolg versprechen, wenn sich zur Behandlung des Grundleidens eine energische locale Behandlung — Entfernung der Auflagerungen, Massage des Zahnfleisches, Ausspritzen der Taschen mit kräftigen Antiseptics — gesellt.

Doc. Dr. Herm. Schlesinger bestätigt aus eigener Erfahrung, daß bei Tabischen, welche nicht bloß Erscheinungen von Tabes an den oberen Extremitäten, sondern auch im Bereiche der Hirnnerven darbieten, gar nicht so selten Veränderungen und Ausfall der Zähne gefunden werden. Er hat selbst eine Anzahl von solchen Fällen gesehen. Dem Zahnausfalle, welcher selbst schmerzlos ist, gehen häufig schießende Schmerzen im Kiefer voraus. Sch. macht auf ein in der Literatur geschildertes Symptom der Tabes aufmerksam, nämlich auf das Auftreten von schmerzlosen Geschwürsbildungen im Bereiche der Alveolarfortsätze. Ferner ist hervorzuheben, daß sich bei tabischen Zahnstörungen fast immer sensible Störungen im Bereiche des Gesichtes und der Wangenschleimhaut, namentlich an deren rückwärtigen Abschnitten, sowie oft sensible Störungen im Kiefergelenke vorfinden; anatomisch wurden allerdings wiederholt dabei Veränderungen in der spinalen Trigeminuswurzel constatirt, es gibt aber mehrere sichere Beobachtungen, bei welchen solche Veränderungen im Centralnervensystem (Degeneration der spinalen Quintuswurzel) vorhanden waren, ohne daß eine tabische Zahnerkrankung vorhanden gewesen wäre, so daß der Zusammenhang zwischen diesem Symptom und der anatomisch gefundenen Läsion des Nervensystems noch fraglich erscheint.

Doc. Dr. Ludw. Braun bemerkt, die Ansicht, daß der Kalk beim Diabetiker dazu verwendet werde, um die Fettsäuren zu neutralisieren, werde durch die Angaben der Literatur nicht bestätigt. Bei den Fleischfressern werden die organischen Säuren vielmehr durch Ammoniak neutralisirt. Der Kalkgehalt des Speichels ist verschwindend gering.

Dr. Offer weist darauf hin, daß auch der Speichel des Diabetikers keinesfalls sauer secretirt werde; sauer werde er erst, indem flüchtige Säuren ausgeathmet werden und sich dem Speichel beimischen.

Dr. Pins macht darauf aufmerksam, daß bei den meisten Fällen von Alveolarpyorrhoe Uraturie vorkommt, so daß die Harnsäure viel häufiger die Ursache dieser Zahnerkrankung bilden dürfte als der Diabetes. Man könnte auch daran denken, daß durch den Ueberschuß an Harnsäure die Zahnsteinbildung und nekrotische Vorgänge unter dem Zahnfleische begünstigt werden.

Dr. Robert Kronfeld bemerkt, daß in dem von ihm beobachteten Falle keine Schmerzen dem Zahnausfalle vorausgingen. Im Verlaufe der Tabes kann es nach Angaben der Literatur zu schmerzlosen Geschwürsbildungen und selbst zu Abscedirungen des Alveolarfortsatzes kommen. Nicht jede Alveolarpyorrhoe wird durch Diabetes bedingt, ihr können sowohl locale, als auch allgemeine Ursachen zugrunde liegen, unter den letzteren uratische Diathese, Diabetes, Scorbut etc., aber fast jeder Diabetiker leidet an Alveolarpyorrhoe.

Dr. Wallisch hat ungefähr in der Hälfte der von ihm in Karlsbad beobachteten zahlreichen Diabetesfälle keine Alveolarpyorrhoe gefunden, bei schweren Alveolarpyorrhoeen bestand meist eine hochgradige Nieren- oder Lebererkrankung. Die diabetische Pyorrhoe geht in ihrer Schwere mit dem Diabetes parallel und bessert sich bei Herabsetzung des Zuckergehaltes des Urins.

Doc. Dr. Max Herz berichtet, daß nach den Beobachtungen von KOLIECH die Alveolarpyorrhoe zugleich mit den arthritischen Attaquen anfallsweise sich verschlimmert, und daß sie sogar letztere vertreten kann.

Dr. Th. Rob. Offer: Ueber Nährpräparate. Die meisten Nährpräparate haben die Aufgabe, das Eiweiß der Nahrung zu substituieren. Nicht alle Präparate führen mit Recht den Namen Nährpräparate; dazu gehören die appetitanregenden, stimulirenden Mittel, denen oft eine directe Nährkraft zugeschrieben wird. Der Gehalt an nährenden Bestandtheilen, zum Beispiel Eiweiß oder dessen Derivat, ist zu gering. LIEBIG'S und KEMERICH'S Fleischextract, Fleischextracte in Lösung, wie WYETER'S Beefjuice und VALENTINE'S Meatjuice sowie Puro sind reich an Extractivstoffen, welche eine stimulirende Wirkung haben. Für die Bewerthung der Nährpräparate, welche für das Eiweiß der natürlichen Nahrungsmittel eintreten sollen, kommen folgende Punkte in Betracht: Ob die Präparate wirklich imstande sind, das Fleischeiweiß zu ersetzen, wobei ihre Wirkung nur neben kleinen Mengen Eiweiß zur Beurtheilung herangezogen werden darf; ob die Resorption des Präparates und der Gesamtnahrung keine schlechtere ist als bei gewöhnlicher Kost unter normalen Verhältnissen. Man hat zwei große Gruppen von Eiweißpräparaten zu unterscheiden: 1. Präparate, welche Verdauungsproducte der genuinen Eiweißkörper sind, 2. concentrirte Eiweißkörper. Die hydrolytischen Spaltungsproducte des Eiweißes sollten die Arbeit des Magens vermindern.

Nun hat KÜHNE gezeigt, daß das Pepton keinen Nährwerth hat, sondern nur die Albumosen. Die reinen Peptonpräparate werden kaum noch angewendet. Es wurden an Albumosen reiche Präparate dargestellt. Das verbreitetste Präparat ist die Somatose. Trotz der zahlreichen günstigen Urtheile schließt sich Vortr. der Meinung mehrerer an, daß die Somatose als Nährpräparat nur geringen Werth hat. Nach mehrfachen Versuchen ist die Resorption der Somatose eine sehr schlechte, nur 50%, die mit dem Steigen der Zufuhr sich verschlechtert. Die Somatose steigert die Darmsecretion und die Peristaltik, als Stomachicum oder Laxans mag sie also ganz gut sein. Aehnliches gilt von den anderen Albumosenpräparaten. Die concentrirten Eiweißpräparate werden zunächst durch Tropon und Sosen repräsentirt. Die Resorption dieser Präparate ist zwar eine schlechtere als die des Fleisches, doch sind sie imstande, das Fleischeiweiß in der Nahrung zu ersetzen, wie Stoffwechselversuche zeigten. Eine Reihe von Nährpräparaten sind Verbindungen oder Derivate des Caseins. RÖHMANN und SALKOWSKY haben zuerst auf das Casein hingewiesen. Die phosphorhaltigen Eiweißkörper scheinen nach Versuchen imstande zu sein, den Körper an specifischen Eiweißkörpern zu bereichern. Die wichtigsten Caseinpräparate sind Nutrose, Eucasin, Plasmon, Sanose, Sanatogen. Die Resorption dieser Präparate ist eine ziemlich gleiche, von der des Fleisches nicht abweichende. Die Rectalernährung würde durch die Nährpräparate unterstützt werden können, wenn nicht gewisse Mängel sich herausgestellt hätten. Die Albumosenpräparate reizen die Darmschleimhaut, die Caseine werden schlecht resorbirt. Ein großer Nachtheil der Nährpräparate ist der hohe Preis. So kosten zum Beispiel 70 Calorien, welche als Milch 2·8 h kosten würden, als Somatose 1 K 57 h. Wegen des hohen Preises sollte der Arzt mit der Verordnung der Nährpräparate sehr vorsichtig sein und sowohl den klinischen wie physiologischen Werth eines jeden erst in Betracht ziehen.

Sitzung vom 20. März 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Dr. H. GOLDMANN (Brennberg) bespricht die Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium sulfo-ichthyolicum und Creosotum carbonicum. (Erscheint demnächst ausführlich in der „Wiener med. Presse.“)

Doc. Dr. Julius Weiß hat das Ichthyol in wässriger Lösung gegeben, die Mehrzahl der Pat. hat es aber in dieser Form wegen seiner unangenehmen Eigenschaften ungerne genommen. Günstige Erfahrungen über das Ichthyol liegen von Seite der Gynäkologen und Dermatologen vor. Die Erfolge des Creosotal, mit welchem WEISS seit Jahren Pat. behandelt hat, sind sehr verschieden, die meisten Kranken lobten die appetitanregende Wirkung des Mittels — es stellt sich oft wahrer Heißhunger ein —, einzelne haben es nicht vertragen, und zwar wegen Idiosynkrasie; es kommen da jedenfalls individuelle Momente und die Art des tuberculösen Processes in Betracht. Bei Fällen von Mischinfection der Tuberculose mit Streptokokken nützen die Creosotpräparate wenig. GERHARDT hat unrecht, wenn er sich äußert, daß die interne Behandlung der Tuberculose Bankerott gemacht habe; wir müssen interne Mittel bei Tuberculose geben, weil — namentlich in Oesterreich — die Heilstättenbehandlung noch im Argen liegt und andererseits auch in Lungenheilstätten oft zu Arzneistoffen gegriffen werden muß.

Dr. H. Goldmann bemerkt, daß der üble Geruch und Geschmack des Ichthyols durch Aqua menthae pip. und durch Verabreichung in schwarzem Kaffee verdeckt werden können. Die Ichthosotpillen enthalten fein gepulverten schwarzen Kaffee und Ol. menthae und sind infolge dieser Zusätze fast ganz geschmacklos. Ichthyol ist auch von Nutzen bei Distorsionen, welche mit Schwellung einhergehen; die Schmerzen verschwinden schnell, wenn das verletzte Gelenk mit permeablen Binden umwickelt und der Verband öfter mit 20%iger Ichthyollösung durchtränkt wird.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 29. März 1901.

E. SCHWARZ demonstirt einen 14jährigen Knaben mit venösem Collateralkreislauf nach Thrombose infolge von Abdominaltyphus. Der Verschuß hat aller Wahrscheinlichkeit nach die V. iliaca d. vor oder unmittelbar nach ihrer Theilungsstelle im Becken betroffen, denn das linke Bein

ist immer ödemfrei geblieben; der Rückfluß des venösen Blutes erfolgt durch die Epigastrica in die Mammaria interna.

H. Schlesinger bemerkt, daß das Freibleiben des zweiten Beines nicht mit absoluter Sicherheit gegen den Sitz des Thrombus in der Iliaca comm., selbst nicht einmal in der Cava spreche.

M. WEIL stellt ein 17jähr. Mädchen mit Lymphangioma cavernosum des Schlundes vor. Der Tumor ist gegenwärtig zum viertenmal recidivirt. Mit Rücksicht auf den Sitz und die leicht blutende Beschaffenheit der Neubildung ist eine neuerliche Operation unbedingt angezeigt.

K. STERNBERG demonstriert anatomische Präparate, und zwar:

1. Multiple Endotheliome in allen Knochen, vorwiegend im Marke der langen Röhrenknochen. Ein Ausgangspunkt der Neubildungen, welche das klinische Bild der perniciosen Anämie erzeugten, ist nicht aufgefunden worden. In den einzelnen Tumoren sind mikroskopisch bläschenförmige Zellen, in den Capillaren der Leber und der Milz Myeloplaxen nachweisbar.

2. Thrombosen der Vena cava, bis in den rechten Vorhof reichend, infolge von Geschwulstmassen.

M. STERNBERG: Ueber einige Symptome der Nephrolithiasis.

Votr. erörtert im Anschlusse an drei selbst beobachtete Fälle von Nephrolithiasis Symptome dieser Affection, welche, wiewohl schon den ältesten Autoren (ARETAEUS) bekannt, in den neueren und neuesten Angaben über diesen Gegenstand nicht oder nur ungenügend erwähnt werden. Ein besonderes Gepräge erhalten eine Reihe dieser Fälle durch das Vorherrschen von Magendarm-symptomen, Meteorismus, Erbrechen, Nausea, Obstipation, Windverhaltung. Nach dem Sistiren des Anfalles treten bisweilen diarrhoische Stuhlentleerungen auf. Ein Theil dieser Erscheinungen dürfte als enterogene Intoxication aufzufassen sein, der andere Theil läßt sich durch reflectorische Erregung der Magendarmnerven erklären. Auf diese Weise kommt auch die Blutdrucksteigerung in solchen Fällen zustande. Als weiteres Symptom atypischer Fälle von Nierensteinkolik erwähnt Votr. zwei Schmerzpunkte, deren einer sich an der 10. Rippe befindet, während der andere mit dem MAC BURN'Schen Punkte identisch ist. Auffällig war in zweien der Fälle S.'s die Abnahme der Schmerzhaftigkeit bei erhöhter Lage der unteren Körperhälfte, was sich aus mechanischen Verhältnissen und der Localisation der Nierensteine erklärt. Die Gleichheit der Symptome von Nephrolithiasis und Appendicitis, die wiederholt vorkommt, ist sicherlich auf die anatomische Lage von Ureter einerseits, Coecum andererseits zurückzuführen. Der Schmerzpunkt an der 10. Rippe ist im Sinne HEAD's als reflectorische Hautlocalisation aufzufassen. Ein Fall des Votr. ist auch dadurch bemerkenswerth, daß 12 Jahre lang intensiver Harndrang bestand, der nach Abgang des Concrementes für immer verschwand.

J. Pal faßt die Magendarmsymptome nicht als Erscheinung von reflectorischer Hemmung, sondern als sympathische Reizerscheinung auf.

S. Federn weist auf den Parallelismus zwischen Blutdrucksteigerung, uratischer Diathese und partieller Darmatonie hin, welche letztere er in den Vordergrund stellen und als Ausgangspunkt bezeichnen möchte.

H. Teleky betont die häufige Coincidenz von Nephrolithiasis und Cholelithiasis.

J. Pal hat in vielen Fällen von Nephrolithiasis Tachycardie und Arythmie des Herzschlags gefunden, die er gleichfalls als Sympathicusreiz-erscheinung auffaßt.

M. Sternberg meint, daß für seine Erklärung der reflectorischen Hemmung die günstige Wirkung des Opiums und die erfolglose Verabreichung von Laxantien in solchen Fällen spreche.

J. Pal weist auf die Ergebnisse seiner Experimental-Untersuchungen hin, aus denen hervorgeht, daß auch die Opiumwirkung als Reiz- und nicht als Hemmungswirkung aufzufassen sei.

Notizen.

Wien, 30. März 1901.

(Aerztekammern.) Im Vorstande der schlesischen Aerztekammer hat Dr. GOTTFRIED den Antrag gestellt, die Kammer möge sich mit den übrigen österreichischen Aerztekammern ins Einvernehmen setzen und dahin wirken, daß alle Aerztekammern ihre Thätigkeit einstellen und ihre Mitglieder ihre Mandate niederlegen, bis die Kammern mit solchen Befugnissen aus-

gestattet werden, daß sie ihrer Pflicht und ihren Wünschen gemäß arbeiten können. Der Vorstand hat diesen Antrag mit geringer Majorität abgelehnt. Immerhin ist er als Symptom der Anschauungen Jener zu betrachten, die den Gegensatz zwischen ihrem besten Willen, dem Stande zu dienen, und den Hemmnissen empfinden, welche ihnen hiebei aus der Unzulänglichkeit des Gesetzes erwachsen. Diese Unzulänglichkeit wurde erst kürzlich von der Vorarlberger Kammer in ihrem Kampfe gegen die Pauschalirung der cassenärztlichen Stellen gefühlt; sie wird — so fürchten wir — leider noch oft zu Tage treten.

(Aerztestrike.) Während in vielen ärztlichen Vereinen noch der Streit der Meinungen herrscht, ob ein Strike der Aerzte als standesunwürdig zu bezeichnen sei oder nicht, sind in zwei deutschen Städten, in München und in Nürnberg, die Aerzte über alle Bedenken hinweg zur That geschritten. Es ist in beiden Fällen und an beiden Orten ein Kampf mit den Krankencassen und dem Vorhaben derselben, die Honorare der Aerzte herabzusetzen. In München und in Nürnberg haben sich — wie die „Münch. med. Wschr.“ meldet — sämtliche prakticirenden Aerzte ausnahmslos schriftlich verpflichtet, Separatverträge nicht einzugehen und auf einer würdigen Bezahlung der ärztlichen Leistungen zu bestehen. „In München liegen die Dinge nun so, daß, wenn die Casse nicht noch in letzter Stunde einlenkt, sie in wenigen Tagen ohne Aerzte sein wird.“ Auch die Nürnberger Aerzte halten einmüthig zusammen. Wir wünschen den Collegen in ihrer berechtigten Nothwehr den erhofften Erfolg. Sie kämpfen nicht bloß für sich, sondern für alle ihre Collegen im In- und Auslande, sie sind Vorkämpfer und Verfechter der Interessen unseres Standes, der sich in 12. Stunde gegen seine Unterdrücker zur Wehr zu setzen begann. Mögen die Mittel, deren er sich dabei bedient, die hohen Ansprüche der beati possidentes auch nicht befriedigen, so ist doch einzig und allein der organisirte Ausstand ein Nothhelfer, der auch wirklich als Helfer in der Noth unseres Standes zu gelten vermag.

(Memorandum der Subalternärzte der Wiener Krankenanstalten.) Die geeinigten Hilfsärzte der Wiener öffentlichen Krankenanstalten haben behufs Verbesserung ihrer materiellen Lage ein Memorandum abgefaßt, welches demnächst dem Ministerpräsidenten als Minister des Innern überreicht werden soll. In diesem Memorandum werden die großen Mängel dargelegt, welche der Position der Subalternärzte anhaften, und die Wünsche sowie die Forderungen aufgestellt, welche zur Beseitigung der unhaltbaren Zustände als geeignet erscheinen.

(Personalien.) Docent Dr. JOSEF ISZLAY ist zum a. o. Professor der dentologischen Propädeutik an der Budapester Universität ernannt worden. — Der prakt. Arzt und Pächter des Jodbads in Darkau Dr. WILHELM DEGRÉ hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(Wiener medicinisches Doctorencollegium.) Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen jener Mitglieder des Wiener medicinischen Doctorencollegiums, welche der Witwen- und Waisensocietät nicht einverleibt waren, hat den Regierungsrath Dr. JULIUS SPITZMÜLLER in Wien und den praktischen Arzt Dr. KARL SWOBODA in Pottendorf ihrer hervorragenden Verdienste wegen zu Ehrenmitgliedern ernannt.

(Irrenfürsorge.) Nach dem Vorschlage des Obersten Sanitätsrathes wird eine Commission, der Fachmänner beigezogen werden sollen, die Vorlagen ausarbeiten, welche als Grundlagen für die gesetzliche Regulirung der Irrenfürsorge dienen werden.

(Zur Frage der Impfung.) Man schreibt uns aus Glasgow: Seit kurzem haben die Pocken überall im westlichen Schottland in heftigem Maße um sich gegriffen. Die Noth lehrt nun auch die Gegner der Impfung die Wohlthaten der Impfung schätzen und ehren, denn mit dem Herannahen der Gefahr gewinnt selbst bei den Impfgegnern der Wunsch nach Impfung, resp. Wiederimpfung die Oberhand. Während noch vor einigen Monaten das Anerbieten der Stadt Glasgow, die eine Epidemie voraussah und freie Impfung und Wiederimpfung anbot, keinen Anklang fand, drängt sich jetzt, nachdem die Seuche wirklich aufgetreten ist, das Volk haufenweise zur Impfung. An Wiederimpfungen allein sind seit Auftreten der Pocken über 240.000 vorgenommen worden,

und es kann keinem Zweifel unterliegen, daß zahlreiche Impfgegner sich unter den Geimpften befinden.

(„Deutsche Klinik.“) Die soeben ausgegebenen Lieferungen 4—6 des bei URBAN & SCHWARZENBERG in Wien und Berlin erscheinenden Werkes „Die Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts“ enthalten akademische Vorlesungen von hohem Interesse für den praktischen Arzt. STRÜBING (Greifswald) spricht über Husten und Auswurf, A. FRAENKEL (Berlin) über Bronchialasthma, der berühmte Züricher Kliniker EICHHORST über Neuralgien, der große Neuropathologe ERB über Paralysis agitans, L. EDINGER (Frankfurt a. M.) behandelt das praktisch wichtige Thema von den Kopfschmerzen und der Migräne, CZERNY (Berlin) schreibt über Kinderernährung, MONTI (Wien) über die häufigsten, bei Kindern vorkommenden Infectionen der Mundschleimhaut und SOLTSMANN (Leipzig) über Scrophulose und Tuberculose der Kinder. Die nächsten, eben unter der Presse befindlichen Lieferungen des Werkes werden geburtshilflich-gynäkologische Vorträge bringen.

(Eine otiatrische Gesellschaft in Berlin) ist vor einigen Tagen gegründet worden. Den Vorstand bilden LUCAE, TRAUTMANN, JACOBSON, HARTMANN, HACKE, SCHWABACH und BLAU. Die Versammlungen werden an jedem zweiten Dienstag des Monats stattfinden.

(Die Pellagra) hat seit einiger Zeit wieder einmal in Umbrien in geradezu erschreckender Weise an Ausbreitung gewonnen. Die am schwersten betroffenen Gemeinden sind Montone, Gubbio, Citta di Castello, Valfabbrica, Corciano und Perugia. In der Umgebung der letzteren Stadt allein zählte man seit 18 Jahren 980 Geisteskrankheiten infolge von Pellagra, in der That eine Ziffer von trostloser Höhe, aus der mit ergreifender Deutlichkeit die Thatsache des materiellen Elends der umbrischen Landbevölkerung hervorgeht.

(Geburtshilfliche Aphorismen.) Im „New-York med. Journal“ gibt PAGE dem angehenden Praktiker folgende Rathschläge: Versäume nicht, dich bei jeder Gravida über die Anzahl und den Charakter der bisherigen Geburten und Aborte zu informiren; zu bemerken, daß du den Zeitpunkt des Eintritts des Partus mit Sicherheit nicht vorauszusagen vermagst; dich der Gravida gegenüber über die Schwierigkeit der Verhütung und Beseitigung des Vomitus gravidarum auszusprechen; bei einer Gravida in regelmäßigen Zeitintervallen Herz, Urin und Generationsorgane zu untersuchen; sofort hinzugehen, wenn eine Gravida nach dir schickt mit der Mittheilung, daß sich ein Ausfluß aus den Genitalorganen eingestellt hat; im 7. Monat die Lage des Fötus festzustellen; einer jeden Gravida bestimmte hygienische Instructionen zu geben; bei Zeiten das Geburtszimmer sowie die zum Partus erforderlichen Gegenstände zu inspiciiren; frühzeitig mit den aseptischen Vorbereitungen zu beginnen; dich rechtzeitig über die Beschaffenheit des Dammes zu informiren, womit du unangenehme Ueberraschungen intra partum aus dem Wege gehst; der Gravida die Benutzung des Closets intra partum zu verbieten, weil dies gelegentlich die Ursache zum Puerperalfieber werden kann; dafür zu sorgen, daß für den Partus ein neuer Irrigator angeschafft wird; der Familien-Irrigator ist gefährlich; dafür zu sorgen, daß zum Partus reichlich heißes Wasser zur Hand ist; beim normalen Partus die Anwendung des Irrigators zu vergessen; die Hände vor jeder Untersuchung aseptisch zu machen; zu häufige Untersuchungen zu unterlassen; bei schwachen Wehen Chinin. bisulf. zu verabfolgen; dir stets die Indicationen zur Anwendung des Katheters gegenwärtig zu halten; daran zu denken, daß zwischen dem Ende des zweiten und dem Beginn des dritten Geburtsstadiums meist ein bestimmtes Intervall vorhanden ist; bei retinirter Placenta die CREDESsche Methode anzuwenden; post partum die Placenta und den Damm zu untersuchen; post partum Ergotin zu verabfolgen und noch eine Stunde bei der Puerpera zu bleiben; vor deinem Weggang noch einmal Mutter und Kind zu untersuchen und der Wärterin schriftliche Instructionen zu hinterlassen; innerhalb sechs Stunden wieder vorzusprechen.

(Eine neue Gattung von Spezialisten.) Dem „Bayer. Aerztl. Corr.-Blatt“ entnehmen wir die heitere Mittheilung, daß sich

in den „Münch. Neuesten Nachrichten“ seit einiger Zeit wiederholt ein Zahnarzt namens REISSENBACH als „Specialist für empfindliche Personen“ annonceirt. Er wird sich gewiß des reichlichsten Zulaufes der leidenden Menschheit zu erfreuen haben; doch ist die Frage berechtigt, ob der „Specialist für empfindliche Personen“ von seinen Clienten nicht alsbald in eine Kategorie mit seinen übrigen, minder befähigten Collegen gestellt werden wird.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. März 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7453 Personen behandelt. Hievon wurden 1540 entlassen; 175 sind gestorben (10.20% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 71, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 68, Scharlach 129, Masern 304, Keuchhusten 38, Rothlauf 43, Wochenbettfieber 5, Rötheln 4, Mumps 78, Influenza 4, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 767 Personen gestorben (+ 20 gegen die Vorwoche).

Neue Anwendungsformen des Thiocol. Das in der Therapie der Lungentuberculose eingebürgerte Thiocol gelangt von nun ab in zwei neuen Formen in den Handel, die geeignet sind, neben der pulverförmigen Substanz und dem Sirolin, das Anwendungsgebiet dieses Mittels zu erweitern. Es sind dies:

I. Thiocol-Tabletten „Roche“, von denen jede 0.50 Thiocol ohne jeden sonstigen Zusatz enthält. Dieselben können in Wasser oder in anderen Getränken gelöst oder auch trocken genommen werden und bilden für Patienten, die ihrer Beschäftigung nachgehen, oder auf Reisen eine außerordentlich bequeme und handliche Form, in der sie das Medicament stets dosirt und gebrauchsfähig mit sich führen können. Die Thiocol-Tabletten „Roche“ werden in den Apotheken in Originalglasröhrchen mit 25 Stück zum Preise von 3 K abgegeben, wodurch es auch den Minderbemittelten möglich wird, für geringes Geld dieses wirksame Arzneimittel in eleganter Form zu erhalten.

II. Thiocolserum. Das von dem unter staatlicher Controle stehenden „schweizerischen Serum- und Impfinstitut“ in Bern dargestellte Thiocolserum eignet sich ganz besonders zu rectaler Application und vereinigt in sich die antituberculöse Wirkung des Thiocols mit der tonisirenden und resorbirenden Wirkung des Blutserums. Das Thiocolserum ist unbegrenzt haltbar, da es steril ist und behält, wenn dunkel und kühl aufbewahrt, seine therapeutische Wirksamkeit unverändert. Jede Flasche enthält 3 Gm. Thiocol und dient zu einem Klysma. Das Thiocolserum wird in den Apotheken zum Preise von 3 K per Flasche abgegeben.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Frenkel H. S., Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel. — M. 10.—
- Kulisch G., Ueber Kystoskopie. München 1900, Seitz & Schauer.
- Krecke, Praktische Winke für das aseptische Operiren. München 1900, Seitz und Schauer.
- Rille J. H., Ueber Leukoderma syphiliticum. München 1900, Seitz & Schauer.
- Riegel F., Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Magenkrankheiten. München 1900, Seitz & Schauer.
- Neisser C., Bettbehandlung der acuten Psychosen. München 1900, Seitz und Schauer.
- Liebe G., Der Stand der Volksstättenbewegung. V. Bericht. München 1900, Seitz & Schauer.
- Greif R., Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges. 2. vermehrte Auflage. Berlin 1901, A. Hirschwald.
- Francke K., Der Reizzustand. München 1900, Seitz & Schauer.
- Peiper E., Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Oesterreich-Ungarn. Mit 4 Abbildungen. 3. vermehrte Auflage. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg.
- Eschweiler R., Ohrenärztliche Diagnostik. Mit 41 Abbildungen im Text. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg.
- Benedikt M., Tabesfragen vom Standpunkte der Erfahrung und der Biomechanik. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg.
- Erdmann H., Lehrbuch der organischen Chemie. 2. Auflage. Mit 287 Abbildungen, einer Rechentafel und 6 farbigen Tafeln. Braunschweig 1900, Friedrich Vieweg & Sohn. — M. 15.—
- Mühlmann M., Ueber die Ursache des Alters. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann. — M. 5.—
- Szymonowicz L., Lehrbuch der Histologie. Lieferung V. Würzburg 1900, A. Stuber. — M. 3.—
- Liebermeister C., Grundriß der inneren Medicin. Tübingen 1900, Franz Pielezker.
- Ménard V., Etude pratique sur le Mal de Pott. Paris 1900, Masson et Co. — Fr. 12.—
- Ledermann L., Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Auflage. Berlin 1901, Oscar Coblentz. — M. 4.50.
- Weygandt W., Die Behandlung idiotischer und imbecill Kinder. Mit 2 Abbildungen. Würzburg 1900, A. Stuber. — M. 2.50.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Abstinenzfrage. Ein Vorwort zum Antialkoholisten-Congresse. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT. — Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr. A. BUM und M. HERZ in Wien. Ueber die therapeutische Anwendung erhitzten Kohlensäuregases. Von Dr. ROBERT LÖWY, ehem. Assistenten des Institutes. — Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien. Von Frauenarzt Dr. J. KÖNIGSTEIN in Wien. — **Referate.** LLOBET (Buenos-Ayres): Ueber die NASSILOW'sche Operation. — E. KROMAYER und P. GRÜNEBERG (Halle a. S.): Die Behandlung des Ekzems. — JOSEF BAYER (Köln): Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin. — C. KOPF (München): Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne. — ESCHLE (Baden): Die Arbeit als Heilfactor. — FERMI und LUMBAC (Sassari): Beitrag zur Prophylaxis der Malaria. — MATTEI (Catania): Die Prophylaxe des Malariafiebers durch Schutz des Menschen gegen die Schnaken. — GIACONELLI (Paris): Das Myocard bei Infectionen, Intoxicationen und Vergiftungen. — KLEIN (London): Zur Kenntniß der Verbreitung des Bacillus tuberculosis und pseudotuberculosis in der Milch, sowie der Biologie des Bacillus tuberculosis. — **Literarische Anzeigen.** Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. Von Doc. Dr. S. FRAENKEL in Wien. — Handbuch der Prophylaxe. Von NOBILING-JANKAU. — **Feuilleton.** Beiträge zur socialen Medicin. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. IV. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Mundpflege bei schwer benommenen Kranken. — Die Ursachen und die Behandlung der nach Zahnextractionen auftretenden Schmerzen. — Behandlung des Keuchhustens mit Kreosotal. — Zur Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. — Medicationen bei Neuralgie. — Die Gonorrhoebehandlung mit Meta-Kresol-Amytol, Ammonium sulfoichthyolicum und Ichthargan. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXVI. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Abstinenzfrage.

Ein Vorwort zum Antialkoholisten-Congresse.

Von **Prof. Dr. Moriz Benedikt.**

Jeder erfahrene Congressist weiß, auf wie vielen Congressen Fragen existiren, die eine lange Discussion ohne vernünftigen Abschluß anregen. Darum ist es Sache der Einsichtigen, diese Fragen möglichst auszuschneiden. So habe ich auf dem ersten criminalanthropologischen Congress in Rom angeregt und durchgesetzt, daß die principielle Frage des Determinismus und der Willensfreiheit grundsätzlich und für immer aus den Verhandlungen ausgeschlossen wurde.

Die entsprechende Gefahr für jeden Congreß gegen die Folgen des Alkoholmißbrauches liegt in der Discussion der sonderbaren These, daß der Alkohol ein absolut zu meidendes Gift sei, kurz in dem Hervortreten der Abstinenzler und dadurch in der Ablenkung von der Discussion ernster Fragen und Aufgaben der socialen Ordnung und der socialen Gesetzgebung. Da die Vorbereitung und Leitung des Congresses in Wien vorwaltend in den Händen von Anhängern jener Theorie ruht, so ist mein Versuch, die Discussion im vorhinein in die richtige Bahn zu leiten, gescheitert, und ich will hier die Frage außerhalb des Congresses ventiliren.

Die Abstinenzfrage ist ja gewiß von Bedeutung. Man bedenke die ökonomische Rolle, welche der Weinbau, die Hopfenzucht, der Gerstenanbau, ferner die Branntweinbrennerei spielen, und daß der Staatshaushalt zum großen Theile von diesen Factoren abhängt.

Würde die Abstinenzlehre eine Berechtigung haben, so müßte der Staat decretiren, daß in Zukunft Trauben nur

als Obst verwendet werden dürfen, Hopfen nur als Gemüse, Gerste nur als Viehfutter, die Branntweinbrennereien müßten geschlossen werden und der Staat würde vorläufig keine Zinsen von der Staatsschuld und à la turc keine Gehalte auszahlen.

Bei diesen Consequenzen versteht es sich von selbst, daß die gegenwärtige Koketterie von Regierungsmännern mit den Abstinenzlern mehr Liebenswürdigkeit gegen bestimmte Persönlichkeiten, als ernste Absicht sei.

Ist die Abstinenzlehre an und für sich berechtigt? Millionen Menschen trinken „mäßige“ Mengen Alkohols und fühlen sich dabei wohl, und sie müssen sich im vorhinein sagen, die Abstinenzlehre sei ein Schlag ins Gesicht des gesunden Menschenverstandes, es sei etwas, wofür die deutsche Sprache erst in der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts das richtige Wort gefunden hat, nämlich eine „Schmöckerei“. SHAKESPEARE, SCHILLER und GOETHE; RAFAEL, RUBENS und MICHEL ANGELO, BACO, GALILEI und KOPERNIKUS; KANT, LEIBNIZ und SPINOZA; VOLTA, NEWTON, FARADAY, HELMHOLTZ und LAVOISIER, die großen Bahnbrecher der Technik, haben während der Herrschaft von Wein und Bier und Cognac geschaffen, die Bevölkerungszahl ist in fortwährendem Steigen, und die Zahl der kriegstauglichen Jünglinge zählt nach Millionen trotz des Dämons Alkohol! Das lebt mehr minder klar im Bewußtsein der überwältigenden Majorität der Bevölkerung. Darum schwebt auch in Wien ein spöttisches Gesicht dem kommenden Congress entgegen.

Man wird die Argumente der Abstinenzlehre am besten beurtheilen, wenn man die Typen ihrer Anhänger studirt. Da steht an der Spitze der eine oder andere Hygieniker, ein „Idealist“, der eine backfischartige, moralische Mimosität besitzt, die wir unseren Jungfrauen, besonders unseren schreibenden und dichtenden, wünschen würden. Jeder Lebens-

genuß, der zum Laster führen könnte, soll a priori ausgeschlossen werden. Diese Hygieniker sind zugleich altruistische Hypochonder, die für die Menschheit alle Angst vor Gefahren ausstehen und alles meiden heißen, was die Gesundheit gefährden könnte. Solche Lebensanschauung führt nicht zur richtigen Anschauung des Lebens und läßt ihre Wortführer als unzulänglich für die geistige Führung in jenen verwickelten Lebensfragen erscheinen, in denen natürliche Triebe und Bedürfnisse der Individuen und Anforderungen der Existenz der Gesellschaft in Conflict mit individuellen Excessen und Gefahren und mit der Möglichkeit physischer und sittlicher Schädigung der Gesellschaft gerathen. Mönchsmoral paßt für ein Kloster, aber nicht fürs öffentliche Leben.

Die Sympathie mit solchen edlen, aber für die Lösung großer Lebensprobleme unzulänglichen Männern macht uns für ihre Lehren duldsam, ohne daß wir und noch weniger die Träger der Staatsgewalt daraus Consequenzen ableiten können und sollen.

Eine eigenartige Universitätsbewegung hat den Abstinenzlern einen rührigen Anhang zugeführt. und zwar aus den Reihen der „socialistischen“ Studenten. Einerseits weil die nicht socialistischen Studenten trinkende und manchmal sogar „sauftende“ Vereinigungen bilden, wurden die socialistischen studentischen Vereinigungen mönchisch entsagende. Sie suchen durch diese Entsagung ein gutes Beispiel für jene Kreise zu geben, in denen der Mißbrauch des Weingeistes so unheilvoll wirkt. Die Ueberspanntheit lähmt aber, und so wenig als die Skopzen den Geschlechtsgenuß der Menschheit wesentlich eingeschränkt haben, so wenig werden die Getränksskopzen eine weitgehende Einschränkung des Alkoholgenusses bewirken. Das Bedürfniß nach diesen Getränken liegt zu tief in der menschlichen Natur.

Zunächst sehen wir die Physiognomien der Schrullenmenschen auftauchen, oft sehr gescheute, aber grämliche Leute, die eine große Vorliebe für allerlei Monomanien haben, welche zwar nicht über die Grenzen seelischer Gesundheit hinausgehen, aber im Widerspruche mit dem „gesunden Menschenverstande“ stehen, d. h. mit der Vernunft, welche ohne viel Dialektik das Richtige herausfindet und herausempfindet. An sie stößt die Gruppe der Paradoxomanen, die mit Vorliebe mit neuen Schlagwörtern paradiren. Der Paradoxomane wird leicht zum „Sophisten“. Daß gelungene und geistvolle Dialektik nicht nothwendig zur Wahrheit und ungemein häufig zum Irrthum und zur Unvernunft führt, ist eine alte Erfahrung. Die geistreiche Scholastik des Mittelalters, sowie viele moderne, mit allem Aufwande von Scharfsinn vorgetragene und bald umgestoßene, oder wesentlich eingeschränkte Doctrinen liefern dafür zahllose Beispiele. Auch die „exacten“ Wissenschaften sind an Beweisstücken dafür nicht gerade arm, und gerade die Ernährungs- und Stoffwechsellehre sind dafür höchst belehrend. Der fanatische Dialektiker berauscht sich an dem vorhandenen Wissen und den vorhandenen Argumenten und merkt nicht, daß sich aus seinen Anschauungen Consequenzen ergeben, die sie als zweifelhaft erscheinen lassen. Diese Selbstberauschung durch die Kunst dialektischer Schärfe schafft aber leicht den Sophisten, der sich freut, wenn der dialektisch Ungewandte zur intellectuellen Unbehilflichkeit verurtheilt ist, und der von stolzer Eitelkeit durchglüht ist, wenn ihm die Unzulänglichen und die Einseitigen zujubeln. In solchen Momenten ist aber der Sophist in Gefahr, sein ethisches Gleichgewicht zu verlieren und die Wahrheit nicht ohne Schuld zu compromittiren.

Der Weise und Vernünftige gedenkt immer der möglichen, unbekanntenen Lücken der Beweiskette und prüft gewissenhaft die Folgen der Schlüsse.

Der Congreß wird Gelegenheit bieten, den geistreichsten Dialektiker der Abstinenzler, Herrn Prof. KASSOWITZ, zu hören. Bei der geistigen Bedeutung dieses Mannes müssen wir uns

mit ihm und seinen Lehren etwas specieller befassen. Er propagirt den Satz, daß ein Gift kein Lebensmittel sein kann, folglich auch der Alkohol nicht. Gewiß ist Fleisch ein Nahrungsmittel und Niemand zweifelt, daß es giftig wirken kann.

Auch der Laie kennt die Folgen excessiven Fleischgenusses, der zur Steinbildung, zur Gicht und ihren fatalen Organzerstörungen führt.¹⁾

Ist etwa der Tiroler Knödel kein Nahrungsmittel? Und doch führt eine Ueberfütterung mit ihm zur Fettsucht, zum Fettherzen und seinen verhängnißvollen Folgen.

Man sieht, wohin die rücksichtslose Dialektik führt.

Abgesehen davon, ist die Ladung und Entladung des Körpers nicht bloß an Stoffe, die Nahrungsmittel sind, gebunden, und überhaupt nicht nothwendig an Stoffe.

Das geladene Hörhirn hat die Musik geschaffen, und das Bedürfniß nach Geladenwerden dieses Hirnthteils die Sehnsucht nach Anhören der Musik.

Licht, Wärme, Elektrizität, Magnetismus laden und entladen den Körper, und der Organismus hat das Bedürfniß dieses Geladen- und Entladenwerdens. Der Alkohol ladet das Nervensystem, er regt die intellectuelle und ästhetische Phantasie an und entbindet den Willen. Wenn der Alkohol heute aus dem Menschenleben verschwände, müßte und würde er allgemein wieder eingeführt werden.

Daß der Alkohol ein wärmebildendes Nährmittel sei, werden Legionen verschrobener Gelehrter nicht dauernd weglegen können. Der brutale Erfahrungssatz schlägt alle Sophistik aus dem Felde. Der Führer, der auf dem Marmolata-Gletscher 7 Stunden in der Eisspalte unerfroren blieb, weil er die volle Schnapsflasche bei sich hatte, wäre gewiß erfroren, wenn er ein Anbeter des Apostels KASSOWITZ gewesen wäre.

Eine zunächst in Betracht kommende Gruppe von Abstinenzlern sind die Frauenrechtlerinnen.

Ihr Antialkoholismus hat eine tiefe Berechtigung. Sie sehen oder können sehen, welch ungeheures Elend und welch ungeheuerliche Mißhandlungen Trunksüchtige in die Familie bringen. Bei der relativen Neuheit der Frauenrechtsbewegung haben ihre Vorkämpferinnen das Vorrecht der Einseitigkeit, um so mehr als es ein Naturgesetz ist, das diese Bewegung nicht aus der Welt schaffen kann, daß der Esprit du coeur bei den Weibern vorwiegt und daher die Mäßigung, welche Ruhe, fachliches Wissen, eine lange intellectuelle Tradition gewähren, ihnen fremd ist. Bei allen edlen Bestrebungen ist die Mitwirkung der Frauen nöthig; ihre Prätension, die Führung zu übernehmen, ist in der Regel ungerechtfertigt und würde leicht und oft unheilvoll werden.

Nun taucht ein sehr ernster Typus von Anhängern der Abstinenz — wenigstens vom taktischen Standpunkte — auf. Es sind dies die Männer, welche die furchtbaren Folgen des Alkoholmißbrauches am Secirtische, im Irrenhause und im Gefängnisse beobachten. Ihr erschrecktes Erkennen sieht dann leicht das Leben durch die dampfende Atmosphäre der Branntweinkneipe, und sie können verführt werden, traurige Lebenserscheinungen als schreckhafte Gespenster zu sehen, Spitals- und Gefängnißbilder und Bilder aus dem Leben, wichtige Abschreckbilder, aber keine erschöpfenden Lebensbilder. Der Menschenkenner und der Sociologe muß diese einfach erscheinenden Vorkommnisse vielfach auf andere zurückführen, weil er die Ursachen des excessiven Trinkens kennt und erforscht und weiß, daß er die Axt nicht ans

¹⁾ Auch diese Thatsache wurde schmöckerisch ausgebetet und führte zur Einseitigkeit des „Vegetarianismus“. Daß nach „Anpumpfung“ des für gemischte Nahrung bestimmten menschlichen Darms durch einige Generationen das Gehirn der Menschheit an „verschlagenen Winden“ leiden wird, genirt diese Fanatiker nicht. Das Anhängen der Vegetarianer an die Abstinenzler ist eine schwere Strafe für letztere.

Trinken, sondern an die Ursachen des excessiven Trinkens anlegen muß.

Die — wenigstens für mich — maßgebendste Stimme — natürlich in Bezug auf Taktik — ist jene der Arbeiterführer.

Sie kennen am besten die traurigen Folgen der Trunksucht für die breiten Schichten des Volkes. Aber der intelligente Arbeiter wird gewiß zuletzt mit den Fanatikern aus der Bourgeoisie nach Strafen und Verboten rufen. Er weiß sehr gut, daß jedes unheilbare Deficit im Budget einer Arbeiterfamilie, daß häusliche Zerwürfnisse und unglückselige Familienverhältnisse den Dämon der Trunksucht herbeirufen, und daß in diesen Fällen der Alkohol nur eine Waffe ist, welche den Organismus zerstört, daß aber Elend und Unglück die Arme sind, welche zur Waffe greifen und dieselbe schwingen. Wer diese Wahrheit nicht aus dem Leben kennt, der lerne sie aus den genialen Sittenschilderungen von ZOLA. Der Arbeiterführer weiß, daß die tiefe Erschöpfung der Körperkraft durch Arbeitsausbeutung es dem Ausgebeuteten unmöglich macht, dem seelischen Bedürfnisse der geistigen und ästhetischen Anregung anders als durch Alkohol zu genügen, und dies um so mehr, wenn der Arbeitslohn nicht hinreicht, um dem Armen irgend einen berechtigten Lebensgenuß zu verschaffen.

Der intelligente Arbeiter weiß also, daß die Frage der Bekämpfung des Alkoholmißbrauches aufs innigste und gründlichste mit der Frage des Arbeitstages und mit der Lohnfrage zusammenhängt. Und wenn er es nicht schon wüßte, würde er es täglich erfahren, wenn er sieht, wie verwüstend die Bekämpfung des Hungers durch Branntwein in Zeiten allgemeiner Arbeitslosigkeit und der verminderten oder aufgehobenen Arbeitsfähigkeit durch Krankheit und Körperschwäche wirken.

Der intelligente Arbeiter weiß weiters, wie Analphabetismus die Trunksucht fördert, und daß die Fälschung der Volksbewegung durch gewisse Parteien ein mächtiges Mittel zur Wahrung und Erhaltung der Trunksucht ist. Die moderne sociale Bewegung hat aus dem „Pöbel“ von ehemals ein achtenswerthes culturelles Proletariat geschaffen und damit unvergleichlich mehr zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches beigetragen, als alle anderen Factoren.

Der Arbeiterführer weiß, wie wenig den breiten Schichten der Bevölkerung Gelegenheit gegeben wird, ihr geistiges und künstlerisches Bedürfnis zu befriedigen, und daß Volksbibliotheken, populäre Vorträge, das Offenbleiben und Beleuchtung der Sammlungen während der arbeitsfreien Zeit, lehrreiche Anordnung in denselben, ferner Volksconcerte, Volkstheater, lehrreiche Wanderausstellungen unvergleichlich mächtigere — Mittel aus der Natur des Menschen hervorgehende — Mittel zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches sind, als Declamationen und Gewaltmaßregeln. Er wird vielleicht für manchen Ort und für beschränkte Zeit das Standrecht gegen den Alkoholismus verlangen, aber er wird kaum das tiefe Bedürfnis des Menschen nach gegohrenen Getränken dauernd und allseitig unterdrücken helfen.

Er wird vor Allem die Heuchelei mit Entrüstung zurückweisen, daß die schwere Belastung der Aermsten unter den Armen durch Erhöhung der Branntweinsteuer eine sittliche That sei. Er wird entrüstet die sträfliche Narretei zurückweisen, welche die Thee- und Suppenanstalten als „Giftbuden“ verleumdet, wenn sie dem Erwärmungsbedürfnisse eines aus einem kalten Heim in eine kalte Morgenluft hinaus tretenden Arbeiters mit einigen Tropfen Rum zu Hilfe kommen. Der naturkundige Menschenkenner wird noch hinzufügen, daß die Trunksucht nicht so oft, als es angenommen wird, die Ursache des physischen, psychischen, moralischen und socialen Verderbens ist, sondern daß die Trunksucht selbst nur ein Symptom angeborener oder erworbener, oft durch allge-

meine und persönliche Verhältnisse bedingter Entartung ist. Eine Heilmethode, welche dies übersieht, ist und bleibt Quacksalberei.

Man wird auf diesem Congresse Vieles über Alkohol als Gift erfahren, aber gewiß kein vernünftiges Wort über den Werth der weingeistigen Getränke für die Hebung der geistigen und physischen Arbeitskraft der Menschen und der Menschheit, über ihren günstigen Einfluß auf Verdauung und Assimilation, auf ihre Hemmung der Entwicklung von organischen Giften im Verdauungscanale etc. etc. Ich behalte mir vor, nach dem Congresse vom denkmethologischen Standpunkte alle die einseitigen Versuche und Schlüsse, weiters die mißverständliche Ausbeutung der Statistik zu beleuchten, umsomehr, als auf dem Congresse selbst kaum die Möglichkeit vorhanden sein dürfte, dies zu thun. Es ist nothwendig, zu verhüten, daß die Wissenschaft mißbraucht werde, um praktische Nothwendigkeiten mit falschen oder unreifen Lehren zu stützen. Die Wahrheit ist immer die richtige Grundlage des Nützlichen.

Nur die richtige Erkenntniß kann es bewirken, daß für die Bekämpfung des Alkoholmißbrauches die Mitwirkung aller Menschen mit gesundem Verstande und mit gesunden Absichten gesichert werde. Hoffentlich wird es gelingen, die wichtigeren Fragen der forensischen Verantwortung der Trunkenen und Trunksüchtigen, ferner des Verhältnisses der Behandlung der Trunksüchtigen zur Irrenpflege, ferner die Frage der specifischen Behandlung der Trunksüchtigen auf dem Congresse aufzuhellen. Die Anwesenheit einer Autorität wie die LE JEUNE'S scheint dafür eine Bürgschaft zu sein. Medicin und Jurisprudenz befinden sich in diesen Fragen auf dem Standpunkte eines Chaos.

Sollte der Congreß sich dazu nicht als der geeignete Schauplatz erweisen, diese Fragen zu fördern, so wird dies die Aufgabe der weiteren literarischen Behandlung sein.

Der Zweifel an den Erfolgen des Congresses erscheint berechtigt, wenn man die Abstinenz so vieler Berufener in Betracht zieht.

*Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr.
A. Bum und M. Herz in Wien.*

Ueber die therapeutische Anwendung erhitzten Kohlensäuregases.

Von **Dr. Robert Löwy**, ehem. Assistenten des Institutes.

Die zahlreichen Apparate für „Heißluftbehandlung“, die in den letzten Jahren empfohlen wurden (TALLERMANN, BIER, KRAUSE, LINDEMANN, REITLER), dienen der therapeutischen Verwendung der möglichst trockenen, heißen Luft in einem abgeschlossenen Raume. Dabei wirkt die erhitzte Luft in ruhe, kaum bewegt, auf den Körper. Eine andere Art der Application heißer Luft, die sich dem erstgenannten Verfahren gegenüber verhält wie die Wasserdouche zum prolongirten localen Wasserbade, besteht darin, daß die trockene, erhitzte Luft in Bewegung, im Strahle als Luftdouche die Haut trifft. Diesem Zwecke dient der von A. FREY¹⁾ in Baden-Baden construirte Heißluftdoucheapparat. Gleichzeitig und unabhängig von FREY erdachte N. REICH²⁾ in Budapest einen Apparat ähnlicher Wirkungsweise, den Thermoaërophor. Beide Apparate bestehen im Wesentlichen aus einer Heizvorrichtung zur Erwärmung der Luft und aus einem Elektromotor zum Betriebe des Turbinengebläses, resp. der Luftpumpe.

Einer Anregung des Dr. B. BERNSTEIN in Wien folgend, versuchten wir diese Apparate dadurch wesentlich zu verein-

¹⁾ „Zeitschrift für diätet. und physik. Therapie“, Bd. III, Heft 8.

²⁾ Verhandlungen des XVII. Congresses für innere Medicin.

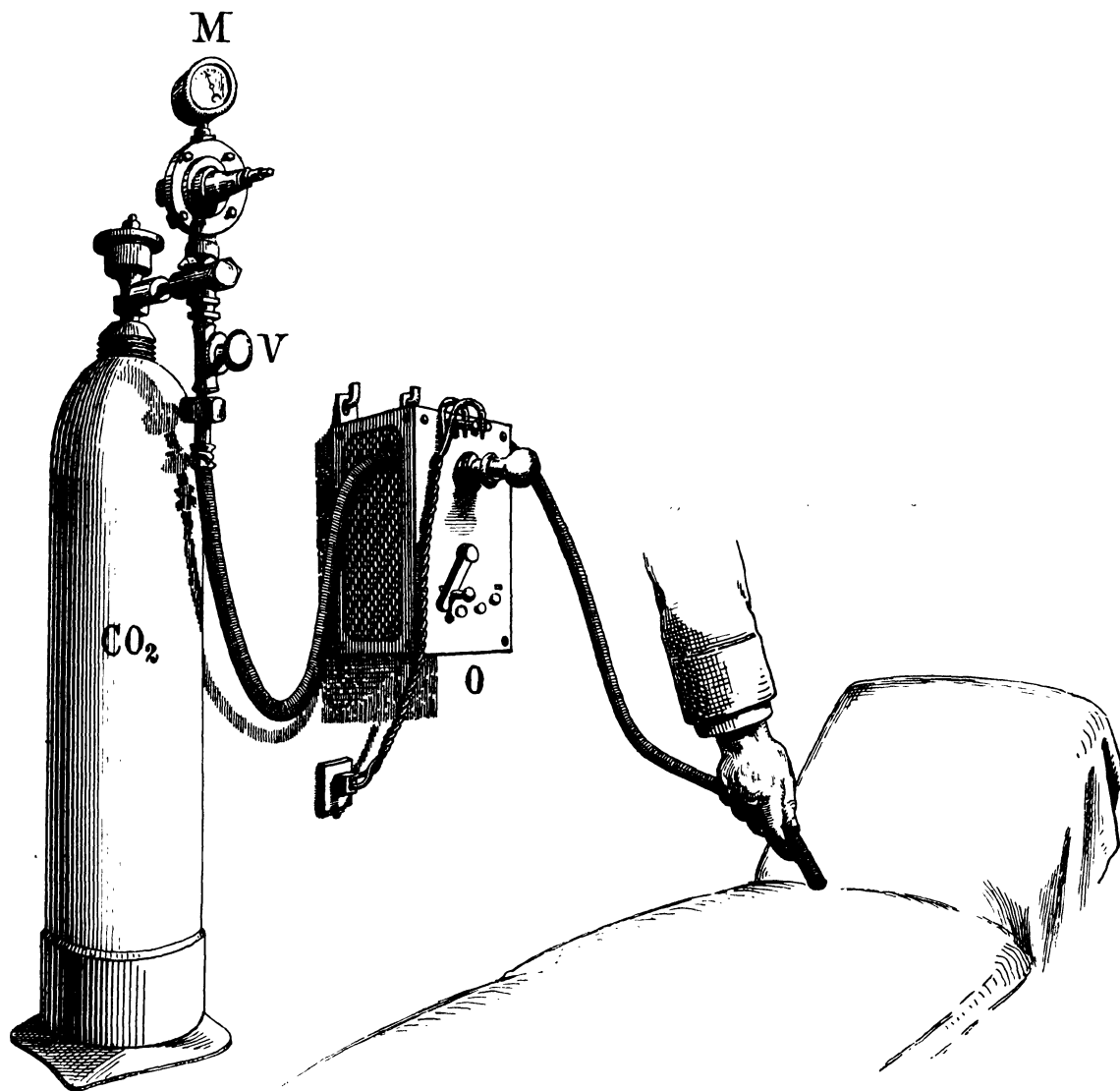
fachen, daß wir als vis a tergo statt des durch einen Motor betriebenen Turbinengebläses den durch Anwendung eines Reducirventils beliebig zu modificirenden Druck, unter welchem flüssige Kohlensäure in Gasform ausströmt, benützten. Die flüssige CO_2 ist im Handel, und zwar in Eisencylindern erhältlich. Gleichzeitig verbanden wir damit die Idee, an Stelle der indifferenten atmosphärischen Luft ein Gas zu verwenden, das gegenüber der Luft eine Reihe von Vortheilen besitzt.

Die Kohlensäure ist nämlich ein- und ein halbesmal so schwer als die Luft; sie führt, wenn sie auf den gleichen Temperaturgrad erhitzt wird, eine bedeutend größere Wärmemenge der Haut zu. Sie ist ferner absolut trocken, was bei der Luft niemals vollständig zu erreichen ist. Schließlich übt sie eine specifische Wirkung aus, welche möglicherweise wichtiger ist

Muskelfasern, zur Bildung einer Cutis anserina. Die Haut wird anfänglich leicht geröthet, dann wird die Röthung immer intensiver; es findet eine ausgiebige Durchwärmung der vom heißen Gase getroffenen Stelle statt. Gleichzeitig kommt ein gewisses Ermüdungsgefühl in den Muskeln — Turnschmerzen vergleichbar — zum Bewußtsein.

Die eben angeführte physiologische Wirkung des heißen Gases hat ihre therapeutische Verwerthung durch einen Apparat gefunden, der von Doc. Dr. MAX HERZ in Wien angegeben wurde und wegen seiner einfachen und praktischen Anlage geeignet ist, allgemeine Verwendung zu finden.³⁾

Der Apparat (siehe Figur) besteht aus zwei Theilen, aus einem der bekannten, flüssige Kohlensäure enthaltenden Eisencylinder und aus einem elektrischen Ofen. (Man kann



als diejenige, welche einem bloß warmen, indifferenten Gase zukommt.

Läßt man kalte Kohlensäure auf die Haut strömen, so tritt zunächst Prickeln, Jucken, Stechen auf; bald macht sich ein intensives Wärmegefühl bemerkbar. Wenn die Einwirkung genügend lange gedauert hat, wird die betreffende Hautstelle minder empfindlich als die benachbarte, eventuell vollständig anästhetisch. Werden ganze Körpertheile diesem Einflusse ausgesetzt, so macht sich die Empfindung des Prickelns, der Wärme etc. stärker und besonders da bemerkbar, wo nervenreiche Stellen getroffen werden, und gleichzeitig findet eine ergiebige Transpiration statt. Wird erhitzte Kohlensäure angewendet, so kommt es sofort nach Einwirkung des auf 100 bis 120° C. erwärmten Gases zu Contraction der glatten

selbstredend auch andere Heizvorrichtungen, wie Leuchtgas oder Spiritus verwenden.)

Bei Oeffnung des Ventils *V* strömt das Gas unter einem bestimmten Drucke, den man an dem Manometer *M* abliest, aus dem Cylinder in den Ofen. Dasselbst streicht es durch ein Schlangenrohr über Neusilberdrähte, welche durch den elektrischen Strom erhitzt werden. Das durch einen Metallschlauch austretende heiße Gas wird in Form einer die Körperoberfläche treffenden Luftdouche applicirt, wobei durch Verwendung verschieden geformter Ansätze am Ausflußrohre, durch Annäherung und Entfernung der Ausflußöffnung vom Körper des Patienten, durch den Umstand, daß das Ausfluß-

³⁾ Derselbe ist bei Rossel, Schwarz & Cie. in Dotzheim bei Wiesbaden erhältlich.

rohr bald ruhig gehalten, bald fächer- oder strichförmig bewegt wird, eine große Anzahl von Varianten der Anwendungsweise resultirt. Außerdem kann es in geschlossene Kästchen geleitet werden, in welche die zu behandelnden Körpertheile eingebracht werden.

Wir haben die Methode ursprünglich so geübt, daß wir das Gas unter einem Tuche oder Pappekasten auf die Haut wirken ließen. Versuche aber lehrten, daß ohne Abschluß der gleiche, in einigen Fällen sogar ein besserer Erfolg erzielt wird. Uebrigens kann die hohl gemachte Hand oder ein entsprechender trichterförmiger Ansatz am Rohre als Abschluß dienen. So ist es möglich, heiße CO₂ als chemisches Agens an beliebigen Körperstellen zu verwenden.

Bei thermischen Applicationen jeder Art darf das Allgemeinbefinden in keiner Weise alterirt werden. Dies ist eine Hauptforderung, welcher bereits Rechnung getragen wurde, indem die Totalbehandlung mit chemischen Agentien eingeschränkt und die Partialapplication eingeführt wurde. Das ist geschehen durch die heißen Partialwasser-, Moor- und Fangobäder, durch Douchen, Thermophore chemischer und elektrischer Art, durch GÄRTNER'S Localdampfbad, durch die verschiedenen Heißluft- und Trockenluftapparate, Sandbäder etc. etc. Bei der Verwendung der eben genannten Behelfe und Apparate als Wärmeerzeuger wurde gefunden, daß bei dieser Behandlung der Gesamtorganismus nur in geringem Maße in Mitleidenschaft gezogen wird, so daß man von einer schädlichen Nebenwirkung im Allgemeinen wohl nicht sprechen kann. Die vorher und am Ende der Wärmeapplication vorgenommenen Temperaturmessungen ergaben zwar nur selten ein Gleichbleiben der Körperwärme; meist stieg die Temperatur um 0.3—1.3° C., im Mittel um 0.4° C. Die Pulszählung vor und während des Versuches ergab ein Ansteigen des Pulses um 6—30 Schläge; die Arterie wurde etwas gespannt, der Puls voller; etwa eine halbe Stunde nach Schluß der Wärmeanwendung zeigte der Puls wieder die regelmäßige Frequenz und Beschaffenheit. Der Blutdruck gemessen, mit dem Sphygmometer von BASCH und dem Tonometer von GÄRTNER, sank höchstens um 10 Mm. Hg.⁴⁾

Das sind in Bezug auf das Allgemeinbefinden eigentlich geringfügige Veränderungen, die beim gesunden Organismus kaum zu beachten sind, beim kranken aber, besonders bei Herz- und Gefäßaffectionen, wohl nicht vernachlässigt werden dürfen. Bei großer allgemeiner Schwäche und Herzschwäche, sei dieselbe bedingt durch organische oder nervöse Störung des Herzens, ist die Anwendung hoher Wärme contraindicirt. Denn diese Verfahren stellen doch mit Rücksicht auf die hiedurch bedingte Alteration der Circulation und ihre meist stark schweißzeugende Wirkung Anforderungen an die Herzthätigkeit, welchen ein erkranktes Herz nicht gewachsen ist. Zu erwägen ist auch die verhältnißmäßig lange Sitzungsdauer von 1/2—1 Stunde bei jedem dieser Verfahren.

Bei dem Kohlensäuredoucheapparate von HERZ wird allen Anforderungen, die wir an ein thermisches Agens stellen, vollkommen Genüge geleistet. Die Wirkung der Douche ist

a) eine rein locale; denn Puls, Blutdruck, Athmung und Temperatur werden davon in keiner Weise beeinflusst, es wird die Schweißsecretion durchaus vermieden;

b) die Sitzungsdauer erstreckt sich nur auf kurze Zeit. 5—10 Minuten genügen zur Erreichung des therapeutischen Zwecks, denn in dieser kurzen Spanne Zeit werden die Haut und das darunter liegende Gewebe mächtig durchwärmt;

c) da wir gewöhnlich die Douche ohne Abschluß appliciren, so können wir die Wirkung derselben stetig mit Gesicht und Gefühl controliren und unangenehme Zwischenfälle, wie leichte Verbrennungen, vermeiden;

d) großen Werth legen wir auf die Möglichkeit der gleichzeitigen Verbindung von Douche und Massage, ein Verfahren, dessen Beschreibung weiter unten erfolgt.

⁴⁾ Cf. REITLER, Die Trockenheißluftbehandlung. („Monatschr. f. Unfallheilk.“, VII, 3.)

Wir wollen zunächst aus der großen Reihe von Versuchen einzelne berichten, um dann auf Grund der gemachten Erfahrungen zu zeigen, wie dieser Methode besonders in bestimmten Fällen der Vorzug gebührt vor der bisher geübten Applicationsart mit heißer Luft.

Die nun folgenden Krankengeschichten sind Paradigmata von Affectionen der Muskeln, Gelenke und Sehnenscheiden, und zwar solche I. rheumatischer, II. traumatischer Natur, sowie III. Neuritiden peripherer Nervenstämme.

I. Rheumatische Affectionen.

1. Rheumat. m. sternocleidomast. d. Der 19jährige Graveur B. F. erkrankte vor 3 Monaten an einer fieberhaften Krankheit, woran sich im Anschluß ein Schiefhals entwickelte. Vor etwa 10 Tagen trat angeblich durch Erkältung eine wesentliche Verschlimmerung ein.

Pat. mittelkräftig, Kopf nach rechts und aufwärts gedreht, der M. sternocleidomast. d. in seinem Verlaufe druckempfindlich, besonders an den Ansatzpunkten. Pat. wurde in der Zeit vom 27. Januar bis 13. Februar 1900 mit 8 Douchen durch je drei Minuten behandelt. Während dieser Zeit wurde Pat. einmal massirt, was eine sofortige Verschlimmerung des Zustandes hervorrief, während sonst die Besserung stetig zunahm und nach 8maliger Behandlung Schmerzen schwanden und die Beweglichkeit vollkommen hergestellt war, so daß Pat. seiner Arbeit nachgehen konnte.

2. O. marthritidis dextra. Der 70jährige Hausdiener H. G. leidet seit 4 Tagen an äußerst heftigen Schmerzen in der rechten Schulter — Bewegungsunfähigkeit.

Pat. erhielt 16 Douchen, — Heilung.

3. Caput obstipum musculare. 36jähriger Hilfsarbeiter A. F. leidet seit 6 Tagen an einem Schiefhals, wurde in der Zeit vom 24. October bis 31. October mit 6 Douchen behandelt und geheilt entlassen.

II. Traumatische Affectionen.

4. Distorsio manus dextrae. 27jährige Private M. M. stürzte am 21. Januar und fiel auf die rechte Hand. Rechtes Handgelenk auf der Dorsalseite stark geschwellt, active Beweglichkeit vollkommen aufgehoben, passive Flexion, Pro- und Supination wegen bedeutender Schmerzen fast nicht ausführbar, Finger in leichter Beugstellung. Schon nach der 1. Douche Schmerzen geringer. Nach der 3. Schwellung bedeutend zurückgegangen. Nach der 8. Douche kann Pat. der mechanischen Behandlung, die bis jetzt wegen der großen Schmerzen ausgeschlossen war, zugeführt werden.

5. Tendovaginitis crepitans antibrachii sinistri. Der 27jährige Hilfsarbeiter M. M. leidet seit 3 Wochen an heftigen Schmerzen bei Bewegungen der linken Hand.

Die Untersuchung ergibt deutliche Crepitation bei Dorsalflexion der Hand. Die Vorderfläche des Unterarmes deutlich geschwellt. Nach der 1. Douche steigern sich die Schmerzen; am nächsten Tage Crepitation vollständig geschwunden. Nach drei Douchen Pat. geheilt.

6. Lumbago traumat. sin. Der 36jährige Schmied St. J. fühlte beim Heben einer schweren Last plötzlich einen heftigen Schmerz und Stechen in der linken Seite.

In den linksseitigen langen Rückenmuskeln auf Druck heftiger Schmerz, ebenso bei Rumpfbewegungen. Muskeln sind leicht infiltrirt.

Pat. wurde 3mal ohne Erfolg massirt.

Nach 13 Douchen geheilt.

Neuritiden.

7. Ischias scoliotica sin. Der 47jährige Reisende P. A. leidet seit 1 1/2 Jahren an Schmerzen im linken Beine und Fuße.

Pat. wurde wiederholt massirt, worauf die Schmerzen für kurze Zeit sistirten, sich aber bald wieder einstellten. Pat. kräftig gebaut, Wirbelsäule in ihrem unteren Abschnitte nach links gekrümmt. Linker M. glutaeus atrophirt. Druckpunkte längs der Crista, in der Fossa poplitea, am Malleolus extern. Schmerzen

treten fast immer bei Bewegungen auf, sind Nachts manchmal sehr heftig, haben ausstrahlenden Charakter.

Nach 6 Douchen durch je 3 Minuten Schmerz in der Hüfte geschwunden, hingegen besteht im Unterschenkel ein dumpfes, lähmungsartiges Gefühl.

Nach weiteren 9 Douchen sind die Schmerzen geschwunden und ist Pat. seither von seiner Ischias dauernd geheilt.

8. Neuritis plexus brachialis. 39jähriger Geschäftsmann R. S. Auf der Straße gegen die Schulter gefallen. Sehr heftige Schmerzen, Druckpunkte in der linken Schulter und im Arm. Nach 12 Douchen Heilung.

9. Ischias. 32jähriger Hilfsarbeiter R. J. leidet seit sechs Wochen an Schmerzen im rechten Bein. Pat. wurde in der Zeit vom 12. bis 27. October mit 14 Douchen behandelt und geheilt entlassen.

10. Trigemini- und Occipitalneuralgie. 18jährige Näherin L. M. lag mit Gelenksrheumatismus 3 Monate im Spital. Seit 14 Tagen äußerst heftige Schmerzen im Gebiete des Trigemini (1., 2. und 3. Ast.) und Occipitalnerven.

Pat. erhielt 8 Douchen, die sie von den quälenden Schmerzen befreiten.

11. Ischias sinistra. 42jähriger Schuhmacher, seit drei Monaten an Ischias leidend. Pat. wurde durch 8 Wochen ohne Erfolg elektrisch behandelt (Farad. Galv.). Pat. erhielt 16 Douchen, welche erhebliche Besserung zur Folge hatten; gleichzeitig wurde Massage angewendet.

12. Ischias sin. (Bleiintoxication). 35jähriger Anstreicher S. Ch. leidet an einer seit 1 Jahre bestehenden Ischias, die er sich durch seine Beschäftigung mit Bleifarben zugezogen.

Pat. erhielt 15 Douchen, worauf sich der Zustand bedeutend besserte.

Wir versuchten bei diesem Pat. die Anwendung kohlenaurer Gasbäder mit einem von Herrn KALLINA in Teschen construirten Apparate, dessen Besprechung wir uns vorbehalten.

Wir können auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen sagen, daß die erhitzte Kohlensäure in ihrer therapeutischen Wirkung anderen Methoden im Effecte gleichkommt, sogar oft noch da Erfolg hat, wo andere Mittel versagt haben. Besonders erfolgreich und praktisch erweist sich die Behandlung mit heißen CO₂-Douchen bei Neuralgien jeder Form, also bei jenen Erkrankungen, wo andere therapeutische Eingriffe, wie Elektrizität, Massage etc., häufig gar nicht oder nur von unterempfindlichen Personen vertragen werden.

Ob die Heißluftbehandlung in ähnlichen Fällen ein gleiches Resultat ergibt, darüber werden wir uns erst aussprechen, bis die Fülle des gesammelten Materials uns gestattet, Vergleiche anzustellen. Sicher erfordert aber die Behandlung mit CO₂-Douchen eine bedeutend kürzere Sitzungsdauer als die eben erwähnte mit heißer Luft. Schließlich möchten wir nochmals hervorheben, daß wir in bestimmten Fällen die Douche mit Massage vereinigten, ein Verfahren, das in Aix-les-Bains (Savoyen) schon lange geübt wird.⁵⁾

Ein geschickter Masseur ist leicht imstande, die massierende Bewegung mit der rechten Hand auszuführen, während die linke den Schlauch führt, um ständig die erkrankte Stelle unter dem Einflusse der Wärme zu halten. Erfordert die Massage beide Hände des Masseurs, so muß ein Assistent den Schlauch führen, der im übrigen auch entsprechend befestigt werden kann.

Daß gerade unter den günstigen Circulations- und Gewebsspannungsverhältnissen, wie wir sie mit der Douche herzustellen und zu unterhalten imstande sind, die Massage ganz besonders nutzbringend sein muß, ist ja selbstverständlich. Ist durch Einwirkung der CO₂-Douche nach kurzer Zeit die Haut succulent, reichlich von Blut durchströmt, sie selbst und die darunter liegenden Gewebe stark erschlaft, so beginnen wir mit der Massage, der man passive Bewegungen

der afficirten Gelenke anschließen kann. Das durch die Hitze anästhetisch gewordene Gewebe läßt die Massage überdies weniger schmerzhaft erscheinen.

Wir behalten uns vor, über weitere Erfahrungen mit der besprochenen Behandlungsmethode ausführlich zu berichten.

Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien.

Von Frauenarzt **Dr. J. Königstein** in Wien.

(Fortsetzung)

Was nun die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Fersan betrifft, so stellt dasselbe ein chocoladebraunes Pulver dar, welches in warmem Wasser und in verdünntem Alkohol vollkommen löslich ist, beim Kochen keine Spur einer Gerinnung zeigt und unbegrenzt haltbar ist. Das Fersan ist, wie schon aus seiner Herstellungsweise hervorgeht, absolut frei von schädlichen Substanzen des Blutserums und überhaupt frei von sämtlichen regressiven Stoffwechselproducten, wie solche im gewöhnlichen Blute vorhanden sind. Das Fersan ist ferner absolut frei von Peptonen und Albumosen, deren Diarrhoe erzeugende Wirkung von zahlreichen Autoren festgestellt worden ist.

Die Analyse des Fersans in der k. k. allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Wien ergab folgendes Resultat:

Wassergehalt	11·91%
Asche	4·59%
Phosphorsäure (P ₂ O ₆)	0·1203%
Eisen (Fe ₂ O ₃)	0·3724%
Chlornatrium	3·83%
Gesamtstickstoff	13·315%
Amidstickstoff	0·2128%
Eiweißstickstoff	13·1022% = 81·89% Eiweiß

Auf Trockensubstanz berechnet:

Wasserlöslicher Antheil	96·90%
„ Eiweiß (Acidalbumin)	88·80%

Nach der vorstehenden Untersuchung erscheint das „Fersan“ als ein im Wasser beinahe vollständig lösliches Eiweißpräparat, welches durch einen hohen Gehalt an Eisen und Phosphorsäure ausgezeichnet ist. Die ziemlich stark sauer reagirende wässrige Lösung enthält das Eiweiß in Form von Acidalbumin. Der Phosphor ist vollständig, das Eisen nahezu vollständig in organischer Bindung vorhanden (k. k. allgemeine Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Wien. Vorstand M. GRUBER). Die Untersuchung des Präparates in der Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel des allgemeinen österreichischen Apothekervereines ergab folgendes Resultat: „Durch einen Verdauungsversuch mittelst Pepsin und Salzsäure wurde festgestellt, daß die organische Eisenverbindung durch den Magensaft nicht gespalten wird, indem in der Verdauungsflüssigkeit Eisen direct nicht nachweisbar war. Das vorliegende Präparat zeichnet sich durch seinen hohen Gehalt an löslichen Eiweißstoffen, sowie durch seinen Gehalt an Eisen und Phosphor in organischer gebundener Form aus (Leiter der Untersuchungsanstalt Dr. MANNSFELD). Vom chemischen Standpunkte zeichnet sich das Fersan im Gegensatze zu den in den Handel gebrachten Fleischeiweißpräparaten, welche reich an Extractivstoffen und Alloxurbasen sind, dadurch aus, daß es keine Alloxurbasen bildet und absolut frei von Extractivstoffen ist. Durch diese Eigenschaft kann das Fersan auch von solchen Individuen genossen werden, bei welchen Extractivstoffe und Alloxurbasen nicht angezeigt sind (Gicht, harnsaure Diathese, Nierenkrankheiten etc.). Gegenüber den zahlreichen in den Handel gebrachten Caseinpräparaten, welche nach neueren Untersuchungen reich an Bacterien sind, zeichnet sich das

⁵⁾ LEYDEN, Douche-Massage in Aix-les-Bains. Zeitschrift für diätet. und physik. Therapie, Band III, Heft VII.

Fersan dadurch aus, daß es selbst nach sehr langem Stehen an der Luft nur einen äußerst minimalen Gehalt an Bacterien aufweist. Das Fersanacid erweist sich als vollkommen bacterienfrei.

Was die physiologische Wirkung des Fersans betrifft, so wurden, um zu ganz einwandfreien Anhaltspunkten über das Verhalten des Fersans im Stoffhaushalte des Organismus zu gelangen, eine Reihe von Thierversuchen von Dr. FERD. WINKLER angestellt, die ergeben haben, daß das im Fersan enthaltene, an Nucléine organisch gebundene Eisen durch den Darm zur Aufnahme kommt und in Leber und Milz abgelagert wird. Die Thierversuche haben weiters ergeben, daß die im Fersan enthaltene Eisenverbindung den Magen unzersetzt passirt und im Darne vollständig resorbirt wird, indem es von den Epithelien des Duodenums rasch aufgenommen wird und von da durch die Lymphbahnen und den Ductus thoracicus in den venösen Blutstrom gelangt. Wie die bereits erwähnten von Dr. KARL KORNAUTH an der k. k. chemisch-landwirthschaftlichen Versuchsstation in Wien durchgeführten Stoffwechselversuche an menschlichen Individuen ergeben haben, ist das Fersan außer als Eisenpräparat, auch als Nährpräparat berufen, ganz besonders hervorzutreten.

Was die Erfahrungen, die mit dem Fersan in der ärztlichen Praxis gemacht wurden, betrifft, bin ich in der Lage, über die Heilerfolge zu berichten, die ich mit dem Fersan bei einer ganzen Reihe einschlägiger Fälle auf Grund systematischer Versuche zu machen Gelegenheit hatte. Bevor ich auf die einzelnen Fälle eingehe, will ich nur kurz vorausschicken, daß sich meine Versuchsergebnisse mit denen an anderer Stelle gemachten vollständig decken, und daß alle Versuche bisher zweifellos festgestellt haben, daß das Fersan sich durch eine ungewöhnlich leichte Assimilation und Resorbirbarkeit auszeichnet, daß es weder die Verdauung, noch die Peristaltik stört, daß die Darmfunction stets normal bleibt, und daß ich bei einer bestimmten Darreichungsweise keine Schwarzfärbung der Fäcalmassen beobachten konnte. Bei zahlreichen Fällen von Chlorose und Anämie konnte schon nach 2—3wöchentlicher Darreichung von Fersan (3 Kaffeelöffel täglich) eine erhebliche Zunahme des Hämoglobingehaltes mittelst des Hämometers nach FLEISCHL und eine entsprechende Zunahme des Eisengehaltes mittelst des Ferrometers nach AD. JOLLES, sowie eine bedeutende Vermehrung der rothen Blutkörperchen constatirt werden. Vorzügliche Dienste hat das Fersan auch in der Zeit der Reconvalescenz geleistet. Besonders erwähnenswerth ist die Thatsache, daß das Fersan, mit kalter Milch vermischt, sich in acuten Krankheiten fieberhafter Natur häufig als ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel erwiesen hat. Dieser günstige Erfolg steht auch im Einklange mit den Erfahrungen, die Geheimrath v. LEYDEN bezüglich der Ernährung in acuten Fieberkrankheiten gemacht hat (Therapie der Gegenwart, Bd. I, 1899). Nach v. LEYDEN ist die Auswahl der Nahrungsmittel hier sehr wichtig. Da der Appetit fehlt, dagegen Durst besteht, der Mund trocken ist, die Magenfunctionen darniederliegen, so wird man die flüssige Nahrung, und zwar wegen der erhöhten Körpertemperatur in abgekühltem Zustande, bevorzugen. Flüssigkeiten regen auch die Nierenfunctionen an und befördern so die Ausschwemmung der Toxine. Am geeignetsten als Fieberdiät ist die Milch (hoher Caloriengehalt) 4mal täglich 100 Grm. In Verbindung mit dem Fersan hat die Milch außer bei Fieberkrankheiten, auch bei Blutarmen, Reconvalescenzen, schwächlichen und scrophulösen Kindern, körperlich und geistig stark Angestregten außerordentlich günstige Erfolge erzielen lassen. In solchen Fällen, wo die Milch nicht vertragen wurde, hat sich Fersan mit Thee, Kaffee, Suppe und Bier sehr gut bewährt und wurde auch von den Patienten in dieser Darreichungsweise sehr gerne genommen.

Was nun meine eigene Versuchsreihe anbelangt, so erstreckte sich dieselbe auf eine ziemlich große Zahl von weiblichen Individuen, die ich zu diesen Versuchszwecken

geeignet hielt und an denen ich das Fersan unter entsprechender Controle erprobte. In erster Linie waren es Chlorosen, die ich zu Versuchszwecken heranzog, dann Anämien, die ihre Ursache in chronischen oder acuten Blutverlusten hatten, wie solche ja der Frauenarzt in der Ausübung seiner Praxis häufig zu beobachten Gelegenheit hat, bei den hämorrhagischen Formen der Endometritis (Endometritis post abortum), Blutungen im Verlaufe eines Abortes oder während des Geburtsverlaufes (Placenta praevia) oder nach stattgehabter Geburt infolge von Retention der Placenta oder Placenta-ruhen, oder Atonie des entleerten Uterus, weiters erstreckte ich meine Versuche auf Erschöpfungszustände nach Puerperalfieber, wo mir das Fersan in der Reconvalescenz ganz besonders gute Dienste leistete.

Bei den acht Chlorosen, die ich mit Fersan behandelte, war der Erfolg ein äußerst zufriedenstellender, wobei zu bemerken ist, daß die Patientinnen ihrer gewohnten Lebensweise, sowie ihren Berufsarbeiten in vollem Umfange nachgingen. Von diesen 8 Fällen, die alle mehr weniger das typische Bild der Chlorose boten, will ich bloß 2 Fälle herausgreifen, die sich durch ganz besondere Schwere auszeichneten und eingehend über den Befund berichten, den dieselben vor der Behandlung und nach derselben boten.

Patientin Josefine S., 20 Jahre alt, Stubenmädchen, gibt an, bereits vor mehreren Monaten bemerkt zu haben, daß sie sehr blaß werde und körperlich rasch ermüde. Es traten häufig Eingenommensein des Kopfes, sowie zeitweise auch Kopfschmerzen und Schwindelzustände auf. Weiters bemerkt sie, daß bei längerem Stehen oder Gehen die Unterschenkel anschwellen und heftig schmerzten, und daß sie bei jeder noch so geringen körperlichen Anstrengung rasch ermüde. Häufig stellten sich Anfälle von Angstgefühlen, Athemnoth, Beklemmung und Herzklopfen ein. Ganz besonders belästigten sie Uebelkeiten und Beschwerden von Seite des Magens, sowie hartnäckige Stuhlverstopfung. Die Periode, die sich früher regelmäßig und ohne irgend welche Beschwerden eingestellt hatte, wurde unregelmäßig, cessirte zeitweise durch längere Intervalle, war mit Schmerzen verbunden und sehr minimal. Auch bestand seit mehreren Monaten starker Fluor, was vorher nicht der Fall gewesen war. Stat. praes. zeigt ein gracil gebautes Wesen mit gut entwickeltem Fettpolster, die allgemeine Hautdecke, sowie die sichtbaren Schleimhäute blaß verfärbt, es bestehen Oedeme geringen Grades in der Knöchelgegend. Ueber der Lunge sind normale Percussions- und Auscultationsverhältnisse. Ueber der Herzspitze hört man neben dem systolischen Ton ein Herzgeräusch. Die Frequenz der Herzaction ist beschleunigt. Ueber dem Sternoclaviculargelenk (Bulb. venae jugul. intern.) hört man deutliches Nonnengeräusch. Abdomen etwas aufgetrieben. Magengegend auf Druck nicht schmerzhaft, dagegen wird Druck in der Ovarialgegend überaus schmerzhaft empfunden. Im Colon transversum und descendens sind deutlich harte Kothballen durchzutasten. Aus dem vaginalen Genitale Fluor albus. Patellarsehnenreflexe gesteigert.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes wurde in der gewöhnlichen Weise vorgenommen, indem nach vorausgegangener Desinfection einer Fingerkuppe mit Alkohol und Aether mit einer Nadel ein Einstich gemacht wurde. Aus der Einstichöffnung kam ziemlich reichlich Blut, welches jedoch von auffallend blasser Farbe war. Es wurden von demselben Aufstrichpräparate angefertigt, sowie die Hämoglobinbestimmung mit dem Hämometer von FLEISCHL gemacht, sowie eine Zählung der rothen Blutkörperchen mit dem Zählapparate von THOMA-ZEISS vorgenommen. Weiters wurde eine Eisenbestimmung mit dem Ferrometer von Doc. Dr. ADOLF JOLLES vorgenommen, wobei ich gleichzeitig bemerken will, daß sämtliche diesbezügliche einschlägige Untersuchungen im chemisch-mikroskopischen Laboratorium der DDr. MAX und ADOLF JOLLES gemacht wurden. Die Auszählung der rothen Blutkörperchen mit THOMA-ZEISS ergab die Zahl von 1,900.000, die Hämoglobinbestimmung nach FLEISCHL 45%, Ferrometerzahl nach JOLLES 48. Bei der mikroskopischen Untersuchung des nativen Präparates fielen die rothen Blutzellen durch ihre blasse Farbe auf, weiters zeigten dieselben ungleiche Größe, neben sehr kleinen rothen Blutzellen

(Mikrocyten) waren große, rothe Blutkörperchen (Megaloblasten) vorhanden. Weiters zeigten die rothen Blutkörperchen alle möglichen Formen, waren birnförmig ausgezogen, achter- und hantelförmig (Poikilocytose). Die in Alkohol gehärteten Aufstrichpräparate zeigten, nach EHRLICH gefärbt, dasselbe Bild. Die weißen Blutzellen wurden nicht gezählt, doch schienen sie nach approximativer Schätzung leicht vermehrt zu sein. Ich verabreichte in diesem Falle das Fersan durch 6 Wochen hindurch, wobei Patientin ihre Lebensweise in keinerlei Weise änderte, da die Verhältnisse es nicht zuließen, und nahm von zwei zu zwei Wochen eine Untersuchung des Blutes vor, sowie Notizen betreffs ihres sonstigen Zustandes. Die tägliche Dosis des Fersans betrug 3 Kaffeelöffel, und wurde dasselbe in Wasser angerührt, mit Milch gemengt, gerne genommen und machte nicht die geringsten Beschwerden von Seite des Verdauungstractes. Bereits nach 2 Wochen zeigte sich eine wesentliche Besserung. Die vorhin aufgezählten Symptome waren zum großen Theile geschwunden, und fühlte sich Pat. im Großen und Ganzen kräftiger und frischer. Auch die Blässe der Hautdecke und der sichtbaren Schleimhäute war theilweise gewichen. Die Bestimmung des Hämoglobins mit dem Hämometer von FLEISCHL ergab 65%, mithin eine Zunahme von 20%, die Auszählung der rothen Blutkörperchen mit dem Zählapparat von THOMA-ZEISS ergab 2,600.000, somit eine Vermehrung der rothen Blutzellen um 700.000. Ferrometerzahl nach JOLLES 62. Pat. stellte sich nach weiteren 2 Wochen wieder vor. Sie hatte während dieser Zeit das Fersan regelmäßig in obbezeichneter täglicher Dosis fortgenommen, ohne irgend welche nennenswerthe Verdauungsbeschwerden verspürt zu haben, fühlt sich vollkommen wohl, zeigt gute Farbe und ist lebhaft in ihren Bewegungen. Sämmtliche früher aufgezählten Symptome sind geschwunden. Die Untersuchung des Blutes ergab 3,600.000 rothe Blutkörperchen bei der Zählung nach THOMA ZEISS, 80% Hämoglobin nach FLEISCHL, die Ferrometerzahl nach JOLLES 76 bis 78. Im mikroskopischen Bilde sah man nur ganz vereinzelt einen Mikro- oder Megalocyten, sowie die Poikilocytose gänzlich geschwunden. Ich ließ Pat. das Fersan noch zwei weitere Wochen nehmen, worauf sie sich mir wieder vorstellte. Sie fühlte sich ganz wohl, sämmtliche krankhaften Erscheinungen waren geschwunden, von einer Untersuchung des Blutes nahm ich Abstand, da bereits die letzterfolgte fast normale Zahlen aufwies.

Im 2. Falle, den ich noch anführen will, handelte es sich um eine 21 Jahre alte Kindergärtnerin, die ebenfalls die typischen Symptome der Chlorose bot. Aus den anamnestischen Daten wäre besonders hervorzuheben, daß Patientin seit mehreren Wochen an hochgradigen Schwächezuständen litt, sowie Aufstoßen, Uebelkeiten und Druckgefühl im Magen vorhanden war. Weiters waren die Menses unregelmäßig, cessirten zeitweise und waren von starken schmerzhaften Krämpfen begleitet. Stat. praes. zeigt ein kräftig entwickeltes, gut genährtes Individuum von sehr blasser Hautfarbe und blassen Lippen, Zunge stark belegt, übler Geruch aus dem Munde. Lungenbefund normal. Accidentelle anämische Geräusche über dem Herzen. Lautes Nonnengeräusch. Magengegend auf Druck etwas empfindlich. Die Blutuntersuchung wird in der üblichen Weise vorgenommen und zeigt sehr blasses Blut im nativen Präparate, sehr blasse, rothe Blutzellen, deutliche Poikilocytose. Die Zahl der rothen Blutzellen nach THOMA-ZEISS ergibt 1,350.000 rothe Blutkörperchen, Hämoglobin nach FLEISCHL 35%. Ferrometerzahl nach JOLLES 42. Pat. nahm das Fersan durch 2 Wochen, und zwar 4 Kaffeelöffel täglich mit kaltem Wasser verrieben in Milch, ohne daß Widerwillen gegen das Medicament aufgetreten wäre oder sonstige Beschwerden von Seite des Verdauungstractes, auch der Stuhlgang war niemals verhalten und die Fäcalmassen von normaler Farbe. Nach 2 Wochen stellt sich Pat. wieder vor. Weder der objective Befund, noch das subjective Befinden zeigten eine wesentliche Besserung, so daß ich auch von einer Blutuntersuchung abstand und Pat. ersuchte, in 2 Wochen wieder vorzusprechen und das Fersan in derselben Weise fortzunehmen. Bei ihrem Wiederkommen fand ich Pat. wesentlich besser. Die Blässe der Hautfarbe und der sichtbaren Schleimhäute war geringer, die Pat. im Großen und Ganzen etwas frischer, auch klagte sie nicht mehr über die früher angeführten subjectiven Beschwerden in demselben Maße wie vorher und fühlte sich wesentlich wohler. Die vor-

genommene Blutuntersuchung ergab eine Zunahme des Hämoglobins, die Hämometerzahl nach FLEISCHL betrug 60%. Ferrometerzahl nach JOLLES 58 bis 60. Die Zahl der rothen Blutzellen war ebenfalls gestiegen. Die Zählung nach THOMA-ZEISS ergab 2,400.000. Im nativen Präparate waren die pathologischen Formen der Blutzellen nicht mehr in so überwiegender Zahl im Gesichtsfelde zu sehen. Ich ließ die Pat. das Fersan noch 2 Wochen weiternehmen, so daß sie das Fersan im Ganzen durch 6 Wochen nahm, täglich 3mal je 2 Kaffeelöffel voll in der obgenannten Weise. Nach dieser Zeit stellte sie sich wieder vor, und ich war sehr angenehm überrascht über ihren Zustand und ihr Gesamtbefinden. Die Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute war vollständig geschwunden, und färbte ein leichtes Roth die Wangen. Die Bewegungen, sowie das ganze Wesen des Mädchens waren frisch und lebhaft. Sie fühlte sich vollständig wohl und wiederhergestellt. Sämmtliche oben angeführten Symptome waren gänzlich geschwunden. Die Schwindelanfälle wiederholten sich nicht mehr, die Magenbeschwerden waren gewichen, das Schwirren über den Halsvenen war nicht mehr zu hören, ebenso die accidentellen Herzgeräusche verschwunden. Auch die Untersuchung des Blutes ergab dementsprechende Befunde. Der Hämoglobingehalt des Blutes war auf 85% gestiegen, Ferrometerzahl nach JOLLES 78, die Zahl der rothen Blutkörperchen war 4,200.000. Bei der Untersuchung der nativen Präparate werden normale Formelemente des Blutes vorgefunden. Die Heilung war in sämmtlichen Fällen eine anhaltende und gingen die Patientinnen ihrer gewohnten Lebensweise in unveränderter Weise nach.

(Schluß folgt.)

Referate.

LLOBET (Buenos-Ayres): Ueber die NASSILOW'sche Operation.

NASSILOW hat im Jahre 1888 den Vorschlag gemacht, Operationen an dem innerhalb des Brustraumes gelegenen Theil des Oesophagus auf die Weise auszuführen, daß man sich den Weg durch das Mediastinum posticum bahnt; er hat eine Operationsmethode vorgeschlagen, nach welcher RAHN 2 Fälle operirt hat. Ll. hat bei einem geeigneten Falle die NASSILOW'sche Operation mit einer Modification angewendet, die das Aufsuchen des Oesophagus im Mediastinum erleichtert, und empfiehlt dieselbe statt der ursprünglichen Operation („Rev. de chir.“, 1900, 11).

Es handelte sich um ein junges Mädchen mit einer impermeablen Oesophagusstrictur, welche so eng war, daß Pat. nicht einmal Flüssigkeiten schlucken konnte; sie wurde durch eine Magenfistel ernährt. Längsincision zwischen Wirbelsäule und Scapula. Resection der 4. bis 8. Rippe in einer Ausdehnung von 5 Cm. Die Pleura parietal. konnte abpräparirt werden, ohne einzureißen. Ohne jede weitere Nebenverletzung wurde der Oesophagus von den anderen Gebilden im Mediastinum separirt und dann mit Hilfe einer von oben eingeführten Bougie der Länge nach incidirt. Eine zweite, tiefer gelegene Strictur wurde ebenfalls der Länge nach gespalten. Eine Schlundsonde wurde von der Nase bis in den Magen eingelegt. Die Oesophaguswunde wurde nicht genäht. Tamponade der Höhle. Theilweise Naht der Muskeln und Haut. Der Verlauf war anfangs ein guter, aber Pat. starb 8 Tage darauf. Bei der Obduction fand man eine eitrige Pleuritis, ohne daß die Pleura verletzt gewesen wäre.

Verf. glaubt, daß die NASSILOW'sche Operation indicirt ist bei impermeablen Stricturen des Oesophagus, dann zum Zwecke der Extraction von Fremdkörpern aus der Speiseröhre, dann zur Eröffnung von Abscessen im hinteren Mediastinum. Ungeeignet sei sie hingegen zum Zwecke der Exstirpation von Oesophaguscarcinomen.

ERDHEIM.

E. KROMAYER und P. GRÜNEBERG (Halle a. S.): Die Behandlung des Ekzems.

Bei der Behandlung des Ekzems sind drei Indicationen zu unterscheiden, und zwar: 1. Ruhigstellung der Haut durch Schutz

gegen innere und äußere Schädlichkeiten, vermittelt Einpudern, Einfetten, Puderverband, indifferenten Salben, Pasten, feuchtem Verband. Diese Indication ergibt sich bei allen acuten Ekzemen, die unter der genannten Behandlung von selbst abheilen. 2. Beseitigung der chronischen Gewebsveränderungen bei den chronischen (parasitären, seborrhoischen, psoriasiformen) Ekzemen. Hier ist die Anwendung der sogenannten reducirenden Heilmittel — Theer, Schwefel, grüne Seife, Pyrogallol, Chrysarobin etc. indicirt. 3. Bei jenen besonders häufigen Ekzemen, welche ein Gemisch von acuten und chronischen Entzündungen darstellen, ist die Aetzung der acut-entzündlichen Stellen angezeigt („Münc. med. Woch.“, 5. Februar 1901). Hier kommen in erster Reihe Kalilauge und grüne Seife als besonders wirksam in Betracht, doch können die beiden Mittel zu unrichtiger Zeit und an unrichtigem Ort angewendet, Schaden stiften. Als unschädliches Aetzmittel empfehlen Verff. das Lenigallol. Es ist dies das Triacetat der Pyrogallussäure, ein weißes krystallinisches Pulver und im Gegensatz zur Pyrogallussäure unlöslich in Wasser. Im Contact mit entzündeter Haut spaltet es Pyrogallussäure ab und wirkt durch sie. Gegenüber der Pyrogallussäure besitzt das Lenigallol folgende Vorzüge: 1. ist es unlöslich und bleibt in Berührung mit normaler Haut vollständig unverändert, so daß es die Haut absolut nicht reizt. 2. Auf chronisch-entzündlicher Haut findet eine langsam eintretende Abspaltung des Pyrogallols statt. 3. Ueberall, wo die Harnschichte verloren oder defect ist, bei Bläschen, Pusteln, Krusten, Schrunden, tritt eine energische Abspaltung des Pyrogallols aus dem Lenigallol ein und es bleibt die Aetzwirkung auf diese Stellen beschränkt, während bei Anwendung von Pyrogallol auch gesunde Haut verätzt wird, ferner Intoxicationsgefahr besteht, während das Lenigallol den Vorzug völliger Ungiftigkeit besitzt. Das in mehr als 600 Fällen erprobte Lenigallol kam in 3facher Form zur Anwendung, und zwar:

Rp. Lenigallol	20·0
Pasta Zinci	80·0
(Zinci oxyd.,	
Amyli aa.	1·0
Vasel. flav. Americ.	2·0
Pasta Zinci	4·0)
M. f. pasta aequalis,	
S. Lenigallolzinkpasta.	
Rp. Lenigallol	10·0
Ol. cadini	5·0
Pasta Zinci	85·0
M. f. pasta aeq.	
S. Lenigalloltheerpasta.	
Rp. Lenigallol	10·0
Ung. Wilkinsonii	90·0
(Ol. cadini	10·0
Sulf. praec.	20·0
Sapo virid.	5·0)
Pasta Zinci 65·0 = 100 Grm. Ung. Wil-	
kinsonii.	
M. f. pasta aequal.,	
S. Lenigallol-Wilkinsonpasta.	

Die Lenigallolzinkpasta findet im ersten Beginne der Behandlung ihr Anwendungsgebiet. Die Pasta wird messerrückendick auf die erkrankten Hautpartien aufgestrichen, dünn mit Watta bedeckt und durch Mullbinden fixirt. Verbandwechsel Morgens und Abends, wobei die alte Pasta durch irgend ein Fett sorgfältig zu entfernen ist, bevor die neue aufgelegt wird. Der Erfolg der Behandlung tritt am ersten Tage am deutlichsten hervor. Bei tieferer bindegewebiger Infiltration ist der Gebrauch der Lenigalloltheerpasta am Platz, nachdem die exsudativ-entzündlichen Erscheinungen durch die Lenigallolzinkpasta beseitigt worden sind. Bei chronisch-trockenen psoriasiformen Ekzemen, sowie für die Psoriasis ist es angezeigt, mit dem Lenigallol Alkalien, am besten grüne Seife zu verbinden, weil dadurch die Haltbarkeit und damit auch die Wirksamkeit des Lenigallols erhöht wird. Die Lenigallol-WILKINSON-Pasta leistet bei hartnäckiger Psoriasis und derbinfiltrirten Ekzemen vorzügliche Dienste. Bei oberflächlichen Ekzemen ist das Lenigallol für sich allein das beste und am sichersten wirkende Mittel. Da das Lenigallol nur Oberflächenwirkung besitzt, so kann man bei tief-sitzenden Veränderungen auf die Kalilauge und grüne Seife vorläufig nicht verzichten. M. K.

JOSEF BAYER (Köln): Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin.

Unter dem Ausdruck „präcipitirte Geburten“ versteht man nicht nur die eigentlichen „Sturzgeburten“; hieher gehören auch alle Geburten, die durch überstürzte Wehentätigkeit in abnorm kurzer Zeit, gewöhnlich ohne fremde Hilfe, zu Ende gehen, gleichviel ob sie in abnormer Stellung oder auf dem regelmäßigen Geburtslager erfolgen. Ebenso bezeichnet man Geburten, die nach langsamster Eröffnung mit einer ungewöhnlich schnellen Austreibung plötzlich enden, als präcipitirt, ferner alle jene Fälle, wo die Kreißenden auf irgend eine Weise von der Geburt überrascht werden.

Aus einer Zusammenstellung von 59.169 Geburten berechnet B. („Sammlung klinischer Vorträge“, Nr. 289, 1900) ihre Häufigkeit mit 1·2%. Von Allgemeinerkrankungen hat man insbesondere die Phthise und die Lues, überhaupt fieberhafte Allgemeinerkrankungen, ätiologisch für präcipitirte Geburt herangezogen; doch kommen hier sicher noch andere begünstigende Momente (z. B. Kleinheit der Früchte, Maceration derselben) in Betracht. Bei Mehrgebärenden sind die präcipitirten Geburten thatsächlich häufiger als bei Erstgebärenden; für die aber noch immer hohe Betheiligung der Primiparae kommen insbesondere bei unehelich Geschwängerten eine Reihe von psychologischen Momenten in Betracht. Von weiteren prädisponirenden Umständen ist ausgiebiger Wasserabfluß sowie eine kürzere Nabelschnur zu erwähnen, da in beiden Fällen eine innigere Berührung der Fruchtheile mit dem Uterus zu stärkeren und öfteren Wehen Veranlassung gibt. Von größter Wichtigkeit ist ferner das Verhältniß des mütterlichen Beckens zum kindlichen Körper.

Bezüglich der Stellung der Gebärenden werden die verschiedensten Positionen (Stehen, Gehen, Sitzen, Hocken, Knien, Liegen) angegeben. Da der Schädel infolge seiner Härte zum Erweitern geeigneter ist, werden die Kopflagen für Sturzgeburten geeigneter sein. Zwillinggeburten sind trotz Kleinheit der einzelnen Früchte selten präcipitirt, wobei insbesondere die gegenseitige Behinderung der Kindeskörper ins Gewicht zu fallen scheint.

Von den Folgen einer präcipitirten Geburt sind in erster Linie mehr oder weniger starke Blutungen hervorzuheben, mit denen häufig Störungen in der Nachgeburtslösung verbunden sind. Weichtheilsverletzungen sind ebenfalls eine häufige Complication, was insbesondere aus der WINCKEL'schen Angabe hervorgeht, daß die Prozentzahl der Pluriparae mit Dammrissen fast genau dreimal so groß ist wie bei den übrigen normal niedergekommenen Wöchnerinnen. Prolaps und Descensus des Uterus oder eine Inversion desselben war in keinem Falle festzustellen. Auffallende Störungen des Temperaturverlaufes im Wochenbette kommen nach präcipitirten Geburten nicht vor. FISCHER.

C. KOPP (München): Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne.

Die Abortivmethode besteht („Münc. med. Wschr.“, 1900, Nr. 48) darin, daß man mit einem kleinen, mit Watte umwickelten Tamponträger die den Meatus und die Fossa navicularis auskleidende Schleimhautfläche ziemlich kräftig abreibt, so daß selbst kleine capillare Blutungen entstehen, und dann eine 2%ige Arg. nitr.-Lösung (oder 20%ige Protargolglyceriu) durch Pinselung aufträgt. Die Pinselung kann am nächsten Tage wiederholt werden. Die auf den Eingriff erfolgende entzündliche Reaction geht bald vorüber, nachtheilige Folgen hat K. nie dabei gesehen, die Schmerzempfindung ist nur von kurzer Dauer. Bis heute sind dem Verf. von 17 Fällen (bis zu 48 Stunden post infectionem) 4 Abortivcuren gelungen. Die 4 Heilungen betreffen solche Patienten, welche bereits 10—12 Stunden nach dem verdächtigen Coitus zur Untersuchung und Behandlung kamen. K. glaubt daraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß auch, abgesehen von der individuellen Prophylaxe, der Weiterverbreitung des Trippers mit Erfolg begegnet werden könnte durch sachgemäße Belehrung der vorwiegend betheiligten Kreise in dem Sinne, daß die Möglichkeit einer Abortiv-

behandlung dann gegeben ist, wenn der Pat. schon an dem der Infection folgenden Tage sich zur Untersuchung und eventuell folgenden Behandlung einstellt. G.

ESCHLE (Baden): Die Arbeit als Heilfactor.

Das Krankenmaterial der Anstalten, in welchen Arbeit als Heilfactor zur Anwendung gelangt, recrutirt sich aus 3 Kategorien von Hilfsbedürftigen: 1. Aus geistig gesunden, chronisch Kranken (unter denen solche mit Affectionen des Rückenmarks und des Nervensystems den ersten Platz einnehmen), 2. aus gewissen Classen von Geisteskranken, 3. aus Trinkern. Die Arbeit kann von vier Gesichtspunkten aus als wohlthätiges Moment für die Pfleglinge angesehen werden („Therapeutische Monatshefte“, 1901, Nr. 2). In erster Linie ist sie selbstverständlich eine hygienische Maßregel allgemeiner Natur mit Körperbewegung und Muskelthätigkeit verbunden, welche die Herzaction erhöht, den Herzmuskel kräftigt und die Circulationsverhältnisse regulirt. Sie ist ferner Regulator einer pathologischen Gemüthsrichtung, beseitigt Gemüthsdepressionen und stellt das psychische Gleichgewicht wieder her. Weiter ist das ethische Moment von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Schließlich kann für eine gewisse Classe von Kranken eine zweckmäßige Beschäftigung oftmals die gebräuchlichen Methoden der Uebungstherapie und die Heilgymnastik ersetzen, was zumal bei Unheilbaren überaus wichtig ist. Die Grundsätze, nach denen E. vorgeht, sind: Jeder Zwang ist ausgeschlossen; die Arbeit muß der individuellen Befähigung angepaßt sein; die Arbeiter werden belohnt durch Kostverbesserung, Gewährung von Genußmitteln, Geschenke u. s. w. Die Geisteskranken sind in der E.'schen Anstalt von den körperlich Kranken, die weiblichen von den männlichen Pfleglingen getrennt untergebracht. Die über 70 Jahre alten Pfleglinge erhalten Vergünstigungen, auch ohne daß sie sich an Arbeitsleistungen beteiligen. Für die Beschäftigung ist nur das Interesse des Anstaltsbetriebes und der Pfleglinge selbst maßgebend. Alle Arten von Handwerksbetrieb, Ackerbau und Viehhaltung kommen in Betracht. B.

FERMI und LUMBALO (Sassari): Beitrag zur Prophylaxis der Malaria.

MATTEI (Catania): Die Prophylaxe des Malariafiebers durch Schutz des Menschen gegen die Schnaken.

FERMI und LUMBALO suchten ein Mittel zu finden, welches imstande wäre, auf die Kleider gespritzt oder in die Haut des Menschen eingerieben, auf die Culiciden schädlich einzuwirken. Obwohl eine Unzahl einfacher und combinirter Substanzen ausprobiert wurde, ergaben die Versuche kein positives Resultat, so daß die Verff. zu folgendem Schlusse kommen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, H. 6/7): „Wir schließen hieraus, daß, wenn die Existenz von Menschen und Thieren, welche von den Schnaken befreit bleiben, uns noch einige Hoffnung gibt, ein gutes, Culicidae vertreibendes Mittel aufzufinden, die zahlreichen, von uns erlangten negativen Resultate und der überraschende Widerstand dieser im Freien der Wirkung der für den Menschen und für die Thiere so irritirenden und deleterischen flüchtigen Substanzen ausgesetzten Dipteren uns hingegen nicht erlauben, allzu große Hoffnungen in dieser Beziehung zu hegen.“

MATTEI suchte in einer verseuchten Gegend vier Individuen dadurch vor Malaria zu schützen, daß er sie während der Versuchsdauer (33 Tage) des Nachts in einem Raume unterbrachte, welcher an Stelle der Thüren und Fenster Drahtgeflechte besaß, so daß keine Mücken in denselben eindringen konnten. Der Versuch berechnete zu dem Schlusse („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, H. 6/7), „daß man in stark verseuchten Gegenden selbst und in der Hochsaison sich auch beim Schlafen im Freien keine Malaria zuzieht, wenn man sich hinreichend gegen Schnakenstiche schützt“. Dr. S.

GIACOMELLI (Paris): Das Myocard bei Infectionen, Intoxicationen und Vergiftungen.

Bei allen Infectionen und Intoxicationen finden sich nach G. („Il Policlinico“, 1901, März) constant mehr oder weniger erhebliche Veränderungen im Myocard. Sie betreffen selten das interstitielle Bindegewebe, noch seltener die Gefäße, sondern vorwiegend die Herzmuskelfasern. Veränderungen im Bindegewebe sind in der Regel an die Gegenwart von Mikroorganismen in dem Bindegewebe gebunden und sie bestehen in mehr oder weniger diffuser, lymphoider Infiltration, albuminöser oder fibröser Exsudation und Oedem des Bindegewebes selbst. Zwischen den Läsionen der Gefäße und des Bindegewebes einerseits, den Veränderungen der Muskelfasern andererseits, besteht weder ein causal, noch sonst ein Zusammenhang; es kommen Läsionen der Fasern vor ohne Alterationen im Bindegewebe und umgekehrt. Die Veränderungen der Herzmuskelfasern sind je nach Dauer und Intensität mehr minder vorgeschritten, und zwar von einfacher Atrophie und Schwinden der Querstreifung bis zur fettigen und hyalinen Degeneration, Segmentaton und zum Faserzerfall. Für irgend eine Infection oder Intoxication charakteristische anatomische Läsionen gibt es nicht. Man kann alle beim Menschen (am Herzen) gekannten Veränderungen von Herzmuskelfasern experimentell auch an Thieren erzeugen. Die Veränderungen entstehen durch directe (toxische) Wirkung auf die Fasern selbst. In der Mehrzahl der Fälle werden die klinischen Herzerscheinungen durch die Veränderungen an den Herzmuskelfasern hinreichend erklärt. Br.

KLEIN (London): Zur Kenntniß der Verbreitung des Bacillus tuberculosis und pseudotuberculosis in der Milch sowie der Biologie des Bacillus tuberculosis.

Verf. untersuchte 100 Milchproben auf das Vorkommen der im Titel erwähnten Bacterien, indem er die Proben in Spitzgläsern sedimentiren ließ und das Sediment Meerschweinchen theils subcutan, theils intraperitoneal injicirte. 42 Proben erzeugten im Thierkörper keinerlei Veränderung, acht Proben tödteten die Thiere acut, sieben Proben verursachten typische Impftuberculose, acht Proben erzeugten typische Pseudotuberculose, die übrigen riefen locale Entzündungen und Abscesse hervor.

Bezüglich der Biologie des Tuberkelbacillus ist es interessant, daß es dem Verf. gelang, durch Cultivirung in Vollmilch die Pathogenität und Virulenz der Tuberkelbacillen zu steigern; die Milch bleibt dabei flüssig. Weiters konnte Verf. an jungen Culturen constatiren, daß die Bacillen die allgemein für charakteristisch geltende Säurefestigkeit nicht aufwiesen. Er glaubt, daß diese Eigenschaft nicht auf dem Fettgehalt des Nährbodens, sondern auf der Production chemischer Substanzen von Seite der Bacillenkörper beruhe und daß diese denselben den specifischen, säurefesten Charakter verleihen; diese Substanzen fehlen aber bei jungen Culturen und daher seien letztere säureschwach. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, H. 4/5.) Dr. S.—

Literarische Anzeigen.

Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. Von Doc. Dr. S. Fraenkel in Wien. Berlin 1901, J. Springer.

Die Pharmakologie der Vergangenheit beschränkte sich darauf, die groben sinnfälligen Wirkungen der Arzneimittel zu beschreiben, die der Jetztzeit hingegen bestrebt sich, in die feineren Vorgänge physiologischen Geschehens nach Zufuhr chemischer Agentien Einblick zu gewinnen. Durch Verfolgung ganzer Körperreihen auf Angriffspunkte, Intensität ihrer Wirkung ergab sich eine Fülle von Einzelbeobachtungen, von Einzelthatsachen, die nunmehr zu allgemeinen Gesetzen zusammenzufassen an der Zeit ist. Insbesondere ist der Gedanke der Beziehung und Abhängigkeit der

physiologischen Wirkung von der chemischen Constitution in den letzten Jahren vielfach experimentell durchgeprüft worden. Es muß als ein glücklicher Griff FRAENKEL'S bezeichnet werden, die zerstreute Literatur dieser Riesenfrage in compendiöser Form zusammengestellt, die führenden Gesichtspunkte herausgehoben und kritisch gesichtet, sowie der chemischen Großindustrie bei der Suche nach neuen Arzneimitteln die Resultate dieser Forschungsrichtung zugänglich gemacht zu haben.

FRAENKEL bespricht in dem allgemeinen Theile seines Werkes an der Hand zweckmäßig gewählter Beispiele die Bedeutung der einzelnen Atomgruppen für die Gesamtwirkung eines Stoffes, z. B. der Hydroxyle, Alkyle, der Substitution mit Halogenen, Schwefel, Cyan etc., während im umfangreicheren speciellen Theile die Methoden und der Einfluß von Constitutionsänderungen auf die Wirkungsenergie für die gebräuchlichsten Kategorien von Arzneimitteln erörtert werden. In dieser Richtung seien hier — ohne auf Details einzugehen — hervorgehoben die Abschnitte über Antipyretica, die peripher und central angreifenden Anaesthetica, Antiseptica.

FRAENKEL'S Arbeit, die insbesondere die völlige Beherrschung der chemischen Seite des großen Problems bekundet, ist anziehend geschrieben und darf wohl als willkommene Ergänzung jeglichen Lehrbuchs der Pharmakologie und der physiologischen Chemie bezeichnet werden.

Bei einer Neuauflage des Werkes wäre die genaue Angabe der Originalarbeiten, resp. der vom Autor benützten Referate dringend zu empfehlen.

Und nun noch eine allgemeine Bemerkung! Während der „reine“ Chemiker beim Studium des Einflusses von Structuränderungen auf Eigenschaften chemischer Körper sich einzelne gut charakterisierbare und genau quantitativ meßbare Qualitäten — Löslichkeit, optische Activität, Reaktionsgeschwindigkeit, Siedepunkt u. dgl. — wählt und daher seine Resultate exact und direct vergleichbar sind, sind die Verhältnisse bei Beurtheilung der Abhängigkeit von Aenderungen der physiologischen Wirkung von Constitutionsänderung weit complicirter, und es bedarf großer Erfahrung, um Irrthümer zu vermeiden. Ein Beispiel für Viele. Um die schädliche Wirkung der Alkohol-

gruppe auf den Circulationsapparat zu mildern, hat SCHMIEDEBERG die Paarung derselben mit Carbaminsäure empfohlen und die gewonnenen Urethane haben sich als „schwächere“ Schlafmittel (FRAENKEL, pag. 243) in die medicinische Praxis Eingang verschafft. Berücksichtigt man aber quantitative Gesichtspunkte, dann ist Urethan weit wirksamer als Aethylalkohol. 1 Grm. Urethan erzeugt beim Kaninchen Schlafsucht und Katalepsie — eine gleiche Alkoholmenge ist wirkungslos. Der Ammoniakrest der Carbaminsäuregruppe hemmt somit, wie so oft behauptet wird, die Alkoholwirkung durchaus nicht, im Gegentheil, das Molekül als Ganzes ist giftiger als das Alkyl für sich. Aehnliches gilt vom Sulfonal.

Die Aenderung der Constitution entscheidet hier und wohl auch in anderen Fällen demnach über die Zersetzbarkeit, über den Transport, über die Vertheilung eines Stoffes im Thierkörper und dadurch oft erst indirect über seine physiologische Wirkung.

Durch FRAENKEL'S Buch wird die Discussion über die von ihm besprochenen Fragen fermentativ angeregt — eine Thatsache, die der Autor als vollen Erfolg seiner mühevollen Studien deuten darf.

Prof. J. POHL (Prag).

Handbuch der Prophylaxe. Von Nobiling-Jankau. München 1901, Seitz & Schauer.

Die Entwicklung der Hygiene hat als kostbarste Frucht die Prophylaxe gezeitigt und diese den Aerzten an die Hand gegeben für ihre wichtigste und ergiebigste Thätigkeit, die Verhütung von Krankheiten. Neben der allgemeinen Prophylaxe, deren Aufgabe die Bekämpfung der Infectionskrankheiten ist, hat sich die individuelle, die klinische Prophylaxe entwickelt, das vorläufige Endziel der modernen Hygiene. Hauptsächlich dieser letzteren ist das vorliegende, ausgezeichnete Werk gewidmet; es vernachlässigt aber keineswegs auch die allgemeine öffentliche Prophylaxe. Es ist ein Buch für den Praktiker, geeignet, ihn zu führen und zu berathen, ihn über den gegenwärtigen Stand der einschlägigen Fragen zu orientiren und ihm zu zeigen, wie sich im Lichte einer guten Darstellung unser gegenwärtiges Wissen und Können auf hygienischem Gebiete repräsentirt.

Br.

Feuilleton.

Beiträge zur socialen Medicin.

Von Dr. Max Kahane in Wien.

IV.

Die große Bedeutung der Vererbung bei den Socialkrankheiten — Tuberculose, Syphilis, Alkoholismus, Neurosen und Psychosen — kann nicht oft und eindringlich genug betont werden, da die ganz außerordentliche Tragweite dieser Erkrankungen für den socialen Organismus zum großen Theil auf diesen Factor zurückzuführen ist. In dem vorangehenden Aufsätze wurde des Näheren auseinandergesetzt, daß nicht so sehr die directe Vererbung, sondern die indirecte Form von wesentlicher Bedeutung ist, und der Umstand betont, daß die einzelnen Socialkrankheiten in der Vererbung vicariiren, einander substituiren können, so daß z. B. die Nachkommen von Alkoholikern eine erhöhte Veranlagung für Neurosen und Psychosen, die Nachkommen syphilitischer Eltern eine erhöhte Disposition für Tuberculose zeigen können etc. Diese Vererbung der Socialkrankheiten unter einander, ferner die Production im Allgemeinen minderwerthiger, auf pathologische Reize abnorm intensiv reagirender Individuen ist es, welche schließlich zur Degeneration von Nationen und Rassen führen muß, da der Staat eben nur eine Summe von auf einem bestimmten Territorium lebenden, nach bestimmten Grundsätzen regierten Einzelindividuen darstellt. Wenn nun auch die Bedeutung der Heredität allgemein anerkannt ist und auch das Gleiche für die Degeneration gilt, so muß doch eingestanden werden, daß wir über Schlagworte bisher noch nicht herausgekommen sind, über Schlagworte, die allerdings eine dominirende Bedeutung gewonnen

haben, die aber nicht mit klaren, fest umschriebenen Begriffen zusammenhängen, sondern die sich jeder, der sich derselben bedient, nach eigener Auffassung zurechtmodelt. Es ist ein überaus merkwürdiger Zug unserer Zeit, daß das Problem der Vererbung und das damit innig zusammenhängende Problem der Entartung das Interesse der Dichter in weit höherem Maße beansprucht, von ihnen viel intensiver bearbeitet wurde, als von den eigentlich dazu berufenen Vertretern der Naturwissenschaft. Gerade die führenden Geister auf dem Gebiete der modernen Richtung — TOLSTOI, ZOLA, IBSEN — stellen ihre individuell beträchtlich differirende, aber anerkannt grandiose Begabung in den Dienst dieser Probleme, und auch die literarische Moderne beschäftigt sich in Roman und Drama mit Vorliebe mit diesen Problemen, allerdings — und dies gilt für alle Dichter — mit mehr oder weniger genialem Dilettantismus. Wäre dies nicht der Fall, so müßte man den colossalen Romancyclus der „Rougon-Macquart“ von ZOLA, die „Gespenster“ von IBSEN, die „Kreutzer-sonate“ von TOLSTOI als die Standardwerke der socialen Medicin, soweit das Problem der Belastung und Entartung in Betracht kommt, ansehen, während sie nichts anderes sind als großartige dichterische Kundgebungen, welche die weltbewegende Bedeutung gewisser Probleme mit dem jedem großen Dichter eigenen Sehergeiste ahnen, ohne denselben beikommen zu können, weil ihnen eben allen die naturwissenschaftliche, biologische Grundlage, auf welcher allein die Lehre von der Vererbung und Entartung aufgebaut werden kann, vollständig mangelt. Es scheint ein eigener, hinreißender Zauber in diesen Problemen zu liegen, welcher auch naturwissenschaftlich gebildete Männer, wenn sie sich mit diesen Fragen beschäftigen, zu Dichtern macht, so daß sie sich von den nüchternen und trockenen Thatsachen losreißen und ihrer Phantasie den freiesten Lauf gewähren. Es genüge, hier die Namen LOMBROSO, MANTEGAZZA, NORDAU zu nennen, welche in ihren Werken poetischer Naturwissenschaft den Bedürfnissen der

modernen Culturwelt nach Erörterung dieser Probleme entgegengekommen sind, die auch Proben glänzender stilistischer Begabung geliefert haben, denen es aber nicht gelungen ist, eine exacte Grundlage für die Lehre von der Vererbung und Entartung zu geben und an Stelle nebulöser poetischer Emanationen klare, fest umschriebene Begriffe zu setzen. Was wir hier benötigen, sind nicht blendende Gedanken und hinreißende Phrasen, sondern zunächst eine große Menge von Thatachenmaterial, welches sich auf die Vererbung bezieht, ferner ausgedehnte Untersuchungen über die wahrnehmbaren, exact zu bestimmenden Kennzeichen der Minderwerthigkeit, bezw. Degeneration. Ist dies erreicht, so sind die Grundlagen für einen Bau gelegt, dessen Krönung die Aufgabe später kommender wissenschaftlicher Generationen sein wird.

Die angedeutete Aufgabe kann nur durch eine auf eine möglichst große Anzahl von Familien und auf eine Reihe von Generationen ausgedehnte S a m m e l f o r s c h u n g geschaffen werden. Auch hier bewährt sich der Satz, daß sowie die sociale Medicin sich nicht mit den Krankheiten, soweit sie das Einzelindividuum betreffen, befaßt, sondern nur, soweit sie den socialen Organismus, d. h. die Gesamtheit schädigen, auch ihre Probleme nicht durch die Arbeit eines einzelnen Forschers, sondern nur durch weit ausgedehnte, nach bestimmten Principien organisierte Sammelforschung gelöst werden können. Das, was auf diesem Gebiete an Arbeiten bisher vorliegt von meist französischen und italienischen Forschern — u. A. MAGNAN, MOREAU, FÉRÉ, LOMBROSO, FERRI etc., denen sich auf bestimmten Gebieten auch TARNOVSKY angeschlossen hat, enthält gewiß manches Brauchbare, auch für die Zukunft Giltige, stützt sich aber nicht auf eine genügend breite, zum unmittelbaren Weiterbau geeignete Grundlage auf einem Gebiete, wo die genialsten Hypothesen eben nicht imstande sind, das Thatachenmaterial zu ersetzen. Das, was z. B. heute als Kennzeichen der Degeneration beschrieben wird, speciell gewisse Stigmen in der Configuration des Schädels, der Ohren, des Gaumens etc. etc., hat durchaus keinen absoluten Werth und bietet keinen unbedingte verlässlichen Maßstab für die Beurtheilung, ob ein „Individuum“, als „degenerirt“ zu betrachten ist. Es würde sich vielleicht vorläufig empfehlen, so lange unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete nicht eine bessere Klärung erfahren haben, an dem Begriffe der Minderwerthigkeit festzuhalten, welcher etwas umfassender ist als der Begriff der Entartung und gerade wegen seiner weniger scharfen Grenzen zur vorläufigen Unterbringung der hier in Betracht kommenden Momente besser geeignet ist. Wenn wir als vollwerthiges Individuum im Sinne der socialen Medicin — ein Individuum bezeichnen, welches körperlich und geistig gesund ist, über eine ausreichende Widerstandskraft gegen pathologische Reize verfügt, d. h. derselben, wenn sie ein bestimmtes Maß nicht überschreiten, Herr zu werden vermag und schließlich durch diese Beschaffenheit principiell die Erzeugung von Individuen gleicher Beschaffenheit gewährleistet, so können wir auch zur Definition des minderwerthigen Individuums gelangen. Wir können als minderwerthig im Sinne der socialen Medicin ein Individuum bezeichnen, welches irgendwelche dauernde Störungen der körperlichen und geistigen Gesundheit darbietet, eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen pathologische Reize aufweist, auf dieselben abnorm intensiv reagirt und schließlich entweder die Erzeugung gleich beschaffener, d. h. auch minderwerthiger Individuen erwarten läßt oder überhaupt nicht mehr zur Production neuer Individuen geeignet ist. Damit wäre allerdings erst ein Rahmen gegeben, innerhalb welchem die einzelnen für die Minderwerthigkeit maßgebenden Kriterien untergebracht werden könnten. Es ist selbstverständlich, daß ein einziges Kriterium für die Definition der Minderwerthigkeit nicht genügt und daß eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein muß, wenn man vom Vorhandensein derselben in einem gegebenen Falle sprechen soll.

Ein entschiedener Nachtheil der bisherigen Degenerationsanthropologie liegt eben darin, daß sie auf bestimmte äußere Zeichen besonderes Gewicht legt, z. B. auf die Beschaffenheit der Ohrmuschel etc. Eine auf das Vorhandensein derartiger Zeichen begründete Degenerationsanthropologie wird sich nur zu leicht als unzuverlässig erweisen; für die Beurtheilung, ob Minderwerthig-

keit vorliegt, kann nur die Betrachtung der gesammten körperlichen und psychischen Organisation, die im Habitus und im Charakter ihren Ausdruck findet, maßgebend sein. Deshalb ist auch die Lehre vom geborenen Verbrecher und der geborenen Prostituirten, den beiden Haupttypen der Degenerationsanthropologie, einer gründlichen Umgestaltung bedürftig. Verbrechen und Prostitution sind sociale Phänomene von großer Tragweite und auch die sociale Medicin muß sich mit ihnen beschäftigen, denn es besteht kein Zweifel darüber, daß Verbrechen und Prostitution besonders dort üppig gedeihen, wo das menschliche Geschlecht eine ausgesprochene Tendenz zur Degeneration zeigt. Verbrechen und Prostitution gedeihen in den modernen Millionenstädten, welche zugleich die Hauptstätten des socialen Elends sind, nicht nur deshalb so üppig, weil so viele Menschen auf einen relativ kleinen Raum zusammengedrängt sind, sondern in erster Reihe deshalb, weil die unter ungünstigen Verhältnissen lebende Proletarierbevölkerung ein Milieu liefert, in welchem die Socialkrankheiten, besonders Tuberculose, Syphilis und Alkoholismus sich mit verheerender Raschheit ausbreiten und ihre verderblichen Wirkungen auf die Nachkommenschaft entfallen können. Es ist kein Zweifel, daß die socialen Entartungsphänomene — Armuth, Verbrechen, Prostitution — in einem innigen, causalen Zusammenhang mit den eigentlichen Socialkrankheiten stehen und nur von diesen aus zu verstehen sind. Die Bestrebungen, einen bestimmten Typus für den geborenen Verbrecher, für die geborene Prostituirte zu finden, erinnern an das Suchen nach pathognomonischen Symptomen und specifischen Mitteln in der Medicin, sind daher ihrem ganzen Geiste nach unwissenschaftlich. Vorläufig läßt sich nur sagen, daß die große Mehrzahl der Verbrecher und Prostituirten in die Gruppe der minderwerthigen Individuen gehört, d. h. in ihrer physischen und psychischen Organisation vom Typus des vollwerthigen Menschen wesentlich abweichen, daß es aber nicht angeht, in irgend einem bestimmten äußeren Zeichen das entscheidende Kriterium der Degeneration zu erblicken. Die großen Verdienste der italienischen criminalanthropologischen Schule sollen nicht geleugnet werden; sie bestehen darin, die Aufmerksamkeit auf diese wichtigen socialen Probleme gelenkt zu haben, aber große, positive Errungenschaften sind bisher nicht zu Tage gefördert worden und sind erst dann zu erhoffen, wenn für den Ausbau der Lehre durch Aufstellung maßgebender Gesichtspunkte eine feste Grundlage geschaffen sein wird. Jedenfalls ist die sociale Medicin in dem hier festgehaltenen Sinne dieses Begriffes in erster Linie berufen, sich mit den Problemen der Degenerationsanthropologie in voller Erkenntniß der Tragweite derselben zu befassen, die Grundlagen zu schaffen und den Ausbau der Lehre durchzuführen, wenn es auch erst fernen Generationen beschieden sein wird, die Höhe der Erkenntniß auf diesem Gebiete zu erreichen und an die Heilung dieser socialen Schäden heranzugehen.

Kleine Mittheilungen.

— Zur Mundpflege bei schwer benommenen Kranken, bei denen zu befürchten ist, daß flüssige Reinigungsmittel in den Kehlkopf gelangen, empfiehlt BRESLER („Zeitschr. f. Krankenpflege“, 1901, Nr. 1) die Holzkohle. Man tupft den mit Mull umwickelten Finger in recht ausgetrocknete, womöglich vorher nochmals ausgeglühte Holzkohle, so daß der Mull stark bestäubt erscheint, und wischt die Zähne und ganz vorsichtig auch das Zahnfleisch so oft wie erforderlich ab; auch eine weiche Zahnbürste läßt sich verwenden, wo es darauf ankommt, Zahnhöhlen zu säubern. Mit einem unbestäubten Stück Mull wischt man nach. Die Gefahr, daß Kohlenstäubchen in den Kehlkopf fliegen, ist nicht groß, da sie schon durch einen leisen Hustenstoß wieder herausbefördert werden; daß gelegentlich durch reflectorische Schluckbewegungen Kohle in den Magen gelangt, ist bei der bekannten gährungswidrigen Wirkung derselben nur erwünscht, da es gerade bei den bezeichneten Kranken oft nothwendig ist, abnorme Gährungsprocesse im Magen und Darm zu bekämpfen. Verfärbung der Zähne tritt erst nach länger dauernder Anwendung ein. Die officinelle Holzkohle läßt sich mit Leichtig-

keit gewiß auch in der Anstalt selbst bereiten. Auf die physikalischen Eigenschaften trockener und fein gepulverter Holzkohle, welche deren Anwendung in obigen Fällen begründen, ist hier wohl nicht nöthig, noch besonders einzugehen.

— Die **Ursachen und die Behandlung der nach Zahn-extractionen auftretenden Schmerzen** gestalten sich nach ISAACSON („Med. Record“, 1900, VIII. — „Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk.“) folgendermaßen: Die häufigsten Ursachen sind: 1. Retention einer pyogenen Membran in der Zahnlücke. Zur Linderung der Schmerzen empfiehlt Verf. Tamponade der Wunde mit einem Wattebäuschchen, das in folgende Lösung getränkt ist:

Rp. Menthol.,
Acid. carb.,
Tinct. Jod. aa. 1:25
Aether.,
Chloroform. aa. 20:0

Abnorme Ausdehnung der knöchernen Wandung. Die Therapie ist die gleiche wie bei Fractur des Alveolus, nämlich Entfernung aller Splitter und Zacken und Irrigation. Zerreißen von Weichtheilen. Hier besteht zumeist eine ausgedehnte Entzündung und Eiterung; wegen Sepsisgefahr ist eine energische Therapie — Incision, resp. Excision — indicirt. Retention von Zahnwurzelresten oder Knochenstacheln in der Zahnlücke. Sie müssen entfernt werden. Retraction des Zahnfleisches vom Alveolus und theilweise Nekrotisirung des letzteren. In solchen Fällen muß man die nekrotischen Massen fortkratzen, bis man auf gesundes Knochengewebe stößt, und dann die Wunde antiseptisch behandeln. Unterminirung der Alveolarplatten und Perforation derselben durch Eiter, der von einem chronischen Wurzelhautabsceß herrührt. Therapeutisch ist indicirt: Incision, Entfernung aller Sequester, Glättung der Knochenflächen, Irrigation und Gazetamponade.

— Ueber günstige Erfolge der **Behandlung des Keuchhustens mit Kreosotal** berichtet POLITZER („Il Boll. med. Trent.“, Nov. 1900). Bei einer Epidemie im verflossenen Sommer bot sich ihm Gelegenheit, das Kreosotal zu versuchen. Der Erfolg war ein prompter und evident. Der Billigkeit halber hat er das Kreosotal stets in Originalfläschchen zu 100 Grm. verordnet; Erwachsenen 2—3 Kaffeelöffel voll und Kindern je nach Alter 3—10 Tropfen 3mal täglich. Die vielen Vorschriften, Kreosotal in Emulsionen zu geben, sind überflüssig, denn Kreosotal, wenigstens das von HEYDEN, ist fast geschmackfrei; mit Milch nehmen es die Kinder sehr leicht und gern.

— Folgende **Medicationen** scheinen bei **Neuralgie** empfehlenswerth:

Rp. Exalgini 2:5
Solve in Tinct. cort. aur. 5:0
Aq. destill. 120:0
Syr. cort. aur. 30:0
D. S. Früh und Abends ein Eßlöffel zu nehmen.
Rp. Methylen. caerul.,
Pulv. nuc. moschat. aa. 0:1
M. f. pulv. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad caps. amyl.
S. 2stündlich 1 Pulver.
Rp. Analgen 5:0
Spir. vini 35:0
Aq. destill. ad 150:0
D. S. 3stündlich 1 Eßlöffel zu nehmen.
Rp. Guaetholi 5:0
Vasellini 30:0
M. f. ung. D. S. Salbe.
Rp. Guaetholi 1:0
Misce terendo cum Glycerini sterilisati . 9:0
D. S. Vor dem Gebrauche umzuschütteln. Zur intramusculären Injection.

— Zur **Behandlung der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen** berichtet SIEBERT (München). Er hatte bereits vor langem die Erfahrung gemacht, daß es nicht nothwendig ist, bei der Behandlung der Gonorrhoe des Mannes über 0·5%ige Protargollösungen hinauszugehen, und brachte deshalb bei den Mädchen, den veränderten Verhältnissen angemessen, 0·5—1%ige Lösungen in Anwendung. Er hielt es für vortheilhaft, auch bei den Mädchen die Zeitdauer der Anwendung des Protargols möglichst zu verlängern, und gab, um das zu erreichen, folgende Anweisung. Man lege das Kind wagrecht, am besten auf einen Tisch. Dann erhöhe man das Gesäß durch ein untergeschobenes Kissen. Die Oberschenkel werden

gespreizt und möglichst dem Bauch genähert. Dann wird die Protargollösung mit einer gewöhnlichen Tripperspritze mit konischer Spitze in die Vagina eingefloßt. Es ist darauf aufmerksam zu machen, daß ja nicht unter starkem Drucke gespritzt, sondern bloß eingefloßt wird. Dann wird die Vulva so lange als möglich, im Durchschnitt 10 Minuten zugehalten und das Verfahren dreimal wiederholt, so daß Vulva und Vagina eine halbe Stunde unter der Einwirkung des Protargols stehen. Das Ganze wurde dreimal täglich wiederholt.

— Ueber die **Gonorrhoebehandlung mit Meta-Kresol-Anytol, Ammonium sulfoichthyolicum und Ichthargan** berichtet SCHOUP („Derm. Centralbl.“, 1900, Dec.). Meta-Kresol-Anytol enthält 40% Meta-Kresol und 60% Anytin, das aus Ichthyol gewonnen wird. Bei acuten Infectionen, also in Fällen, wo die Patienten am Tage des erstmaligen Auftretens der eiterigen Absonderung oder doch am nächsten Tage zur Behandlung kamen, versagte das Meta-Kresol-Anytol insofern völlig, als die Menge des eiterigen Ausflusses nicht wesentlich abnahm und der Befund von Gonokokken sich nicht verringern wollte. Anders bei subacuten und chronischen Fällen. Hier erreichten 4—8 Spülungen mit 1—5%iger Lösung unter Verschwinden der Gonokokken und Eiterkörperchen völliges Nachlassen der Secretion, und es konnte in 14 von 15 Fällen völlige Heilung nach weiteren Beobachtungen festgestellt werden. Gute Dienste bei acuten Gonorrhoeen leistet das Ammonium sulfoichthyolicum, das in 1%iger Lösung zu prolongirten Injectionen zur Anwendung kam. Eine glückliche Verbindung dieser resorbirenden und entzündungswidrigen Beschaffenheit des Ichthyols mit einer energischeren antibacteriellen Wirkung stellt das Ichthargan dar, das Argentum thiohydrocarburosulfonicum solubile. In Lösungen zu 0·02—0·1% für 10 Minuten lang innegehaltene Injectionen oder in der Form der JANET'schen Spülung 1:4000 oder 1:2000 angewandt, ist es für den Kranken völlig reizlos. In den beobachteten Fällen zeigt sich ein schnelles und zuverlässiges Absterben der Gonokokken und baldiges Aufhören der eiterigen und serösen Absonderung. Der schnellste Erfolg trat nach fünf JANET'schen Spülungen ein. Nach 6 Tagen fand sich kein Secret mehr vor, und Nachuntersuchungen nach weiteren 8 und 14 Tagen gaben dasselbe günstige Resultat.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXVI.

Abtheilung für innere Medicin.

FORNARIO (Cairo): Acute Herzdilatation bei Malaria.

In 13 von 55 Fällen von Malaria, die durch Blutuntersuchung identificirt waren, hat Votr. acute Herzdehnung sich entwickeln sehen, die durch Durchleuchtung und Roentgenphotographien festgestellt ist. Als klinisches Zeichen machte sich Herzschwäche geltend, sie entwickelt sich gleichzeitig mit der Ausbildung des Milztumors und der Leberschwellung, ist rückbildungsfähig und stellt sich auch bei neuen Attaquen wieder ein, wenngleich nicht immer in derselben Stärke. Vom Fieber ist sie völlig unabhängig, weil sie zuweilen ohne solches auftritt. Eine bestimmte Ursache läßt sich noch nicht erkennen. Vielleicht handelt es sich um eine toxische Wirkung der Malariaparasiten.

RUMMO (Palermo): Ueber Cardioptose.

(Durch den Secretär verlesen.)

R. beschreibt die Cardioptose als eine neue, selbständige Krankheit: ein Herabsinken des Herzens aus seiner Lage über dem Diaphragma infolge einer primären Lockerung seiner Auf

hängebänder. Sie hat keine Beziehung zu der viel häufigeren Visceralptose. Die eine findet sich ohne die andere und umgekehrt. Sie hat nichts mit der Arteriosklerose zu thun; sie kommt schon im jugendlichen Alter vor. Disponirt sind Personen mit gracilem Knochenbau, langem Thorax, schwachen Muskeln, geringem Fettpolster. Das Wesen der Cardiotose besteht in einer Störung der Statik des Herzens. Es kann zur partiellen oder totalen Ptosis kommen, wo das Herz vollkommen auf dem Zwerchfell aufliegt. Das Herz sinkt dabei nach der linken Seite herüber. Durch das Tiefer-treten des Herzens erweitert sich die Aorta und besonders der Arcus, man muß die großen Ostien im 3. oder 4. Intercostalraum auscultiren, der halbmondförmige Raum TRAUBE'S verkleinert sich, zuweilen rückt sogar der linke Leberlappen etwas herab, auch die Lungenränder treten tiefer wie beim Emphysem. Subjective Symptome: Gefühl von Beklemmung auf der Brust, Präcordialangst, Athemnoth, Herzklopfen, Angina pectoris, Tachy- oder Bradycardie und zahlreiche inconstante neurasthenische Erscheinungen. Die Affection ist familiär, erblich, angeboren. Ursache ist die Entspannung des elastischen Gewebes der Gefäße, besonders der großen Aorta.

HUCHARD (Paris): Die arhythmische und tachyarhythmische Form der Arteriosklerosis cordis.

Votr. will zwei Formen der Herzarhythmie infolge von Arteriosklerose unterschieden wissen: a) Anfälle von Arhythmie, ganz plötzlich auftretend, mit sich überstürzenden ungleichmäßigen Herzschlägen, nach Pausen regelmäßiger Herzthätigkeit, von Zeit zu Zeit immer wiederkehrend; b) schleichende, unbemerkte Entwicklung der Arhythmie, die Jahre lang besteht, ohne die geringste functionelle Störung zu machen, bis plötzlich eine Influenza, eine Aufregung, ein Diätfehler u. dgl. das Gleichgewicht stört und Anfälle von Athemnoth und Herzklopfen hervorruft. Gerade diese Form kann einen sehr ersten Charakter annehmen. Sie reagirt nicht auf Digitalis, wird dadurch sogar meist verschlechtert. Votr. hat schon nach geringen Dosen den Tod eintreten sehen.

FURSTER: Rohes Fleisch in der Phthiseotherapie.

Votr. macht über die Technik dieser neuesten Behandlungsmethode der Lungenschwindsucht, über die bereits viel versprechende Mittheilungen in die Tagespresse gelangt sind, folgende Mittheilung. Man präparirt das rohe Fleisch, indem man mit einem breiten Messer ein Stück Ochsen- oder Hammelfleisch abschabt, um nur das weiche Fleisch zu erhalten, welches man noch durchsiebt. Man theilt die Masse in kleine Kügelchen von Erdbeer- oder Haselnußgröße und bringt sie je nach dem Geschmack des Kranken in Aprikosengelée, Zuckerpillen, u. dgl. Sie werden verschluckt, ohne gekaut zu werden, und der Kranke kann auf diese Weise 100—300 Grm. rohen Fleisches unbeschadet seiner gewöhnlichen Nahrung zu sich nehmen. Unerläßlich ist der gleichzeitige Gebrauch alkoholischer Getränke, die man eßlöffelweise alle Stunden geben läßt. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode, die durch RICHET und CHANTEMESSE in Thierversuchen bewährt gefunden ist, beruhe keineswegs, wie BOUCHARD behauptet habe, auf einer Ueberernährung. Der Vater des Votr. hat in Montpellier seit 35 Jahren günstige praktische Erfahrungen darüber gesammelt.

AUFRECHT (Magdeburg): Ursache und örtlicher Beginn der Lungentuberculose.

Die isolirten tuberculösen Herde, welche man zuweilen in den Lungenspitzen von Individuen findet, die zufällig anderen Erkrankungen erlegen sind, haben durchaus den Charakter von Infarcten. Dieser Infarct ist verursacht durch eine Thrombose der Blutgefäße, deren Aeste das Gebiet, in dem der Herd liegt, versorgen. Die Thrombose ist hervorgerufen durch eine Entzündung der Gefäßwände. Man findet in der Nachbarschaft tuberculöser Herde stets Gefäße, deren Wandungen verdickt sind durch Zellwucherungen, ohne daß das Lumen schon durch Thromben verstopft ist. In der Umgebung der beschriebenen Herde, welche das erste Stadium der Lungentuberculose darstellen, sind fast stets miliare Knoten und kleine acinöse Herde vorhanden. Erstere hat

man bisher als sogenannte Miliartuberkel betrachtet, letztere als Producte einer Bronchopneumonie. Aber mit Unrecht. Die Miliartuberkel sind nur Theile kleiner Blutgefäße, deren Wände durch Zellanhäufung enorm verdickt sind. Die acinösen Herde sind durch die Thrombose kleiner Arterien hervorgerufen. Sie setzen sich zusammen aus einem hämorrhagischen und necrotischen centralen Theil und einem hauptsächlich aus einem dichten Zellenlager gebildeten äußeren Theil. Votr. erläutert seine Befunde durch Demonstration illustrativer Abbildungen mikroskopischer Präparate. Die Lungentuberculose beginnt also mit einer Entzündung der Wände der mittleren Aeste der Lungenarterie, die von einer Thrombose der Obliteration ihres Lumens begleitet ist. Die Lungentheile, in denen die afficirte Arterie sich verzweigt, werden necrotisch. Diese Veränderung der Gefäße, welche sich bei der menschlichen Lungentuberculose wie bei der experimentellen Miliartuberculose findet, wird durch die Einwanderung der Tuberkelbacillen, die sich im Blute befinden, hervorgerufen. Man kann auf gefärbten Präparaten die Bacterien in den Wänden der Gefäße erkennen. Bei diesen nachweisbaren Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Gefäßen ist die bisherige Annahme einer Invasion durch die Luftwege ausgeschlossen. Wie sollte ein unbeweglicher Bacillus mitten durch das Lungengewebe bis in die Gefäße eindringen können, ohne eine sichtbare Läsion des durchdrungenen Lungengewebes zu hinterlassen?! In der Lunge selbst müssen also die Ursachen liegen, welche sie zum Prädislocationsort für die Ansiedlung der Tuberkelbacillen machen. Die Blutbeschaffenheit und die ungünstigen Bedingungen der Circulation erklären die Häufigkeit der Lungentuberculose. Die kleinen Aeste der Lungenarterie sind um so weniger fähig, der zerstörenden Arbeit der Bacillen Widerstand zu leisten, als sie aus dem rechten Herz ihr Blut bekommen, das reich an Kohlensäure und anderen schädlichen Producten des Stoffwechsels ist. Die Prädisposition der Lungenspitzen für die Tuberculose resultirt einerseits aus der Verlangsamung der Circulation, oft unterstützt durch eine sitzende Lebensweise, andererseits aus den Zerrungen des Lungengewebes durch forcirte Ausathmungen, wie z. B. bei schweren körperlichen Arbeiten, Husten u. dgl.

Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg.

KUHNTI: Ueber retrobulbäre Operationen.

Votr. erörtert die historische Entwicklung der retrobulbären Operationen und präcisirt dann den heutigen Stand der Frage. Zum hinteren Orbitalraume kann man von vorne aus gelangen, indem man zwischen Bulbus und knöchernem Augenhöhlenrande eingeht, oder von der äußeren Seite aus, indem man temporär die temporale Orbitalwand reseccirt. Das Operiren von vorn empfahl insbesondere KNAPP, auf den letzteren Vorgang wies KRÖNLEIN hin. Aus anatomischen Gründen wird es immer schwierig und unbequem sein, zwischen Auge und Knochenwand weit in die Tiefe vorzudringen, da der Abstand beider von einander bloß 1 Cm. beträgt. Das Operationsfeld ist ferner nur ungenügend zu beleuchten, eine ernstere Blutung nur mühsam und unsicher zu stillen. Es wurden daher auf diesem Wege retrobulbäre Neubildungen, Cysten, Parasiten etc. nur ausnahmsweise isolirt entfernt, vielmehr das (meist blinde) Auge mitbeseitigt oder gar zu einer Exenteration der Orbita geschritten.

Erst durch die von KRÖNLEIN eingeführte temporäre Resection der temporalen Wand kamen die Gefahren und Unbequemlichkeiten der isolirten Exstirpation in Wegfall. Votr. rühmt die Leichtigkeit und große Sicherheit, welche durch diesen Vorgang den retrobulbären Operationen erwachsen ist. Dieser sollte daher nicht nur in Fällen von Neubildungen in- und außerhalb des Muskeltrichters, Cysten, Parasiten, Exophthalmus pulsans, sondern auch zur breiten Eröffnung von Phlegmonen, zur Reinigung inficirter Verwundungen und insbesondere zu diagnostischen Zwecken geübt werden. Als

werthvolle Hilfsoperation käme er bei Eingriffen in der Gegend am hinteren Augenpol und an der Papille in Betracht.

PFEIFFER: Pestprophylaxe und Pestbekämpfung.

Die Pestgefahr ist jetzt größer als je, da die Seuche von Indien aus während der letzten zwei Jahre nach europäischen Häfen verschleppt worden ist und in letzter Zeit sogar ganz nahe vor den Thoren Deutschlands in England festen Fuß gefaßt hat.

Die zu treffenden Maßregeln basiren zum Theil auf den internationalen Abmachungen, welche in der Conferenz von Venedig festgelegt worden sind. Als besonders wichtig wird eine dauernde Beaufsichtigung des Schiffsverkehrs im Suezcanale, besonders aber auch der mohamedanischen Pilgerfahrten bezeichnet. P. gab dann eine Darstellung der modernen Quarantäneeinrichtungen und der durch das Reichsseuchengesetz für Deutschland geschaffenen und hier in Betracht kommenden Grundlagen, er führte aus, daß die ärztliche Controle der quarantänepflichtigen Schiffe nicht als ausreichend zur Verhütung der Pesteinschleppung zu betrachten sei, daß vielmehr sämmtliche von auswärts in deutschen Häfen einlaufende Schiffe einer dauernden sanitätspolizeilichen Beaufsichtigung unterliegen müssen. Dieser Erwägung folgend, ist Preußen dazu übergegangen, nach dem Muster der in Hamburg geschaffenen Einrichtungen, in allen bedeutenden Hafenplätzen Hafenärzte und Gesundheitsaufseher ausbilden zu lassen. Ein besonderes Augenmerk ist der Vertilgung der Schiffsratten, welche als gefährliche Träger der Pestgefahr zu betrachten sind, zuzuwenden. Von individuellen Schutzmaßregeln finden besonders die Pestimpfungen mit abgetödteten Culturen und mit Pestserum Besprechung.

Als wichtigste Grundlage der Pestbekämpfung wird die frühzeitige Pestdiagnose bezeichnet. In Preußen ist durch Ausbildung sachverständiger Bacteriologen, durch Einrichtung von stehenden und fliegenden Pestlaboratorien, die jeden Moment actionsbereit sind, genügende Vorsorge getroffen. Wichtig ist auch eine streng gehandhabte Anzeigepflicht aller auch nur verdächtigen Erkrankungen und Todesfälle. Nach Feststellung der Pestdiagnose ist das weitere Umsichgreifen der Seuche durch strengste Isolirung der Erkrankten und auch der Verdächtigen, durch Räumung und Desinfection von Pesthäusern, durch möglichste Vernichtung der Ratten einzudämmen.

Notizen.

Wien, 6. April 1901.

(Wiener medicinische Facultät.) In dem soeben zur Ausgabe gelangten Lectionskatalog für das Sommersemester 1901 werden für die medicinische Facultät 286 Vorlesungen und Curse (gegen 284 im Sommersemester 1900) angekündigt, die von 28 (29) ordentlichen, 46 (39) außerordentlichen Professoren und 103 (114) Privatdocenten gelesen werden. Auf die einzelnen Disciplinen vertheilen sich die angekündigten Collegien wie folgt:

Disciplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdocenten u. Assistenten
Geschichte d. Medicin . . .	2	—	—	2
Anatomie	9	2	1	1
Physiologie	16	2	4	2
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	17	2	2	6
Heilmittellehre	9	1	—	2
Interne Medicin	66	4	11	36
Chirurgie	38	2	6	12
Ohrenheilkunde	15	1	1	4
Augenheilkunde	26	2	3	8
Gynäkologie u. Pädiatrik . . .	35	3	8	17
Hautkrankheiten u. Syphilis .	23	3	5	5
Psychiatrie	9	3	1	3
Staatsarzneikunde u. Hygiene	10	2	2	3
Angewandte med. Chemie . . .	10	1	1	2
Veterinärkunde	1	—	1	—
Summe	286	28	46	103

Nicht lesen werden: 2 außerordentliche Professoren und 4 Privatdocenten. — Der summarischen Uebersicht der im Wintersemester

1900/1901 an der Wiener Universität inscribirten ordentlichen und außerordentlichen Hörer entnehmen wir, daß die Zahl der in diesem Semester inscribirten Mediciner 2063 (1178 ordentliche Hörer, 10 ordentliche Hörerinnen, 134 außerordentliche Hörer, 716 Frequentanten, 25 Hospitantinnen) betrug, was 28·9% aller an der Wiener Universität inscribirten gleichkommt. — Diese Ziffern bedeuten eine neuerliche Abnahme der Zahl der Medicin-studirenden, und zwar bezüglich der ordentlichen Hörer um 82, der außerordentlichen um 26, eine Zunahme der Zahl der Frequentanten um 55 und der Hospitantinnen um 5. Die Abnahme im Verhältniß zur Gesamtzahl der Studirenden betrug demnach in Summa 1·29%. Die größte Zahl der Frequentanten weist Amerika auf; ihm folgen Rußland, Niederösterreich, Böhmen, Galizien, Mähren, Belgien, Preußen, England, Asien. Von den Hospitantinnen stammten 18 aus Rußland, 3 aus England, 2 aus Galizien, 1 aus Böhmen und 1 aus Serbien.

(Der neue gerichtsarztliche Gebürentarif.) Die so lange sehnüchtig erwartete Revision der gerichtsarztlichen Gebüren ist nunmehr erfolgt. Das am 3. April d. J. ausgegebene Reichsgesetzblatt enthält die Verordnung des Justizministeriums im Einvernehmen mit den Ministerien des Innern und der Finanzen vom 20. März 1901, „betreffend die Einführung eines neuen Tarifes für die Gebüren der gerichtsarztlichen Sachverständigen im Strafverfahren“, der am 1. Juli d. J. in Kraft tritt. Der neue Tarif stellt im Allgemeinen eine mäßige Erhöhung der bisherigen Gebüren dar, ohne jedoch den berechtigten Wünschen der Aerzte voll zu entsprechen. So betrug die Gebür für eine gerichtliche Section bisher 6 K, jene für die Abfassung eines abgesonderten Gutachtens 4 K, während der neue Tarif für die Leichenöffnung an einer menschlichen Leiche oder an Resten einer solchen sammt Befund 12 K bewilligt. Ob die im Tarif häufig wiederkehrende Unterscheidung von drei Stufen bei Untersuchungen (Fälle einfacher Art, umständliche Untersuchung oder Befundsabgabe, überdies umständliche wissenschaftliche Begründung des Gutachtens) und deren Entlohnung mit 3—6, 6—10 und 10—20 K den Aerzten zugute kommen wird, dürfte nur zu oft von der Auslegung und Durchführung der Verordnung abhängen. Mit Befriedigung ist zu verzeichnen, daß der neue Tarif — dessen eingehende Besprechung wir uns vorbehalten — der Ausgestaltung wissenschaftlicher Untersuchungsmethoden entsprechend, für mikroskopische, spectroscopische oder sonstige physikalische Untersuchung von Blut- und Spermaflecken 10—20 K, für „Untersuchung sammt Befund und Gutachten über Bakterien mit Anlage von Culturen oder Thierversuchen“ 20—40 K zuspricht. Taggelder und Reisekosten werden staatlich nicht angestellten Aerzten nach der IX. Rangklasse vergütet.

(Personalien.) Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdocent Dr. ARTHUR BIEDL ist zum a. o. Professor der experimentellen Pathologie an der Universität in Wien ernannt worden. — Dr. ANDREAS v. HÜTTENBRENNER hat auf seine Stelle als dirigirender Primararzt des Karolinen-Kinderspitals resignirt.

(Ein VIRCHOW-Jubiläum) steht neuerdings bevor. Man berichtet uns hierüber aus Berlin: Zur Ehrung des großen Meisters, Forschers, Lehrers und Menschen wollen seine Schüler, Freunde und Verehrer, sowie die Vertreter der von VIRCHOW gepflegten Wissenschaften in allen Landen dessen 80. Geburtstag festlich begehen. Aus diesem Anlasse soll in erster Linie die RUDOLF VIRCHOW-Stiftung, deren Zweck die Förderung der Wissenschaft ist, in namhafter Weise verstärkt werden. Dem geschäftsführenden Ausschusse des vorbereitenden Comités gehört der geistige Adel Berlins an, im Comité selbst sind die medicinischen Forscher und Lehrer aller Länder der Erde vertreten.

(Der Krankenverein der Aerzte Wiens) versendet soeben seinen 8. Jahresbericht, welchem das stetige Aufblühen dieser so segensreich wirkenden ärztlich-wirtschaftlichen Vereinigung zu entnehmen ist. Wohl ist die Zahl der Mitglieder eine im Verhältniß zur Gesamtzahl der Aerzte Wiens bedauerlich kleine; sie bezifferte sich Ende 1900 mit 426 = etwa 22% der Wiener Aerzteschaft. Daß trotz dieser auf die Indolenz der Collegen zu

rückzuführenden relativ geringen Theilnahme der Aerzte der Krankenverein so außerordentlich leistungsfähig geworden, beweist in gleichem Maße die Existenzberechtigung dieser Institution wie die Tüchtigkeit und Hingebung ihrer Leitung. Beitrittserklärungen und Anfragen übernimmt und beantwortet der Obmann Dr. ADOLF KLEIN, III., Hauptstraße 50.

(Statistik.) Vom 24. bis inclusive 30. März 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7264 Personen behandelt. Hievon wurden 1459 entlassen; 184 sind gestorben (11.19% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 57, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 67, Scharlach 79, Masern 205, Keuchhusten 24, Rothlauf 28, Wochenbettfieber 2, Röheln 2, Mumps 59, Influenza 5, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 748 Personen gestorben (— 19 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Troppau der Landesregierungsrath und Landessanitätsreferent bei der schlesischen Landesregierung Dr. EGBERT KLEINSASSER; in Gries der ehemalige Wiener Zahnarzt und Leibzahnarzt des Kaisers Maximilian von Mexico Dr. CARL MARIA FABER, 80 Jahre alt; in Borszek der Curarzt JOHANN SZILVASSY im Alter von 50 Jahren; in Budapest Dr. ENDRE BATIZI, Honorär-Oberphysicus, 60 Jahre alt; in Großwardein Dr. ISIDOR KÁLMÁN, Oberphysicus i. P. im 69. Lebensjahre; in Bács-Kula der dortige Bezirksarzt Dr. JAKOB THOMAN, 70 Jahre alt; in St. Petersburg der Professor der medicinischen Klinik Dr. V. MANASSEIN im Alter von 60 Jahren, zumal bekannt als Vorkämpfer der russischen Antialkoholisten; in Berlin der praktische Arzt Dr. GEORG FRIEDRICH WACHSMUTH im Alter von 70 Jahren und Dr. SIGISMUND ASCH, 76 Jahre alt; in München Hofrath Dr. ALFRED MARIA BERGER, ein vielbeschäftigter Oculist und hervorragender Schriftsteller.

Univ.-Doc. Dr. Eduard Schiff wohnt jetzt I., Maximilianstraße 13 und ordinirt wie bisher von 2—4.

Doc. Dr. Kolisch ordinirt April—September in Karlsbad „Pomeranzenbaum“.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

MOORBÄDER IM HAUSE

MATTONI'S

MOOR-EXTRACTE ZU BÄDERN

MOOR-SALZ

MOOR-LAUGE

Einziger natürlicher Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

• • •
Mattoni's Moorsalz
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • •
Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Sciophulosis, Bchachitis, Resorption von Exsudaten, Flmor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI

kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Erklärung.

Von anonymer Seite wurde seit längerer Zeit unsere Firma in perfidester Weise in der Oeffentlichkeit angegriffen und bei den Behörden fälschlich denunciert. Die in Folge dieser Anzeigen gegen uns eingeleiteten gerichtlichen und gefällsämlichen Erhebungen haben unsere vollständige geschäftliche Correctheit und Reellität ergeben und **wurden gänzlich eingestellt, ohne dass ein Anlass zu irgend einem weiteren Verfahren gefunden worden wäre.**

Wir heben besonders hervor, dass die von uns in den Weltverkehr gebrachte Marke „Donauperl“ **überhaupt nicht Gegenstand der gepflogenen Erhebungen war.**

Unsere **seit 130 Jahren** in Wien bestehende Firma ist aus allen diesen, den niedrigsten Motiven entsprungenen Angriffen **völlig makellos hervorgegangen**, und wir hoffen darum auch mit aller Bestimmtheit, dass das geschätzte Publikum uns nach wie vor sein ehrendes Vertrauen bewahren wird. Wir haben aus dem einzigen Grunde so lange gezögert, gegen die anonymen Angriffe öffentlich Stellung zu nehmen, weil wir das Ergebniss aller Erhebungen abwarten mussten, um dann umso entschiedener und nachdrücklicher gegen jene Personen auftreten zu können, welche entweder aus Böswilligkeit oder aus Concurrenzneid die unsinnigsten Gerüchte über uns erfanden und weitverbreiteten. **Wir werden nunmehr gegen alle Verleumder und Ehrabschnelder durch unseren Anwalt Dr. Drucker vorgehen und die volle Strenge des Gesetzes wider sie anrufen.**

Wir erlauben uns weiters zur Kenntniss zu bringen, dass an Stelle des im Juli 1900 verstorbenen öffentlichen Gesellschafters Franz Leibenfrost dessen Gattin Frau Anna Leibenfrost als öffentliche Gesellschafterin in unsere Firma eingetreten ist, und versichern wir das geehrte Publikum wie unsere Freunde, **dass wir in Gemässheit der Traditionen unserer Vorfahren die Principien des realen und ehrlichen Weinhandels stets hochhalten werden.**

FRANZ LEIBENFROST & COMP.

k. u. k. Hoflieferanten.

Nachdruck wird nicht honorirt.

Kufeke's Kindermehl

Verhütet und beseitigt

VON ERSTEN AUTORITÄTEN EMPFOHLEN.
• BESTER ZUSATZ ZUR MILCH!

Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc.

Arztl. Litteratur u. Proben gratis u. franco

Bergedorf- FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL Wien
Hamburg. R. KUFKE v/2. Stumporg. 44/46.

Dr. Schuster Bad Nauheim.

Wichtig für Aerzte. * **Thermophor** * Milchthermophore. * *

Stundenlange gleichmässige Wärme ohne Feuerung. Grösste Wohlthat für Kranke u. Wartepersonal. Solideste Ausführung.

Preislisten kostenlos franco. Oesterreichisch-ungarische Thermophor-Unternehmung, Wien, IV., Hauptstrasse 6.

Die Milch bleibt warm und keimfrei (Gutachten aus I. staatl. hyg. Instituten). Thermophorcompressen, Warmwasserkessel, Leibwärmer, Massageapparate etc. etc. * * *

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Reinfektion bei Syphilis. Von Dr. G. NOBL. — Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien. Von Frauenarzt Dr. J. KÖNIGSTEIN in Wien. — **Referate.** MAX KOCH und HERMANN COENEN (Berlin): Fortschritte der Malariaforschung in Italien. — H. HONSELL (Tübingen): Ueber die Wundbedeckung mit der BRUNS'schen Airopaste. — BIER (Greifswald): Ueber den Einfluß künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirnes und künstlich erhöhten Hirndruckes auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen. — L. SEELIGMANN (Hamburg): Zur Behandlung der rückwärts gelagerten, schwangeren, incarcerirten Gebärmutter. — D. RASKAI (REACH) (Budapest): Zur Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis. — LOSCHTSCHILOW: Beitrag zur Frage der Behandlung von Verbrennungen mit Pikrinsäure. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Von Dr. VICTOR URBANTSCHITSCH, a. ö. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität und Vorstand der Abtheilung für Ohrenkranke an der allgemeinen Poliklinik in Wien. — Das Trainiren zum Sport. Von HENRY HOOLE. Für deutsche Verhältnisse bearbeitet von Dr. phil. C. A. NEUFELD. — **Feuilleton.** Freie Arztwahl bei den Krankencassen. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Behandlung des Tripperrheumatismus. — Indicationen des Aderlasses. — Darreichungsformen des Adonidin. — Heidelbeerextract. — Dormiol. — Jodipin. — Itröl bei der acuten Blennorrhoe der Urethra. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXVII. — Aus englischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die Lage der Hilfsärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Reinfektion bei Syphilis.

Von **Dr. G. Nobl.** *)

Lange bevor noch die ätiologische Bedeutung der Mikroben bei Infektionskrankheiten zu allgemeiner Anerkennung gelangte und ehe das Problem der Immunität zum Gegenstande der wissenschaftlichen Erforschung gereift war, hatte die empirische Medicin eine Reihe wichtiger Thatsachen zutage gefördert, welche erst im Lichte der modernen Mikrobiologie dem Verständnisse näher zu rücken vermögen.

So hat die klinische Beobachtung längst gelehrt, daß einer Reihe von Infektionsprocessen gänzlich die Fähigkeit mangelt, die Empfänglichkeit des einmal inficirten Organismus gegenüber einer neuerlichen Durchseuchung mit dem gleichen Virus abzuschwächen, während andere wieder durch das Vermögen charakterisirt erscheinen, nach ihrem einmaligen Ueberstehen dem Körper eine auf längere oder kürzere Zeit sich hinziehende Immunität zu verleihen. Von diesem Gesichtspunkte aus hat die Syphilis von jeher als das Paradigma jener chronischen Contagien gegolten, deren einmalige Manifestation einen dauernden Schutz gegen ein zweites Auftreten sichern.

Obwohl nun die Richtigkeit dieses Erfahrungssatzes in seiner Allgemeinheit die vollste Anerkennung verdient, so stehen in neuerer Zeit doch schon in genügender Zahl einwandfreie Wahrnehmungen zur Verfügung, welche die Allgiltigkeit dieses Gesetzes der „Unicität“ der Syphilis widerlegen und die Möglichkeit der syphilitischen Reinfektion in unanfechtbarer Weise erhärten.

Das langsame Durchgreifen dieser Erkenntniß darf nicht Wunder nehmen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß selbst Forscher von dem Range eines RICORD, BAERENSPRUNG, HEBRA, SIGMUND mit der bezwingenden Macht ihrer Autorität immer wieder für die Einmaligkeit der Syphilis eintraten und so das schon einmal angefachte Interesse von dieser belangreichen Erscheinung der Syphilispathologie stets von Neuem abzulenken imstande waren.

In seinem XIX. Briefe an AMÉDÉE LATOUR bemerkte RICORD: „es sei in der Pathogenie der Syphilis eine durchgreifende Thatsache, daß ein Kranker, der einmal einen indurirten Schanker gehabt hat, nicht abermals eine Induration bekomme.“ Weiter heißt es zwar an jener Stelle — „daß wie für die Vaccine, die Variola etc. dies Gesetz Ausnahmen aufzuweisen haben werde, ja es sogar wünschenswerth sei, daß es Ausnahmen gebe, denn das würde ja beweisen, daß man dahin kommen kann, die syphilitische Diathese zu vernichten“.

Doch sehen wir RICORD trotz dieses theoretischen Zugeständnisses der Reinfektionsmöglichkeit, bis zum Schlusse seiner Wirkungszeit (1860) die These verfechten, daß man im Leben nur einmal Syphilis bekommen könne und die Diathese lebenslänglich, auch nach Tilgung aller Symptome, fortbestehe. Unter dem Eindrucke dieser folgenschweren Behauptung RICORD's, welche gleichsam die Unheilbarkeit des Leidens zu propagiren schien, wagten es nur sehr vereinzelte seiner Compatrioten, wie BOULOGNE (1859), DELESTRE (1859), DIDAY (1862 bis 1863), in jüngerer Zeit C. S. DONAUD (1878), PAULY (1892), DU CASTEL (1898) u. A., mit gegentheiligen Beobachtungen hervorzutreten und die dauernd immunisirende Wirkung der Syphilis in Zweifel zu ziehen.

Mit welcher Beharrlichkeit die überkommenen Lehren die Forschung in dem Banne ihrer dogmatischen Bedeutung festzuhalten vermögen, zeigt in dieser Hinsicht am besten die

*) Nach einem in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums“ am 11. März d. J. gehaltenen Vortrage.

französische Dermatologenschule, welche heute noch — an ihrer Spitze A. FOURNIER — die Unfehlbarkeit des RICORD'schen Satzes proclamirt und die Reinfektionsmöglichkeit in Abrede stellt. Noch am III. Internationalen Dermatologen-Congreß zu London (August 1896) ließ FOURNIER durch WICKHAM verkünden, bisher weder in St. Louis, noch in der eigenen Clientel einen einwandfreien einschlägigen Fall beobachtet zu haben.

In Deutschland wieder waren es die Lehren BAERENSPRUNG's, welche für lange Zeit an dem Vorkommen der Reinfektion zweifeln ließen. Mit der ihm eigenen Entschiedenheit verfocht BAERENSPRUNG in den Charité-Annalen vom Jahre 1867 den Satz: daß Ausbrüche, welche die Syphilis selbst nach mehrjährigen Unterbrechungen macht, niemals die Folgen einer neuen, sondern stets die Folge der ersten Infection seien, und daß auch Personen, welche von der Syphilis geheilt sind, dieselbe Immunität gegen neue Ansteckung zeigen wie diejenigen, bei welchen die Krankheit noch besteht.

Bei aller Behauptung dieses extremen Standpunktes sah sich BAERENSPRUNG doch veranlaßt, die von DELESTRE aus dem Hôpital du Midi veröffentlichte Beobachtung als eine wohl constatirte Reinfektion anzuerkennen und zu gestehen, daß auch die RICORD'sche Lehre mit Ausnahmen einhergehen könne.

Sieht man von dieser autoritativen Bekämpfung der Reinfektion seitens hervorragender Fachleute ab, so scheint es die überwiegende Mehrzahl der als Reinfectio syphilitica ausgegebenen Fälle selbst zu sein, welche stets von Neuem den Glauben an die Möglichkeit eines Neuausbruches der Syphilis ins Schwanken bringt und die Bedeutung der unanfechtbaren Beobachtungen in den Schatten stellt. Schenkt man der Pathologie der Syphilis sein Augenmerk, so muß für den Begriff einer Reinfektion die Forderung aufrecht erhalten werden, daß sowohl bei der Ersterkrankung als auch bei der Neuerscheinung des Processes die Gesamtheit der Merkmale innerhalb der geläufigen Incubationsfrist zur Manifestation gelange, d. h. der gesamte Symptomencomplex der Syphilis von dem Initialaffect angefangen bis zu den constitutionellen Folgeerscheinungen beidemale zur Evolution gelange und zwischen den Allgemeinsymptomen der ersten Infection, respective den Recidiven derselben und der Neuansteckung, zumindest ein der erfahrungsgemäßen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen sei.

Sind es nun die erwähnten Postulate, von welchen man bei der kritischen Durchsicht der in der Literatur als „syphilitische Reinfektion“ verwertheten Wahrnehmungen geleitet wird, so muß man alsbald erfahren, wie reichlich in dieser Hinsicht der berechtigten Skepsis Nahrung geboten wird.

So müssen aus der Betrachtung von vorneherein all jene Fälle ausgeschieden werden, in welchen das Product der Initialsklerose allein oder die Combination der Sklerose mit localer Adenopathie den Neuausbruch der Syphilis bekräftigen soll. In der Zusammenstellung von DIDAY, aus welcher überhaupt nur 19 Fälle in Frage kommen, findet sich das Auftreten von constitutionellen Symptomen nur bei 9 Beobachtungen verzeichnet. Desgleichen figuriren unter den von KÖBNER (1872) theils an den Pariser Kliniken, theils in seiner Klientel gesammelten Reinfektionsfällen 6 ohne constitutionelle Folgeerscheinungen bei der Neuerkrankung.

Die in allen Lehrbüchern registrirte Serie GASCOYEN's (1874) weist unter 11 Wahrnehmungen nicht weniger als 5 auf, bei welchen die frische Infection ausschließlich aus einem indurirten Schanker gefolgert wird. Aus meiner eigenen, 98 Fälle umfassenden Aufstellung der bisher mitgetheilten Wahrnehmungen kann ich die Summe der nicht beweisenden Fälle dieser Kategorie mit einem Drittel der Gesamtzahl bewerthen.

Wenn wir auch zugeben müssen, daß die Syphilis in jedem Stadium ihrer Entwicklung zum Stillstand gelangen könne, indem rechtzeitig und in entsprechender Menge gebildete Antikörper vor einem Weitergreifen der Erscheinungen genügenden Schutz gewähren, so stehen bis heute doch

noch keine specifischen Reactionen zur Verfügung, um den Initialaffect allein oder auch dessen Vergesellschaftung mit polyganglionärer Drüenschwellung für pathognostische Zeichen der constitutionellen Erkrankung betrachten zu können. Abgesehen davon aber, wird bei ähnlicher rudimentärer Erscheinungsweise des Krankheitsbildes dem Irrthume der weiteste Spielraum gelassen. Es sei hiebei nur daran erinnert, daß die syphilitischen Producte mit Vorliebe zu localer Recidivirung tendiren, die venerische Helkose andererseits auf luetischer Basis leicht zu modificirtem Aussehen zu gelangen pflegt und die anatomische Beschaffenheit der meist afficirten Genitalantheile für sich allein schon genügt, um bei ihrem Reichtume an Blut und Lymphbahnen selbst einfach entzündlichen Läsionen einen indurativen Charakter zu verleihen. So wird eine recidivirende Initialsklerose bei bestehender Drüenschwellung dem minder Versirten um so eher das Bild einer Reinfektion vorzutäuschen vermögen, als ähnliche Reindurationen oder Pseudosklerosen im Sinne FOURNIER's nicht selten mit Recidivexanthenen zeitlich zusammenfallen. Zu gleich falscher Deutung können Chancroide, d. h. auf luetischem Boden haftende venerische Geschwüre Anlaß bieten; am häufigsten aber sehen wir, daß gummöse Läsionen des Genitales für Initialerscheinungen gehalten werden, wobei die nicht selten gleichzeitig bestehende gummöse Alteration des regionären Drüsengebildes der falschen Deutung nur Vorschub leistet.

Eine lehrreiche Serie ähnlicher Pseudoreinfektionen hat im Jahre 1884 I. NEUMANN veröffentlicht, welche wohl ein jeder, in dem Fache Beschäftigter mit Beiträgen aus eigener Erfahrung bereichern könnte.

Zu einer weiteren Restringirung müssen ferner jene Beobachtungen Anlaß geben, bei welchen die Allgemeinsymptome der Reinfektion ohne vorangegangenen Initialaffect verzeichnet erscheinen. Bei aller Anerkennung des Vorkommens einer Syphilis d'emblé wird bei ähnlicher Gelegenheit stets dem Einwande Raum zu geben sein, daß es sich um eine Recidive und keine Neuerkrankung handle, zumal selbst maculöse Eruptionsformen zu den wohlconstatirten Recidiven der Spätperiode der Syphilis zählen können (FOURNIER, FEULARD, M. v. ZEISSL). Desgleichen vermögen auch jene nicht zu selten vermerkten Reinfektionsformen einer ernsteren Kritik nicht Stand zu halten, in welchen die Diagnose der Erstinfektion aus einem Abortivverlauf der Syphilis abgeleitet wird.

Hat die Excision oder Zerstörung eines Initialaffectes, oder die Einleitung einer Präventivcur dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen definitiv zu begegnen vermocht, so kann man sich kaum veranlaßt sehen, bei einer späteren Haftung des syphilitischen Virus von einer Reinfektion zu reden, und das um so weniger, als beim Ausbleiben der Folgeerscheinungen die syphilitische Natur der excidirten oder präventiv behandelten Läsionsform erst recht angezweifelt werden muß.

Aber auch jene Fälle, bei welchen sich die Diagnose der Ersterkrankung lediglich auf die anamnestiche Angabe der Kranken stützt, können für die Beurtheilung nicht erstlich in Frage kommen; wie wenig Verlässlichkeit ähnliche Mittheilungen aufweisen, bedarf wohl keiner besonderen Betonung. So bringt MOLÈNES einen Fall von Pseudoreinfektion zur Kenntniß (1891), bei dem es sich nachträglich noch feststellen ließ, daß die Allgemeinerscheinungen der Erstinfektion auf ein Antipyrinexanthem zu beziehen waren!

Weder die Angaben über die Art der Läsionen, noch die Bezeichnung der eingeleiteten Therapie können in dieser Hinsicht genügende Anhaltspunkte für die Richtigkeit des Befundes gewähren, umsoweniger als der oft getriebene Mißbrauch mit den specifischen Behandlungsmethoden keineswegs den Rückschluß auf die wahre Natur des Leidens gestattet.

Nach Ausschluß all dieser zweifelhaften Fälle, welche nach meiner Berechnung mehr als zwei Drittel der Gesamtbeobachtungen betragen, bleibt nur eine verschwindend kleine Anzahl einwandfreier Wahrnehmungen zurück, deren Autenticität und Unanfechtbarkeit indeß durch die Bedeutung ihrer

Beobachter, wie NEUMANN, LANG, MRAČEK, KÖBNER, CASPARY, PELLIZARI, TARNOWSKI, POSPELOW, aus früherer Zeit DIDAY, BÄUMLER, RINEKER, BOECK u. A., zur Genüge verbürgt erscheint.

Obwohl nun die Frage, ob die einmal durchgemachte Syphilis eine dauernde Immunität gegenüber einer Neuinfection sichert, an der Hand des vorliegenden Beweismateriales zu principieller Entscheidung gebracht werden kann, so ist dasselbe doch noch viel zu spärlich, um auch in die Pathologie die Reinfection einen vollen Einblick zu gewähren.

Ein jeder weitere Beitrag wird in der Richtung nur zur Förderung der einschlägigen Kenntniß beisteuern können, indem eine definitive Klärung manch interessanter, heute noch unsicherer Relationen nur von einer entsprechenden Vermehrung verlässlicher Daten zu erwarten steht.

Geleitet von dieser Erwägung, bringe ich im Folgenden einen von mir während beider Attaquen beobachteten Reinfektionsfall zur Mittheilung, dessen Beweiskraft wohl einen jeden Zweifel zu entkräften geeignet ist und überdies noch durch eine Reihe von Einzelheiten besonders beachtenswerth erscheint.

Diese Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen Beamten, der seit den letzten sechs Jahren continuirlich in meiner Beobachtung steht, indem sich der überaus ängstliche Kranke auch zur Zeit seines vollen Wohlbefindens einer regelmäßigen Controle unterzog.

Im Monate Februar 1894 constatirte ich bei dem Patienten eine im Sulcus dorsalwärts situirte, hellergroße, erodirte, gegen die innere Vorhautlamelle hin scharf abgesetzte Sklerose und multiple Induration der beiderseitigen Leistendrüsen, welche bis zu haselnußgroßen Knoten gediehen waren.

Am 5. März trat ein mattes maculöses Exanthem in Erscheinung, das sich nach einer weiteren Woche, von einzelnen intensiver infiltrirten papulösen Efflorescenzen durchsetzt, über den ganzen Stamm ausbreitete. Eine scharf umschriebene Angina, impetiginöse Plaques der Kopfhaut und ein leichtes Defluvium des Capillitium ergänzten den Befund.

Die Allgemeinbehandlung dieser ersten Eruption mußte sich zu jener Zeit auf die interne Verabreichung von Hg-Pillen (250 nach LANG) beschränken, da Patient als Ehemann und Vater das begreifliche Bestreben hatte, die Krankheit zu verheimlichen.

Noch im Monate Juli desselben Jahres trat eine Recidive in Form von Plaques an der Zunge, den Lippen, der Wangenschleimhaut und den Gaumenbögen auf. Diesmal ermöglichten es die äußeren Umstände, eine Injectionscur durchzumachen. Patient erhielt 10 Injectionen des 50% grauen Oeles (Ol. ciner. LANG). In dem darauf folgenden erscheinungsfreien Intervalle bis Mai 1895 nahm der Kranke wiederholt Jodkali intern, im Ganzen 40 Grm. Eine abermalige Recidive, welche ich um die Mitte des Monats Mai 1895 zu verzeichnen hatte, bezog sich auf eine unregelmäßig vertheilte, großfleckige, zum Theil anuläre Roseola am Stamme, schuppige Papeln am Scrotum und Plaques der Zungenspitze und Gaumenbögen. Die Erscheinungen dieses zweiten und letzten Nachschubes kamen alsbald auf locale Behandlung und allgemeine Beeinflussung mit 5% Sublimatinjectionen (10) zur Involution.

Im Jahre 1896 (März) zog sich der Kranke, der seit der Infection mit seiner Frau den geschlechtlichen Verkehr abgebrochen hatte, eine Blennorrhoe zu, an welcher er 2 Monate laborirte. Weder zu dieser Zeit, noch im darauffolgenden Jahre konnte ich an dem Kranken manifeste Symptome der Syphilis, oder Anzeichen einer Latenz des Processes wahrnehmen. Die vorher bestandene Polyadenitis war der Norm gewichen, die allgemeine Decke und die Schleimhäute zeigten eine normale Beschaffenheit.

Als ein weiteres Zeichen von entscheidender Bedeutung für das Erlöschen des Processes war es zu betrachten, dass die Gattin des Patienten, welche in den Jahren 1896 und 1897 mit einem Gebärmutterübel in ärztlicher Behandlung stand, nach Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs mit ihrem Manne in die Hoffnung kam und September 1898 zu entsprechender Zeit ein gesundes Kind gebar, das bis heute nicht die geringsten Anzeichen einer hereditären Syphilis aufweist, wovon ich mich zu wiederholten Malen zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Am 15. Jänner 1900 stellte sich der Kranke wieder bei mir vor, geängstigt durch eine „Aufschürfung“, die, seit 10 Tagen bestehend, nicht zur Verheilung kommen wollte. Patient hatte drei Wochen vorher einen suspecten außerehelichen Coitus ausgeführt.

In der rechten Frenularnische saß ein bohnen großes; von der Corona glandis auf den Sulcus übergreifendes, superficielles Infiltrat mit nässender Oberfläche, dessen nicht zu derbe Säume scharfrandig von der Nachbarschaft absetzten. Damals schon zeigten die rechtsseitigen Inguinaldrüsen eine beträchtliche Intumescenz und Derbheit. In der nächsten Zeit nahm das Infiltrat den typischen Charakter der initialen Induration an, den über haselnußgroßen Leistendrüsen rechts gesellte sich eine ähnliche Modification der linksseitigen inguinalen Lymphknoten hinzu, und Ende Februar hatte ein von universeller Lymphdrüsenverhärtung begleiteter maculopapulöser Ausschlag von der allgemeinen Decke Besitz ergriffen. Während einer zweimonatlichen Behandlungsdauer, innerhalb welcher noch einzelne Plaques an der Mundschleimhaut zur Bildung kamen, erfolgte die Rückbildung des Exanthems und eine theilweise Involution der Drüsen. Die Therapie bestand in 12 5%igen Sublimatinjectionen.

Das gleiche Präparat brachte ich gegen eine im Juli 1900 aufgetretene Recidive in Anwendung, und zwar fand ich diesmal erst mit 15 Injectionen mein Auskommen. Es handelte sich um eine vorzüglich an der Beugefläche der Vorderarme, Brust und Rücken, localisirte, in Form großer Scheiben auftretende ungemein hartnäckige anuläre Roseola, deren Pigmentresiduen noch lange Zeit hindurch persistirten. Im November theilte mir der Kranke bestürzt mit, daß seine Gattin am Genitale ein Geschwür bemerke, und theuerte mir bei dieser Gelegenheit, daß die Cohabitation seit seiner neuerlichen Erkrankung nur ein einzigesmal, wenige Wochen vorher erfolgt sei. Ich bekam die Frau am 23. November 1900 zum erstenmale seit ihrer Erkrankung zu sehen und constatirte bei dieser Gelegenheit eine leicht excavirte, an ihrer Oberfläche speckig-glänzende, bohnenförmige Induration am unteren Pol des linken, großen Labium. Die Leistendrüsen beiderseits waren multipel zu taubeneigroßen, derben Knoten intumescirt. Ein dichtes maculöses Exanthem vervollständigte Mitte December den Symptomencomplex der recedenten Syphilis.

Die Momente, welche in diesem Falle die Unabhängigkeit des zweiten Syphilisausbruches von der Ersterkrankung in überzeugender Weise bekräftigen, sind, wie ich glaube, augenfällig genug, um noch einer besonderen Betonung zu bedürfen. Die Erscheinungen der ersten Syphilis, von dem Initialaffecte angefangen bis zu den constitutionellen Anzeichen, sind nach den typischen Latenzfristen ebenso wie die Recidivsymptome in charakteristischer Ausprägung zutage getreten.

Das Erlöschen der Virulenz war schon aus dem langen Zeitraume zu folgern, der seit der letzten Recidive erscheinungsfrei verstrichen war. Mit noch größerer Evidenz ging dies aber aus dem Umstande hervor, daß die gesunde gebliebene Frau des Patienten gegen Ende dieser Frist, also fast fünf Jahre nach der Infection ihres Mannes, ein von Syphiliserscheinungen verschontes Kind zur Welt brachte.

Der Symptomencomplex der Zweitinfection ließ die gleiche Gesetzmäßigkeit in der Aufeinanderfolge der Erscheinungen erkennen, wie solche dem irritativen Stadium einer frischen Syphilis eigen ist. Nach einem suspecten Coitus kommt eine typische primäre Induration zur Haftung, welcher nach entsprechender Zeit locale und allgemeine Drüsenanschwellung und späterhin wohl charakterisirte Allgemeinerscheinungen folgen. Nach weiteren 4 Monaten bezeichnende, exanthematische Recidiverscheinungen. Abgesehen von diesen klinischen Merkmalen der recedenten Syphilis, steht leider auch der unerwünschte experimentelle Nachweis für die Virulenz des Ausbruches zur Verfügung, indem der Kranke 1/2 Jahr nach seiner Neuerkrankung seine Frau luetisch inficirte.

Der zwischen den beiden Infectionen gelegene Zeitraum belief sich auf sechs Jahre, während von den letzten Folgeerscheinungen der Ersterkrankung bis zur Neueruption 4 1/2

Jahre verstrichen waren. Es ist dies ein Zeitintervall, mit dem sich die erfahrungsgemäße Dauer der Virulenz des Syphiliscontagiums zu decken pflegt. Entsprechend der verschieden langen Krankheitsdauer und der dadurch gesicherten, kürzer oder länger währenden Immunität, zeigt der zeitliche Zwischenraum bei der Reinfektion die weitesten Schwankungen und kann kaum für die Beurtheilung der Heilungsdauer des Processes herangezogen werden, um so weniger, als ja die Gelegenheit zur Neuinfektion sich nicht unmittelbar dem Erlöschen der Erkrankung anschließen wird.

So hat es durchaus nichts Befremdendes an sich, wenn wir neben den interessanten Beobachtungen von DELESTRE (1860), JAKOWLEW (1890) und SALSOTTO (1890), in welchen 20, resp. 32 Jahre und 27 Jahre den Abstand der beiden Attaquen markiren, in nicht geringer Zahl jene Fälle verzeichnet finden, in welchen die zweite Infection sich schon nach drei Jahren der ersten angeschlossen hat (NEUMANN, LANG, KOLLER).

Betrachtet man die Deductionen, zu welchen die Reinfektionsfälle bisher Anlaß geboten haben, so ist denselben, soweit sie die Pathologie des Processes streifen, die größte Reserve entgegenzubringen.

Der von DIDAY vertretenen These, daß die Verlaufsweise der Ersterkrankung für den Charakter der Zweitinfektion bestimmend sei, kann ebensowenig rückhaltlos beigeprüft werden, als jener häufig geäußerten Annahme, daß die Reinfektion stets durch eine besonders milde Verlaufsweise ausgezeichnet sei.

Wenn das letztere Vorkommiß auch häufig zu verzeichnen ist, so mangelt es in der Literatur doch nicht an Wahrnehmungen, welche für das Gegentheil sprechen. So berichtet DIDAY selbst über einen Fall, bei welchem die zweimalige Durchseuchung des Körpers mit demluetischen Virus so vehement in Erscheinung trat, daß der Proceß zu geschwürigem Zerfall des Gaumensegels und gummöser Zerstörung des Nasengerüsts führte. RINECKER (1881) sah nach tardiven Symptomen der ererbten Krankheit eine schwere, von gummösen Formen gefolgte Reinfektion entstehen.

Auch ARNING (1883), MRAČEK (1896, 1901), ASCHNER (1896), OGILVIE (1896) verfügen über Beobachtungen, in welchen die Manifestationen der Reinfektion, die Symptome des ersten Ausbruches an Dignität übertreffen. Die Ansicht, daß die zweimalige Haftung der Syphilis nur geringfügige, in ihrer Virulenz abgeschwächte Läsionen zum Effect haben könne, kann eben nur aus der Berücksichtigung jener, immer noch als Reinfektion gedeuteten Beobachtungen erflossen sein, in welchen sich die angebliche Neuinfektion auf das Product der Sklerose beschränkt.

Eine weitere, häufig geäußerte Bemerkung, daß die Neuanksteckung nur für jene Fälle Geltung habe, in welchen die erste Syphilis mit leichten Erscheinungen der irritativen Periode ihren Abschluß fand, kann bei Betrachtung des heute verfügbaren Materiales auch ebenfalls nur in gewissen Grenzen anerkannt werden. Die Zahl der wohlconstatirten Beobachtungen ist groß genug, in denen die ursprüngliche Syphilis von einer Reihe von Recidiven begleitet war [CASPARY (1875), ARNING (1883), CAMPBEL (1893), COLLINS-HOWARD (1896)], und die Folgeerscheinungen sich außerdem noch auf schwere Formen des gummösen Stadiums erstreckten.

J. MERKEL (1869) sah bei einem Kranken mit veralteter Knochensyphilis eine frische Sklerose auftreten, die nach entsprechender Incubation von einem schweren papulösen Exanthem gefolgt war. KÖBNER hatte noch in Paris die Gelegenheit, mit BAZIN und AUZIAS-TURENNE, eine 18jährige Frau zu beobachten, die, von ihrem Manne inficirt, ein schweres maculopapulöses Exanthem nebst universeller Drüsenschwellung, acquirirte, und außerdem noch eine gummöse Zerstörung des harten, sowie narbige Schrumpfung des weichen Gaumens als Residuen einer aus dem Kindesalter stammenden Syphilis aufwies.

In einem weiteren Falle KÖBNER's (1872) gingen die Erscheinungen der Neuinfektion mit Spätresiduen der Ersterkrankung einher, welche noch in Form von Exostosen am Manubrium sterni und einer Sarkokele vorhanden waren.

JAKOWLEW demonstirte in der Petersburger dermatologischen Gesellschaft (30. December 1889) einen 53jährigen Mann mit recenter Syphilis (Sklerose, Skleradenitis, maculopap. Exanthem), der 1855luetisch inficirt, in den Jahren 1861 bis 1871 an den Kliniken KALKOWSKY und TARNOWSKY wiederholt mit schweren gummösen Attaquen in Behandlung stand.

LUBARSKI (1890) hatte 10 Jahre hindurch einen Mann in Beobachtung, bei welchem wiederholte spezifische Curen dem Auftreten von Spätformen nicht begegnen konnten. Zehn Jahre nach der ersten Infection acquirirte der Patient, noch mit gummösen Läsionen behaftet, neuerdings einen Primäraffect, dem sich alsbald indurirte Adenopathie, maculöses Exanthem und Schleimhautefflorescenzen hinzugesellten.

TAYLOR behandelte durch längere Zeit (1890) ein 18jähriges Mädchen gegen schwere Erscheinungen der hereditären Syphilis; sechs Jahre später bekam er die Patientin mit typischem Primäraffect am äußeren Genitale, Exanthem, Schleimhautplaques und breiten Condylomen am After, wiederzusehen, welche Erscheinungen mit Residuen des früheren Processes einhergingen.

Abgesehen von ihrem casuistischen Interesse, muß ähnlichen Beobachtungen schon aus dem Grunde eine besondere Bedeutung beigelegt werden, als dieselben gleichzeitig, und zwar mit dem Werthe eines Experimentes die Aetiologie gewisser Spätformen der Syphilis beleuchten.

Die von BÄUMLER, LANG, NEUMANN, FINGER u. A. vertretene Annahme, daß gewisse Formen der Spätluës bereits des spezifischen Charakters entbehren und nur mehr als avirulente, liegen gebliebene Reste der erloschenen Krankheit zu betrachten seien, fand von jeher in der Erfahrung ihre Stütze, daß mit ähnlichen Formen, wie Schwielen, organisirten peristalen Auflagerungen, inveterirten Sarkokelearten etc. behaftete Individuen die Krankheit nicht mehr zu übertragen pflegen, die Ueberimpfung solcher Producte meist erfolglos bleibt und dieselben sich der spezifischen Therapie gegenüber refractär erweisen. Zu voller Geltung konnte diese Deutung indeß erst gelangen, seitdem es durch die Reinfektion erbracht erscheint, daß solche Residuen der Spätsyphilis weder eine histogene, noch hämatogene Immunität mehr verleihen, indem sich ihre Gegenwart ganz gut mit einer neuen Durchseuchung des Organismus verträgt.

Von allen sonstigen Deductionen, welche sich an die Erscheinung der Reinfektion knüpfen, kann nur noch jener unbestrittenen Raum gegeben werden, daß wir in der Syphilis einen sicher heilbaren Krankheitsvorgang zu erblicken haben und vorzüglich die spezifischen Behandlungsmethoden es seien, welche den Proceß aufs günstigste beeinflussen, denn in allen bisher zur Mittheilung gelangten Reinfektionsfällen sind die Eruptionen der Ersterkrankung gewissenhaften Mercurialcuren unterzogen worden.

Literatur¹⁾: 1. PH. RICORD, Leçons sur la Syphilis. Paris 1846—62. — 2. H. v. ZEISSL, Ueber die „Einmaligkeit“ der constit. Syph. (Reinf. nach 10 J., II. Syph. ohne constit. Sympt.), „Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien“, 1858, 52. — 3. BOULOGNE, De la reinf. syph. (2 Fälle mit constit. Sympt.), „Gaz. méd.“, 1859. — 4. DELESTRE, Un cas de reinf. (Reinf. nach 20 J.), „Presse méd.“, 1860. — 5. v. BAERENSPRUNG, Ueber syph. Reinf., „Charité-Annalen“, 1867. — 6. VIDAL DE CASSIS, Abhandl. über ven. Krankh., „Arch. gén.“, 1862, II., pag. 26. — 7. HUGENBERGER, Zur Frage der Einmaligkeit der Syph. (2 Reinf. mit Folgesympt.), „Petersb. med. Ztg.“, 1862, Bd. III., pag. 161. — 8. DIDAY, De la Reinf. syph. gén. (20 eigene, 7 fremde Beobacht. meist ohne constit. Sympt.), „Arch. de Méd.“, 1862. — 9. DIDAY, Hist. nat. de la Syph. (7 Fälle von Reinf.), Paris 1863, pag. 273. — 10. LINDWURM, Ueber

¹⁾ Von der ursprünglichen Absicht, die bisher veröffentlichten Reinfektionsfälle in tabellarischer Uebersicht zur Anschauung zu bringen, mußte ich bei der Dürftigkeit und Ungenauigkeit der meisten Aufzeichnungen alsbald wieder abgehen, doch war ich bei Anlage des Registers bemüht, orientirende Anmerkungen einzuschalten, welche immerhin in die Statistik der Reinfektion einigen Einblick gewähren dürften.

Reinf. syph. (1 Fall), „Wörzb. med. Zeitschr.“, 1864, Vol. III. — 11. HUTCHINSON, Constit. of Syph.; S. ROSSEL in REYNOLD'S Syst. of Med., 1865—66, Vol. I. — 12. BERGH, Ueber Reinf. syph. (2 Beobacht.), „Hospitalstidende“, 1865, März. — 13. ENGELFREDT, Ueber Reinf. syph. (1 Fall mit constit. Sympt.), Ber. d. Com.-Hosp. in Kopenhagen pro 1869. — 14. BJÖRKEN, Syphilitidol. Aufzeichn. (3 Fälle, 1 Reinf. ohne constit. Sympt.), Upsala Läkars. Förhandlingar, IV, 7. B. — 15. MERKEL (Reinfection bei bestehenden Spätresiduen der I. Syphilis), „Bayer. ärztliches Intelligenzblatt“, 1869, Nr. 22. — 16. H. LEE, Syphilitic. reinf., St. Georges Hosp. Rep, 1873, Vol. VI. — 17. SIGMUND, Syphilis und ven. Geschwürsformen, Handb. d. allgem. u. spec. Chir. PITHA-BILLROTH, 1870, Bd. I. — 18. KÖBNER, Ueber Reinf. bei constit. Syph. (6 von 8 Fällen ohne constit. Sympt.), „Berl. klin. Wochenschr.“, 1872, 46. — 19. GASCOYEN, On syphilitic. reinf. (11 Fälle, 5 ohne constit. Sympt. bei Syph. II), „The Lancet“, 1874, 24. Nov. — 20. CASPARY, Ueber Reinf. syph. (3 einwandfreie Beobacht., Interv. 4—13 J.), „Deutsche med. Wochenschr.“, 1875, Nr. 7. — 21. C. G. DONAUD, Reinf. syph. (Reinf. nach 9 J.), „Journ. de méd. de Bordeaux“, 1878, Nr. 14. — 22. TANTURI, Un caso di Reinfezione sifilitica (Syph. I ohne allgem. Sympt. ! Reinf. nach 3 Monaten!), „Il Morgagni“, 1878. — 23. BOECK, Erfahrungen über Reinf. syph. (Reinf. nach 17 J.), 1879. — 24. RINECKER, Reinf. syph. (schwere Reinf. nach hereditärer Syph.), Sitzungsber. d. Würzb. phys. Ges., 1878. — 25. THOMSON, Un cas de Reinf. (Reinf. nach 7 J., II. Syph. nur Sklerose!), „Med. Oboz.“, 1878, Nr. 17. — 26. PELLIZZARI, Zwei Fälle von Reinf. syph. (Reinf. nach 10 J. bei Ehegatten), „Lo Sperimentale“, 1882. — 27. H. v. HEBRA, Zwei Fälle von Reinf. syph. (in einem Falle Reinf. ohne allg. Sympt.), „Monatsh. f. prakt. Derm.“, 1883, I. — 28. ARNING, Ein Fall von Reinf. syph. (Reinf. 9 J. post I. Inf.), „Arch. f. Derm. u. Syph.“, 1883, pag. 32. — 29. I. NEUMANN, Ueber Reinf. syph. (Lehrreiche Fälle von Chancroiden und Gummen), „Wiener Med. Presse“, 1884. — 30. I. NEUMANN, Ueber Reinf. syph. (Reinf. nach 2 J., auch im Lehrbuch angef. Fall einer Frau), „Allg. Wiener med. Ztg.“, 1886, Nr. 19. — 31. RABITSCH-BEY (Kairo), Beitr. zur Lehre der syph. Reinf. (4 gänzlich unverwerthbare Fälle), „Wiener med. Wochenschr.“, 1886. — 32. DUCREY, Caso sing. di reinf. sif. in una donna, „Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle“, 1888, II. — 33. SALSOTTO, Sulla Reinf. siph., „Osservatore Torino“, 1889 (2 Fälle?). — 34. RASUMOW, Ein Fall von Reinf. syph. (Reinf. nach 8 J.), „Med. Obsr.“, 1889, pag. 402—407. — 35. HARRISON YOUNGE, A case of reinf. syph. (Interv. 7 J.), „British med. Journ.“, 1889, 22. Nov. — 36. N. PREISS, Ein Fall von Reinf. syph., „Russ. Medicin.“, 1889, Nr. 49. — 37. JAROWLEW, Ein Fall von Reinf. syph. (Reinf. nach 32 J.; zwischen gummöser Recidive der I. Syph. und Reinf. 16 J.), „Wratsch“, I., 1890, Russ. syph. Ges., St. Petersburg, 30. Dec. 1889. — 38. MOLÈNES, Pseudoreinf. syph., „Annales de Derm. et de Syph.“, 1891. — 39. BROCK, Reflexionen über Reinf. syph., „Revista di dermatologia“, 1890, Nov. — 40. POSPELOW, Ueber einen Fall von Reinf. syph. (Reinf. nach 8 J.), Sitzungsber. d. Aerztevers. d. Mjassnitzki-Spitales, Moskau, 6. Mai 1890. — 41. TAYLOR, A case of second. inf. with Syph. etc. (2 Fälle, davon einer Reinf. bei heredit. Syph.), „New York med. Journ.“, 1890, 20. Sept. — 42. LUBARSKI, Ein Fall von Reinf. syph. (nach 10 J.), „Med. Rundschau“, Moskau 1890, I. — 43. SAALFELD, Recidivirende Initialsklerose, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1891, Nr. 19. — 44. FEIBES, Ein Fall von Syphilisreinf. (5 Monate nach I. Infect.!), „Berl. klin. Wochenschr.“, 1891, Nr. 40. — 45. PETIT, De la Reinf. syph. (analyt. Betrachtung), Thèse de Paris, 1891. — 46. P. A. PATTESON, A case of II. inf. syph. (Reinf. nach 6 J. in Form von Syph. d'embellie), „Brit. Journ. of Derm.“, 1891, Nr. 22. — 47. SALSOTTO, Terzo caso de reinf. siph., „Gaz. med. di Torino“, 1892, Nr. 48. — 48. PETER, Ueber Reinf. b. Syph., Verhandl. d. Berl. dermat. Ges., 5. Juli 1892. — 49. R. A. GONSKI, Syph. Reinf. (Interv. 11 J., fraglicher Fall), „Gaz. Lekarska“, 1892, Nr. 24. — 50. POSPELOW, A case of syph. reinf. (Reinf. nach 7 J.), „Lancet“, 1892, Bd. I, pag. 917. — 51. P. PAULOW, Ein Fall von Reinf. syph. (Reinf. 15 Monate nach letzt. Sympt. der I. Syph.), „Med. Obsr.“, 1892, Bd. 38, pag. 93. — 52. PAULY, Un cas de reinf. syph. (Reinf. nach 15 J.), „Journ. de mal. cut. et syph.“, 1892, pag. 347. — 53. W. CAMPBELL, Syphilitic. reinf. (Reinf. mit constit. Sympt.), „Lancet“, 1893, 14. Oct. — 54. M. HOROWITZ, Reinfectio? Reinduratio etc., „Allgem. Wr. med. Ztg.“, 1893, Nr. 37. — 55. DE HEREDIA, Un cas de reinf. syph. (anamnest. bestimmte Erstinfection?) (Reinf. nach 14 J.), „La cronica medica“, 1893. — 56. A. P. ORTEL, Ein Fall von Reinf. syph. nach 5½ J. (fraglich), „Wrenno Medizinskii Journ.“, Aug. 1894, Nr. 45. — 57. I. NEUMANN, Ein Fall von Reinf. syph. (I. Infect., Präventivbehandelter Primäraffekt), Wiener dermat. Ges., 7. Febr. 1894, „Arch. f. Derm.“, 1894, Bd. 27, pag. 428. — 58. TOUTON, Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, 1895. — 59. SCHIBREN, Ueber Reinf. syph., „Dermatolog. Zeitschr.“, 1895. — 60. S. M. GOLDENBERG, 2 Fälle von Reinf. syph. (während beider Eruptionen von Autor selbst beobachtet), „Jeszensgedelnik“, 1895, Nr. 37, ref. „Arch. f. Derm.“, 1897, Bd. 39, pag. 449. — 61. F. MRAČEK, Ueber Reinf. syph., „Wiener klin. Rundschau“, 1896, Nr. 2—4 (zwei wohlconstitirte Wahrnehmungen). — 62. ASCHNER, Ein Fall von Reinf. syph. nach 5 J., Verhandl. d. Ver. ung. Derm. u. Urologen, Sitz. 9. Januar 1896. — 63. E. LANG, Vorlesungen über Path. u. Ther. d. Syph., II. Aufl., 1896 (5 Fälle von Reinf. syph.). — 64. I. NEUMANN, Lehrb. d. Syph. — Spec. Path. u. Ther. von NOTHNAGEL, 1896, pag. 151. — 65. PAXTON COLLINS HOWARD, Ueber einen Fall von syph. Reinf. (Interv. 9 J.), „Journ. of cut. and gen.-urin. Diseases“, Aug. 1896. — 66. A. COPPER und E. COTTRELL, Discussion über die Reinf. bei Syph., Verhandl. des III. int. Derm.-Congr., London, 4.—8. Aug. 1896. — 67. FITZ GIBBON (Dublin), Zur Verlaufsw. d. Reinf. syph., ibidem. — 68. E. LANG, Ein Fall von Reinf. syph. nach 3¼ J., „Arch. f. Derm.“, 1896, Bd. 37, pag. 437. — 69. FOURNIER (de Brier), Un cas de reinf. syph., „Gaz. hebdom. et med. et de chir.“, 1896, Nr. 71. — 70. OGILVIE, De la reinf. de la syph., „La France médicale“, Nr. 43, 1896. — 71. E. LANG, Ein Fall von Reinf. nach Sklerosenexsion,

Wiener dermat. Ges., 10. Febr. 1897. — 72. KOLLER, Ein Fall von Reinf. syph., Berl. dermat. Ges., Sitz. 6. Juli 1897. — 73. W. M. TARNOWSKY, Reinf. syph. nach 10 J., „Wratsch“, 1898, Nr. 9, pag. 241. — 74. DU CASTEL, Un cas de reinf. syph., „La Médecine mod.“, 1898, Nr. 16. — 75. PICANDET, Considerations sur la reinf. syph., Thèse de Paris, 1898—99. — 76. F. MRAČEK, Ein Fall von Reinf. syph., Ges. d. Aerzte in Wien, Sitz. 22. Febr. 1901, „Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 9, pag. 225.

Ueber therapeutische Verwendung und Erfolge des Fersans bei Chlorosen und Anämien.

Von Frauenarzt **Dr. J. Königstein** in Wien.

(Schluß.)

Die nächste Versuchsreihe bildeten eine Anzahl von Anämien, welche theils auf schlechte Lebens- und Ernährungsverhältnisse zurückzuführen waren, theils auf chronische Erkrankungen des Genitale, so Cervicalkatarrh, Endometritis und entzündliche Affectionen der Adnexe, weiters pathologische Affectionen des Genitaltractes, die Blutverluste sowohl chronischer als auch acuter Natur im Gefolge haben. Hier wären zu nennen jene Form der hämorrhagischen Endometritis, die so häufig vorkommt und die damit behafteten Individuen durch die wiederholten Blutverluste anämisch macht, dann die Blutungen bei myomatöser Entartung des Uterus, bei Lageveränderungen der Gebärmutter, Erkrankungen der Adnexe, die sich sowohl in profusen Blutungen zur Zeit der Menstruation äußerst lästig machen oder aber auch in unregelmäßigen häufigen Blutverlusten sich bemerkbar machen und die davon betroffenen Pat. stark von Kräften bringen und hochgradig anämisch machen. Hauptsächlich aber sind jene schweren acuten Blutungen in Betracht gezogen worden, wie sie infolge incompleten Abortus auftreten, im Geburtsverlauf bei Placenta praevia nach Ausstoßung der Frucht durch Verhalten der Placenta oder von Theilen derselben oder nach vollendetem Geburtsacte durch Atonie des Uterus. Es ist natürlich als selbstverständlich nicht weiter zu erwähnen, daß bei all diesen krankhaften Zuständen in erster Linie nach Thunlichkeit das ursächliche Moment der Anämie beseitigt wurde und dann in zweiter Linie in Betracht gezogen wurde, den Blut- und Säfteverlust und die dadurch gesetzten Ernährungsstörungen durch entsprechende diätetische und therapeutische Maßnahmen so rasch als möglich zu beheben. Daß man unter solchen Verhältnissen gerne zu Mitteln greift, die von anderer Seite als verlässlich bezeichnet werden und welche die Feuerprobe bestanden haben, wird man wohl leicht begreiflich finden und ich habe thatsächlich Gelegenheit gehabt, bei einer Reihe solcher vorerwähnter Fälle infolge hochgradiger Anämie das Fersan zu verabreichen, nachdem die Ursache der Blutverluste nach Thunlichkeit beseitigt worden war, und war mit dem Enderfolg sehr zufrieden. Man könnte mir wohl einwenden, daß solche Fälle, wie ich sie im Auge habe, nicht als Prüfsteine für die Güte eines Eisenpräparates gelten können, da bekanntermaßen selbst nach schwersten Blutverlusten bei Frauen nach Behebung der Ursache und bei entsprechendem Verhalten die acute Anämie wieder rasch behoben wird und nach kurzer Zeit wieder normale Verhältnisse eintreten. Dieser Einwand wäre wohl zum Theile richtig, doch ist das Eisenpräparat ein wesentliches Unterstützungs- und Förderungsmittel. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob Heilung nach 2—3 Monaten eintritt, dabei durch längere Zeit Bettruhe eingehalten werden muß und sonstige, die gewöhnlichen Lebensverhältnisse schwer berührende Anordnungen getroffen werden müssen, die Pat. durch lange Zeit ihrer gewohnten Lebensweise und der Ausübung ihres Berufes nicht nachgehen können, oder ob nach 2—3 Wochen der Status quo ante eintritt, wobei Pat. nur kurze Zeit ans Bett gefesselt sind und nach Verlauf einer kurzen Frist wieder ihren Berufspflichten in vollem Umfange nachgehen können. Ich hatte, wie ich schon oben erwähnte, Ge-

legenheit, mich von der prompten Wirkung des Fersan bei einer Reihe schwererer Anämien zu überzeugen und will von den Fällen, die ich hier im Auge habe, bloß drei herausgreifen und ausführlicher beschreiben.

In dem einen Falle handelte es sich um einen incompleten Abortus, der mit schwerem Blutverluste einherging, der mehrere Tage anhielt, bis ich endlich zu Rathe gezogen wurde. Ich fand eine fast ausgeblutete, kräftig gebaute, gut genährte Person mit fliegendem, kaum fühlbarem Pulsschlage, etwas benommen, auffallend blaß, mit einem Stich ins Gelbliche. Aus dem Genitale starke Blutung, Uterus vergrößert, entsprechend einer Gravidität am Ende des 3. Monates, Muttermund geöffnet, für den Finger passirbar, im Uterusinneren Eireste. Dieselben werden theils mit dem Finger, theils mit der SCHULTZE'schen Löffelzange entfernt, dann stumpf curettirt und das Cav. uteri mit Jodtinctur ausgewischt und tamponirt, sowie eine Ergotinjection in die Bauchdecken gemacht. Die Blutung sistirt, und wird nach 2 Stunden eine Kochsalzinfusion gemacht, da der Zustand der Pat. ein bedrohlicher ist. Reichliche Zufuhr von Alcoholicis, heißen Getränken und sonstigen Analepticis. Nach mehreren Stunden erholt sich Pat. zusehends und kommt wieder zu klarem Bewußtsein. Die sofort in der Wohnung der Pat. vorgenommene Blutuntersuchung (Dr. JOLLES hatte sowohl in diesem Falle als auch in jenen Fällen, wo die Pat. sich nicht ins Laboratorium begeben konnten, die Liebenswürdigkeit, mir behufs Vornahme der Blutuntersuchung einen Herrn seines Laboratoriums mit den dazu nöthigen Instrumenten an Ort und Stelle zu senden, und wurden diese Untersuchungen unter meiner Controle ausgeführt) ergab folgendes Resultat: Die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug 1,350.000, der Hämoglobingehalt nach FLEISCHL 30%. Ferrometerzahl nach JOLLES 46. Ich verabreichte der Pat. bereits am nächsten Tage das Fersan und konnte schon nach Verlauf von 10 Tagen eine bedeutende Besserung des Blutbefundes verzeichnen, indem eine neuerliche Blutuntersuchung folgendes erfreuliche Resultat ergab: Zahl der rothen Blutkörperchen 2,400.000, Hämoglobingehalt 55%, Ferrometerzahl nach JOLLES 58 bis 60. Ich ließ die Patientin das Fersan in der vorerwähnten Dosis und Weise weiternehmen und machte nach weiteren 10 Tagen eine neuerliche Blutuntersuchung, welche einen ganz überraschenden Erfolg aufwies. Die Zahl der rothen Blutzellen war auf 4,080.000 gestiegen, der Hämoglobingehalt auf 85%, Ferrometerzahl nach JOLLES 78. Ich veranlaßte die Patientin, das Fersan noch weitere 8 Tage zu nehmen und sich wieder bei mir vorzustellen. Als sie wieder erschien, machte sie den Eindruck einer völlig gesunden Person. Ihr Aussehen war blühend, keinerlei noch so geringe subjective Beschwerden vorhanden. Unter solchen Umständen wurde von einer Untersuchung des Blutes abgesehen.

Beim 2. Fall, den ich einer Erwähnung für werth erachte, handelte es sich um eine profuse Blutung bei einer Placenta praevia, combinirt mit einer Querlage bei einer Mehrgebärenden. Der Fall gehörte wohl zu den schwersten, die ich je gesehen, und rasches, energisches Eingreifen war unter allen Umständen geboten. Der Blutverlust mußte bis zu meinem Eintreffen ein ganz enormer gewesen sein, denn ich fand die Pat. fast verblutet dem Auslöschten nahe. Ich zögerte nicht lange, ging, ohne mich in genügender Weise desinficirt zu haben, in den Uterus ein, machte die Wendung auf den Fuß, welcher ich die Extraction sofort anschloß, da die kindlichen Herztöne kaum mehr zu hören waren und weiters ja die Möglichkeit der Nichtsistierung der Blutung im Auge zu behalten war, in welchem Falle ein sofortiges zweckentsprechendes Eingreifen indicirt gewesen wäre. Zum Glück kam es nicht dazu, da unmittelbar nach der Entwicklung des Kindes die ganz zerfetzte Placenta ausgestoßen wurde, der Uterus sich gut contrahirte und die Blutung sistirte. Es wurden nun, wie ja selbstverständlich, alle therapeutischen Maßnahmen getroffen, um dem gefahrdrohenden Zustand der ausgebluteten Pat. zu begegnen. Packungen in heiße Tücher, subcutane Injection von Kochsalzlösung in die Bauchdecken, hohe Eingießung von Kochsalzlösung in den Mastdarm, Analeptica und Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen per os u. dgl. m. Die Besserung in dem Zustand der Kranken ging nur langsam von statten. Wiederholte Collapse ließen das äußerste befürchten, doch trat

am 6. Tage eine entschiedene Wendung in dem Befinden der Pat. ein, und war dieselbe zu Beginn der zweiten Wochenbettswoche bereits außer aller Gefahr und in dem Befinden eine stete Besserung zu verzeichnen. Der Verlauf des Wochenbettes war ein vollständig fieberfreier. Am 10. Wochenbetttag gab ich versuchsweise Fersan und war überrascht, in welcher guten Weise das Präparat vertragen wurde, und in welcher unverkennbarer Weise es den Heilungsproceß förderte. Von einer Blutuntersuchung mußte in diesem Falle abgesehen werden, da sowohl die Wöchnerin, als auch ihre Umgebung eine solche bei dem trostlosen Zustande der Wöchnerin in ihrer Angst zu Beginn des Wochenbettes nicht zulassen wollten und dieselbe später belanglos gewesen wäre zur einwandfreien Beurtheilung der Fersanwirkung. Jedenfalls war zu constatiren, daß die Besserung im Befinden der Wöchnerin rasch und zusehends vorwärts ging, und dieselbe bereits zu Beginn der 4. Woche das Bett verlassen konnte. Die Wöchnerin nahm das Präparat im Ganzen durch 30 Tage, und zwar 3mal täglich 1 Kaffeelöffel. Ganz analog verhielt sich ein Fall von schwerer Blutung infolge Placentarverhaltung. Nach Lösung der Placenta sistirte die Blutung. Vom schweren Blutverluste erholte sich Pat. in verhältnißmäßig kurzer Zeit unter Zuhilfenahme des Fersan. Weiters wäre ein Fall zu erwähnen, bei welchem die Pat. infolge eines Placentarpolypen durch profuse, bereits längere Zeit andauernde Blutungen so herabgekommen war, daß sie genöthigt war, infolge hochgradiger Schwäche das Bett zu hüten. Ich will auf die Anamnese und den Stat. praes. dieses Falles nicht weiter eingehen und will nur bemerken, daß sich nach Entfernung des Polypen der Zustand der Pat. rasch besserte. Wesentlich unterstützt wurden die therapeutischen Maßnahmen durch das Fersan, welches in der vorher beschriebenen Weise, und zwar 6 Kaffeelöffel täglich, genommen wurde. Es wurde gut vertragen und scheint mithin an die verdauenden Kräfte des Magens keinerlei Anforderung zu stellen. Die Blutuntersuchung, die in diesem Falle ausgeführt wurde, zeigte eine ganz wesentliche Zunahme des Hämoglobins. Die Hämometerzahl stieg von 42% auf 98% im Laufe von 4 Wochen, ebenso hatte die Zahl der rothen Blutzellen eine auffallende Zunahme aufzuweisen, indem sie von 1,900.000 auf 4,500.000 stieg. Auch die Ferrometerzahlen zeigten einen wesentlichen Anstieg von 55 auf 85. Auch das Körpergewicht hatte um $4\frac{1}{4}$ Kgrm. zugenommen. Das Allgemeinbefinden der Pat. war ein zufriedenstellendes und konnte dieselbe ihren häuslichen Verrichtungen wieder in vollstem Umfange nachkommen.

Ganz wesentliche Dienste leistete mir das Fersan in der Reconvalescenz nach Puerperalfieber. Von den 5 Fällen, die ich mit Fersan behandelte, will ich einen besonders markanten hier des genaueren beschreiben.

Frau H. S., 45 Jahre alt, hatte zu wiederholtenmalen normal entbunden. Zwischen den beiden letzten Schwangerschaften war ein Zwischenraum von 12 Jahren verstrichen, das älteste Kind bereits 24 Jahre alt und verheiratet. Diese Umstände dürften auch die Frau veranlaßt haben, die letzte Gravidität künstlich zu unterbrechen, wobei es zu einer schweren Infection kam. Als ich zu Rathe gezogen wurde, fand ich eine hoch fiebernde, stark blutende Frau. Die Untersuchung des Genitale ergab einen vergrößerten Uterus, der äußere Muttermund, sowie Cervicalcanal eröffnet, für den Zeigefinger leicht passirbar, im Cavum uteri waren Eireste zu tasten. Die Parametrien waren auf Druck empfindlich, ebenso das Abdomen, das leicht aufgetrieben erschien. Vorerst wurden die Eireste theils mit dem Finger, theils mit der SCHULTZE'schen Löffelzange entfernt und daran eine heiße, intrauterine Ausspülung angeschlossen. Die Blutung stand. Die Temperatur sank nach diesem Eingriffe in den Vormittagsstunden von 40·2 auf 37·8, stieg aber am nächsten Tage wieder auf 39·8 an, um sich dann durch volle 8 Wochen mit geringen Remissionen, die jedoch die Norm niemals erreichten, auf nahezu gleicher Höhe zu erhalten. Es hatte sich ein beiderseitiges, parametranes Exsudat gebildet und war eine Pelveoperitonitis vorhanden, sowie ein profuser, eiteriger Ausfluß. Die Frau war stark herabgekommen, da sie während der Fieberzeit nur auf Eis gekühlte Milch vertrug und davon nur sehr geringe Mengen zu sich nehmen konnte. Auch in der ersten Zeit

der Reconvalescenz hatte man mit großen Schwierigkeiten betreffs der Ernährung zu kämpfen, da Pat. nichts vertrug und besonders der Versuch, Nahrung in fester Form einzuführen, jedesmal mißlang. Milch, auf Eis gekühlt, wurde vertragen, doch konnten nicht genügend große Mengen verabreicht werden, da Pat. bei jedesmaligem Versuche mit Brechreiz reagierte. Im Verlaufe der zweiten fieberfreien Woche wurde es insofern besser, als Pat. bereits größere Milchquantitäten zu sich nehmen konnte und auch verschiedene Fleischsorten in entsprechender Zubereitung und Darreichungsweise vertragen. Dies veranlaßte mich, bereits gegen das Ende der zweiten fieberfreien Woche der Pat. das Fersan in Milch zu verabreichen, und zwar 3 Kaffeelöffel täglich, und ich stieg in der 4. Woche der Reconvalescenz bis auf 6 Kaffeelöffel, da das Präparat gut vertragen wurde. Die zu Beginn der Fersanverabreichung in der Wohnung der Reconvalescentin vorgenommene Blutuntersuchung ergab einen Hämoglobingehalt von 40% nach FLEISCHL. Ferrometerzahl nach JOLLES 36 bis 40. Die Zahl der rothen Blutkörper betrug 1,200.000. Eine in diesem Falle vorgenommene Zählung der weißen Blutkörper ergab starke Vermehrung derselben. Aufstrichpräparate, die nach EHRlich gefärbt wurden, zeigten deutlich Kernzerfall der poly- und mononucleären Zellen. Eosinophile Zellen, sowie kernhaltige rothe Blutzellen, vielgestaltige rothe Blutkörper in Zerfall begriffen. Die nach Verlauf von 2 Wochen wieder vorgenommene Untersuchung des Blutes ergab eine wesentliche Besserung. Die Zahl der rothen Blutzellen war auf 2,000.000 gestiegen, der Hämoglobingehalt auf 55%. Ferrometerzahl nach JOLLES 46 bis 48. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab wohl noch eine ausgesprochene Poikilocytose und Vermehrung der Leukocyten. Pat., welche inzwischen das Bett verlassen hatte, nahm das Fersan durch volle 6 Wochen und wurde, wie ja selbstverständlich, nebstbei auch noch kräftigst genährt. Eine nach diesem Zeitraume wieder vorgenommene Blutuntersuchung ergab vollständig normale Verhältnisse.

Gute Dienste leistete mir das Fersan auch bei herabgekommenen Frauen, die durch die Schwangerschaft stark mitgenommen waren, und wo ich im protrahirten Wochenbette neben einer kräftigen Diät auch Fersan verabreichte.

Im Großen und Ganzen hat mir, wie aus dem Vorhergehenden zu ersehen ist, das Fersan gute Dienste geleistet und werde ich das Präparat auch in Zukunft bei Behandlung von Chlorosen und anämischen Zuständen bei Frauen stets in Anwendung ziehen, da ich es als eine werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes sowie als einen Fortschritt auf dem Gebiete der Eisentherapie betrachte. Das Fersan wurde immer gerne genommen und besitzt eine große Resorptionsfähigkeit, ist leicht verdaulich und wurde gut vertragen. Es wirkt appetitanregend, hebt das Allgemeinbefinden, regt die Blutbildung energisch an, erfüllt somit alle Anforderungen, die an ein verwendbares Eisen- und Nährpräparat füglich gestellt werden können.

Referate.

MAX KOCH und HERMANN COENEN (Berlin): Fortschritte der Malariaforschung in Italien.

Die ersten fundamentalen Versuche mit positivem Erfolg über die Inoculation der menschlichen Malaria hat BIGNAMI angestellt. Er machte folgendes Experiment: Einen alten Patienten, der sich seit sechs Jahren wegen eines Nervenleidens im Spitale befand, und der noch niemals Malaria gehabt hatte, ließ er eine Woche lang in einem Zimmer des oberen Stockwerkes des genannten Hospitales schlafen, dessen Fenster mit Tüllgaze verschlossen waren. In diesem Zimmer setzte er dann Mücken aus einer Malariaegend aus. Der Kranke bekam nach einigen Tagen Fieber und am 3. Krankheitstage fand BIGNAMI die Parasiten der Malaria aestivo-autumnalis im Blute des Kranken und gab Chinin („Berl. klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 12). So war das erste Malariaexperiment gemacht, die Mosquito-Malaria-theorie war zur Thatsache

geworden. Als Trägerin der menschlichen Malaria ist die Mückenspecies Anopheles anzusehen. Die drei Parasitenspecies erhalten sich auch im Körper der Mücke constant. Der Entwicklungszyklus in der Mücke erfolgt geschlechtlich, im Blute des Menschen ungeschlechtlich. Diesen, den letzteren Vorgang nennt GRASSI Monogonie (nach SCHAUDINN Schizogonie), die geschlechtliche Entwicklungsphase Amphigonie (Sporogonie) und deren einzelne Glieder Amphionten. Der Monogonie entsprechen die Mononten. Die jüngste Form der Monogonie ist die Ringform; diese wächst, erhält amöboide Beweglichkeit und bildet schließlich unter Theilung des Chromatins und Aufzehrung des rothen Blutkörperchens die Sporulationsform; die einzelnen Sporen invadiren dann andere rothe Blutkörperchen und der Entwicklungszyklus der Mononten ist damit geschlossen. Der Malaria aestivo-autumnalis entsprechen auch Halbmonde, der tertiana und quartana runde, nicht sporulirende Körper. Alle diese Formen schreiten in der Mücke zur Amphigonie. Im Mückenleibe gelangen sie schließlich als Sporozoiten in die Speicheldrüsen der Mücke und durch den Mückenstich am Ende wieder ins menschliche Blut. Alle Anophelesarten können die Malaria verbreiten. Prophylaktisch kommt Folgendes in Betracht: Man kann die Malaria bekämpfen in der Zeit, wo die Parasiten nur im menschlichen Körper sind (Januar bis Mitte Juni) und in der Zeit, wo die Parasiten auch in der Mücke gefunden werden (Juni bis Ende December).

Das altbewährte Mittel gegen die Malariaparasiten im menschlichen Körper ist das Chinin. Ob es gelingen wird, in der Zeit, wo die Malariaparasiten nur im Menschen sind, allein durch Ueber-schüttung der Malariaherde mit Chinin, alle diese Keime zu tödten, so daß die nachfolgende Anopheles-Generation sich nicht mehr inficiren und die Malaria weiter verbreiten kann, ob es also mit dem Chinin allein möglich ist, die Malaria auszurotten — eine Methode, die von R. KOCH besonders inauguriert ist — ist ein Problem der Zukunft. Die Römer gingen gegen die Malaria in der Weise vor, daß sie in der Hochsaison derselben, also von Mitte Juni bis Ende December, wo die Malariakeime außer im Menschen auch im Mosquito sind, vor allem die Menschen vor Mückenstichen schützten. In dieser Richtung wichtige Versuche hat CELLI in der Umgebung Roms gemacht.

An der Bahnstrecke von Prenestina-Cervara wählte er 5, in Ponte Galera 3 Häuser aus, deren Fenster er mit Tüllgaze verschließen ließ, während er die Eingangsthür durch ein Drahtnetz schützte. Die im 2. Stock gelegenen Schlafzimmer schützte er vor dem Eindringen der Mosquitos noch besonders durch eine sich automatisch schließende, am oberen Ende der Treppe befindliche Thür. Gesicht und Hände der Nachtdienst thuen den Bahnbeamten wurden ebenfalls durch einen Gazeschleier, bezw. durch Handschuhe vor Mückenstichen bewahrt. Außerdem vertilgte eine ständige Tageswache in diesen Häusern die in dieselben trotz der Vor-sichtsmaßregeln eingedrungenen Mücken. Die Bewohner eines Hauses waren sehr nachlässig, so daß man stets Anopheles-Mücken in demselben fand und CELLI voraussagen konnte, daß dies Haus von Malaria würde befallen werden. Thatsächlich erkrankten darin auch von 14 Personen 12 an der Malaria. In den übrigen geschützten Häusern aber erkrankten von 24 Personen nur 4, welche Nachtdienst hatten und sich geweigert hatten, Netz und Handschuhe zu tragen. An den Controlstrecken von Cervara-Salona dagegen erkrankten alle 24 Personen, in der Controlzone von Ponte-Galera blieben nur 2 verschont. Dieses Experiment bewies, daß man durch Vermeidung der Mückenstiche die Malaria vermeiden kann. Es ist demnach alle Aussicht vorhanden, daß auf Grund der aufgeklärten Malaria-Aetiologie diese Seuche, die jährlich etwa 15.000 Menschen in Italien dahintrafft, wird wirksam bekämpft werden können.

Br.

H. HONSELL (Tübingen): Ueber die Wundbedeckung mit der Bruns'schen Airolpaste.

Vortr. hat die einschlägigen Untersuchungen von BRUNS fortgesetzt und bestätigt nunmehr das vor 3½ Jahren von dem genannten Autor gefällte Urtheil über die Airolpaste („Beiträge z. klin. Chirurgie“, Bd. 29, II. 3).

2*

Aus den mitgetheilten Culturversuchen geht hervor, daß die Airolpaste, trotzdem sie nicht sterilisirt wird, in Berührung mit Nährböden keine Keime aufgehen läßt, daß ferner auch nach absichtlicher Infection der Airolpaste kein Bacterienwachstum erfolgt. Die Airolpaste wirkt nicht nur auf diejenigen Keime, welche mit ihr in directer Berührung stehen, entwickelungshemmend, sondern sie läßt auch in einem gewissen Umkreise ihrer Umgebung kein Bacterienwachstum aufkeimen.

Verf. hat auch Versuche an sich selbst ausgeführt, indem er eine Hautfalte mit der Pincette aufhob und die Spitze derselben mit dem Messer wegschnitt. Von diesen Versuchen an 80 Wunden sind namentlich jene beweisend, wo die Wunden mit einem Gemenge von Staphylokokkenreinculturen und Staphylokokkeneiter, vermischt mit Airolpaste, resp. Kaolinpaste bedeckt wurden. Nach 5 Tagen waren die mit Airolpaste bedeckten Wunden reactionslos, die mit Kaolinpaste bedeckten entzündet und vereitert. Diese Versuche beweisen, daß die antiseptischen Eigenschaften der Airolpaste sich nicht nur im Reagensglase sondern auch an Wunden des lebenden Menschen bemerkbar machen.

Airol ist unschädlich. Auch große offene Wundflächen können mit Airolpulver oder Airolpaste bedeckt werden.

Reizwirkungen hat Verf. vom Airol nie gesehen. Um die Herstellung einer Paste von geeigneter Consistenz zu erleichtern, hat BRUNS seine Paste folgendermaßen modificirt:

Rp. Airol 5·0
Mucil. gummi arab.
Glycerin aa. 10·0
Bol. alb. q. s.
u. f. pasta mollis.

Bei eintrocknender Paste wird Glycerin, bei zu flüssiger etwas Bolus alba zugesetzt. Um Zersetzungen zu vermeiden, soll die Paste ohne Zuhilfenahme von Metallinstrumenten hergestellt, zur Verdünnung nie Wasser, sondern Glycerin verwendet werden, ferner ist die Paste in gut schließbaren Gefäßen aus Glas oder Porzellan aufzubewahren und bei Entnahme (mit Glas oder Holzspatel) unnöthiges Offenbleiben der Gefäße zu vermeiden.

Durch Herabsetzung der Concentration der Paste von 20 auf 10% Airol ist die Paste auch billiger geworden. B.

BIER (Greifswald): Ueber den Einfluß künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirnes und künstlich erhöhten Hirndruckes auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen.

KOCHER hat seinerzeit die Behauptung aufgestellt, daß plötzliche Druckschwankungen in der Schädelkapsel den epileptischen Anfall hervorrufen und begründete damit seine Operationsmethode der Epilepsie, welche darin bestand, daß durch Herausschneiden eines Knochenstückes aus dem Schädel ein Ventil für die plötzlichen Blutdruckschwankungen im Gehirn erzeugt wird. BIER hat nun auf experimentellem Wege den Nachweis geführt („Mitth. aus d. Grenzgeb. f. Med. u. Chirurg.“, Bd. VII, H. 2 u. 3), daß die Blutdruckschwankungen von solcher Intensität, wie sie unter normalen Verhältnissen überhaupt nicht vorkommen können, auf den Anfall selbst gar keinen Einfluß ausüben, ja noch mehr, er glaubt sogar beobachtet zu haben, daß durch eine länger dauernde venöse Hyperämie des Gehirnes die epileptischen Anfälle häufig in günstigem Sinne beeinflusst werden.

Die venöse Hyperämie wurde ähnlich, wie es B. für die Extremitäten angibt, erzeugt, nämlich durch mehrfaches Umlegen einer MARTIN'schen Gummibinde um den Hals und mehr oder minder festes Anziehen derselben. Von 10 auf diese Weise behandelten Epileptikern konnte man bei 6 eine Verringerung der Anzahl der Anfälle, manchmal in ganz auffallender Weise, sehen; nur in einem Falle trat Verschlechterung ein; 3 Fälle blieben unbeeinflusst.

Von 3 mit venöser Stauung behandelten Fällen von Chorea wurde ein Fall sehr günstig beeinflusst und ist trotz sehr schlimmen Verlaufes im Anfange sehr rasch zur Heilung gebracht worden. Auch in einem Falle von „nervösem Kopfschmerz“ sah B. nach

einmaliger Anwendung der Stauungshyperämie Sistiren der Schmerzen für Monate. Verf. empfiehlt daher die Methode, die ganz unschädlich ist, zur Nachprüfung. ERDHEIM.

L. SEELIGMANN (Hamburg): Zur Behandlung der rückwärts gelagerten, schwangeren, incarcerirten Gebärmutter.

Selbst in schwierigen Fällen, in denen von PINARD und VARNIER und neuerdings von DÜHRSEN die chirurgische Behandlung empfohlen wurde, kann man oft noch auf conservativem Wege zum Ziele gelangen. S. hat hiebei („Centralbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 5) folgendes Verfahren eingeschlagen: Durch energischen Zug an der angehakten Portio einerseits und sanfteren Druck auf den Fundus uteri in entgegengesetzter Richtung versucht man zunächst den Uterus mit seiner Längsachse schräge zu stellen; wegen des links verlaufenden Rectums wird der zweite schräge Durchmesser (Portio links vorn, Fundus rechts hinten) bevorzugt. Hierauf wird die Frau auf ihre rechte Seite gelegt, in dieser Position der Kolpeurynter nach hinten rechts in das Scheidengewölbe eingeführt und das Becken durch Unterlagen erhöht. Der gefüllte Kolpeurynter wird nach 2—3 Stunden entfernt, worauf der Fundus uteri, welcher meist in die Höhe der Linea innominata hinaufrückt, leicht bimanuell reponirt werden kann. Im Nothfall kann das Verfahren natürlich wiederholt werden. FISCHER.

D. RÁSKAI (REACH) (Budapest): Zur Pathogenese der gonorrhöischen Epididymitis.

Es gelang dem Autor, in einem Falle von Epididymitis („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 6) aus der 6 Wochen nach der Infection auftretenden, fluctuirenden Geschwulst, bezw. in dem aus derselben stammenden Eiter mikroskopisch und culturell Gonokokken nachzuweisen. In diesem Sinne reiht sich der beschriebene Fall den wenigen publicirten Fällen an (GROSS, COLLAN), wo die reine Gonokokkenätiologie klar zutage liegt. Wenn auch gerade durch solche Fälle unser Verständniß in Bezug auf die Epididymitis unbedingt an Sicherheit gewonnen hat, so bleibt immerhin noch eine Reihe von Fällen, wo die Klarheit noch manches zu wünschen übrig läßt, einmal solche, wo neben den Gonokokken andere Eitererreger nachgewiesen werden können, gemeinhin als Mischinfectionen aufgefaßt, und andererseits jene Fälle, wo es bloß zu einer serösen Exsudation kommt, zu einer Exsudation, die sich bei der culturellen Prüfung als keimfrei ergibt. So wird der bacteriologische Nachweis der directen Fortpflanzung der gonorrhöischen Entzündung der Harnröhre auf den Nebenhoden immer ein seltener bleiben. DEUTSCH.

LOSCHTSCHILOW: Beitrag zur Frage der Behandlung von Verbrennungen mit Pikrinsäure.

Die von verschiedener Seite hervorgehobene günstige Wirkung der Pikrinsäure bei der Behandlung von Verbrennungen führt Verf. („Jeschenedelnik“, 1900, Nr. 51) darauf zurück, daß die Pikrinsäure erstens die entblößten Nervenendungen leicht verätzt und zweitens die gesammte Körperoberfläche desinficirt. Verf. verwendet je nach dem Alter des Pat. Lösungen von 1—5:1000. Mit dieser Lösung werden Gazestreifen getränkt, die bei frischen Verbrennungen in der ersten Zeit zur Linderung der Schmerzen auf die verbrannte Körperoberfläche applicirt werden. Ein Verband wird nicht aufgelegt; die Gazestreifen werden so oft gewechselt, wie es dem Kranken beliebt. Sobald die Schmerzen nachgelassen haben, was in kurzer Zeit einzutreten pflegt, wird auf die mit Pikrinsäure durchtränkten Gazestreifen ein leichter Verband angelegt, der alle 2—4 Tage gewechselt wird. Auf Grund seiner 4jährigen Erfahrung gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Pikrinsäurelösungen (1—5:1000), in frischen Fällen von Verbrennung, wenn dieselbe keine besonders starke Ausdehnung zeigt, angewandt, ruft keine Intoxicationserscheinungen hervor.
2. Sie beseitigen rasch die Schmerzen.

3. Sie desinficiren die entblößte Körperoberfläche und fördern somit die Heilung.

4. Die geschilderte Pikrinsäurebehandlung besitzt bedeutende Vortheile, indem sie den Verband zumeist überflüssig, die Application des Verbands schmerzlos macht und nicht zeitraubend ist.

5. Bei mehr oder minder ausgedehnten Verbrennungen ist es bei der Pikrinsäurebehandlung nothwendig, den Pat. persönlich zu überwachen und namentlich seinen Harn häufig zu untersuchen.
L—Y.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Von **Dr. Victor Urbantschitsch**, a. ö. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität und Vorstand der Abtheilung für Ohrenkranke an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Vierte, neu bearbeitete Auflage. Mit 77 Holzschnitten und 8 Tafeln. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien 1901.

Nicht ohne eine gewisse Befangenheit gehe ich an die Besprechung des vorliegenden Werkes. Steht doch der Autor meinem Herzen so nahe! Fast zwei Jahrzehnte hindurch durfte ich an seiner Seite arbeiten, wobei allerdings ihm die führende, mir blos die mitbeobachtende Rolle zufiel; und während dieses langen Zeitraumes hat nie ein Mißton die schöne Harmonie getrübt. Die Liebe, sagt man, mache blind. Ich aber denke, gerade das Gegentheil habe statt. Die Liebe wie auch der Haß schärfen unser geistiges Auge; nur thut es jene für die Vorzüge und dieser für die Fehler des Nächsten. Und gerechter oft als der kühle Verstand urtheilt das warm pulsirende Herz.

Indeß, ein nicht zu unterschätzender Umstand kommt mir zu Hilfe und wehrt den Vorwurf der Parteilichkeit ab: das Buch ist ja kein Neuling mehr. Schon dreimal hatte es den Weg der Publicität beschritten und jedesmal in Ehren bestanden; und nun erscheint es verjüngt und in frischer Rüstung wieder auf dem Plane. Einen beträchtlichen Theil dieser Rüstung aber hat der Verfasser selbst geschmiedet. Die jüngste Epoche der Ohrenheilkunde steht im Zeichen der operativen Ausgestaltung einerseits und der Zurrückeroberung des Hörsinns für jene Unglücklichen, denen er durch eine tückische Krankheit geraubt wurde, andererseits. Zu der erstgenannten Errungenschaft hat U. ein Erkleckliches beigetragen; allein die zweite, an der auch die Taubgeborenen participiren — ich meine die Hörübungen — ist ausschließlich sein Verdienst, mit dem er sich ein Denkmal aere perennius gesetzt hat.

Feuilleton.

Freie Arztwahl bei den Krankencassen!

In Berlin haben 37 Krankencassen die freie Arztwahl eingeführt und gewähren dadurch circa 150.000 Versicherten die eigentlich als selbstverständlich zu fordernde Wohlthat der freien Wahl des Cassenarztes ihres Vertrauens.

In Oesterreich sind wir diesbezüglich noch recht rückständig. Aber bereits rühren sich die Aerzte und agitiren für die freie Arztwahl bei den Krankencassen. Es wird sogar vielfach die Forderung laut, bei der bevorstehenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom Jahre 1888 möge die freie Arztwahl gesetzlich festgelegt und den Cassen zwangsweise aufgetragen werden. Wir glauben, daß dies vom Gesetzgeber nicht verlangt werden darf, weil er darauf nicht eingehen kann, denn er darf die Freiheit der Cassen und ihrer gewählten Vorstände nicht einschränken.

Ist die freie Arztwahl gut, so wird es der Agitation und der Verbreitung von Aufklärung unter den Versicherten gelingen, sie einzuführen.

Die Aerzte haben die Aufgabe, ziffermäßig zu beweisen, daß die freie Arztwahl, die eine ungeheuere Wohlthat für die Versicherten bedeutet, die Cassen nicht ruiniert!

Ich habe diese zwei Momente herausgegriffen, weil auf ihnen die Neubearbeitung des bereits alterprobten Werkes hauptsächlich beruht und sie von einer so eminenten Tragweite sind, daß sie jedem modernen Arzte vertraut sein müssen.

Selbstredend hat jedoch U. auch den übrigen Capiteln unserer Disciplin, die schon in den früheren Aurlagen die eingehendste Würdigung gefunden haben, die gleiche Sorgfalt zugewendet, die Ergebnisse der Forschung überall verwerthet und, stets auch aus Eigenem schöpfend, den Lehrstoff ausgeweitet und ihn auf die Höhe der Zeit gehoben. Denn man wird nicht leicht an dem mächtigen Baume der Ohrenheilkunde einen Zweig erspähen, in dem U. nicht seinen Namen dauernd eingeschnitten hätte; und gar viele hat er eigenhändig gepfropft. Brauche ich an die Bougierung der Ohrtrompeten zu erinnern, welche nur Dank seiner Initiative heute als segensreiche Behandlungsmethode bei mannigfachen Formen des chronischen Mittelohrkatarrhs allgemein geübt wird? Oder ist es etwa nothwendig, hier auf seine physiologischen Arbeiten hinzuweisen, die kraft ihres feinen Denkgehaltes sich das Interesse der gesammten medicinischen Welt errungen haben?

Dabei ist die ganze Materie in klarer, übersichtlicher Weise geordnet, so daß auch der in Otiatrie minder Versirte auf eine ihn momentan bewegende Frage sich mit geringer Mühe die zuverlässigste Antwort holen kann. Für den Spezialisten aber birgt das U.'sche Buch noch einen besonderen Reiz: die immense Fülle literarischer Quellenangaben, welche — um den Text nicht zu überladen — in Fußnoten untergebracht sind. Wahrlich, es ist ein Werk, von dem man mit ruhiger Ueberzeugung behaupten darf, daß es der Wissenschaft zur Ehre, dem Autor zum Ruhme gereiche.

Die äußere Ausstattung entspricht vollkommen der inneren: sie ist eine überaus vornehme.
EITELBERG.

Das Trainiren zum Sport. Von **Henry Hoole**. Für deutsche Verhältnisse bearbeitet von **Dr. phil. C. A. Neufeld**. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Die vorliegende Abhandlung ist die erste ihresgleichen in der deutschen Literatur; sie ist nicht für Aerzte, sondern für Laienkreise berechnet und befließt sich daher einer rein populären Darstellungsweise sowie der Vermeidung von Technicismen. Die Anordnung des Stoffes ist eine zutreffende. Viel Lehrreiches und für den Sportsman hygienisch Wichtiges wird in praktischer und leichtfaßlicher Form in dem Werkchen erörtert, und so dürfte sein Zweck, ein richtiges Verständniß für die hauptsächlichsten Vorgänge im Organismus und eine rationelle Handhabung des Trainirens in Sportkreisen zu ermöglichen, durch seine Lecture auch in hohem Maße gefördert werden.
N.

Einer gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl widerstreben sogar die Freunde der freien Arztwahl unter den Versicherten. In Berlin existirt eine „Freie Vereinigung der Krankencassen mit freier Arztwahl“, welche seit 8 Jahren besteht und gegenwärtig 130.000 Versicherte in Ortskrankencassen, freien Hilfscassen und Betriebskrankencassen umfaßt und diese Institution lebhaft propagirt. In Berlin sind viele, namentlich socialdemokratische Arbeiter vorzüglich aus Parteirücksichten gegen die freie Arztwahl und benutzen in ihrem Kampfe dagegen nicht immer lauter einwandfreie Mittel. Ihnen gegenüber haben die Cassen mit freier Arztwahl eine Erklärung veröffentlicht, in der sie sich gegen den unberechtigten und der geschichtlichen Wahrheit entgegenstehenden Vorwurf verwahren, als ob sie aus Sympathie für die freie Arztwahl ihre gesetzliche Einführung anstrebten und damit die Selbständigkeit der Cassen gefährdeten; ausdrücklich erklären sie, daß sie die gesetzliche Einführung der freien Arztwahl bekämpfen:

a) weil die heutigen Gesetzgeber erfahrungs- und überzeugungsgemäß Beschränkungen in das jetzige System hineinbringen würden, die als eine Verschlechterung gegenüber dem mühsam Errungenen anzusehen wären;

b) weil die Mitglieder einer Krankencasse das Recht behalten müssen, sich ihre Cassenverhältnisse selbständig auszugestalten;

c) weil auch in dieser Frage schablonenhaftes Vorgehen ohne Berücksichtigung localer und sonstiger Eigenthümlichkeiten der Sache selbst nur schaden kann.

Danach dürfte der Wunsch einzelner Aerzte, die freie Arztwahl gesetzlich und zwangsweise einzuführen, nicht nur aussichtslos, sondern sogar schädlich sein, weil er das Princip der Freiheit umstößt und selbst Anhänger der freien Arztwahl gegen sich einnimmt.

Die Aerzte haben vor allem den Beweis zu erbringen, daß die Einführung der freien Arztwahl bei den Krankencassen möglich ist; sie haben die Einwände der Gegner zu widerlegen.

Es dürfte sich empfehlen, einzelne Stimmen von solchen Krankencassen zu hören, die die freie Arztwahl eingeführt haben und daher aus praktischer Erfahrung kennen.

Da ist u. a. die Ortskrankencasse III für das kaufmännische Personal in München, welche in ihren Jahresberichten von 1898 und 1899 constatirt, „daß die Prophezeiungen der Gegner der freien Arztwahl von übergroßen Ausgaben, welche den Ruin der Casse zur Folge haben würden, nicht eingetroffen sind; keine der Ausgabeposten außer den Aerztekosten hat eine Erhöhung erfahren, welche mit der freien Arztwahl begründet werden könnte. Die Erhöhung des Aerztehonorars war ja eine im voraus festgesetzte Sache. Die Krankengelder sind nicht mehr gestiegen als in früheren Jahren, in welchen die freie Arztwahl nicht existirte. Die Ausgaben für Arzneien haben sich procentuell verringert, eine Erscheinung, welche bei einer Reihe von Cassen mit freier Arztwahl zu beobachten ist und auch von uns bereits früher avisirt wurde. Der Apparat der freien Arztwahl functionirt vorzüglich und die Casse ist sehr wohl in der Lage, die freie Arztwahl, welche als Luxus bezeichnet wurde, ihren Mitgliedern zu bieten.“

Wem die Erfahrungen dieser Münchener Casse nicht gewichtig genug sind, da sie sich zu jener Zeit bloß auf 2 Jahre erstrecken und nur 10.800 Mitglieder betreffen, dem sind vielleicht die folgenden Ausführungen, die sich auf einen Zeitraum von 8 Jahren und auf 130.000 Versicherte beziehen, überzeugender.

Die Berliner „Freie Vereinigung der Krankencassen mit freier Arztwahl“ spricht sich über die freie Arztwahl sehr lobend aus und veröffentlicht ihre Erklärungen „im Interesse der versicherten Arbeiter Deutschlands“:

1. Die in Berlin seit dem 1. Januar 1892 eingeführte freie Arztwahl ist das vorgeschrittenste System ärztlicher Versorgung der Cassenmitglieder, das allein das weiteste und für eine geordnete Cassenverwaltung mögliche Recht der Selbstbestimmung der Cassenmitglieder im Krankheitsfalle gewährt und daher wohl das Recht hat, als „freie Arztwahl“ bezeichnet zu werden. Die von böswilligen und schlecht unterrichteten Personen gefässentlich verbreitete Anschauung, als ob hier jedes Mitglied das Recht habe, jeden beliebigen Arzt, der mit der Krankencasse in gar keiner Beziehung steht, zu consultiren, ist unwahr. Die Krankencassen schließen hier mit der freien Organisation des Vereines der freigewählten Cassenärzte einen Vertrag ab, in dem sowohl das Pauschalhonorar als auch alle diejenigen Maßnahmen festgesetzt sind, durch die einerseits die finanziellen Interessen der Krankencasse geschützt, andererseits eine zweckmäßige Behandlung der Cassenmitglieder gewährleistet wird. In den Verein der freigewählten Cassenärzte muß unter Innehaltung gewisser Formen jeder unbescholtene, im Geschäftsbezirk der Casse wohnende Arzt aufgenommen werden, der sich bereit erklärt, Cassenmitglieder zu behandeln. Die Cassenvorstände haben im Interesse der versicherten Arbeiter und Arbeiterinnen absichtlich mit dem beschränkten unvollkommenen Monopolssystem in den Cassenarztstellen gebrochen, das, wie reiche Erfahrungen beweisen, mit moralischer, politischer und confessioneller Corruption auf beiden Seiten häufig verknüpft ist. Beim Ausschluß von Cassenärzten, deren Unfähigkeit als solche thatsächlich erwiesen ist, haben die Cassenverwaltungen hinreichende und weitgehende Befugnisse. Eine solche Ausschließung wird nach außen hin umso wirksamer und gerechtfertigter erscheinen, als sie mit Zustimmung von sachverständigen Vertrauensmännern

der Aerzteschaft zustande kommt. Mithin ist die freie Arztwahl, wie sie in Berlin eingeführt ist, ebenso entfernt von ungeordneter Anarchie als auch von unnöthigen Einschränkungen ärztlicher Selbständigkeit, unter der am letzten Ende das erkrankte Cassenmitglied zu leiden hat.

2. Es ist nicht in Abrede zu stellen, daß durch Gewährung eines Pauschalhonorars von 3 M. pro Kopf der Cassenmitglieder und Jahr bei Einführung der freien Arztwahl in Berlin das Niveau der cassenärztlichen Honorare nicht unwesentlich erhöht wurde; aber diese Mehrausgaben der Krankencassen wurden absichtlich und zielbewußt von ihnen auf sich genommen; weil sie dieses Arztsystem als das zweckdienlichste erwählten, haben sie, dem Grundsatz folgend, daß bessere Arbeit auch bessere Belohnung verlangt und daß eine würdigere Bezahlung erhöhte Berufsfreudigkeit im Interesse der Versicherten bewirkt, das bisher in Berlin übliche Honorar erhöht.

„Bei der wichtigen socialen Stellung des Arztes im Krankencassenwesen würden wir“ — so sagen diese Cassen — „mit die ersten sein, die dafür eintreten, wenn die leider vielfach noch trostlosen wirthschaftlichen Zustände und Lohnverhältnisse in der Arbeiterschaft dauernd einen solchen Aufschwung nähmen, daß wir auch den Cassenarzt in wirklich angemessener Weise für seine Leistungen honoriren könnten.“ Die mit der Einführung der freien Arztwahl verknüpfte Hoffnung, daß die Kosten für Behandlung im Krankenhaus sich wesentlich vermindern würden, hat sich nicht in dem Maße erfüllt, wie angenommen wurde. Die Wohnungsverhältnisse Tausender von Cassenmitgliedern machen es bei gewissen Krankheiten, bei denen gute Pflege, Abwartung und Bettruhe nöthig sind, dem Arzte oftmals unmöglich, die Behandlung in der Wohnung auszuüben, bezw. zu bewirken. Es ist also auch die Befürchtung, resp. Verdächtigung der Gegner der freien Arztwahl hinfällig geworden, daß bei der freien Arztwahl die Cassenärzte, um durch längere Behandlung der Patienten pecuniäre Vortheile zum Schaden der Erkrankten zu erzielen, die Behandlung auch dann beibehalten würden, wo Krankenhausbehandlung angebracht ist.

3. Bezüglich des schwersten Vorwurfs gegen die freie Arztwahl, „daß die Finanzen der Cassen durch die mit dem System verknüpfte Förderung des Simulantenthums und die erhöhten Unkosten für medicamentöse und andere Verordnungen geschädigt werden“, muß allerdings ohneweiters eingeräumt werden, daß das System der freien Arztwahl an sich durchaus nicht billiger ist als alle anderen Arztsysteme. Alle bisherigen statistischen Beweise sind meist tendenziös gefärbt und unzureichend. Es gibt Krankencassen mit freier Arztwahl, denen es zeitweilig finanziell sehr gut geht, es gab Cassen mit wenigen fixirten Aerzten, die behördlich wegen schlechter Vermögensverhältnisse haben geschlossen werden müssen. Jeder socialpolitisch verständige Kenner der wirklichen Verhältnisse in den Krankencassen weiß, daß das finanzielle Wohl einer Casse von einer Reihe von Factoren in erster Linie abhängt, auf die das Arztsystem gar keinen Einfluß hat, so u. a. Arbeitslosigkeit, Saisonarbeiten, Epidemien etc.

Die Bekämpfung des Simulantenthums, dessen Ausbreitung übrigens sehr überschätzt wird (größer ist die Zahl der Versicherten, die ihre Krankheit verheimlichen, um die Arbeit nicht zu verlieren), erfordert außer den Kenntnissen und der Gewissenhaftigkeit des Cassenarztes eine geregelte Controle von Seiten der Cassenverwaltung. In der Voraussetzung, daß letztere Hand in Hand mit dem Vorstand der ärztlichen Organisation arbeitet, sind in dem Contract mit dem „Vereine der freigewählten Cassenärzte“ eine Reihe sehr wirksamer Bestimmungen getroffen betreffend die Nachuntersuchung solcher Cassenmitglieder, deren Arbeitsfähigkeit, resp. Arbeitsunfähigkeit der Cassenverwaltung zweifelhaft erscheint.

In gleicher Weise hat sich die Krankencasse durch gemeinschaftliche Controle mit den Aerzten gegen Receptverschwendung gesichert und es besteht sogar eine Regreßpflicht des Aerztereines gegenüber zweckwidrig gemachten Verordnungen.

Trotzdem hat der Arzt die Freiheit, im Nothfalle das Theuerste, wenn es am ehesten hilft, zu verordnen.

Daß trotz aller dieser durch das Gesetz und das Interesse der Krankencasse nothwendig gewordenen Bestimmungen die Ausgaben der Krankencasse nach Einführung der freien Arztwahl sich vielfach gegen früher merklich vermehrt haben — und das trotz der scharfen Controle von Seiten der Aerzte und der Casse — hat seinen Grund in dem von Statistikern und Socialpolitikern am grünen Tische gar nicht genügend gewürdigten Umstande, daß früher Tausende von Cassenmitgliedern und bei Krankencassen mit anderem Aerztesysteme noch heute im Krankheitsfalle die Casse nicht in Anspruch nahmen, resp. nehmen und für ihre eigenen Kosten den Privatarzt ihres Vertrauens consultirten. Da in dem Vereine der freigewählten Cassenärzte fast alle Aerzte enthalten sind, die in derjenigen Bevölkerungsschicht, der die Cassenmitglieder angehören, practicieren wollen, so bedingt die freie Arztwahl, daß nunmehr im Sinne des Gesetzes alle Cassenmitglieder die Cassenärzte befragen und die Casse durch deren Verordnung belastet wird; es ist eben nur durch die freie Arztwahl dem Cassenmitgliede die Möglichkeit gegeben, den Arzt seines Vertrauens sich zu wählen.

So lautet das Urtheil derjenigen Cassenvorstände, welche das System der freien Arztwahl aus Erfahrung kennen.

Wenn die Wiener Bezirkskrankencasse mit einer Mitgliederzahl von 150.000—155.000 über die nicht geprüfte freie Arztwahl „akademisch“ ein vernichtendes Urtheil fällt und im Jahresberichte von 1899 ausdrücklich droht: „Die Einführung der freien Arztwahl wäre der bestimmte (!) Ruin (!) einer jeden Casse, die der obligatorischen Versicherung zu dienen hat“, so ist das ihre auf nichts (als auf Voreingenommenheit) gestützte Privatmeinung. Da steht eine theoretisch construirte Meinung einer auf thatsächlicher Erfahrung basirenden Erklärung der „Freien Vereinigung der Krankencassen mit freier Arztwahl Berlins“ (mit circa 130.000 Mitgliedern) gegenüber.

Und unser Urtheil und das Urtheil aller derer, die das Probiren über das Studiren setzen, wird jene der F. A. W.-Cassen acceptiren, das da lautet:

„Man darf daher von rechtswegen nicht mehr sagen: „die Krankencassen werden durch die freie Arztwahl zu stark belastet“, sondern die Krankencassen ohne freie Arztwahl erfüllen in den meisten Fällen zu Gunsten ihrer Finanzen nicht die socialen Aufgaben, zu denen sie geschaffen und gesetzlich verpflichtet sind.“

fst.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **Behandlung des Tripperrheumatismus** liegt eine Publication von LEISTIKOW vor („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1900, Bd. 31), der Gelegenheit hatte, 14 Fälle von unzweifelhaftem acutem Tripperrheumatismus zu behandeln. Die meisten derselben verliefen ganz acut, setzten mit hohem Fieber ein, welches eine Dauer von 10—14 Tagen aufwies; die Heilung trat nach 3—5 Wochen ein. In 9 Fällen war nur ein Kniegelenk erkrankt, in zweien Kniegelenk, Sprunggelenk und Schultergelenk, in einem Falle Ellenbogengelenk und Fingergelenke, in einem Falle Sprunggelenk, Zehen- und Fingergelenke, und in einem Falle Kniegelenk und Fingergelenke. Nur in 2 Fällen kam es zu chronisch restirenden Exsudaten mit partiellen Ankylosen, welche jeglicher Behandlung Widerstand leisteten, und zwar einmal des Kniegelenkes und zweimal der Metacarpophalangealgelenke. Die befallenen Gelenke wurden mehrmals täglich mit 10%igem Ichthyolvasogen sanft eingerieben, alsdann mit Wachleinwand oder Guttapercha bedeckt, darüber kam eine dicke Lage Schafwolle, welche mit Mullbinde fixirt wurde. Ganz hervorragend zeigte sich die schmerzstillende Wirkung des Ichthyolvasogens, welche sofort nach der Einreibung eintrat, und schon nach wenigen Tagen nahmen die entzündlichen Erscheinungen, Schwellung und Exsudation

erheblich ab. Die Behandlung mit Ichthyolvasogen wurde noch einige Zeit nach dem Aufhören des Fiebers und dem Verlassen des Bettes fortgesetzt, meist ohne Application des Verbandes.

— Als **Indicationen des Aderlasses** sind zu bezeichnen „Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 3): In erster Linie Blutüberfüllungen des Lungenkreislaufes. Im Verlaufe von schweren Compensationsstörungen bei Mitralfehlern kann ein Aderlaß zauberhafte Wirkung thun; erlaubt und unter Umständen wohlthätig ist er bei allen Schwächezuständen des Herzens, die zur hochgradigen venösen Stauung führen. Hieher gehört auch der Aderlaß bei der Pneumonie. In früheren Zeiten überaus häufig, dann ganz verworfen, ist er neuerdings von vielen wieder angewandt worden; bei kräftigen Pneumonikern mit gutem Puls kann die Indication namentlich dann anerkannt werden, wenn bei nahender Krise Lungenödem eintritt. In dieser Situation hat der Aderlaß oft den Eindruck eines lebensrettenden Eingriffes gemacht. Die zweite Kategorie umfaßt die Vergiftungszustände, in welchen wir hoffen können, mit dem Blut die schädlichen Substanzen zu eliminiren. Es ist vor allem die Urämie, bei welcher der Aderlaß auch jetzt vielfach angewandt wird. Die dritte, weniger gesicherte Indication liegt in der Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, bezw. in der allgemeinen Plethora, wie sie zu Apoplexien zu führen pflegen. In der Praxis sind Venaesectionen nach Schlaganfällen sehr beliebt; doch ist der Erfolg des Eingriffes in diesen Fällen sehr unsicher. Die modernste Indication liegt auf dem Gebiet der Blutkrankheiten, indem wiederholte Blutentziehungen einen Anreiz zur erhöhten Neubildung des Blutes darstellen sollen. So wird Entziehung von etwa 20 Ccm. Blut, in Zwischenräumen von etwa 4 Wochen ausgeübt, als Heilmittel der Chlorose angesehen.

— Als **Darreichungsform des Adonidin** bei verschiedenen Herzaffectionen sind zu empfehlen (E. MERCK'S Jahresbericht pro 1900):

a) Innerlich.

Rp. Adonidini 0·01
Natrii benzoici 1·5
M. Dentur tales doses Nr. X.
S. 1 Pulver 4stündlich in einem Glas Wasser zu nehmen.

(Bei chronischer diffuser Nephritis.)

Rp. Adonidini 0·005
Ammonii carbonici 0·1
Camphorae tritae 0·03
M. Dentur tales doses Nr. XX.
S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.

(Bei Nicotinintoxication.)

b) Subcutan.

Rp. Adonidini 0·05
Aquae destillatae 10·0
MDS. 1—2 Ccm. subcutan zu injiciren.

(Angina pectoris etc.)

— Das von WINTERNITZ vielfach empfohlene **Heidelbeer-extract**, welches nach STRAUSS (E. MERCK'S Jahresbericht pro 1900) bei Affectionen des unteren Darmabschnittes von Vortheil ist, gelangt in Suppositorien zweckmäßig in folgender Vorschrift zur Anwendung:

Rp. Extr. Vaccin. Myrtill. 30·0
Kal. carb. 3·0
Aq. destill. 7·0
Ol. Cacaonis 60·0
M. lege artis ut fiant Suppositoria Nr. XXX.
DS. 2 Suppositorien täglich.

— Ueber die Wirkung des **Dormiol** berichtet DORNBLÜTH („Aerztl. Monatsschr.“, 1901, Nr. 1). Der Geschmack des Dormiol ist etwas brennend und nicht gerade angenehm, aber viel weniger störend und leichter zu verbessern als der des Chlorals und des Amylenhydrats. Als kleinste, mit Erfolg verwendbare Dosis gab D. 1·0; meist mußte er zu 1·5 pro dosi greifen oder lieber an den ersten Abenden 2·0 geben. Die in den Apotheken vorräthige 50%ige Lösung mischt sich in jedem Verhältniß klar mit Wasser, so daß man leicht eine Lösung herstellen kann, wovon 1 Theelöffel einem Gramm Dormiol entspricht u. s. w. Es sind aber auch Gelatine kapseln zu 0·5 Dormiol im Handel, wovon man also 2—3—4 pro dosi geben würde, mit Nachtrinken von Wasser

oder Selterswasser, während man das flüssige am besten in einem Glase Wasser nehmen läßt. Die einschläfernde Wirkung tritt fast immer sehr bald ein, manchmal schon nach 10 Minuten, selten erst nach einer halben Stunde und hält meist eine ganze Reihe von Stunden an. Ein weiteres gutes Schlafmittel ist das Hypnal, eine chemische Verbindung von Chloral und Antipyrin. Es ist jedoch sehr theuer und doch nicht von so sicherer Wirkung wie das Dormiol, das geradezu das billigste der heutigen Schlafmittel darstellt; 1·0 kostet 7½ Pfg.

— Ueber **Jodipin** berichtet M. KLAR („Deutsche Med.-Ztg.“, 1900, Nr. 97). Dasselbe ist vollkommen beständig und an der Luft unzersetzlich; es verträgt sogar 20stündiges Erhitzen im Wasserbad, mehrstündiges Einwirken einer Temperatur von 110° und monatelanges Stehen im offenen Glase ohne jeden Schaden. Per os eingenommen, passiert es, wie alle Fette, unverändert den Magen und wird erst im Darm resorbirt. K. empfiehlt Jodipin überall da, wo Jodpräparate angezeigt sind, insbesondere für unsere Zwecke als Antisyphiliticum und zur Sicherung der Diagnose „Lues“ in zweifelhaften Fällen, ferner als Antiasthmaticum und resorptionsbeförderndes Mittel bei tuberculösen Schwielen. Endlich kann es zur Feststellung der Magenmotilität diagnostischen Werth beanspruchen.

— Zur **Behandlung von Herzkrankheiten** empfiehlt GOLOUBININE („Semaine méd.“, 1901, 20. Febr.) das wässrige Extract von *Apocynum cannabinum*. Das Mittel hat sich in Dosen von 5 Tropfen 3—4mal täglich wirksam erwiesen in Fällen, wo die anderen Cardiotonica versagt hatten. Puls- und Athmungsfrequenz nehmen ab, die Arrhythmie des Herzens bessert sich und der Blutdruck steigt. Die Diurese nimmt zu, und wenn Stauungsalbuminurie vorhanden war, wird dieselbe beseitigt. Von Nebenwirkungen wäre bloß eine mäßige, reizende Wirkung auf die Magenschleimhaut zu erwähnen, welche verschwindet, sobald die Behandlung ausgesetzt wird und übrigens durch gleichzeitige Darreichung einer gleich großen Dose von Tinct. Cannabis indic. bekämpft werden kann.

— In der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis berichtete RISSO über **Itrol bei der acuten Blennorrhoe der Urethra**. Vortr. ist mit diesem Präparate sehr zufrieden. Er verwendete dasselbe in wässrigen Lösungen in einer Concentration von 0·025 Grm. auf 200·0 destillirten Wassers. Davon werden vom Patienten selbst täglich bis 6 Injectionen in die Urethra applicirt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXVII.

Abtheilung für Chirurgie.

FEDOR KRAUSE (Berlin): 24 intracraniale Trigeminusresectionen und deren Ergebnisse.

Die intracraniale Resection der einzelnen Trigeminusäste ist nicht sicher im Erfolg; daher muß, sofern überhaupt der schwere Eingriff mit Eröffnung der Schädelhöhle angezeigt erscheint, die Exstirpation des Ganglion Gasseri und des Trigeminusstammes vorgenommen werden. KRAUSE hat diese Operation 24mal an Kranken im Alter von 30—72 Jahren ausgeführt und stets das temporale Verfahren benützt, das er im Jahre 1892 angegeben. Eine 58jährige, äußerst entkräftete Frau ist im Collaps gestorben, ein 72jähriger Mann am 6. Tage nach der Operation bei fieberlosem Verlauf und prima intentione verklebter Wunde infolge Sklerose der Coronararterien und Herzinsuffizienz, eine 67jährige Frau 14 Tage nach der Operation bei geheilter Wunde an Influenza. Von den erst Operirten sind noch jetzt am Leben eine

75jährige Frau und ein 62jähriger Mann, die vor 7½ Jahren, eine 76jährige und eine 53jährige Frau, die vor 6 Jahren, eine 42jährige Frau, die vor 5 Jahren, und eine 50jährige Frau, die vor 4½ Jahren operirt worden sind. Alle diese Kranken sind bisher völlig schmerzfrei geblieben.

Die Erfolge der Operation sind trotz der ihr innewohnenden Gefahr so groß, daß sie die errungene Stellung behaupten wird. Denn bei den hier in Betracht kommenden schwersten Fällen von Neuralgie sind Selbstmordversuche infolge der entsetzlichen Qualen an der Tagesordnung.

SCHWARTZ (Paris): Ueber die Resultate der Radicaloperation der Leisten- und Schenkelhernien mit Myoplastik.

Redner beschreibt seine bereits im Jahre 1893 veröffentlichte Methode, die darin besteht, daß er nach Resection und möglichst hoher Ligatur des Bruchsackes durch Incision der vorderen Rectus-scheide einen Muskellappen mit unterer Basis bildet, den er in den Leistencanal einschiebt, oben am Obliquus internus und unten am Arcus cruralis festnäht und so eine vordere Wand des Leistencanals bildet. Bei der Cruralhernie eröffnet er nach der Resection und Ligatur die Scheide des Adductor medius, bildet einen Muskellappen mit oberer Basis, den er am Arcus cruralis und an dem Gewebe median von der Vena cruralis festnäht. 63 Inguinal- und Cruralhernien hat er seit 1893 mit Myoplastik operirt. Von den 50, die er wiedergesehen hat, sind alle geheilt geblieben bis auf einen, der ein Recidiv bekam nach einem Sturze von einer Treppe. Keiner trug eine Bandage oder hatte irgend welche Beschwerden. Die Heilungsdauer war in 1 Fall 7 Jahre, in 2 Fällen 5 Jahre, dann 4, 2½—2 Jahre. Von den operirten Cruralhernien hat er nur 3 wiedergesehen, von denen 2 seit 5 und 4 Jahren geheilt waren. So scheint ihm die Radicaloperation mit Myoplastik ausgezeichnete Resultate zu geben und verdient vor Allem in den Fällen von Hernie de faiblesse vorzugsweise angewendet zu werden.

DESTOT (Lyon): Die verkannten Fracturen und die Radiographie.

Vortr. beleuchtet den Werth der Radiographie insbesondere in Bezug auf die Fracturen des Metatarsus und der Fußwurzelknochen, die sehr häufig diagnosticirt werden, und macht die verschiedenen Formen dieser Fracturen an Roentgenbildern und Zeichnungen klar. Er kommt dann auf die Extremitätenfracturen überhaupt und auch auf die Beckenfracturen zu sprechen und erwähnt einen speciellen Fall, wo eine Fractur des oberen Femurendes bei einem jungen Mädchen bald für eine Coxalgie, bald für eine Hüftgelenksluxation angesprochen wurde. Er kommt dann auf die Fissuren zu sprechen, die einzig durch die Radiographie erkannt werden können und vor ihr nicht diagnosticirt wurden.

LUCAS CHAMPONNIÈRE (Paris): Ueber die Fracturen, welche ohne Apparat, ohne Immobilisation, bloß mit methodischen Bewegungen und Massage behandelt werden können und müssen.

Die frühzeitige Behandlung der Fracturen mit Massage und Mobilisation will CH. streng getrennt wissen von der secundären Massage, welche die Starrheit und Steifheit der Glieder verschwinden macht, der, wie er sagt, banalen Massage, deren Heftigkeit nicht selten Schmerzen, ja sogar unangenehme Zufälle hervorruft. Er möchte deshalb seine Methode mit der Benennung *Glykokinesis* charakterisiren. Sie besteht in der Anwendung methodischer Bewegungen, die bald nach Eintritt der Fractur begonnen werden. Die Bewegungen sind methodisch und dosirt. Sanfte Massage bis zur Nachbarschaft der Fracturstelle, ohne jedoch auf diese selbst sich auszudehnen. Er glaubt, daß — und das hält er für ein neues Princip — absolute Immobilisation für die Reparation der Knochen weniger günstig ist als ein gewisser Grad von Bewegung. Und diese Bewegung ist, was dabei noch mehr ins Gewicht fällt, zugleich günstig für die Reparation der Weichtheile. Er hat die Erfahrung gemacht, daß, wenn Bewegung und Massage von Anfang an eingeleitet werden, die Knochenverheilung eine schnellere und solidere ist. Auch der Schmerz verschwindet sofort, und daß

er verschwindet, ist ein Beweis für eine gute Massage und geeignete Bewegung. Die Contractur verschwindet schnell und das spielt eine Hauptrolle bei dem Verschwinden gewisser Deformitäten, wie z. B. beim Olecranon, der Clavicula etc. Keine Behandlung ist imstande, so wirksam gegen die Contracturen anzukämpfen. Der Bluterguß verschwindet schneller, die Vitalität der Haut ist besser gewährleistet, die Geschmeidigkeit der Glieder wird erhalten. Einer der Hauptgründe, welche dazu führen können, die Apparatebehandlung beiseite zu lassen, ist die Thatsache, daß die Apparate Deformationen nicht verhindern, die die Function des Gliedes aufheben. Gewisse Formen von Fracturen können stets ohne jede Behandlung mit starren Apparaten oder Verbänden durch Mobilisation und Massage behandelt werden. Das sind alle Fracturen des Humerus an seinem oberen und unteren Ende. Alle Fracturen des Ellenbogens; besonders die des Olecranon. Alle Radiusfracturen am Handgelenk. Fast alle Clavicularfracturen. Alle Fracturen des Wadenbeins in seiner unteren Partie, alle Malleolarfracturen, die keine Tendenz zur seitlichen oder hinteren Abweichung zeigen. Am Knie die Fracturen des Femur ohne Deviation. Schließlich alle Fracturen des Schulterblattes. Ausnahmsweise will er auch noch so behandelt wissen: Die Brüche des Humerus in seinem mittleren Abschnitt, wenn sie ohne Verschiebung einhergehen, und unter denselben Bedingungen auch die Brüche der Unterschenkel- und der Vorderarmknochen.

Bei gewissen Fällen kann die Mobilisation auch ohne Massage angewendet werden; so z. B. bei jungen Kindern, welche Tendenz zu einem luxuriösen Callus zeigen und bei Greisen. Bei Kindern gibt die einfache Mobilisation am Handgelenk, Schulter, Ellenbogen die am meisten zufriedenstellenden Resultate. Der Vortr. gibt dann eine Statistik der zahlreichen Fracturen, die er nach dieser Methode behandelt und geheilt hat.

THIERY (Paris): Ueber die Knochennaht bei der Behandlung der Fracturen, insbesondere des Unterschenkels.

Vortr. ist der Meinung, daß eine vollkommene Restitutio ad integrum nur durch eine Knochennaht gewährleistet werden könne. Wie man sie schon längst bei den Brüchen des Unterkiefers, des Olecranon, und bei den complicirten Fracturen macht, so soll man sie auch auf die Brüche der langen Röhrenknochen ausdehnen, wenn diese eine einigermaßen beträchtliche Dislocation zeigen. Den dazu nothwendigen Einschnitt auf die Bruchstelle könne man nicht als eine Complication der Behandlung betrachten.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Royal Medical and Chirurgical Society.

ARTHUR H. N. LEWERS: Spätresultate von 40 Fällen vaginaler Hysterektomie wegen Uteruscarcinom.

Die Fälle können in verschiedene Gruppen getheilt werden. In 12 Fällen ist bisher noch kein Recidiv eingetreten, in 18 Fällen kam es zu Recidiv, davon bei 4 Fällen tödtlicher Ausgang. Mit Ausnahme eines Falles, bei welchem die Recidivfreiheit seit einem Jahre besteht, handelt es sich bei den anderen recidivfrei gebliebenen Fällen um eine recidivfreie Zeit von zwei bis mehr als sieben Jahren. Diese günstigen Resultate sind durch die sorgfältige Auswahl der Fälle zu erklären. Die Fälle wurden in Narkose untersucht und dann nur solche operirt, wo sich die Erkrankung auf den Uterus beschränkte. Aus der Statistik ergeben sich nachstehende Folgerungen: In einer gewissen Anzahl von Fällen können Pat. mit Uteruscarcinom für eine Zeit von mehreren Jahren, vielleicht für das ganze Leben, recidivfrei, bezw. geheilt werden. Der Procentsatz dieser Fälle muß so lange ein geringer bleiben, als die große Mehrzahl der Fälle erst im vorgeschrittenen Krankheitsstadium zur Beobachtung und Behandlung kommt. Es kommt eben alles auf frühzeitige Diagnose an. Stärkeren intermenstruellen oder klimakterischen Blutungen muß eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden. Es ist besonders zu achten, daß Pat. mit Uteruscarcinom selbst bei länger dauernder Erkrankung blühend

und wohlgenährt aussehen können, namentlich der Gesichtsausdruck derselben als ganz gesunder erscheinen kann.

H. Briggé meint, daß Recidiven beim Platten-Epitheliom häufiger sind als beim malignen Adenom.

Routh betont, daß Carcinome des Uteruskörpers frühzeitiger zur Beobachtung kommen und nach der Operation länger recidivfrei bleiben als die Carcinome der Portio. Bei Betheiligung der Ligamenta lata oder der Blase operirt Vortr. nicht, vermeidet ferner möglichst den Gebrauch von Klemmen und läßt die Gazetampons 7—10 Tage nach der Operation liegen.

Bowremann Jessett hat günstige Resultate erzielt und weist darauf hin, daß bei Gebrauch von Klemmen Verletzungen der Nachbarorgane nicht immer zu vermeiden sind. Ein Frühsymptom der Carcinome des Corpus uteri sind kleine Blutungen nach dem Coitus.

Tate vertritt die Ansicht, daß auch bei leichter Infiltration der Ligamenta lata die Operation indicirt ist. Von 70 Operationen war nur bei 4 der Ausgang ungünstig.

Clinical Society of London.

JAMES CALVERT: Ueber Hämatorporphyrinurie.

In dem mitgetheilten Falle trat zunächst Hämatemesis auf, welche auf das Bestehen eines Magengeschwürs zurückgeführt wurde. Der 6 Stunden nach der Aufnahme entnommene Harn war dunkelkirschfarbig und zeigte bei der makroskopischen Untersuchung die für Hämatorporphyrin charakteristischen Absorptionsstreifen. Der Blutbefund ergab beträchtliche Abnahme des Hämoglobins und der Erythrocyten. Im weiteren Verlauf besserte sich der Blutbefund, das Hämatorporphyrin schwand aus dem Harn und es trat vollständige Genesung ein. Sulfonal war in diesem Falle sicher nicht genommen worden. Das Auftreten von Hämatorporphyrinurie nach Hämatemesis ist insofern von Interesse, als auch SIOKER die Hämatorporphyrinurie bei Sulfonalvergiftung durch die Resorption kleiner Hämorrhagien der Magen- und Darmschleimhaut erklärte. Dagegen spricht aber der Umstand, daß in Fällen von Sulfonalvergiftung bei der Obduction niemals solche Blutungen nachgewiesen werden konnten. Der Harn zeigte in dem mitgetheilten Fall große Aehnlichkeit mit dem Harn bei Sulfonalintoxication. Die abnorme Harnfarbe ist jedoch nicht dem Hämatorporphyrin, sondern anderen, bisher noch nicht genauer erforschten Harnpigmenten zuzuschreiben.

Garrod bemerkt, daß Hämatorporphyrinurie hauptsächlich nach Sulfonal-, bezw. Trionalintoxication beobachtet wurde, in der Literatur finden sich nur 8 Fälle, wo diese Ursachen ausgeschlossen werden können. Ein inniger Zusammenhang mit Hämatemesis ist nicht anzunehmen, da bei letzterer Hämatorporphyrinurie vollständig fehlen kann. Active Hämolyse erscheint als ursächliches Moment unwahrscheinlich, eher handelt es sich um Störungen, die mit dem Schicksal des bereits verbrauchten Hämoglobins zusammenhängen.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

K. BAUR: Ueber gonorrhoeische Arthritis.

B. hat 27 Fälle gonorrhoeischer Gelenkerkrankung der v. BERGMANN'schen Klinik und Poliklinik bacteriologisch untersucht. Nach zahlreichen Vorversuchen fand er, daß der WASSERMANN'sche Nutroseserumnährboden als der geeignetste zur Gonokokkenzüchtung zu betrachten ist, da er absolut sicher sterilisirt werden kann und auch weniger virulente Gonokokken auf ihm wachsen. Aus dem großen Material wurden möglichst frische Fälle ausgesucht, da durch Vorversuche festgestellt war, daß die Gonokokken frühzeitig im Gelenk absterben. Unter den ausgewählten Krankheitsfällen waren alle Stadien der Entzündung vom Hydrops bis zur schweren infiltrirenden Form vertreten. Von den 27 untersuchten Fällen ergaben 19 positiven Gonokokkenbefund. Nur einmal wurde neben Gonokokken der Staphylococcus albus gefunden. Die Resultate weichen in mehreren Punkten von den früher erhobenen ab. Erstens ist die absolut hohe Zahl der positiven Fälle auffallend. Dieser Umstand ist auf die verbesserten Züchtungsmethoden und die Auswahl ganz frischer Fälle zurückzuführen. Zweitens wurde entgegen früheren Untersuchungsergebnissen nur einmal Mischinfection festgestellt; außer durch die

sichere Sterilität des WASSELMANN'schen Nährbodens ist dies Ergebnis durch die Ausschaltung secundärer Mischinfectionen bedingt, die in späteren Stadien der Gelenkentzündung häufiger auftreten. Wichtig erscheint vor allem aber die Thatsache, daß in keinem Falle nach dem sechsten Erkrankungstage Gonokokken im Gelenk nachweisbar waren. In den allerersten Tagen ist am häufigsten positiver Befund erhoben. Von den Fällen, welche in den ersten sechs Tagen positiven Gonokokkenbefund ergeben hatten, wurden acht nochmals untersucht. Aber auch in dieser zweiten Untersuchungsreihe wurden in keinem Falle nach dem sechsten Tage Gonokokken gefunden. Es ist also anzunehmen, daß länger als sechs Tage Gonokokken im Gelenk nicht lebensfähig sind.

In der Umgebung der Gelenke waren trotz zahlreicher Untersuchungen auch solcher Fälle, in denen die Gelenke selbst positiven Bacterienbefund gaben, keine Gonokokken nachweisbar. Die für die gonorrhoeische Arthritis charakteristischen Veränderungen in der Gelenkumgebung sind vielmehr auf die Toxine der Gonokokken zurückzuführen. Durch zahlreiche Versuche an Thieren wurde festgestellt, daß bei diesen durch Gonokokkentoxine ganz ähnliche Veränderungen hervorzubringen sind, wie sie bei der menschlichen Gelenkerkrankung auftretenden.

Die Behandlung der gonorrhoeischen Arthritiden in der v. BERGMANN'schen Klinik besteht in der Fixirung der erkrankten Gelenke und Verhinderung von Ankylosen durch rechtzeitiges Einsetzen der Massage. Gelenkausspülungen, Injectionen oder Incisionen der Gelenke werden nicht vorgenommen.

In der letzten Zeit wurde mit Erfolg Jodkali in großen Dosen oder Jodipin subcutan gegeben. Bei derartig behandelten Gelenken sind schwerere Ankylosen selten; Vereiterungen wurden nicht beobachtet.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

E. MARTIN: Ueber einige chirurgisch behandelte Fälle von *Ulcus ventriculi*.

Die narbige Pylorusstenose bildet die älteste, heute wohl unbestrittene, absolute Indication. Zwei wegen Pylorusstenose ausgeführte Gastroenterostomien führten zu einem ausgezeichneten Dauererfolg. Perforation des *Ulcus* in die freie Bauchhöhle mit allgemeiner Peritonitis hat M. zweimal operativ behandelt. Ein Fall wurde in extremis operirt und starb noch am Tage der Operation. Der andere Fall, welcher ebenfalls erst mehrere Tage nach der Perforation zur Operation kam, verlief zunächst günstig, ging dann aber am 6. Tage an einer Pneumonie zugrunde. Wie die Section ergab, hatte sich die Peritonitis bis auf einen kleinen Eiterrest im rechten subphrenischen Raum vollständig zurückgebildet. Die Perforation des *Ulcus ventriculi* muß als absolute Indication zur Laparotomie gelten. Wegen einer acuten, schweren, das Leben bedrohenden Blutung ex ulcere hat M. einmal operirt. Das *Ulcus* wurde mit dem Argentumstift verschorft und Bismut. subnit. aufgestreut, dann der Magen wieder geschlossen. Zur Sicherung der Ernährung wurde in derselben Sitzung eine Jejunumfistel angelegt. Die Kranke ging am 9. Tage an Peritonitis zugrunde, die ihren Ausgangspunkt von der Jejunostomie nahm. M. ist der von der Mehrzahl der Autoren vertretenen Anschauung, daß die Operation bei acuter Blutung ex ulcere nur in seltenen Ausnahmefällen zu versuchen ist.

Relative Indication zum Eingriff geben Verwachsungen des *Ulcus*, Perigastritis und ähnliche Zustände. Hier bietet die Diagnose die Hauptschwierigkeit.

Am schwierigsten ist die Indicationsstellung bei den complicirten renitenten oder stets recidivirenden *Ulcus*fällen, bei denen die innere Therapie versagt.

Notizen.

Wien, 13. April 1901.

Die Lage der Hilfsärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten.

Die wirthschaftliche Bewegung, die derzeit alle Berufe erfaßt hat, wirft auch in unserem Stande mächtige Wellen. Vor wenigen Wochen hat die ärztliche Welt mit Sympathie beobachtet, wie die Subalternärzte galizischer Spitäler erfolgreich um ihre Existenz gerungen; heute erheben die Hilfsärzte der Wiener staatlichen Krankenanstalten laute Klage über die Misären ihrer Position und begehren einmüthig und geschlossen, in durchaus correcter Weise Verbesserung ihrer Lage. In einem von sämmtlichen Hilfsärzten, 331 an Zahl, gefertigten, dem Ministerpräsidenten und dem Statthalter von Niederösterreich überreichten, von uns bereits angekündigten Memorandum schildern sie in beredten Worten, jedoch frei von Uebertreibung die Mißstände, unter welchen sie leiden, die Ueberbürdung, welche aus der stets wachsenden Zahl der Hilfesuchenden resultirt, während die Zahl der Hilfsärzte seit Decennien constant geblieben, die Belastung durch administrative Arbeiten, sowie durch den Journal- und Inspectionsdienst, welche die Durchführung der auf modernen Principien beruhenden Krankenbehandlung erschwert, und verlangen eine Vermehrung der Zahl der Hilfsärzte durch Neusystemisirung je einer Secundararztstelle an jeder Abtheilung der Krankenanstalten. Durch diese Maßregel würde auch die Zeit des Aspirantendienstes, die im Allgemeinen Krankenhause mitunter 52 Monate, also nahezu 4½ Jahre währt, verkürzt werden.

Die zweite Forderung der jungen Collegen betrifft die Erhöhung ihrer Bezüge. Die derzeitige Entlohnung der Hilfsärzte, welche vor 20 Jahren festgesetzt und trotz der seither erfolgten Vertheuerung aller Lebensbedürfnisse nicht verbessert worden ist, beträgt 1400 K für die Assistenten, 1000 K für die Secundärärzte nebst freier Wohnung und Beheizung. „Die geläufige Begründung — sagt das Memorandum — die Hilfsärzte verwenden die Zeit ihrer Spitalsdienstleistung bloß zu ihrer fachlichen Ausbildung, ist unrichtig. In Wahrheit leisten sie der Krankenanstalt und somit indirect dem Staate wichtige Dienste; deshalb kann der Umstand, daß sich die Hilfsärzte bei Erfüllung ihrer Pflichten auch fachlich ausbilden, nicht als Argument dafür benützt werden, Doctoren der Medicin, welche die ärztliche Behandlung von Spitalskranken durchführen, nur eine ganz unzulängliche und unwürdige Bezahlung zu gewähren. Abgesehen davon, muß es im Interesse des Staates gelegen sein, allen Aerzten, auch den mittellosen, die Möglichkeit einer eingehenden fachlichen Ausbildung zu bieten, ein Ziel, das nur zu erreichen ist, wenn die Hilfsärzte für ihre, dem allgemeinen Wohle zugute kommende Thätigkeit eine halbwegs gerechte Besoldung erlangen. Das gegenwärtige Adjutum reicht durchaus nicht zur Deckung auch nur der allernothwendigsten Bedürfnisse hin, schließt die standesgemäße Lebensführung aus und zwingt die Hilfsärzte sogar zu harten Entbehrungen, wenn ihre Angehörigen sie zu unterstützen nicht in der Lage sind. Geradezu als entwürdigend und beschämend muß es aber bezeichnet werden, wenn ein fast 30jähriger Mann in der socialen Stellung eines Arztes immer noch genöthigt ist, sich von seiner Familie erhalten zu lassen, die durch das langwierige und kostspielige Studium materiell schwer in Anspruch genommen wurde.“ Das Begehren der Hilfsärzte, dem volle Berechtigung zugesprochen werden muß, geht dahin, es mögen als Bezüge der Assistenten und Secundärärzte 2400, resp. 1800 K normirt werden, bei freier Wohnung, Beleuchtung und Beheizung, unter Aufrechterhaltung der in den einzelnen Spitätern bestehenden Begünstigungen.

Die Petenten werden nach Ablauf von sechs Wochen den Bescheid auf ihre Bitten einholen. Wer aus eigener Erfahrung das schreiende Mißverhältniß zwischen Leistung und Besoldung der Subalternärzte kennt, die schlechter gestellt sind, als die Dienerschaft der Krankenhäuser; wer die zahlreichen „Enterbten“ unter ihnen beobachtet, die genöthigt sind, in ihren spärlichen Freistunden nach Erwerb außerhalb des Hauses auszugehen, um auf einem

Posten verbleiben zu können, auf den sie jahrelang geharrt; wer da weiß, daß so mancher unbemittelte Arzt, der die moralische Kraft nicht besitzt, die Hungerjahre des Aspiranten und Secundararztes zu bestehen, ohne Spitalspraxis an die Ausübung eines Berufes schreitet, der ihm ohne eine solche fast ausnahmslos Enttäuschungen bereitet; wer diese Momente im Auge hat, wird der mit sittlichem Ernste vorbereiteten, einmüthigen Action der Wiener Subalternärzte vollen Erfolg wünschen. Die Verbesserung der Lage der Hilfsärzte, die Erfüllung ihrer bescheidenen, wohl-motivirten Wünsche ist eine Nothwendigkeit, welcher sich die Regierung nicht entziehen kann, auch nicht durch fiscalische Bedenken.

(Der VIII. internationale Congreß gegen den Alkoholismus) wurde am 9. April feierlich eröffnet. Der große Musikvereinsaal bildete den architektonisch glänzenden Rahmen für die Versammlung, welche durch das Bewußtsein, im Interesse einer eminent wichtigen, das Staats- und individuelle Leben auf das tiefste beeinflussenden Frage zusammengetreten zu sein, einen wahrhaft feierlichen Ausdruck angenommen hatte. Vertreter aller Stände — Aerzte, Juristen, Geistliche, Lehrer, Arbeiter — und auch zahlreiche Frauen hatten sich als social-medicinische Gemeinde versammelt, gespannt der Eröffnung des Congresses entgegensehend. Die Begrüßung des Congresses durch den Unterrichtsminister sowie durch den Ministerpräsidenten zeigte, daß die Regierung akademisch sich der Tragweite social-medicinischer Fragen bewußt ist, und die mit größtem Beifall aufgenommenen Reden der beiden Minister konnten mit Recht als Huldigungen für die weltumspannenden Gedanken und Bestrebungen der socialen Medicin aufgefaßt werden. Auch die Ansprachen der Vertreter der autonomen Landes- und Communalverwaltung, endlich der Delegirten der fremden Regierungen ließen es deutlich ersehen, daß die Ideen der socialen Medicin in den hier in erster Linie zur Thätigkeit berufenen Kreisen vollendete Würdigung fanden. Nicht unerwähnt soll ein durch die unvorsichtige Ausdrucksweise des sächsischen Delegirten Dr. MEINERT, welcher davon sprach, daß unter allen gebildeten Ständen die Aerzte die meisten Potatoren aufweisen, in die festliche Versammlung gebrachter Mißton bleiben. Der temperamentvolle Redner hat jedoch am nächsten Tage durch eine loyale Erklärung seinen Fehler gut gemacht. Hätte er gesagt, daß die Aerzte — die doch eigentlich in erster Linie zum Kampf gegen den Alkoholismus berufen sind — dieser Aufgabe zum größten Theil noch indifferent gegenüberstehen, so hätte er das Richtige getroffen — aber die persönliche Beleidigung des Aerztestandes (die übrigens von dem größten Theil des anwesenden nichtärztlichen Publicums mit donnernden Beifallssalven begrüßt wurde) mußte mit Recht den Widerspruch der Beleidigten wachrufen. Die Thatsache, daß die Wiener Aerzteschaft auf dem Congresse lange nicht genügend vertreten ist, sei hier mit Bedauern hervorgehoben, weil daraus hervorgeht, daß die Ideen der socialen Medicin in ihr noch nicht kräftig Wurzel gefaßt haben. Hoffentlich wird der Congreß zum Ausgangspunkt einer Aera werden, wo die Aerzte ihre wahre Aufgabe nicht ausschließlich in der Behandlung der erkrankten Individuen erblicken, sondern auch Führer und Lehrer des Volkes auf allen dessen Wohlfahrt betreffenden Gebieten sein werden. — Die vom Präsidenten Hofrath Prof. MAX GRUBER in geradezu mustergiltiger Weise geleiteten Geschäftssitzungen brachten eine Fülle werthvoller Vorträge und anregender Discussionen. Das eminente allgemeine Interesse dieser Vorträge und Discussionen findet auch in der sehr ausführlichen Berichterstattung der Tagespresse seinen Ausdruck. Es ist dies ein höchst erfreulicher Umstand, denn so wenig es Sache der politischen Presse ist, Fragen von speciell medicinischem Interesse in ihren Spalten zu erörtern, so wie dies ja leider manchmal geschieht, so wichtig, ja unentbehrlich ist ihre Mitwirkung dort, wo es sich um eine Frage der socialen Medicin handelt, denn nur durch die von allen Ständen und Schichten gelesenen Organe der öffentlichen Meinung können diese Ideen dorthin gelangen, wohin sie gehören, nämlich in das Volk — diesen Begriff im weitesten Sinne des Wortes genommen. Auf das Meritorische des Congresses, das unge-

heure Gedanken- und Thatsachenmaterial kann hier nicht eingegangen werden, doch sei betont, daß fast alle Ausführungen, an denen sich nicht nur Aerzte, sondern auch Juristen, Statistiker, Vertreter verschiedener politischer Parteien beteiligten, durch Vornehmheit der Form und Sachlichkeit des Inhaltes sich auszeichneten. Nur eine kleine Gruppe von Naturheilaposteln, enragirten Vegetarianern etc. versuchte durch ein Aufgebot von Lungenkraft ihre weiterlösenden Ideen der dafür gar nicht empfänglichen Versammlung aufzudrängen, und auch hier ist es ein Verdienst des trefflichen Präsidenten gewesen, die leidenschaftlichen Streiter durch energisches Vorgehen zur Ruhe gebracht zu haben. Wenn man von den kleinen Zwischenfällen absieht, so darf man es wohl aussprechen, daß der VIII. internationale Congreß gegen den Alkoholismus sowohl im Hinblick auf die mustergiltige Leitung der Verhandlungen als auf den alle in Betracht kommenden Fragen umfassenden Charakter der Vorträge und Discussionen einen Markstein in der Geschichte der socialen Medicin bedeutet.

(Personalien.) Der Leiter des Landesspitals in Sarajevo, Primarius Dr. GÉZA KOBLER, ist zum Regierungsrath und Chef des Sanitäts-Departements der bosnisch-herzegowinischen Landesregierung, Dr. EUGEN KRAUS in Paris zum Arzt der dortigen österreichisch-ungarischen Botschaft ernannt worden. — Dr. LEO LIEBERMANN, Professor an der Veterinär-Hochschule und Director der chemischen Untersuchungsstation, ist mit der interimistischen Leitung der durch den Tod FODOR's erledigten Lehrkanzel an der Buda-pester Universität betraut, Hofrath Dr. OTTO SCHWARTZER DE BABARZ zum Vicepräsidenten des ungarischen Landessanitätsrathes ernannt worden. — Der Entdecker des Leprabacillus Dr. GERHARD ARMAUER HANSEN in Bergen feiert am 26. Juli d. J. seinen 60. Geburtstag. Aus diesem Anlasse soll zu Bergen eine Marmorbüste des berühmten Forschers zur Aufstellung gelangen.

(Aerztestrike.) Dem Beispiele der Münchener und Nürnberger Collegen haben sich nun auch in Leipzig die Aerzte der dortigen Ortskrankencasse angeschlossen. Wir erfahren hierüber folgendes: Am 5. April haben 140 Aerzte der Leipziger Ortskrankencasse ihre Thätigkeit bei der Casse eingestellt. Die Ursache hiefür war auch hier der Versuch der Casse, ihre infolge erhöhten Krankenstandes ungünstige finanzielle Lage durch Ersparungen am Aerztehonorare zu verbessern. Die Lage in Leipzig ist eine besonders schwierige, da mehrere Aerzte ganz auf die Ortskrankencasse angewiesen sind und kein Striketond besteht. Dennoch ist es dringend zu wünschen, daß alle Collegen, wenn auch unter persönlichen Opfern, zusammenhalten. Der Ausgang der Kämpfe in München, Nürnberg und Leipzig wird ja ohne Zweifel für die künftige Stellung der Aerzte zu den Krankencassen in allen Ländern und Staaten von maßgebender, wenn nicht ausschlaggebender Bedeutung sein. Inzwischen ist — wie wir soeben erfahren — der Nürnberger Strike durch Vermittelung des Magistrates nach Anerkennung der Berechtigung der ärztlichen Forderungen beigelegt worden.

(Pharmakotherapie.) Im Verlage von Urban und Schwarzenberg ist vor kurzem die Pharmakotherapie von FERD. WINKLER, eine Uebersicht der gegenwärtigen Arzneibehandlung, erschienen. Sie stellt eine nach pharmakodynamischen Gruppen geordnete Uebersicht über unsere jetzige Arzneibehandlung dar. Den einzelnen Gruppen, die alphabetisch angeeicht sind, geht eine kurze Begriffsbestimmung mit Angaben über ihre Wirkungsweise, ihre Indication und Contraindication voran. Zahlreiche Receptformeln erhöhen den Werth des Werkes für den Praktiker in hohem Maße.

(73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.) Während der diesjährigen, vom 22.—28. September zu Hamburg tagenden Naturforscherversammlung sollen nicht nur wie bisher Themen von umfassenderem Interesse in gemeinsamen oder Hauptsitzungen behandelt werden, sondern auch Verhandlungen über Fragen von allgemeiner Wichtigkeit, für welche bei allen Theilnehmern an den Jahresversammlungen Interesse vorausgesetzt werden darf, in Aussicht genommen werden. Demgemäß ist für den Mittwoch der Versammlungswoche eine Gesamtsitzung angesetzt worden, in welcher die moderne Entwicklung der

Atomistik, wie sie in der Lehre von den Ionen, Gas-Ionen und Elektronen enthalten ist, von mehreren Referenten dargelegt und zur Erörterung gestellt werden soll. In ähnlicher Weise sind auch für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen für den Donnerstag vorgesehen, und zwar soll in der medicinischen Hauptgruppe die Lehre von den Schutzstoffen des Blutes, in der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe der gegenwärtige Stand der Descendenzlehre behandelt werden.

(Der IV. Congreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie) wird dieses Jahr vom 29. Mai bis 1. Juni in Gießen stattfinden. Die Themen, welche zur Verhandlung kommen, sind: 1. Carcinoma uteri, W. A. FREUND (Straßburg) und WINTER (Königsberg); 2. Eklampsie, FEHLING (Straßburg) und WYDER (Zürich). Das ausführliche Programm wird Ende April veröffentlicht werden. Auskünfte ertheilen Geh. Med.-Rath Prof. Dr. LÖHLEIN (Gießen), sowie der Schriftführer Prof. Dr. WALTHER (Gießen).

(Der französische Congreß für Chirurgie) findet vom 21.—26. October d. J. statt. Zur Verhandlung kommen: Chirurgie der Milz (FERRIER-Nancy), Behandlung der tuberculösen Lymphadenitis (BROCA-Paris).

(Statistik.) Vom 31. März bis inclusive 6. April 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7052 Personen behandelt. Hievon wurden 1602 entlassen; 187 sind gestorben (10.4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 44, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 46, Scharlach 89, Masern 235, Keuchhusten 20, Rothlauf 39, Wochenbettfieber 2, Röheln 4, Mumps 61, Influenza 9, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 690 Personen gestorben (— 58 gegen die Vorwoche).

(BIZZOZERO †.) Vor wenigen Tagen starb in Turin an der Stätte seiner Wirksamkeit und seiner Erfolge der Professor der allgemeinen Pathologie GIULIO B. BIZZOZERO im Alter von 55 Jahren. Die zahlreichen Arbeiten, welche BIZZOZERO theils als Professor in Pavia (1868—1872), theils in Turin publicirt hat, machten seinen Namen auch in Oesterreich und Deutschland bekannt und geehrt, zumal viele dieser Publicationen in deutscher Sprache erschienen sind. Dieselben behandeln vorwiegend histologische Themen, so das Bindegewebe, die Structur des Knochenmarkes, die Entwicklung der rothen Blutkörperchen und der Blutplättchen u. a. m.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Böhmisches-Leipa Dr. EDUARD HAUPTMANN, ein selbstloser Arzt und hochgeachteter Colleague; in Budapest der Director der dortigen freiwilligen Rettungsgesellschaft Dr. KRESS; in Berlin der Schriftsteller Professor Dr. MAX RING, ursprünglich Arzt, dann ein bekannter und vielgelesener Schriftsteller, im Alter von 83 Jahren.

Der natürliche Krondorfer Sauerbrunn als Heilmittel. Die therapeutische Wirksamkeit desselben beruht auf dem Gehalte an Kohlensäure und kohlensaurem Natron und entfaltet die vorzüglichste Wirksamkeit gegen chronische Katarrhe der Schleimhäute. In erster Linie steht hier der chronische Katarrh des Schlundes, des Nasen- und Rachenraumes, des Kehlkopfes und der Bronchien. Der systematische Gebrauch des Krondorfer gewährt in diesen Krankheiten ganz wesentliche Erleichterung, indem er einerseits das Trockenheitsgefühl mindert, andererseits das Secret verflüssigt und dessen Fortschaffung erleichtert.

Pharmaceutisch-chemische Industrie. Der colossale Aufschwung, den die pharmaceutisch-chemische Industrie in den letzten Jahren genommen hat, ist am besten aus den Publicationen der chemischen Fabriken zu ersehen. Es liegt uns als Beweis hiefür wieder ein Buch vor, welches die bestens bekannten pharmaceutischen Präparate der Fabrikanten vormals Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld behandelt. Der stattliche Band ist 262 Seiten stark und bespricht sämtliche pharmaceutische Präparate der Farbenfabriken in ausführlichen Abhandlungen. Alle chemischen und pharmakologischen Daten, Indicationen, Dosirung, Receptformeln, klinische Beobachtungen, Auszüge aus der Literatur, kurz alles Wissenswerthe findet sich hier in übersichtlicher Weise geordnet vor, so daß sich das Buch vorzüglich zum Nachschlagen eignet, wenn man sich über das eine oder das andere Präparat genau orientiren will.

Verantwortlicher Redacteur: Docteur Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

Somnal- Radlauer, vorzügl. Schlafmittel, ohne schädliche Nebenwirkung. Dosis 2—4 Gr. in Milch oder Bier. 10 Gr. = 60 Pf.
Radlauer's Bandwurmmittel rühmlichst tausendfach anerkannt, besteh. aus 18 Capsules mit Extract. Filicis. anth. Kussin und Ol Ricin., sichere Wirkung in 1/2 St. Schachtel 3 M. Kronen-Apotheke. Berlin W., Friedrichstr. 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8.
En gros bei G. & B. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheker Josef v. Török.

Steiermärk.
ROHITSCHER
SAUERBRUNN **Sempel-Styria Quelle**
WELTBERÜHMTES
Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Meran

Curanstalt „HYGIEA“
für Nerven-, Magenleidende, Rheumatische, Reconvalescenten.
(Kais. Rath **Dr. Schreiber**.)

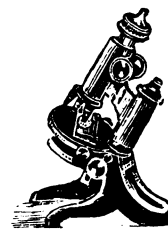
4 Ehren-Diplome.

Gegründet im Jahre 1886.

4 gold. Medaillen.

Optisch-mechanische Werkstätte für

Projections-Apparate Mikroskope



mit Acetylen wie elektr. Licht,
für Aerzte, Apotheker, Thierärzte, Nahrungsmittel-Chemiker, mit vollkommener Ausrüstung f. bakteriologische Untersuchungen.

Stativ mit Zahn-, Trieb- und feinsten Mikrometerschraube, Abböcher Beleuchtungsapparat mit Irlblende. Objective Nr. 3 und 6, „Homogene Immersion“ 1/12. Oculare Nr. 2 und 4 Vergrößerung 30 bis 1200. Preis 198 fl.

Illustrierte Preislisten auf Verlangen.

FRITZ EBELING WIEN, XVII. Bezirk, Hernalser Gürtel 2, Ecke der Breitenfeldergasse, VIII. Bezirk.

Sirop antispasmodique gegen Keuchhusten

von Desaga.

Desaga's antispasmodischer Syrop ist ein sicheres Linderungsmittel bei Keuch- u. Krampfhusten, Asthma u. Bronchialkatarrh für Kinder u. Erwachsene. Depôts: WIEN: C. Haubner's Engel-Apotheke, Dr. Gritler's Apotheke, Bruno Raabe, sowie v. u. R. Fritz, Droguisten; PRAG: Jos. Fürst, BUDAPEST: Jos. v. Török und Dr. Leo Egger, Apotheker.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die neuesten Untersuchungen über die Malariaparasiten. Von LORD JOSEPH LISTER. — Fortschritte der Diagnostik in versicherungärztlicher Hinsicht. Von Dr. JULIUS FLEISCH, Assistenten der Poliklinik in Wien. — **Referate.** H. PÄSSLER (Leipzig): Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie. — JORDAN (Heidelberg): Ueber die subcutane Milzzerreißung und ihre operative Behandlung. — LANDRER (Stuttgart): Der gegenwärtige Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberculose. — GEORG KÖSTER (Leipzig): Zur Kenntniß der Clitoriskrisen. — W. STROGANOFF (St. Petersburg): Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreißenden betrachtet werden? — HAMMESFAHR (Bonn): Ueber Prophylaxe in der Asepsis. — A. KÖPPEN (Norden): Zur Diagnose und Prognose der Gonorrhoe des Mannes. — WLADIMIROV: Sodaumschläge bei Eiterungen. — REICHARD (Berlin): Zur Casuistik der Operationen bei Pericarditis. — **Literarische Anzeigen.** Die Tabes dorsualis. Von Prof. Dr. E. v. LEYDEN, o. ö. Professor an der Universität Berlin, Geh. Medicinalrath. — Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. Von SCHMIDT L., FRIEDHEIM L., LAMHOFER A. und DONAT J. — **Feuilleton.** Die österreichischen Arbeiterkrankencassen im Jahre 1898. (Ueberblicke auf Grund der „Amtlichen Nachrichten“ des k. k. Ministeriums des Innern.) — **Kleine Mittheilungen.** Die Behandlung der Nachtschweiß von Lungenphthisikern mit Tannoformstreuipulver. — Wundbehandlung. — Zur Behandlung der Larynx-tuberculose. — Ueber subconjunctivale Einspritzungen mit Acoin. — Stypticin. — Zur Behandlung der Vergiftungen mit Formaldehyd. — Cocain gegen Magenschmerzen. — Zur Behandlung der schmerzhaften Dentition. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10. bis 13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) I. — *Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900.* (Orig.-Ber.) XXVIII. — *Aus englischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die neuesten Untersuchungen über die Malariaparasiten.

Von **Lord Joseph Lister.** *)

Der Ausdruck „Malaria“ deutet auf die Anschauung hin, daß verdorbene Luft die Ursache der Krankheit sein müsse. Aber die in den letzten Jahren gewonnene Erkenntniß der parasitischen Natur der Infectionskrankheiten mußte schließlich zu der Annahme der parasitischen Natur der intermittirenden Fieber, wie die verschiedenen Manifestationen der Malaria genannt wurden, führen. Es wurde das Wasser und der Boden von italienischen Malariagegenden lange Zeit hindurch eifrig auf das Vorhandensein der angenommenen Parasiten untersucht, aber ohne Erfolg.

LAVERAN'S Entdeckung. Im Jahre 1880 beobachtete LAVERAN, ein in Algier stationirter französischer Militärarzt, in den rothen Blutkörperchen von Malariakranken Körperchen, welche er als von außen eingedrungene lebende Organismen ansah, jedoch nicht als Parasiten pflanzlicher Natur wie die als Ursache so mancher Infectionskrankheit nachgewiesenen Bacterien, sondern als niedrigste thierische Organismen. Nach seiner Anschauung sind die jüngsten Formen der Organismen jene, welche in den rothen Blutkörperchen sich als winzige Flecke farblosen Protoplasmas darstellen und amöboide Bewegungen zeigen. Diese wachsen auf Kosten der von ihnen bewohnten rothen Blutkörperchen, verzehren dieselben allmähig und lagern gleichzeitig im eigenen Körper ein eigenthüm-

liches dunkelbraunes oder ein schwarzes Pigment ab, welches schon seit langem als Ablagerung in den Organen Malaria-kranker nachgewiesen worden war. Bei jedem weiteren Wachstum nehmen die Parasiten verschiedene Formen an; so beschrieb LAVERAN als „Rosette“ ein rundliches, an seiner Peripherie kugelförmige Gebilde tragendes, im Centrum pigmentirtes Körperchen.

Die zunächst von den Pathologen mit größtem Mißtrauen aufgenommene Entdeckung LAVERAN'S war der erste große Fortschritt in der Aetiologie der Malaria. Er gab die Mittel, um die Krankheit von anderen ihr klinisch gleichenden zu unterscheiden, und erklärte die wunderbare spezifische Wirkung des bis dahin nur rein empirisch angewendeten Chinins. Eine bemerkenswerthe Eigenschaft des Chinins ist seine tödtliche Wirkung auf bestimmte Mikroben, und zwar noch in Verdünnungen, welche auf die Gewebe des menschlichen Organismus überhaupt keine Reizwirkung ausüben. So kann das Chinin in Dosen gegeben werden, welche genügen, um den im Blute befindlichen Malariaparasiten zu tödten, ohne den Kranken selbst zu schädigen.

Beobachtungen von GOLGI. Neun Jahre nach der Entdeckung LAVERAN'S theilte GOLGI in Pavia, welcher besonders die Rosettenform des Parasiten studirt hatte und zur Ueberzeugung gelangt war, daß die sphärischen Körperchen an der Peripherie der Rosetten Sporen des Parasiten seien, mit, daß er derartige Unterschiede zwischen den beim Tertian- und Quartanfieber vorkommenden Rosettenformen beobachtet habe, welche ihn zur Annahme führten, daß es sich dabei um zwei verschiedene Species des Parasiten handeln müsse. Gleichzeitig machte er die außerordentlich wichtige Beobachtung, daß die Perioden des Fiebersausbruches in innigem Zusammenhange mit den Reifungszeiten der Rosettenformen stehen. Diese kommen alle ungefähr um dieselbe Zeit zur

*) Vorgetragen in der Jahressitzung der Royal Society am 30. November 1900.

Reifung, ergießen ihre Sporen in das circulirende Blut, auf welche Art dann der einzelne Fieberanfall zustande kommt. Diese freien Sporen sollen sich nun nach der Anschauung des genannten Autors öfter an andere rothe Blutkörperchen anheften und stellen dann die von LAVERAN beschriebenen kleinsten Amöben dar, wachsen dann innerhalb der rothen Blutkörperchen heran, ohne Symptome hervorzurufen, bis sie eine genügend große Brut zur Ausstoßung reifer Sporen erzeugt haben. Diese Zeit dauert für das Tertianfieber zwei, für das Quartanfieber drei Tage. So ist die Periodicität der Intermittens und die Variation derselben genügend erklärt.

Der Parasit der Aestivo-Autumnalfieber. Einige Monate später wurde eine dritte Species des Parasiten entdeckt, welche die besondere Eigenschaft zeigte, daß einzelne Individuen nicht eine runde, sondern eine halbmondförmige Gestalt zeigten. Diese Species wurde nach den Jahreszeiten, innerhalb welcher sie in Italien zur Beobachtung gelangte, als die „ästivo-autumnale“ Form bezeichnet. Dieselbe zeigte nicht eine so ausgeprägte Periodicität wie die anderen und rief auch viel gefährlichere Krankheitsformen hervor. Das Vorhandensein dieser verschiedenen Species wurde zunächst fast allgemein angezweifelt, ist aber gegenwärtig allseitig anerkannt und thatsächlich von großer Wichtigkeit. Die Untersuchung eines aus der Fingerbeere des Patienten entnommenen Blutropfens setzt den Arzt nicht nur in den Stand, zu entscheiden, ob die Krankheit überhaupt Malaria ist, sondern auch, welcher der drei Krankheitstypen zu erwarten ist. Die besonders gefährliche Form, bei welcher Halbmonde nachgewiesen werden, kommt in den Tropen am häufigsten vor und wurde auch seither von KOCH als „tropische Malaria“ bezeichnet. Das Quartanfieber ist dagegen die mildeste Malariiform.

Der Sporulationsproceß scheint auf den ersten Blick geeignet, die ganze Lebensgeschichte des Parasiten aufzuklären. Thatsächlich ist er für die Ausbreitung der Parasiten im ganzen menschlichen Körper von großer Bedeutung. Immerhin blieb es noch geheimnißvoll, auf welchen Wegen der Parasit in den menschlichen Körper eindringt. Obwohl in dem Blute des Malariakranken reichlich vorhanden, fehlt er jedoch in den Excreten. Da die Annahme der Urzeugung schon längst nicht mehr Geltung besitzt, so blieb die Entstehung des Parasiten in der Außenwelt noch immer unauferklärt. In jüngster Zeit nun hat dieses Problem eine vollständige Lösung erfahren.

MANSON'S Schlußfolgerungen. Unter den von LAVERAN beobachteten Parasitenformen fand sich eine, welche er als „geißeltragende“ Form bezeichnete. Dieselbe besaß fadenförmige Anhängsel, welche eine extreme active Beweglichkeit zeigten, durch welche sie sich oft vom Mutterparasiten losrissen und davonschwammen. Diese Geißeln wurden von manchen Biologen als Degenerationsproducte betrachtet und ihre Entstehung durch schädigende Einflüsse, welchen die im Blut befindlichen Parasiten außerhalb des Körpers ausgesetzt sind, erklärt. Dieser Ansicht konnte sich LAVERAN nicht anschließen. Die außerordentliche Beweglichkeit der Geißeln befestigte in ihm die Ueberzeugung, daß die von ihm entdeckten Formen thatsächlich lebende Parasiten darstellen und er betrachtete die Geißeln als die höchste Entwicklungsform des Parasiten. Auch ein anderer Beobachter, Dr. MANSON, hatte in gleicher Weise die Ueberzeugung, daß die Geißeln lebende Gebilde sind, und ging noch um einen Schritt weiter. Da er sah, daß die Geißeln niemals im frisch entnommenen Blute zu sehen waren, sondern erst nach einer gewissen Zeit darin auftraten, nahm er an, daß sie die zur Ausbreitung der Parasiten in der Außenwelt geeigneten Sporen darstellen, und daß irgend welche blutsaugenden Insecten die Uebertragung vermitteln. Er hatte vor mehreren Jahren beobachtet, daß ein anderer Parasit des menschlichen Blutes, die Filaria, ein mikroskopisch kleiner, zu der Classe der Nematoden gehöriger Wurm, mit dem Blute in den

Magen einer Mosquitoart gelangt, daß dieses Insect als Zwischenwirth fungirt und der Parasit in seinem Körper einen neuen Entwicklungszyklus durchmacht. Die Vorstellung, daß bei der Malaria ähnliche Vorgänge sich abspielen, faßte in ihm feste Wurzel, und er entwickelte seine diesbezüglichen Ideen vor dem Royal College of Physicians in London. Die Annahme, daß die Mosquitos in irgend einer Weise mit der Malaria in Beziehungen stehen, findet sich schon bei LAVERAN und anderen Autoren, aber keiner von ihnen hat die Sache mit einer so logischen Argumentation begründet wie MANSON.

Die Beobachtungen von ROSS. Der Militärarzt RONALD ROSS der indischen Armee empfing gelegentlich eines Aufenthaltes in Europa einen tiefen Eindruck von den Ideen MANSON'S und beschloß bei seiner Rückkehr nach Indien, dessen Theorie einer Nachprüfung zu unterziehen. Er verwendete Mosquitos, die in Flaschen aus der Larvenform sich entwickelt hatten, und ließ dieselben an Personen saugen, welche im Bluthalbmondförmige Malariaparasiten beherbergten; hernach suchte er die Entwicklung des Malariaparasiten im Körper der Mosquitos zu verfolgen. Zwei Jahre setzte er diese Untersuchungen fort, wobei er über tausend Versuche anstellte, welche aber sämmtlich ein negatives Resultat ergaben. Dies geschah so lange, als er zwei in seinem Garnisonsort gewöhnlich vorkommende Mosquitoformen verwendete. Im August des Jahres 1897 erhielt er einige Larven einer in der Gegend selten vorkommenden Mosquitoform zugesendet. Nachdem sich diese Larven zu vollständig ausgebildeten Insecten entwickelt hatten, ließ er acht derselben einen Patienten beißen, in dessen Blut Halbmonde waren, und untersuchte die Gewebe der Mosquitos in verschiedenen Zeiträumen. Vier Mosquitos wurden gleichzeitig getödtet, um sie auf das Vorhandensein von Geißelformen zu untersuchen. Von den übrigen Mosquitos zeigte einer, welcher vier Tage nach vollzogenem Bisse untersucht wurde, bei starker Vergrößerung mehrere in der Magenwand eingebettete, rundliche Körper, welche nicht als normale Gewebelemente betrachtet werden konnten und Pigmentkörnchen enthielten, „welche anscheinend mit den in den Malariaparasiten beobachteten identisch waren“; die acht Mosquitos wurden einen Tag später getödtet und zeigten ähnliche Körperchen, die aber größer und dichter waren, was auf ein entsprechendes Wachsthum zurückgeführt werden konnte. In der Annahme, daß er endlich das Gefundene habe, wonach er so lange gesucht hatte, und im Zweifel darüber, ob er wieder diese seltene Species zum Zwecke der Nachprüfung erhalten könnte, sandte ROSS eine Mittheilung seiner Beobachtungen ferner die Präparate sowie den selbständig abgefaßten Bericht eines Collegen über den Gegenstand nach London. MANSON, welcher die Präparate gleichfalls zu Gesichte bekam, schloß sich der Auslegung, welche ROSS seinen Befunden gegeben hatte, an. Der Bericht enthielt eine eingehende Beschreibung jener seltenen Mosquitoform, welche nach der Ansicht von ROSS wahrscheinlich zu einer anderen Familie als die gewöhnlichen Mosquitoarten gehörte.

Im folgenden Monate machte er einen ähnlichen Versuch mit einer anderen Mosquitoart, welche der eben erwähnten sehr nahe verwandt zu sein schien. Mit einigen Schwierigkeiten gelang es ihm, zwei dieser Mosquitos dazu zu bringen, einen Patienten mit Halbmondförmigen im Blute zu beißen. Die Untersuchung des einen Mosquitos, welcher am folgenden Tage getödtet wurde, ergab ein negatives Resultat. Aber bei dem zweiten, 48 Stunden nach dem Bisse getödteten Mosquito wurden die eigenthümlichen pigmentirten Körperchen in der Magenwand wieder nachgewiesen. Gleichzeitig wurden einige Exemplare derselben Species, welche kein oder gesundes Blut gesaugt hatten, untersucht, ohne daß es gelang, die beschriebenen Gebilde nachzuweisen.

In demselben Monate beobachtete er ganz ähnliche pigmentirte Körper in einem gewöhnlichen Mosquito, welcher

an einem Patienten gesogen hatte, der den Parasiten der leichten Intermittens tertiana beherbergte. Hier hatte er nicht den genauen Nachweis, wie bei den aus der Larvenform gezüchteten Insecten, und der Nachweis der pigmentirten Körper in gewöhnlichen Mosquitos war etwas ganz Neues. Alle Patienten, an welchen er seine früheren Versuche mit den gewöhnlichen Mosquitos anstellte, hatten Halbmonde im Blute gehabt, und da es sich hier um eine andere Parasiten-species handelte, so schien es nicht unwahrscheinlich, daß dieselbe von gewöhnlichen Mosquitos beherbergt worden war.

Diese neuen Thatsachen beseitigten bei Ross jeden Zweifel; er glaubte nunmehr die Frage gelöst zu haben und berichtete darüber an MANSON. Zu seiner schweren Enttäuschung wurde er jedoch um diese Zeit in einen anderen Theil Indiens berufen, um eine andere Krankheit zu studiren, und so gingen mehrere werthvolle Monate verloren.

Im Februar 1898 wurde Ross jedoch neuerdings mit der Erforschung der Malaria betraut und in Calcutta ein eigenes Laboratorium für ihn eingerichtet. Da in dieser Jahreszeit nur wenige Fälle von menschlicher Malaria vorhanden waren, so wandte er seine Aufmerksamkeit den malariaartigen Erkrankungen, welche bei Vögeln vorkommen, zu. Er fand nach kurzer Zeit, daß eine der gewöhnlichen Mosquitoarten, welche, wenn sie an Patienten mit Halbmonden gesogen hatte, constant ein negatives Resultat ergab, pigmentirte Körperchen in der Magenwand aufwies, wenn sie an Vögeln, z. B. Sperlingen, gesogen hatte, welche in ihrem Blute die als Proteosoma bezeichneten Parasiten beherbergten. Die Vögel boten also ein reichliches Untersuchungsmaterial, und die betreffende Mosquitoart — der „graue“ Mosquito — war in Calcutta sehr verbreitet, so daß es dem Forscher leicht war, beliebig viele Mosquitos aus den Larvenformen zu züchten. So folgte eine Reihe neuer Entdeckungen in kurzen Zwischenräumen. Ross theilte bald mit, daß die pigmentirten Körperchen von Tag zu Tag wuchsen, bis sie nach ungefähr einer Woche beträchtliche Größe erreichten, an der Außenfläche der Magenwand knospenartige Gebilde producirten und oft einen eigenthümlichen strahligen Bau aufwiesen. Weiter erfuhren wir, daß diese Streifen Anzeichen der beginnenden Sporenbildung darstellten, und daß die Körperchen, wenn sie reif geworden waren, ihren Inhalt in die Leibeshöhle der Mosquitos entleerten, und zwar in Form zahlloser, winziger, länglich geformter Organismen, welche er als „Keimstäbchen“ bezeichnete. Dann folgte die bemerkenswerthe Entdeckung, daß die Keimstäbchen bald die Leibeshöhle verlassen und sich in den Zellen der Speichel-, bezw. Giftdrüsen anhäufen, ferner auch in den von den Drüsen zu dem Rüssel, mit welchem die Insecten den Biß ausführen, ziehenden Gang anhäufen. Schließlich vollendete er die Beweisreihe durch die Beobachtung, daß gesunde Sperlinge mit dem Proteosoma inficirt werden können, wenn man sie nach einem entsprechenden Zeitraum von Mosquitos beißen läßt, die vorher einen kranken Vogel gebissen haben.

So war die Mosquitothorie der Malaria vollständig erwiesen. Wenn man nun die große Aehnlichkeit des Proteosoma mit den Parasiten der menschlichen Malaria in Betracht zieht, ferner auch die Beobachtungen, die Ross über die Infection einzelner Mosquitos mit den Halbmonden der menschlichen Malaria angestellt hatte, so kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die für die Infection der Sperlinge nachgewiesenen Vorgänge sich in gleicher Weise auch bei der Malaria-infection des Menschen abspielen. Die beiden Beobachtungsreihen erweisen, wenn man sie zusammenhält, die schon von MANSON vorausgeahnte Thatsache, daß verschiedene Species der Malariaparasiten verschiedene Species der Mosquitos als Zwischenwirthe benöthigen.

Gleichzeitig ergab das Vorhandensein oder Fehlen pigmentirter Körperchen in der Magenwand ein sicheres Mittel, um die Mosquitosarten, welche die Malaria auf den Menschen übertragen, von jenen zu unterscheiden, welche für

die Uebertragung der Malaria nicht in Betracht kommen. Man kann noch hinzufügen, daß die negativen Resultate bei den grauen Mosquitos, welche Halbmonde enthaltendes Blut gesogen hatten, zusammengehalten mit dem häufigen Vorkommen des Parasiten bei den Vögeln Indiens, welcher von diesen Insecten aufgenommen wird, einen überzeugenden Beweis dafür erbringen, daß die Mosquitos die Keime nicht aus dem Larvenzustand übernehmen, sondern nur dadurch, daß sie an einem inficirten Thiere saugen.

Beobachtungen von MAC CALLUM. Wenn nun auch auf diese Weise die Mosquitothorie erwiesen war, so blieb doch noch ein fehlendes Glied in der Reihe der biologischen Vorgänge. Die von MANSON als Sporen betrachteten Geißeln waren vollständig pigmentfrei, während die kleinsten, von Ross in der Magenwand beobachteten Körperchen stets Pigment enthielten. Wie war nun dieser Widerspruch zu erklären und welcher Art ist die Beziehung zwischen den unpigmentirten Geißelfäden und den pigmentirten Körperchen? Die Antwort darauf wurde von Seiten eines anderen Forschers ertheilt.

In der Sitzung der Zoologischen Section der British Association in Toronto im Jahre 1897 hielt Dr. MAC CALLUM von der JOHN HOPKIN'S Universität in Baltimore einen Vortrag über die Ergebnisse seiner Forschungen in Bezug auf eine andere Form der Malariaparasiten, Halteridium, welche namentlich bei Krähen vorkommt. Er theilte unter gleichzeitiger Demonstration mikroskopischer Präparate mit, daß er fundamentale Unterschiede zwischen den sphärischen Körperchen in dem Blute der von den betreffenden Parasiten befallenen Vögel entdeckt habe. Wenn auch alle an Größe annähernd gleich sind, so zeigen einige Körperchen ein stärker granulirtes Protoplasma als die anderen, welche ein mehr hyalines Aussehen haben, und nur letztere waren es, welche Geißeln aussandten. Diese schwammen, nachdem sie sich von der Mutterzelle losgerissen hatten, fort, bis sie auf ein Körperchen der stärker granulirten Art kamen. Der erste Geißelfaden, welcher zu den betreffenden Körperchen gelangte, drang in dasselbe ein und verschwand daselbst, während allen anderen in geradezu erstaunlicher Weise der Eintritt verwehrt wurde. Hier wurde nun bei einer niedersten Form ein Befruchtungsvorgang beobachtet, wie er sonst bei Fucus- und Echinusarten beobachtet wird. Die Geißeln waren also nichts anderes als Spermatozoen, während die stärker granulirten Zellen als Eizellen aufgefaßt werden mußten. MAC CALLUM beobachtete, daß nach der Befruchtung die Eizelle ihre Gestalt änderte, und eine längliche, von ihm als „Vermiculus“ bezeichnete Form annahm. Dieses neue Geschöpf zeigte außerordentliche Beweglichkeit und konnte sich mit großer Kraft durch ein rothes Blutkörperchen hindurcharbeiten. Nichts schien nun besser geeignet, die Zellen, welche den Magen der Mosquitos auskleiden, zu durchdringen, und da dieser „Vermiculus“ sein Pigment beibehält, so steht nichts der Annahme im Wege, daß er mit den von Ross beschriebenen pigmentirten Körperchen identisch ist.

Diese Beobachtungen von MAC CALLUM konnten auf den ersten Blick zu wunderlich erscheinen, um glaubhaft zu sein, aber sie wurden von anderen Beobachtern vollkommen bestätigt.

Es erscheint zweifelhaft, ob das Halteridium jemals die Rosettenform mit der zugehörigen Sporulation producirt, aber es ist kein Zweifel, daß der bei diesen Parasiten beobachtete Befruchtungsproceß sich auch bei der menschlichen Malaria abspielt. MAC CALLUM selbst beobachtete bei den Halbmonden der menschlichen Malaria den Conjugationsact, konnte aber nicht die nachfolgende Entwicklung des „Vermiculus“ constatiren.

Beobachtungen von KOCH und GRASSI. KOCH erzielte einen weiteren Fortschritt, indem er den Vermiculus des Proteosoma in dem Blute des Mosquitomagens beobachtete. GRASSI, welcher auch sonst den Gegenstand mit den wichtigsten

Beiträgen bereicherte, hat in einem jüngst erschienenen, mit prachtvollen Illustrationen ausgestatteten Werke nicht nur das Vorhandensein zahlreicher Vermiculi in dem Blute des Magens von Mosquitos, zwei Tage, nachdem sie Malariakranke gebissen hatten, nachgewiesen, sondern auch die kleinsten Pigmentkörperchen beschrieben und abgebildet, welche sich unmittelbar danach in der Magenwand vorfanden. Diese Körperchen zeigten manchmal die längliche Form des Vermiculus, nachdem sie das Epithellager, welches den Magen des Mosquitos auskleidet, passirt hatten.

Sporulation und geschlechtliche Fortpflanzung. Auf diese Art wurde genügend erwiesen, daß die Malariaparasiten in zwei verschiedenen Formen im Blute der Kranken vorhanden sind, von denen die eine im menschlichen Organismus sich ungeschlechtlich durch Sporenbildung fortpflanzt und die Fieberanfalle hervorruft, die andere sich im Körper der Mosquitos geschlechtlich fortpflanzt. Es ist sicher, daß beide Formen sich aus den in den Mosquitokörper gelangten Sporen entwickeln. Es ist jedoch noch nicht genügend sichergestellt, in welcher Periode ihre Sonderung stattfindet. Die Halbmondform ist für diese Untersuchungen besonders geeignet, da nur diese der geschlechtlichen Fortpflanzung dient und von den sporulirenden Formen nicht nur durch ihre Gestalt, sondern auch durch ihre beträchtlichere Größe leicht unterschieden werden kann.

Die Entwicklung der Halbmonde wurde besonders von den italienischen Pathologen **BATRANELLI** und **BIGNAMI** studirt, welche die jungen, noch ganz außerordentlich kleinen Halbmonde nachweisen konnten. Sie machten die bemerkenswerthe Beobachtung, daß — während die Halbmonde in dem Blute aus der Fingerbeere in der Regel nur dann nachgewiesen werden können, wenn sie ihre Reife erlangt haben — die Jugendformen in den inneren Organen, z. B. in der Milz, vor Allem aber im Knochenmark vorkommen, wo allein — nach Angabe der genannten Beobachter — die allerjüngsten Halbmondformen nachgewiesen werden können.

Wenn man erwägt, daß die Parasiten, in welchem Theile des Körpers sie sich auch immer befinden mögen, stets nur im Blute nachweisbar sind, so erscheint es schwer zu begreifen, aus welcher Ursache sie in verschiedenen Entwicklungsstadien die Blutgefäße bestimmter Gegenden und Organe bevorzugen. Doch finden wir Aehnliches auch bei anderen Blutparasiten, z. B. die erstaunliche Thatsache, daß von den zwei Filarien, welche im menschlichen Blute schmarotzen, die eine sich nur bei Nacht in den oberflächlichen Theilen zeigt und deshalb den Namen „*Filaria nocturna*“ führt, während die andere „*Filaria diurna*“ heißt, weil sie nur bei Tag im Blute der Fingerbeere auftritt, sich aber während der Nacht in die tiefer gelegenen Theile zurückzieht.

„*Anopheles*“ und „*Culex*“. **ROSS** war kein Entomolog und konnte in Indien nicht die Namen der Mosquitos, mit welchen er seine Arbeiten angestellt hatte, in Erfahrung bringen, bis **DANIEL**, welcher gleichfalls nach Calcutta zur Erforschung der Malaria und zur Nachprüfung der Untersuchungen von **ROSS** gesendet worden war, ihn darüber aufklärte, daß die seltene Mosquitoart, welche als Zwischenwirth der Halbmonde fungirt, zur Familie *Anopheles*, die gewöhnliche Art, welche das Proteosoma beherbergt, zur Familie *Culex* gehört. Es war nun von großem Interesse, festzustellen, ob alle Mosquitos, welche die Uebertragung der Malaria auf den Menschen vermitteln, zur Familie *Anopheles* gehören und die überaus verbreiteten und zahlreichen Arten der Familie *Culex* in dieser Hinsicht nicht in Betracht kommen. Zahlreiche Untersuchungen, insbesondere die von **GRASSI** und seinen Mitarbeitern, haben es wahrscheinlich gemacht, daß dies thatsächlich der Fall ist und soweit die menschliche Malaria in Betracht kommt, nur das Genus *Anopheles* von Bedeutung ist.

Die beiden anderen Delegirten des englischen Comités zur Erforschung der Malaria, **CHRISTOPHERS** und **STEPHENS**,

haben eine Reihe wichtiger Beiträge zur Kenntniß der Malaria geliefert. Sie beschäftigten sich speciell mit jener besonders gefährlichen Krankheit, welche mit Rücksicht auf ein bestimmtes Symptom als Schwarzwasserfieber bezeichnet wird, und gelangten zu dem Schlusse, daß es sich nicht um eine Krankheit *sui generis*, sondern um eine Form der tropischen Malaria handle. Wenn dies der Fall ist, so handelt es sich um eine Sache von größter praktischer Wichtigkeit, weil sich daraus ergibt, daß jedes zur Verhütung der gewöhnlichen Malaria geeignete Mittel dann die gleiche Wirkung hinsichtlich des tödtlichen Schwarzwasserfiebers haben muß.

Die Infection im Kindesalter. Eine andere, höchst wichtige Thatsache, welche die genannten Forscher und unabhängig von ihnen **KOCH** feststellte, besteht darin, daß innerhalb der eingeborenen Bevölkerung einer Malaria-gegend ein enorm hoher Procentsatz der Kinder die Malariaparasiten im Blute beherbergt, während gleichzeitig die erwachsene Bevölkerung vollkommen malariefrei sein kann. Wenn nun auch die Krankheit für die eingeborenen Kinder — vorausgesetzt, daß sie bis zu einem gewissen Grade angeborene Immunität besitzen — weniger gefährlich ist als für die frisch Angekommenen, so reichen die Parasiten der jugendlichen Eingeborenen hin, um gefährliche Fieberformen bei den Weißen zu erzeugen, wenn sie auf diese durch Mosquitos übertragen werden. Daraus ergibt sich die wichtige praktische Vorschrift, daß weiße Ansiedler in einer tropischen Malaria-gegend nicht, wie sie es gewöhnlich thun, ihre Häuser in der Nähe der Wohnstätten der Eingeborenen errichten, sondern in einer genügenden Distanz von mindestens $\frac{1}{4}$ einer englischen Meile. In ihrer letzten Mittheilung gehen **CHRISTOPHERS** und **STEPHENS** so weit, die Ansicht auszusprechen, daß die Befolgung dieser einfachen Regel schließlich dahin führen wird, daß die tropischen Malariagegenden für die Europäer nicht mehr gefährlich sein werden.

In einer Mittheilung vor dieser Gesellschaft muß natürlich in erster Linie die wissenschaftliche Seite dieser Frage erörtert werden. Hier sei nur erwähnt, daß verschiedene Fortschritte auf dem Gebiete der Prophylaxe und Therapie der Malaria auf Grund der neuesten Forschungen angebahnt wurden und bereits Früchte getragen haben. Alle diese Maßregeln ohne Ausnahme sind auf der Mosquitothorie der Malaria begründet.

Fortschritte der Diagnostik in versicherungsärztlicher Hinsicht.

Von **Dr. Julius Flesch**, Assistenten der Poliklinik in Wien.

Das Versicherungswesen ist ein socialökonomisch wichtiger Fortschritt unserer Zeit. Das anerkennen Gesellschaft und Staat in gleicher Weise. Die Hilfsdisciplinen der Lebensversicherungen, wie Mathematik, Statistik, sind längst vollgiltige selbständige Lehrfächer geworden, nur in der Medicin, jener Disciplin, auf deren richtiger Anwendung der Erfolg basirt, hat keine Ausgestaltung, weder in diagnostischer, noch prognostischer Beziehung, stattgefunden. Die Ergebnisse neuerer Forschung, die neuen Hilfsmittel medicinischer Diagnostik und Erkenntniß, haben auf versicherungsärztliches Handeln keinen Eindruck hervorgerufen. **BUCHHEIM** hat vor etwa 14 Jahren eine „ärztliche Versicherungsdiagnostik“ geschrieben, der er vor 4 Jahren, anläßlich der Einbeziehung auch minderwerthiger Leben in den Wirkungskreis vieler Gesellschaften, auch eine Diagnostik minderwerthiger Leben hinzufügte.

Es gibt in der versicherungsärztlichen Praxis so viel des Interessanten, daß die jeweilige Publication seltener Fälle und schwieriger Entscheidungen gewiß von großem Nutzen wäre und manchen Untersuchungsarzt von schablonenhafter Thätigkeit zu nutzbringender Denkarbeit anspornen würde. Wenn einzelne bedeutende Gesellschaften ausschließlich vollwerthige Leben versichern, so glaube ich, ist daran zum großen Theile

das mangelhafte Vertrauen in die Genauigkeit, das Verständniß und die Urtheilskraft der Vertrauensärzte in Bezug auf minderwerthige Leben Schuld.

Ich halte es nicht für überflüssig, in Folgendem jene Fortschritte zu erwähnen, die meiner Meinung nach dem Versicherungsärzte in schwierigen oder zweifelhaften Fällen ein rein objectives decidirtes Urtheil zu fällen ermöglichen.

In Bezug auf Masse bringt eine Publication aus dem Vergleiche von 31 gesunden jungen Leuten mit 21 Phthisikern folgende Resultate: 1. Der Thoraxumfang soll bei Gesunden minimal die Hälfte der Körperlänge betragen. 2. Bei Phthisikern ist der Brustumfang in toto geringer als bei Gesunden, aber der anterioposteriore Durchmesser ist eher größer im Verhältniß zum Diameter lateralis als bei Gesunden. 3. Die Rumpflänge des Phthisikers ist im Verhältniß zum Brustumfang größer als bei Gesunden. 4. Der Bauchumfang ist geringer als bei Gesunden.

Gefäßsystem. Es wäre von außerordentlicher Tragweite, wenn man das Anfangsstadium der Arteriosklerose objectiv nachweisen könnte. Vielleicht wird dies möglich werden durch genaue vergleichende Studien mit dem GÄRTNERschen Tonometer. Daß eine gewisse Gesetzmäßigkeit besteht, beweisen auch schon die wenigen bisherigen Befunde von H. WEISS, KORNFELD u. A. Die höchsten Druckwerthe entsprechen einer Erkrankung der Gefäßwände. Die absoluten Zahlen sind bei verschiedenen Menschen schon sehr different. Möglicherweise lassen Vergleichsmessungen in der Ruhe und nach Muskelarbeit bei einem und demselben Individuum gewisse Schlüsse zu. Behufs Diagnose von Herzkrankheiten ist die Auscultation jedenfalls allein hinreichend. In einem späteren Stadium der Arteriosklerose, wo bereits Hypertrophie der Muscularis und Kalkablagerungen vorhanden sind, was jenseits der Fünfziger-Jahre als mehr oder minder physiologisch genannt werden muß, verfügen wir über genügende objective Zeichen. Solche sind die Schlängelung und Derbheit der fühlbaren peripheren Gefäße, die Drucksteigerung im Gefäßsystem und die auscultatorischen Phänomene an den großen Gefäßen.

In sämtlichen Attestformularen finden wir die Frage nach Beschaffenheit des Radialispulses, eventuell noch, ob die Temporalis geschlängelt ist. Diese Fragestellung ist unvollkommen. Die Arteriosklerose kann einmal bloß die großen Gefäße oder die Coronargefäße, ein anderesmal in hervorragender Weise die Aorta descendens und ihre nächsten Ausläufer, oder auch vorwiegend die Carotiden und deren Vertheilungsbezirk, die Gehirnarterien, ergreifen. Es ist daher logischerweise vollkommen berechtigt, wenn BENEDIKT seit jeher die Nothwendigkeit der multiplen Pulsföhlung betont. Speciell von versicherungsärztlichem Standpunkte ist dies überaus wichtig. Bei Antragstellern jenseits der Fünfziger-Jahre sollten alle zugänglichen Arterien, und zwar beiderseitig genau beföhlt werden. Ungleichheit der Radiales wird sehr häufig gefunden, ist aber von untergeordneter Bedeutung. Von ungleich höherer prognostischer Bedeutung ist die Palpation der Carotiden. Das Voller- und Gespanntersein der Carotis auf der einen Seite erklärt BENEDIKT als prämonitorisches Symptom eines Accessus apoplecticus.

Ferner sind folgende Befunde beachtenswerth: Accentuation des II. Aortentones mit Kleinheit der einen Radialis läßt auf Verengerung der gleichseitigen Subclavia infolge fortgeleiteter Atheromatose aus der Aorta schließen. Derselbe Proceß kann erschlossen werden, wenn die Subclavia der einen Seite im Supraclavicularraume höher steht, deutlicher föhlar ist und stärker pulsirt.

Herabsetzung der Pulsfrequenz, Bradycardie, soll immer zur Vorsicht mahnen, sie ist oft das erste Symptom der Herzsclerose.

Das von OLIVER-CARDELLI beschriebene Symptom bei Aortenaneurysma ist im Auge zu behalten. Es besteht in rhythmischer systolischer Pulsation des Kehlkopfes. Docent Dr. SCHLESINGER machte mich kürzlich auf ein von ihm bei Aorteninsufficienz und anderen Kreislaufstörungen, so auch

bei Morbus Basedowii beobachtetes Pulsationsphänomen aufmerksam, das als pulsatorische Vorwölbung der seitlichen Rachenwände, mitunter auch des weichen Gaumens definirt werden kann.

In zweifelhaften Fällen, wo die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele führen, mag die Radioskopie angewendet werden, mit deren Hilfe die Grenzen des Herzens, die großen Gefäße recht gut zu veranschaulichen sind.

Nach ZEEHUISEN soll die Auscultation des Herzens stets im Liegen geübt werden.

Athmungsorgane. CURSCHMANN erwähnt in einem Vortrage, daß er oft Tiefstand der einen Lungenspitze als erstes und einziges Symptom der Tuberculose percutorisch nachweisen konnte. Ich habe die Methode oft geübt und constatirte, daß man in vielen Fällen eine Höhendifferenz der Spitzen an der Rückenseite thatsächlich herauspercutiren kann. In den von mir beobachteten Fällen waren allerdings auch andere Zeichen von Infiltration vorhanden. Auch die Verschieblichkeit der Spitzen läßt sich zumeist percutorisch nachweisen.

Saccadirtes Athmen findet sich — laut einer anderen Publication — nicht selten bei anämischen, muskelschwachen Individuen ohne Verdacht auf Tuberculose.

BENZOLDT und HÖCHSTETTER theilen ihre Studien über Temperaturschwankungen bei Tuberculoseverdächtigen mit. Demnach soll Steigerung der Körpertemperatur nach $\frac{3}{4}$ - bis 1stündigem Spaziergange für die Frühdiagnose von Tuberculose verwerthbar sein. Es bedarf daher in fraglichen Fällen einer Abgangs- und Ankunfts-messung. Auch die Roentgenographie mag in strittigen Fällen zu Rathe gezogen werden. In positiven Fällen sieht man Unterschiede in der Helligkeit, die wieder Schlüsse auf Veränderung der Dichte im Gewebe gestatten. Fehlen der Zwerchfellsexursion auf der einen Seite soll ebenfalls Verdacht auf Tuberculose erwecken. Foetor ex ore et naso — wovon sich in Attestformularen keine Erwähnung findet — sollte gleichfalls stets geprüft werden.

Harnorgane. Eine Form der intermittirenden Albuminurie ist die orthostatische Albuminurie, die zuerst TEISSIER beschrieb. Sie wird weder durch Diät, noch durch andere Factoren beeinflusst und ist einzig durch aufrechte Haltung bedingt. Daraus ergibt sich die Nothwendigkeit, Antragsteller niemals noch im Bette nach durchruhter Nacht zu untersuchen, was übrigens noch aus vielfachen anderen Gründen zu widerrathen ist. MERKLEN erklärt die orthostatische Albuminurie viel häufiger, als man annimmt. Sie findet sich bei neuropathischen Individuen mit Neigung zur Cyanose der Unterextremitäten. Sie bleibt unerkannt, weil sie nie schwere Erscheinungen macht und nicht zu Morbus Brighti führt. Er hält sie demnach für eine rein functionelle Erkrankung. Dagegen bemerkt RENDU, daß solche Individuen Infectionskrankheiten viel schwerer überstehen. In einem Falle hat Influenza zu tödtlicher Urämie geführt. WIDAL hält die orthostatische Albuminurie für den Ausdruck einer gewissen parenchymatösen Schädigung.

Bei intermittirendem Diabetes erzielte LUCIBELLI mit Hilfe der WILLIAMSON'schen Zuckerreaction des Diabetikerblutes (Entfärbung schwacher alkalischer Methylenblaulösung durch Diabetikerblut) im Trockenpräparate oft noch positives Resultat, wenn im Urin kein Zucker mehr nachweisbar war.

Nervensystem. Der BABINSKY'sche Extensionsplantarreflex der Zehen soll zur Unterscheidung der functionellen und organischen Nervenkrankheiten beitragen. Das Phänomen besteht in einer Extension der Zehen bei Auslösung des Plantarreflexes und soll auf Erkrankung der Pyramidenbahnen hinweisen. Controlversuche haben die diagnostische Unzuverlässigkeit desselben ergeben; allerdings soll das Phänomen bei Hysterie übereinstimmend fehlen. Der antagonistische Achillesreflex von SCHÄFFER ist nur eine Modification des BABINSKY'schen Reflexes.

Der Prüfung der Pupillenreaction ist wegen der Wichtigkeit einer Frühdiagnose cerebraler und spinaler Erkrankungen besondere Sorgfalt zuzuwenden. Die Differenz in der Weite, die reflectorische Lichtstarre sind in 90% der Fälle die ersten Anzeichen der progressiven Paralyse und gehen oft den übrigen Symptomen um viele Jahre voraus.

Neuerdings hat HIRSCHL betont, daß die sympathische Pupillenreaction (d. i. Erweiterung auf Hautreiz) gewöhnlich noch vor der Lichtreaction verloren geht, daher als prämonitorisches Symptom festzuhalten sei. In vereinzelt Fällen kann zuerst die consensuelle Reaction (Belichtung des nicht untersuchten Auges und Verengung der untersuchten Pupille) verloren gehen.

Mir ist bekannt, daß ein notorischer Tabetiker, der nach 1 $\frac{1}{2}$ jähriger Versicherungsdauer starb, seinen ausgesprochenen statischen Schwindel durch Sitzenbleiben, bezw. festes Aufstützen beim Stehen zu maskiren verstand und von einem wenig schlaun Untersuchungsarzte acceptirt wurde. Ein 35jähriger Paralytiker versuchte mich durch dasselbe Manöver zu dupiren. Man lasse daher den zu Untersuchenden stets frei stehen und prüfe seinen statischen Sinn.

Die Pupillendifferenz muß nicht unbedingt organischen Ursprunges sein. Es gibt angeborene Differenzen, bei denen jedoch die Reactionen intact gefunden werden.

Nicht außer Acht zu lassen sind die Pupillendifferenzen functioneller Natur, wie ich einen solchen Fall vor kurzer Zeit zur Begutachtung bekam. Es handelte sich um eine linke weite Pupille; bei näherer Untersuchung stellte sich Accommodationsparese eines hypermetropischen Auges combinirt mit Sphincter-Schwäche heraus.

Vielleicht fühlt sich mancher Colleague hiedurch zur Veröffentlichung seiner vertrauensärztlichen Curiosa oder wichtiger Vorschläge angeregt.

Referate.

H. PÄSSLER (Leipzig): Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie.

Ein Specificum gegen Pneumonie ist bisher unbekannt, so daß man sich auf eine Bekämpfung der bedrohlichen Krankheitserscheinungen und Folgezustände beschränken muß. Der reine Pneumonietod ist entweder durch Erstickung infolge beträchtlicher Ausdehnung des Infiltrationsprocesses, bezw. Hinzutritt von diffusum entzündlichen Oedem in den freigebliebenen Lungenpartien bedingt. Weniger wahrscheinlich ist das Zustandekommen von Herzschwäche infolge der durch den Infiltrationsproceß gesetzten Kreislaufhindernisse. Von wesentlicher Bedeutung für den Ausgang der Erkrankung ist die Schwere der Infection. Die Pneumokokkentoxine schädigen die peripheren vasomotorischen Apparate dadurch, daß es zu einer durch das Vorhandensein von Pneumokokken im Blute gekennzeichneten Pneumokokkensepsis kommt. Diese führt zu Vasomotorenlähmung und letaler Circulationsstörung. Eine zweite Gruppe bilden die Fälle, wo der Exitus nicht nur durch die Infection, sondern auch durch die herabgesetzte Widerstandskraft des inficirten Organismus bedingt wird. Hier kommt besonders der chronische Alkoholismus in Betracht, einerseits dadurch, daß bestehende Arteriosklerose und Myocarditis die Gefahr der Pneumonie erhöhen, andererseits wegen des drohenden Delirium tremens. Es herrscht auch die Anschauung, daß Herzranke durch Pneumonie besonders gefährdet sind, doch gilt dies nicht für alle Formen. Besonders gefährdet sind Personen mit incompensirten oder an sich zu Incompensation reizenden (Mitral-) Klappenfehlern. Die höchste Gefahr besteht für Personen, die an chronischer Myocarditis leiden; hier beträgt die Pneumoniemortalität 93%. Fettleibige Arteriosklerotiker, Emphysematiker, chronische Nephritiker und Kyphoskolistiker sind gleichfalls in erhöhtem Maße bedroht. Höheres Lebensalter, wenn nicht mit den genannten Factoren combinirt, nimmt auf den Ausgang der Pneumonie keinen ungünstigen Einfluß.

Die Behandlung der Pneumonie muß eine individualisirende sein. Wichtig ist die Anregung der Athmung und Expectoration. Die hier am meisten hinderlichen Brustschmerzen sind durch Umschläge, Sinapismen etc. oder wenn diese Mittel nicht ausreichen, durch Narcotica, 0·005—0·01 Grm. Morphinum subcutan zu bekämpfen. Bei schwerer Allgemeinstörung und Benommenheit sind laue oder kühle Bäder am Platz, bei Ueberlastung des rechten Herzens ist ein ausgiebiger Aderlaß das wirksamste Mittel. Bei Alkoholikern gebe man spirituöse Getränke als Excitans, gegen Aufregungszustände Brom oder Opium, aber kein Chloralhydrat. Bei Herzkranken kann man prophylaktisch Digitalis geben, bei beginnender Insufficienz ist Digitalis absolut indicirt, daneben kräftige Ernährung, eventuell durch künstliche Nährpräparate, Alkohol in Fällen, wo Gewöhnung an denselben besteht. Bei greisenhaften und geschwächten Individuen ist das gleiche Verfahren einzuschlagen. Ein Mittel zur Verhütung der Pneumokokkensepsis ist nicht bekannt. Man hat ein solches in der Steigerung der Leukocyten im Blute durch Pilocarpinjectionen gesucht, jedoch keine wesentlichen Erfolge erzielt. Die Therapie muß sich darauf beschränken, den verderblichen Wirkungen der Pneumokokkentoxine auf den vasomotorischen Apparat entgegenzuarbeiten, da die Pneumokokkeninfection des Menschen in kurzer Zeit spontan erlischt, so daß es sich nur um eine acute Lebensgefahr handelt. Digitalis ist hier von geringer Wirkung, während Campher durch Anregung des Vasomotorencentrums die drohende Gefäßlähmung länger aufzuhalten vermag. Noch wirksamer ist das Coffein (C. natrio-salicylicum, vier- bis sechsmal täglich zu 0·2 Grm. in 1 Ccm. Wasser). Das Coriamyrtin, welches bei Thierversuchen sich in mancher Hinsicht als dem Coffein überlegen erwies, ist bisher noch nicht in ausgedehntem Maße zur Anwendung gekommen. Die Dosirung beträgt $\frac{1}{2}$ —1 Mgrm. subcutan. Aether ist bei Pneumonie nicht indicirt. Zur Hebung des Kreislaufes durch Steigerung des Blutdruckes kommt in erster Linie Infusion von Kochsalzlösung in Betracht.

M. K.

JORDAN (Heidelberg): Ueber die subcutane Milzzerreißung und ihre operative Behandlung.

Beschreibung eines einschlägigen Falles, einen 23jährigen Officier betreffend, welcher vom Pferde gestürzt war und sich dabei den Säbelkorb in die linke Bauchseite gestoßen hatte. Anschließend heftige Schmerzen und hochgradiges Schwächegefühl. Die Untersuchung ergab circumscribte bläuliche Hautverfärbung mit Anschwellung und Druckempfindlichkeit der Umgebung an der linken Bauchseite. Bald nach der Aufnahme stellte sich Erbrechen ein. Eisblase und Morphiuminjection, welche mit Rücksicht auf die angenommene Contusion des Abdomens angewendet wurden, erwiesen sich als wirkungslos; es stellten sich bedrohliche Symptome ein, die für eine schwere mit innerer Blutung einhergehende intraperitoneale Verletzung sprachen („Münch. med. Woch.“, 15. Januar 1901). Etwa 8 Stunden nach der Verletzung wurde zur Laparotomie geschritten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich große Blutmengen und konnte das Vorhandensein einer Milzzerreißung constatirt werden. Behufs Exstirpation der rupturirten Milz mußte noch ein Schnitt unterhalb des linken Rippenbogens vorgenommen werden. Nach Exstirpation der Milz wurde der Stiel versorgt und versenkt, die Bauchwunde genäht. Die Reconvalescenz verlief langsam, schließlich trat aber vollständige Heilung mit fester Vernarbung ein. Auch die Regeneration des Blutes vollzog sich sehr langsam. Nach der Exstirpation der Milz wurden keinerlei Erscheinungen beobachtet, welche auf die vicariirende Thätigkeit der anderen blutbildenden Organe (Lymphdrüsen, Knochenmark) hindeutet hätten. Uncomplicirte subcutane Milzruptur ist ein seltenes Vorkommniß, Rettung ist in solchen Fällen nur durch möglichst raschen operativen Eingriff zu erhoffen. Spontanheilungen bei partiellen Einrissen sind nur in ganz vereinzelt Fällen beobachtet worden. Die Mehrzahl der Verletzten geht innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Verletzung zugrunde. Bisher sind 16 Fälle von operativer Heilung der Milzruptur durch Exstirpation des verletzten Organes in der Literatur mitgetheilt. Die Laparotomie ist

hier wegen der Nothwendigkeit der Blutstillung absolut indicirt. Für die Blutstillung kommen 1. Tamponade, 2. Naht der Rupturstelle, 3. Milzexstirpation in Betracht. Letztere ist zweifellos das sicherste Verfahren, während man zur Tamponade nur in solchen Fällen greifen soll, wo entweder ausgedehnte Adhäsionen oder pathologische Veränderungen der Milz bestehen, welche zu abnormer Brüchigkeit des Organes geführt haben. Bezüglich der Exstirpation ist in Betracht zu ziehen, daß die Milz kein absolut lebenswichtiges Organ darstellt, daher auch keine besonderen Ausfallserscheinungen auftreten. Die Naht ist nur bei besonders günstig situirter Rißstelle am Platz, ist auch nicht absolut verläßlich, so daß die Milzexstirpation eigentlich als Normalverfahren zu betrachten ist. Zur Milzexstirpation empfiehlt sich Schnittführung am äußeren Rande des 1. Rectus abdominis, falls dieser nicht genügt, noch ein Querschnitt unterhalb des linken Rippenbogens. Zur Unterbindung des Stieles ist Seide zu verwenden. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle sind Tamponade und Drainage überflüssig und kann die Bauchwunde sofort vollständig geschlossen werden. Die erste operative Heilung der Milzruptur wurde von RIEGNER im Jahre 1893 erzielt, und sind bisher einschließlich des vom Verf. mitgetheilten Falles, im Ganzen 18 derartige Fälle bekannt.

M. K.

LANDERER (Stuttgart): **Der gegenwärtige Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberculose.**

L. faßt seine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammen („Berliner Klinik“, März 1901).

Die Erfahrungen zahlreicher Autoren haben die Angaben, die Verf. in seinem Buche von 1898 gemacht hat, in ihrem vollen Umfange bestätigt. Die Zimmtsäure ist kein eigentliches Specificum gegen Tuberculose, aber ein Mittel, das die Tuberculose energisch zu beeinflussen vermag.

Die Hetolbehandlung ist imstande, uncomplicirte Tuberculosen jeder Art ohne Fieber und ohne größere Zerstörungen bei noch einigermaßen erhaltenem Kräftestand mit großer Sicherheit zur Heilung zu bringen. Auch bei vorgeschrittenen Processen vermag sie noch in einem Theil der Fälle erheblichen Nutzen zu bringen. Die Hetolbehandlung muß innerhalb der Grenzen, die L. ihrer Verwendung in der Praxis gezogen hat, und bei sachverständiger Anwendung als völlig unschädlich angesehen werden. Die Hetolbehandlung setzt, da die theoretischen Grundlagen neu sind, ebenso wie die Technik, ein gewisses Studium voraus. Ungenügende Erfolge beruhen auf ungenügender Vertrautheit mit der Methode. Da die Tuberculose mit den heutigen Hilfsmitteln in fast allen Fällen früh erkannt werden kann, ist der — unschädlichen — Hetolbehandlung ein weites Feld für die Bekämpfung der Tuberculose einzuräumen. L. verwendet eine 1%ige und 2%ige Lösung von Hetol in Aq. dest. oder 0.7% Kochsalzlösung; die Lösung soll filtrirt, klar, schwach alkalisch, steril sein. Die Firma KALLE & Co., Biebrich, liefert 1%, 2% und 5% Lösungen, sterilisirt in zugschmolzenen Glastuben. Die Injection erfolgt intravenös oder glutäal.

Für den praktischen Arzt kommt die Hetolbehandlung insofern ernstlich in Betracht, als er uncomplicirte fieberlose Tuberculosen in ambulatorische Behandlung nehmen und die aus Sanatorien zu früh Entlassenen unter Verständigung mit den Anstaltsärzten weiter behandeln kann. Nicht dringend genug kann davor gewarnt werden, daß der praktische Arzt Fälle mit Fieber, Zerstörungen, Neigung zu Blutungen oder mit sehr reducirtem Allgemeinbefinden in Behandlung nimmt. Solche Fälle gehören unbedingt in die Sanatorien; in der täglichen Praxis behandelt, bringen sie für Arzt und Patienten nur schmerzliche Enttäuschungen.

Die Mitwirkung der praktischen Aerzte an der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit kann durch Verallgemeinerung der Hetolbehandlung weitere und nachhaltigere Wirkung üben, als alle bisher zu diesem Zwecke getroffenen großartigen sanitären Maßregeln.

B.

GEORG KÖSTER (Leipzig): **Zur Kenntniß der Clitoriskrisen.**

Tabische Krisen, welche in der Geschlechtssphäre sich abspielen, gehören zu den Seltenheiten, was insbesondere für die bei Frauen vorkommenden Clitoriskrisen gilt, von denen vereinzelte Fälle bisher von französischen und italienischen Autoren beschrieben worden sind. Ein Fall eigener Beobachtung, eine 49jährige, wahrscheinlich durch ihren Mann syphilitisch infectirte Frau betreffend, zeigte das typische Bild der Clitoriskrisen. Die Tabes bestand bei der Pat. schon seit 20 Jahren und waren Spontanfractur des rechten Oberschenkels und wiederholte Kehlkopfkrisen in Form von Stickschmerzen aufgetreten. Seit 10 Jahren bestehen die Clitoriskrisen, die ungefähr in vierwöchentlichen Intervallen auftreten, meist zur Zeit, wo die Pat. sich im Bett befindet. Sie beginnen in der Form wollüstigen Kitzels in der Scheide, welcher auch auf die Vulva und die erigirte Clitoris sich erstreckt, sich bis zu erotischem Spasmus steigert und mit Schleimabgang aus der Scheide endet. Anschließend an das Wollustgefühl treten schneidende und stechende Schmerzen in der Blase, bezw. Uterus oder Scheide auf, welche auch gegen den Rücken ausstrahlen und meist von mehrstündiger Dauer sind. Häufig stellen sich im Anschlusse an die Clitoriskrisen lancinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten ein. Die Clitoriskrisen haben die Menopause überdauert, in letzter Zeit sind auch Störungen der Blasenentleerung aufgetreten und es gehen kleine Harnmengen unmittelbar vor Eintritt der Clitoriskrisen unwillkürlich ab. Die locale Untersuchung der Genitalien ergab, abgesehen von seniler Atrophie, nichts Abnormes. Die Clitoriskrisen wurden im Jahre 1866 von CHARCOT und BOUCHARD („Münch. med. Woch.“, 29. Januar 1901) zuerst beschrieben, aber erst von PITRES genauer studirt. In der späteren Literatur finden sich theils rein wollüstige, theils rein schmerzhaftige Krisen in der Sexualsphäre bei weiblichen Tabikern beschrieben. In dem vom Verf. mitgetheilten Falle finden sich beide Charaktere vereinigt, ähnlich wie auch bei männlichen Tabikern lancinirende Schmerzen im Anschlusse an Urethralkrisen beobachtet wurden. Nach PITRES stellen die Clitoriskrisen ein Frühsymptom des Tabes beim weiblichen Geschlechte dar. Der vom Verf. mitgetheilte Fall lehrt, daß diese Krisen auch als Spätsymptom auftreten können.

M. K.

W. STROGANOFF (St. Petersburg): **Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreißenden betrachtet werden?**

Trotz all unserer Antiseptik und Aseptik ist der Procentsatz der fiebernden Wöchnerinnen noch ein verhältnißmäßig hoher. Das nöthigt uns, gleichzeitig mit der Verschärfung der aseptischen und antiseptischen Maßregeln, deren Wichtigkeit unbestreitbar ist, nach neuen Quellen der Infection zu suchen und an allen Einzelheiten der gegenwärtigen Methoden der Leitung von Geburt und Wochenbett die strengste Kritik zu üben. St. weist („Centralbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 6) nun darauf hin, daß das gebräuchliche Wannenbad der Kreißenden eine Reihe von Uebelständen mit sich bringt. Die Wanne selbst wird stets Schmutztheilchen und Mikroben von dem vorhergegangenen Bade enthalten. Das Wasser des Wannenbades enthält immer verdünnten Schmutz von dem Körper des Badenden und nicht selten Theilchen flüssiger und fester Excremente, zumal das Wannenbad gewöhnlich dem Klysma nachfolgt. Das Bacterium coli wird darum kein seltener Bewohner dieses Badewassers sein. Der Schmutz einzelner Körpertheile wird ferner auf den ganzen Körper verbreitet und von Stellen, welche mit Wunden, Geschwüren etc. bedeckt sind, können Streptokokken und Staphylokokken verschleppt werden.

Deshalb schließt der Autor: Der Mensch badet in der Wanne in seinem eigenen verdünnten Schmutze und sogar in seinen eigenen verdünnten Excrementen; denselben mischt sich auch der Schmutz des vorhergegangenen Bades in größerer oder geringerer Qualität bei.

Die Möglichkeit des Eindringens des Badewassers in die Scheide ist aber schon von den Schlambädern her bekannt. St. hat sie auch experimentell durch Baden in ganz verdünnter Jod-

2*

kalilösung bewiesen. Gewiß wird eine weite, klaffende Scheide hierfür günstigere Bedingungen abgeben.

Der Verf. schlägt daher vor, die Wanne durch die sogenannte russische Badestube, bei der immer nur frisches, reines Wasser gebraucht und mit der Waschung an den oberen Körpertheilen angefangen wird, oder durch einfache Abwaschungen unter Douche zu ersetzen. Dadurch gelang es ihm, thatsächlich die Anzahl der Wochenbitterkrankungen um 7.4% zu vermindern. Es will aber die Frage über die Anwendung der Wannen während der Geburt noch nicht als gelöst betrachten, sondern vorläufig nur damit gezeigt haben, daß man auch ohne die von allen Geburtshelfern empfohlenen Wannenbäder sehr günstige Resultate hinsichtlich der puerperalen Erkrankungen erzielen kann. FISCHER.

HAMMESFAHR (Bonn): Ueber Prophylaxe in der Asepsis.

Aus Versuchen, die in der letzten Zeit von verschiedener Seite angestellt wurden, haben wir erfahren, daß normale „Tageshände“ des Operators, d. h. solche, die weder absichtlich noch unabsichtlich mit hochvirulentem Eiter inficirt wurden, mit unseren üblichen Desinfectionsverfahren zwar nicht keimfrei im bacteriologischen Sinne gemacht werden können, daß aber so eine Keimarmuth zu erzielen ist, welche den Wunden nicht mehr gefährlich ist. Aus diesen Versuchen zieht H. die praktische Schlußfolgerung und rath daher („Centrbl. f. Chir.“, 1900, 47), die Chirurgen und praktischen Aerzte mögen darauf bedacht sein, ihre Hände möglichst wenig zu inficiren und sich zum Principe machen, bei Verbänden die mit Eiter getränkten Verbandstoffe nie mit der Hand, sondern stets mit Pincetten anzufassen. Weiters wären vaginale und rectale Untersuchungen, unbedingt nothwendige Abtastung eiternder Höhlen stets nur mit geschütztem Finger vorzunehmen; am besten eignen sich dazu die billigen Fingerlinge aus Condomgummi. Incisionen von Phlegmonen und andere septische Operationen sollen nur in Gummihandschuhen gemacht werden. Auf diese Weise gelingt es, die Hand für die aseptischen Operationen insoweit rein zu erhalten, daß mittelst des üblichen Desinfectionsverfahrens die Hand „relativ“ steril gemacht werden kann.

Das von anderer Seite empfohlene Tragen von Mund- und Bartbinden, welches den Zweck hat, die Wunde vor Infection zu schützen, kann man sich nach Ansicht des Verf. auch ersparen, wenn man die Organe in einem solchen Zustande erhält, daß eine Infection unmöglich ist. ERDHEIM.

A. KÖPPEN (Norden): Zur Diagnose und Prognose der Gonorrhoe des Mannes.

Verf. sucht an der Hand von fünf Fällen, deren jeder in seiner Art gewissermaßen ein Paradigma darstellt, einmal die Nothwendigkeit der Vorsicht, die bei der Diagnose „Gonorrhoe“ Regel sein soll, zu demonstrieren, andererseits aber die Schwierigkeit, die sich dem Arzte in der Frage nach der endgiltigen Heilung der Gonorrhoe entgegenstellt, darzulegen.

Der erste Fall („Münchener med. Wochschr.“, 1901, Nr. 5) betrifft einen 17jährigen Conditor mit eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre, die Annahme einer Gonorrhoe war naheliegend, die Untersuchung auf Gonokokken negativ, die auf Tuberkelbacillen positiv; im weiteren Verlaufe trat Tuberculose der Hoden und schließlich Miliartuberculose hinzu. Das Gegenstück hierzu bildet der zweite Fall; ein seit Jahren beim Autor mit chronischer Lungentuberculose in Behandlung stehender 62jähriger Mann erscheint mit einem seit einigen Tagen bestehenden Ausfluß aus der Harnröhre in der Ordination, angeblich spontanen Ursprungs. Die mikroskopische Untersuchung ergab typische Gonokokken.

Die drei anderen Fälle betreffen chronische Gonorrhoeen, bei welchen es nach kürzeren oder längeren Stadien der Latenz, und nachdem durch lange Zeit das Suchen nach Gonokokken vergeblich war, neuerlich zu spärlicher Secretion und Auftreten von Gonokokken kam. Diese Fälle bieten dem Autor Gelegenheit, seine Ansichten bezüglich der Heilung der Gonorrhoe auszusprechen. Handelt es sich bloß um das Persistiren von Fäden im Urin und

erweisen sich diese Fäden als hauptsächlich aus Epithelien bestehend und bei wiederholter Untersuchung gonokokkenfrei, so ist die Gonorrhoe als geheilt anzusehen. Schwierig wird das Urtheil in jenen Fällen, wo des Morgens das Orificium verklebt ist oder Morgentropfen oder gar schwankend auch tagüber manchmal Spuren von Secret vorhanden sind. In solchen Fällen läßt sich eine Entscheidung, ob eine Gonorrhoe geheilt ist oder nicht, kaum treffen. Die unscheinbaren Reste der Secretion würden dahin zu deuten sein, daß im subepitheliale Lager Gonokokken vorhanden sind, die leben und in ihrer herabgesetzten Giftwirkung den Anlaß zur Unterhaltung der geringen Secretion geben. DEUTSCH.

WLADIMIROW: Sodaumschläge bei Eiterungen.

Verf. hat die Wirkung der Sodaumschläge an 30 Patienten, die mit verschiedenen, mit Eiterung einhergehenden Krankheiten behaftet waren, geprüft („Wratsch“, 1901, Nr. 2). In 6 Fällen handelte es sich um Verbrennungen 2. und 3. Grades, in 2 Fällen um pustulöses Exanthem mit großen Eiterpusteln, in einem Falle um eine Fistel mit reichlichem Eiterfluß, in 10 Fällen um Schnitt- und Quetschwunden, in 6 Fällen um Abscesse, die sich im Anschluß an Entzündung der Lymphdrüsen entwickelt haben, und in 5 Fällen um Panaritium. Bei Verbrennungen, frischen wie älteren, wirkten die Sodaumschläge vorzüglich, und zwar in dem Sinne, daß die Eiterung sistirte und Heilung rasch eintrat, auch in solchen Fällen, in denen sämtliche anderen Behandlungsmethoden wirkungslos geblieben waren. Sehr gute Resultate erzielte W. durch die Sodaumschläge auch bei verschiedenen Verletzungen. Leichtere heilten ohne Eiterung und ohne Schmerzen unter kaum bemerkbarer Narbenbildung. Ebenso günstig war das Resultat der Behandlung bei Abscessen und bei Panaritium. Kurz, die Umschläge erwiesen sich in sämtlichen Fällen als vollkommen unschädlich und wirkten schmerzstillend. Die Behandlung dürfte infolgedessen ganz besonders in der Kinderpraxis am Platze sein. W. verwendete die Sodaumschläge in dreifacher Weise: 1. in Form eines einfachen warmen Umschlages, 2. in Form eines Umschlages mit Uebergießung, d. h. der Umschlag wurde einmal täglich gewechselt, seine Feuchtigkeit aber durch 2—3 Uebergießungen unterhalten; 3. wurde in einigen Fällen zwischen die einzelnen Schichten des Umschlages eine mit Borsalbe bestrichene Gazeeinlage gebracht, was die Verdunstung verhindert; ein derartiger Umschlag blieb 1—2 Tage lang feucht. L—y.

REICHARD (Berlin): Zur Casuistik der Operationen bei Pericarditis.

In der letzten Zeit werden die Resultate der chirurgischen Behandlung der eiterigen Pericarditis immer besser. Verf. berichtet ebenfalls („Mitth. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 2 u. 3) über zwei auf diese Weise geheilte Fälle.

Der erste Fall war eine jauchige Pericarditis, welche sich im Anschlusse an eine Stichverletzung entwickelte; im zweiten Falle handelte es sich um ein serös-hämorrhagisches Exsudat nach Influenza, das in eiteriger Umwandlung begriffen war. Verf. rath als Normalverfahren die breite Eröffnung des Pericard nach vorheriger Resection der 3., 4. oder 5. Rippe. Wenn die Contractionen des Herzens nicht zu stark sind, soll man 1—2 Drains in den Herzbeutel einführen; falls dies unmöglich ist, soll der Drain zumindest bis an die Oeffnung im Pericard herangeführt und hier angenäht werden. Bei jauchiger Pericarditis (Fall 1) kann man mit Borsäurelösung so lange ausspülen, als der Eiter übel riecht.

Sehr wichtig ist für den günstigen Ausgang der Operation, daß dieselbe möglichst frühzeitig ausgeführt werde. Die zur Sicherstellung der Diagnose auszuführende Punction ist manchmal (bei Verwachsung des Pericards mit dem Herzen) gefährlich, es würde sich daher in solchen Fällen empfehlen, eine Rippe zu reseciren und dann, nachdem durch Palpation der sichere Nachweis des Exsudats geführt wurde, zu punctiren und, wenn nothwendig, sofort die Eröffnung des Pericards anzuschließen.

Außer den Formen der eiterigen Pericarditis würden sich zur chirurgischen Behandlung noch jene Formen der nicht eiterigen Pericarditis empfehlen, bei welchen die Compression und Verlagerung des Herzens bedrohliche Erscheinungen erzeugt.

ERDHEIM.

Literarische Anzeigen.

Die Tabes dorsualis. Von Prof. Dr. E. v. Leyden, o. ö. Professor an der Universität Berlin, Geh. Medicinalrath. Mit 2 Tafeln und 14 Abbildungen. Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg.

Seit vier Decennien steht LEYDEN im Vordertreffen der zahlreichen Forscher, welche die Pathogenese, Pathologie und Therapie der Tabes studiren; ein Guttheil der immensen Arbeitskraft des berühmten Berliner Klinikers war dieser Aufgabe gewidmet. Wie kein Anderer ist daher LEYDEN berufen, den derzeitigen wissenschaftlichen Stand der Lehre von der Tabes dorsualis, zu deren Aufbau er sein Bestes beigetragen, zu tradiren, und nicht ohne berechtigte Genugthuung kann er darauf verweisen, daß die wissenschaftlichen Arbeiten der letzten Zeit seine Theorie fast ausnahmslos bestätigt haben. Es kann daher nicht Wunder nehmen, daß die in der ersten Auflage der EULENBURG'schen Real-Encyclopädie enthaltene Monographie LEYDEN's über die Rückenmarksschwindsucht großes Interesse erregt hat, ein Interesse, das von Auflage zu Auflage dieses Musterwerkes weitere Steigerung erfahren hat. Aus der knapp gehaltenen Monographie der ersten Auflage ist in der dritten, soeben der Vollendung sich nähernden Ausgabe, eine stattliche Broschüre geworden, die uns in erweiterter Separatausgabe vorliegt.

Wer sich über die Fortschritte unseres Wissens in den klinischen Erscheinungen, im Wesen und in der Behandlung des Symptomencomplexes orientiren will, welcher der grauen Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks oder — modern pathologisch ausgedrückt — der Degeneration der sensiblen Neurone zugrunde liegt, wird nach LEYDEN's jüngstem Werke greifen und dasselbe befriedigt aus der Hand legen.

Es enthält in übersichtlicher Anordnung und klarer, den großen akademischen Lehrer charakterisirender Diction die An-

schaungen und Erfahrungen des Klinikers über einen ihn hervorragend interessirenden Gegenstand in glänzendster Form. Den praktischen Arzt wird insbesondere die Fassung der neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der Tabes fesseln und die Würdigung der einzelnen Behandlungsmethoden zu Dank verpflichten. Daß LEYDEN den Werth und die Bedeutung der von FRENKEL inaugurierten Uebungsbehandlung der tabischen Ataxie als Erster unter den deutschen Klinikern erkannt hat, ist den Lesern dieses Blattes nicht neu. Daß er aber mit Unterstützung eines GOLDSCHIEDER und JACOB es verstanden hat, sich in die technisch nicht ungeschwerige Methode dergestalt einzuarbeiten, ja dieselbe nicht unwesentlich auszugestalten, wie dies aus dem letzten Abschnitte seines Buches erhellt, ist ein Verdienst LEYDEN's, das unsere aufrichtige Bewunderung hervorruft. Die „compensatorische Uebungsbehandlung“, die ihren Ursprung den ernstesten Studien eines tüchtigen Neuropathologen verdankt, hat bei dem ersten deutschen Kliniker jenes volle Verständniß gefunden, das den physikalischen Heilmethoden nicht überall in diesem Ausmaße zutheil wird.

Die fast unübersehbare Literatur der Tabes dorsualis hat durch LEYDEN's jüngstes Werk eine Bereicherung erfahren, würdig des schwierigen und interessanten Gegenstandes, den es erschöpft, würdig des Namens, den es trägt.

BUM.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. Von Schmidt L., Friedheim L., Lamhofer A. und Donat J. 4. Auflage. Leipzig 1900, J. A. Barth.

Das kleine Büchlein „soll dem ärztlichen Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunft- und Hilfsmittel dienen“. Es erfüllt seinen Zweck in ausgezeichneter Weise. Da es rein praktische Zwecke verfolgt, berücksichtigt es bloß die Diagnostik und Therapie der wichtigsten Erkrankungen in übersichtlicher und gedrängter Form. Es umfaßt die innere Medicin, Hautkrankheiten und Syphilis, Augenkrankheiten, Winke zur Erkennung und Behandlung der wichtigsten Ohrenkrankheiten und einige wichtige Capitel aus der Gynäkologie. Den neuesten Errungenschaften in den einzelnen Disciplinen trägt die 4. Auflage des Werkchens vollkommen Rechnung.

Nl.

Feuilleton.

Die österreichischen Arbeiterkrankencassen im Jahre 1898.

(Uebersicht auf Grund der „Amtlichen Nachrichten“ des k. k. Ministeriums des Innern).

Im Jahre 1898 waren in Oesterreich 2940 Cassen thätig, von denen jedoch 12 keine verwendbaren Nachweise geliefert haben, so daß die folgende Statistik nur auf 2928 Krankencassen aufgebaut ist.

Versichert waren 2,349.746 Personen, so daß sich die durchschnittliche Mitgliederzahl einer Casse auf 803 Personen beläuft. Von den Versicherten waren 5·2% nicht versicherungspflichtig, sondern freiwillig beigetreten.

Nach Kategorien aufgetheilt, gab es im Betriebsjahre 1898

4 Baukrankencassen mit durchschnittlich	325 Mitgliedern
865 Genossenschaftskrankencassen mit durchschnittlich	407 „
1361 Betriebskrankencassen m. durchschnittlich	464 „
569 Bezirkskrankencassen m.	1716 „
129 Vereinskrankencassen (einschließlich der registrierten Hilfs-cassen) mit durchschnittlich	3117 „

Die gesammten Einnahmen aller Krankencassen betragen 21,516.290, die gesammten Auslagen 20,083.572 fl. Der Ueberschuß von 1,432.718 fl. wurde der Ergänzung des Reservefonds zugewendet. Der Reservefondsbeitrag erreichte sohin statt der gesetzlichen 20% nur 7·11% der Einnahmen. Die Höhe des Reservefonds, die gesetzlich das Doppelte der

Jahresausgaben darstellen soll, blieb mit 16,466.025 fl. unter der einfachen Jahresausgabe.

Daraus kann die weise Lehre gezogen werden, daß die allgemeine Forderung, den vorgeschriebenen Zuschuß zum Reservefonds von 20% auf 5% herabzusetzen und die auf die Höhe der doppelten Jahresauslage hinzielende Aufsparung des Reservefonds bei der Hälfte der Jahresauslage abzuschließen, vernünftig und berechtigt ist. Das deutsche Krankenversicherungsgesetz (1883) begnügt sich schon vom Hause aus nur mit der Hälfte der österreichischen Vorschriften (1888) und auch das ist schon zu hoch!

Die Krankencassen sind kein Geschäft und kein auf Gewinn abzielendes Unternehmen etwa im Sinne der von dividendenlüsternen Actionären und tantiemengierigen Verwaltungsräthen geleiteten Privatversicherungsinstitute und bedürfen daher nicht jener finanzpolizeilichen Sicherheit wie diese; es ist ganz ungerecht, die heute Versicherten durch Abzüge zu Gunsten zukünftiger Mitglieder zu verkürzen und den Reservefonds auf Kosten anderer, heute nothwendiger Erfordernisse zu erhöhen. Unvorhergesehenen Eventualereignissen (Epidemien) kann der Staat durch eine außerordentliche Hilfeleistung das Katastrophale nehmen.

Auf ein Mitglied kamen im Berichtsjahre durchschnittlich an laufenden Beiträgen seitens des Arbeitnehmers 5·929 fl., seitens des Arbeitgebers 2·646 fl., zusammen 8·575 fl.; an Einnahmen überhaupt 9·157 fl. Daß das Verhältniß 2 : 1 nicht aufrecht besteht, ist darin begründet, daß bei nicht versicherungspflichtigen Versicherten der Beitrag des Arbeitgebers entfällt, ebenso wie bei jenen Versicherten, deren Einkommen 1200 fl. übersteigt. Zu den Einnahmen überhaupt — außer den Beiträgen — gehören Zinsen, Cursdifferenzen, Spenden, Strafgehalte und Eintrittsgebühren.

Was uns am meisten interessirt, ist die Höhe — wenn man so sagen darf — des ärztlichen Honorares.

Bekanntlich wird in den Berichten leider die Ausgabe post „ärztliche Honorare und Krankencontrole“ zusammengeworfen, so daß man nicht weiß, wie viel davon auf die Aerzte und wie viel auf die Laien entfällt. Per analogiam kann man — loyal — den Aerzten $\frac{4}{5}$ der gemeinsamen Post zusprechen.

Danach ergibt sich die Ausgabe für ärztliche Behandlung bei allen Cassen pro Kopf und Jahr 1'08 fl., u. zw.:

Bei den Bezirkskrankencassen	1.— fl.
„ „ Betriebskrankencassen	1'32 „
„ „ Baukrankencassen	0'80 „
„ „ Genossenschaftskrankencassen	0'93 „
„ „ Vereinskrankencassen	1'04 „

Die Leistung an Krankengeld beträgt pro Mitglied 4'46 fl., an Medicamenten 0'96 fl. und an Verwaltung 0'67 fl.

Auf den Krankentag berechnet, ergeben sich die durchschnittlichen Kosten des Krankentages an Arzt 12'5 kr., an Apotheke 11 kr. Die toten Medicamente kosten fast dasselbe wie die ärztliche Hilfe.

Im Jahre 1898 erkrankten von den 2,349.746 Mitgliedern aller Krankencassen im Ganzen 900.281 Personen in 1,130.476 Erkrankungsfällen mit zusammen 19,165.471 Krankentagen. Zusätzlich von 48.076 Entbindungen mit 1,311.794 Krankentagen stellt sich die Gesamtzahl der Unterstützungsfälle, in denen Krankengeld zu gewähren war, auf 1,178.552 mit zusammen 20,477.265 Krankentagen. Dabei darf nicht vergessen werden, daß für die Zahlung der erkrankten Personen, bezw. der Erkrankungen nur jene in Verwendung kamen, die Erwerbsunfähigkeit aufwiesen, daß also die ungeheure Zahl der erwerbsfähigen, ambulanten Kranken nicht gezählt wird, was besonders für die Bewerthung der ärztlichen Arbeit ins Gewicht fällt.

Auf ein Mitglied entfielen durchschnittlich 8'71 Krankentage (mit Erwerbsunfähigkeit); die durchschnittliche Dauer eines Krankheitsfalles — ohne Berücksichtigung der Entbindungen — stellt sich auf 17'0 Tage.

Das Erkrankungspercent, d. i. die Zahl der durchschnittlich auf 100 beobachtete Mitglieder entfallenden Erkrankungen (exclusive Entbindungen) ist 48'1%.

Die Kosten des Erkrankungsfalles betragen 2'16 fl. an Arzthonorar, 8'89 fl. an Krankengeld und 1'92 fl. an Apotheke. Von ärztlichem Honorare kann jedoch nur im Falle der Erwerbsunfähigkeit die Rede sein. Alle anderen Krankheiten, die die Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigen, stehen außer Berechnung und werden gewissermaßen gratis behandelt.

Und die Zahl dieser ärztlichen Leistungen bei ambulant zu behandelnden, erwerbsfähigen Versicherten ist nicht gering. Nur fehlen darüber meist die Angaben. Doch weist beispielsweise der Rechnungsabschluß der Gremialkrankencasse der Wiener Kaufmannschaft für das Jahr 1899 folgende ärztliche Leistungen aus:

a) Bei Erwerbsunfähigen:

Hausvisiten	13.610
Ordinationen	5.651
Aerztliche Controlbesuche	807
Nachtbesuche	20

b) Bei Erwerbsfähigen (Ambulanten):

Ordinationen	52.826 (!)
------------------------	------------

Daraus erhellt, daß weit mehr als die Hälfte der ärztlichen Leistungen sich auf Ambulante beziehen, und daß daher die statistischen Berechnungen ohne Berücksichtigung dieses Momentes quoad ärztliches Honorar höchst ungenau und werthlos sind. So geht allerdings aus ihnen hervor, daß die Bezahlung der Aerzte eine recht miserable ist, und daß die Aerzte die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen dürfen, bei der bevorstehenden Gesetzrevision ihre Stimme diesbezüglich zu erheben. fst.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Nachtschweiß von Lungenphthisikern mit Tannoformstreupulver** rühmt STRASBURGER („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 3). Die Wirkung des Tannoformstreupulvers äußerte sich bei einigen Phthisikern derart, daß unter Umständen die Nachtschweiß nach einer einzigen Puderung verschwanden, auch an Stellen, die vom Medicament nicht berührt worden waren. In anderen, und das waren die meisten Fälle, mußte jeden Abend frisch gepudert werden. Es hielt dies für die Dauer der Nacht vor. Nach drei- bis viermaligem Gebrauch setzte das Schwitzen dann öfters längere Zeit aus. In einigen anderen Fällen dauerte der Erfolg nur einige Stunden, so daß doch Atropin gegeben werden mußte. Man kann die Wirkung noch verstärken, wenn man den Puder nicht nur aufstreut, sondern in die Haut einreibt. Einen völligen Mißerfolg hat S. bei Lungenphthisikern bislang nicht gesehen.

— Zur **Wundbehandlung** werden empfohlen („Centralbl. f. Therapie“):

Rp. Losophani	5'0—10'0
Ol. olivar.	20'0
Solve leni calore et adde Axung.	
porc. q. sat. ad	100'0
M. f. ungt.	
D. S. Wundsalbe.	
Rp. Metakresoli	3'0
Mentholi	10'0
Toluoli	25'0
Spirit. vin. conc. ad	100'0
Dtr. ad vitr. flav.	
D. S. LÖFFLER'sche Mischung zur Localbehandlung der Diphtherie.	
Rp. Fortoin.	1'0
Spirit. vin.	10'0
Aq. destill.	150'0
D. S. Ein Eßlöffel der umgeschüttelten Lösung auf 100'0 Wasser zur Spülung.	
Rp. Alumoli	5'0—10'0
Talc. pulv.	
Amyl. trit.	aa. 20'0
D. S. Streupulver.	
Rp. Itroli	0'5—1'0
Axung. benzoat.	50'0
M. f. ungt.	
D. S. Wundsalbe.	
Rp. Dermatoli	2'0
Amyl.	10'0
Talc. venet.	70'0
D. S. Streupulver.	

— Zur **Behandlung der Larynx tuberculose** berichtet FREUDENTHAL („Arch. f. Laryng.“ — „Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 3). Der eigentlichen Tuberculose des Larynx geht nach F. eine Laryngitis praetuberculosa voraus, welche sich in Hyperämie, Anämie oder Schwellung äußert und durch deren sorgfältige Behandlung sich oftmals die Tuberkelablagerung verhindern läßt. In Bezug auf Behandlung der ausgesprochenen Larynx tuberculose haben wir jetzt eine ganze Anzahl von Mitteln, die den Patienten große Erleichterung verschaffen. Von diesen hebt Verf. hervor: 1. das Nebennierenextract zur Einleitung einer präliminären localen Anästhesie. 2. Die Menthol Orthoform-Emulsion zur Hervorbringung einer länger wirkenden localen Anästhesie:

Rp. Menthol	1'0—5'0—15'0
Ol. amygdal. dulc.	30'0
Vitelli ovarum	25'0
Orthoform	12'0
Aq. dest. q. s. ad	100'0
Fiat emulsio.	

3. Das Oliven- oder Mandel- oder Sesam- oder irgend ein anderes Oel zur Erleichterung der Dysphagie. 4. Die Phototherapie. 5. Das Heroin zur Erleichterung des Bronchialhustens.

— Ueber **subconjunctivale Einspritzungen mit Acoïn** berichtet G. HIRSCH („Arch. f. Augenheilk.“, Nov. 1900). Nach den Versuchen H.'s läßt das Acoïn Pupille, Accommodation, sowie Gefäßfüllung der Bindehaut unbeeinflusst, und Vergiftungserscheinungen werden niemals beobachtet. Die Anästhesie, welche das Mittel, in 1%iger Lösung tropfenweise applicirt, auf Cornea und Bindehaut in physiologischem und gereiztem Zustande hervorbringt,

ist eine vollkommene und länger andauernde als die nach Cocaïn, nur muß man 2—5 Minuten nach der Eintröpfelung warten, bis die volle Wirkung eingetreten ist. Besonders versucht und bewährter befunden als Cocaïn wurde das Anästheticum bei subconjunctivalen Injectionen von Hydrarg. cyanatum, Kochsalz etc. Wenn man kurz vor dem Einstich in die Conjunctiva diese mit Acoinlösung betropft und Acoin auch der zur Injection bestimmten Lösung hinzufügt, so erreicht man es, daß die Patienten sich den — sonst bekanntlich sehr schmerzhaften — Einspritzungen willig unterziehen und die Wiederholung derselben ohne Schwierigkeiten gestatten.

— Ueber **Stypticin** berichtet CARL A. HERZFELD („Medico“, 1900, Dec. 12). Im Stypticin haben wir ein wirksames Hämostaticum gefunden, das in einzelnen Fällen seiner Anwendung ausgezeichnete Dienste leistet. Die neu eingeführten Stypticin-pastillen von MERCK werden in der Dosis von 0.05 Grm. verabreicht. Bei profusen Menstruationsblutungen, die nicht durch entzündliche Erkrankungen der Uterusschleimhaut, durch Lageveränderungen der Gebärmutter oder durch Neubildungen verursacht sind, ist Stypticin sehr wirksam. Die beste Anwendungsweise ist die, daß man das Mittel durch je 4 Tage vor dem vermuthlichen Beginn der Menstruation und die ersten 4 Tage der Menstruation, somit im Ganzen durch je 8 Tage nehmen läßt, und zwar 3 bis 4 Pastillen täglich. Da dieselben keinen üblen Geschmack haben und den Appetit nicht beeinträchtigen, nehmen die Kranken das Medicament ganz gern, umso mehr, als der gewünschte Effect in der Regel bald eintritt.

— Zur **Behandlung der Vergiftungen mit Formaldehyd**. Bei der häufigen Verwendung, welche Formaldehyd jetzt hat, ist es wahrscheinlich, daß Vergiftungen mit diesem Körper sich in der Zukunft wiederholen werden, und es ist wünschenswerth, daß wir ein leicht zu beschaffendes chemisches Antidot haben. Ein solches besitzen wir im Ammoniak („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 2). Wird Formaldehyd mit Ammoniak zusammengebracht, so wird Formaldehyd sofort gebunden, und es bildet sich neben Wasser Hexamethylentetramin, welches weder ätzende Eigenschaften besitzt, noch eine schädigende Allgemeinwirkung äußert und therapeutisch als Urotropin viel benutzt wird. Es würde sich also die in kurzen Zwischenräumen zu wiederholende Darreichung einiger Tropfen des officinellen Liquor Ammonii caustici, reichlich mit Wasser verdünnt, oder von Liquor Ammonii anisatus empfehlen. Besser noch dürfte sich der vor einiger Zeit von französischer Seite empfohlene Liquor Ammonii acetici eignen, der selbst keine ätzende Eigenschaften besitzt und gleichfalls zur Bildung des ungiftigen Hexamethylentetramin führt.

— In einem Falle von Magencarcinom, bei welchem Morphin- und Antipyrinjectionen wirkungslos geblieben sind, hat DIEULAFOY („Klin.-therap. Wochenschr.“, 1901, Nr. 7) **Cocaïn gegen Magenschmerzen** mit Erfolg angewendet. Er verordnet:

Rp. Cocaïn. mur. 0.03
Morph. mur. 0.01
Aq. Calcis 100.0
S. Stündlich 1 Kaffeelöffel in 1 Eßlöffel eiskalter Milch.

Gleichzeitig wurde ein Eisbeutel aufs Epigastrium gelegt. Schon am zweiten Tage waren die Schmerzen geringer und man konnte stündlich 2 Löffel Milch geben. Allmähig konnte die Milchsosis auf 60—80—100 Grm. stündlich erhöht werden, so daß Pat. bald 1500 Grm. Milch täglich ohne Schmerzen und ohne Erbrechen zu sich nehmen konnte.

— Zur **Behandlung der schmerzhaften Dentition** empfiehlt es sich, das Zahnfleisch mit folgendem Medicamente einzureiben („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, 1900, Nr. 23):

Rp. Acid. citr.
Aq. dest. aa. 0.15
Cocaïn. hydrochlor. 0.1
Syr. simpl. 20.0
Tinct. Vanillae gtt. X.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

I.

KÜSTER (Marburg): Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

Die Nierenchirurgie, so führt der Votr. aus, ist erst seit einem Menschenalter in Concurrenz mit den anderen Zweigen der Chirurgie getreten. Ihr Begründer ist SIMON gewesen, und von Deutschland ist somit der Anstoß gegeben worden. Dann haben sich sofort die angelsächsischen Aerzte, insbesondere MORRIS, der Ausbildung dieses Specialgebietes angenommen, und etwas später ist Frankreich, LE DENTU und GUYON an ihrer Spitze, gefolgt. In diesen drei Jahrzehnten hat die Nierenchirurgie drei Perioden durchgemacht: die erste war die des vorsichtigen Tastens, dann kam die Periode der naiven Freude an der Operation selbst und zuletzt die Zeit der wissenschaftlichen Ausbeute. SIMON'S Operation war bekanntlich nicht die erste. Schon 1868 hat ein Amerikaner auf Grund unrichtiger Diagnose eine Nephrektomie gemacht, dann vor SIMON noch SPENCER WELLS, doch war SIMON der Erste, der eine wohlüberlegte Nierenoperation gemacht hat. Von da an bis 1875 sind nur 8 Nephrektomien ausgeführt worden, in den nächsten 5 Jahren jedoch 48. Nach SIMON'S Tode erst begann eine sehr lebhaft entwickelte Entwicklung der Nierenchirurgie. Die erste Statistik der operirten Fälle ergab eine Mortalität von 44.6%, eine spätere nur 25%, im letzten Jahrzehnt sind nur 16% Todesfälle zu registriren. Man kann also mit Recht sagen, daß die Nierenoperationen ihre Gefahr verloren haben. Die guten Resultate des letzten Jahrzehnts sind nun nicht ausschließlich der besser ausgebildeten Technik oder der besseren Wundbehandlung zuzuschreiben, sondern die feiner ausgebildete Diagnostik und die erweiterten pathologisch-anatomischen Kenntnisse haben dies zu Wege gebracht, die werdende Krankheit ist besser zur Diagnose gelangt. Die Hauptsymptome nun der chirurgischen Nierenerkrankungen sind der Schmerz, die Geschwulst und der pathologische Urin. Doch ob nur eine oder beide Nieren erkrankt sind, darüber waren wir im Unklaren, bis die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus diese Lücke ausgefüllt haben. Damit war aber unsere Diagnose noch nicht vollständig geworden. Die functionelle Nierendiagnostik hat uns erst gezeigt, daß eine Niere, die anscheinend ganz gesunden klaren Urin gibt, doch krank sein kann, denn auch der Ureterenkatheterismus konnte uns nicht immer vollkommene Aufklärung geben, wenn z. B. zwei Harnleiter da waren, deren einer in eine gesunde Nierenregion führte. Außerdem ist der Harnleiterkatheterismus nicht immer möglich. Auch die operative Freilegung der Niere läßt uns die feinsten Veränderungen nicht erkennen. Diese Lücke nun füllt die functionelle Nierendiagnostik und die Phloridzinprobe aus. — Votr. gibt dann einen Ueberblick über die Hauptkrankheiten der Nieren in chirurgischer Beziehung.

1. Die Wanderniere. Sie kommt meist bei Frauen vor und die moderne Kleidung der Frauen wird häufig als Aetiologie angeschuldigt. Das ist aber nicht der Fall, denn bei den egyptischen Frauen, die ganz lose herabhängende Gewänder tragen, kommt die Wanderniere sehr häufig vor. Sie wird man nicht mehr exstirpiren, sondern die Nephropexie machen, die wenig Recidive gibt.

2. Die acuten Traumen. Sie werden durch ihre profusen Blutungen Gegenstand chirurgischen Eingreifens werden. SIMON hat bei ihnen die Nephrectomie empfohlen, wir werden sie nur für vollkommen zerquetschte Organe indicirt halten, uns sonst mit Naht und Tamponade begnügen.

Die Processe der Niere. Die Pyelonephrose mit primärer Eiterung im Becken und in der Niere und secundären Aufstauungen möchte er als Empyem der Niere bezeichnen. Die zweite

Gruppe mit secundärer, aus einem anfänglich aseptischen Zustand sich entwickelnder Eiterung möchte er Cystonephrosis oder Sackniere benennen und sie in Analogie mit dem Echinococcus betrachten.

Die Tuberculose. Er erinnert daran, daß einst ALBERT in Wien die Nephrektomie bei Tuberculose als eine Verirrung der Zeit bezeichnet hat. Daß es im strengen pathologisch-anatomischen Sinne eine primäre Tuberculose der Niere gibt, glaubt er zwar nicht, doch gibt die Nephrektomie gute Resultate. Ein völlig erkrankter Ureter, auch die tuberculöse Harnblase kann heilen nach der Wegnahme der tuberculösen Niere. Bei den Steinnieren hat die Actinographie Fortschritte in der Diagnose zu Wege gebracht. Bei kurzer Belichtung kann man auch Phosphatsteine auf die Platte bringen. Der chirurgische Eingriff kann natürlich nur in Nephrektomie, resp. Pyelotomie bestehen. Die Uretersteine machen größere Operationen nothwendig, besonders wenn sie dicht vor der Blase sitzen. Diese wird man entweder durch die osteoplastische Resection des Kreuzbeins nach MORRIS oder durch Laparotomie entfernen. Die Sackniere wird man nicht extirpiren, sondern erst die Nephrotomie machen, um nicht unnütz etwa noch lebensfähige Theile preiszugeben. Sie ist entweder angeboren oder erworben, von der erworbenen ist die Wanderniere häufig Schuld an dem Proceß. Die Nephropexie mit Streckung des Harnleiters hat sehr oft gute Resultate.

4. Die Neubildungen. Von der großen Operationsfreudigkeit ist man hier zurückgekommen. Nicht alle Neubildungen sind bösartig, wie z. B. die Struma suprarenalis accessoria GRAWITZ. Auch die partielle Nephrektomie ist hier zum Theil angebracht und hat gute Erfolge zu verzeichnen.

Was nun die Operationsmethode anlangt, ist die lumbale Nephrektomie wohl die einzig rationelle. Nur bei den Geschwülsten ist manchmal die Laparotomie vorzuziehen, weil man bei ihr leichter und früher erkennt, ob eventuell durch Verwachsungen etc. unüberwindliche Schwierigkeiten der Exstirpation sich entgegenstellen.

CASPER (Berlin): Fortschritte der Nierenchirurgie (nach Untersuchungen mit P. FR. RICHTER).

Viele Mißerfolge bei Nierenoperationen sind auf die unvollkommene Diagnostik zurückzuführen. Es kommt nicht darauf an, ob die andere Niere gesund ist, denn der Mensch kann auch mit einer kranken Niere leben, sondern ob sie die genügende functionelle Kraft hat. Die Bestimmungen des Stickstoffs, des Gefrierpunktes und des Zuckers geben hier den nöthigen Aufschluß. Der Gefrierpunkt des Blutes und des Urins nähert sich unsomewhat dem von destillirtem Wasser, je lebensfähiger das Organ ist. Der Zuckergehalt wird mit Hilfe von Phloridzinjectionen bestimmt. Votr. macht an einer Tabelle die Unterschiede dieser Factoren bei gesunden und kranken Nieren klar und berichtet über 14 Fälle, in denen zum Theile eclatant bewiesen wurde, daß nur durch die functionelle Nierendiagnostik eine wirklich kranke, d. h. functionsunfähige Niere erkannt wurde, die sonst durch die gewöhnlichen chemischen und mikroskopischen Untersuchungen nicht aufgedeckt werden konnte.

KÜMME (Hamburg): Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten.

K. hat seine auf dem vorjährigen Congreß schon berichteten Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Urin weiter fortgeführt und verfügt jetzt über 100 Fälle. Er hält nunmehr diese Bestimmungen für eines der wichtigsten diagnostischen Mittel. Normalerweise hat das Blut einen Gefrierpunkt von 0·56. 0·55 oder 0·57 hält er noch für annähernd gut, bei 0·58 würde er jedoch schon von der Operation abrathen. Gefrierpunkt, Harnstoff und Phloridzinprobe gehören jetzt zur nothwendigen Diagnostik. Interessant war ihm, daß nach Exstirpation einer Niere der osmotische Druck und die Harnstoffmenge zunahm. Er geht so vor: 1. Gefrierpunktsbestimmung. Wenn dieser normal ist, dann ist es sicher, daß eine Niere functionsfähig ist, und dann wird der Ureterenkatheterismus beider Nieren vorgenommen; denn bei normalem Gefrierpunkt könnte sich eine theilweise Functionsunfähigkeit auf beide Nieren vertheilen. Je niedriger aber der Gefrierpunkt ist, um so größere

Zerstörungen sind anzunehmen. Diese Bestimmung schützt vor verhängnißvollen operativen Eingriffen. Diagnosen von Tumor oder Steinniere werden trotz der klinischen Symptome durch sie nicht selten als Erkrankungen mit vollkommener Functionsunfähigkeit diagnosticirt, bei denen man von operativen Eingriffen absehen muß. Es kann aber auch eine Gefrierpunktserniedrigung bei einem operablen Tumor stattfinden. K. berichtet über einen solchen Fall, der sich nach Exstirpation auf einen normalen Gefrierpunkt regenerirt hat. An die sogenannte reflectorische Anurie glaubt er nicht. Er ist der Meinung, daß sie ohne pathologische Veränderungen an der Niere nicht einhergeht. Votr. demonstrirt dann die Technik der Gefrierpunktsbestimmung an Apparaten und zeigt dann noch das Roentgenbild eines Nierenquerschnittes, an dem er beweisen will, daß der von ZONDECK angegebene Schnitt hinter dem Sectionsschnitt der Niere nicht immer die wenigsten, sondern wie in seinem Falle noch mehr Gefäße verletzt als der Median-schnitt.

BRAATZ (Königsberg): Zur Nierenchirurgie.

B. spricht über die Veränderungen an der Niere nach Anlegung des Medianschnittes. Er hatte nach früher voraufgegangenem Sectionsschnitt an einer Niere Gelegenheit, dieselbe zu extirpiren und fand bedeutende Schrumpfungen, obgleich er nicht, wie ihm jetzt vorgehalten wurde, die Nähte zu fest angelegt hatte.

Von seinen 12 Nierenextirpationen hat er dreimal Nebenstrumen der Niere gesehen, von denen zwei an zahlreichen Metastasen, die wie melanotische Sarkome imponirten, in 1—2 Jahren zugrunde gegangen sind. Er warnt daher vor der Exstirpation der Struma renalis.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXVIII.

Abtheilung für innere Medicin.

EID (Cairo): Klappenfehler auf Grund von Tabakvergiftung.

Votr. theilt drei Beobachtungen von schweren Klappenfehlern mit, die tödtlich endeten, wo sich gar keine andere Ursache für deren Entstehung finden ließ als langjähriges starkes Pfeifen- und Cigarettenrauchen, das ja in Egypten sehr verbreitet ist.

Rendu (Paris) hat auf Corsica, wo man ebenso viel und stark raucht, auffallend häufig Angina pectoris beobachtet, oft combinirt mit Klappenfehlern, für die eine andere Ursache nicht ersichtlich war.

PAULESCO (Paris): Behandlung von Aortenaneurysmen mit subcutanen Gelatine-Injectionen.

Votr. spricht über die von LANCERAUX und ihm inaugurierte Behandlungsmethode der Aortenaneurysmen mittelst subcutaner Gelatineinjectionen, berichtet über mehrere günstig verlaufene Fälle und zeigt zur Demonstration der Wirkungsweise des Verfahrens ein danach behandeltes Aortenaneurysma, dessen Riesensack fast vollständig von Fibringerinnseln ausgefüllt ist.

PAPILLON (Paris): Prä-tuberculose und Heredität. Gesetz der hereditären Reaction.

Votr. legt großes Gewicht auf den Krankheitszustand, welcher dem eigentlichen Ausbruch der Tuberculose vorausgeht. Wie diese selbst, ist auch dieser vom Vortragenden als „Prätuberculose“ bezeichnete Zustand in hohem Maße durch die Erblichkeit bedingt. Von der Art dieses Zustandes ist es auch abhängig, in welcher Weise die Tuberculose in die Erscheinung tritt. Die Descendenten neuropathischer Individuen erkranken unter dem Bilde der Neurasthenie; bei den Nachkommen von Leuten, die an Verdauungsstörungen zu leiden hatten, setzt die Tuberculose mit dyspeptischen Symptomen ein; ein Gleiches gilt von der erblichen Uebertragung von Gicht, Herzaffectionen und Arteriosklerose. Daraus leitet Votr. die Wichtigkeit der Kenntniß der hereditären, nicht tuberculösen

Antecedentien der Ascendenz der Tuberculösen ab, welche die Bedeutung eines Gesetzes hat, das höheren diagnostischen Werth habe als die Tuberculininjection.

BAUMHOLTZ (St. Petersburg): Die Resistenz der rothen Blutkörperchen bei Phthisis pulmonum.

Die Resistenz der Erythrocyten, bestimmt durch die Zahl der in schwachen Kochsalzlösungen unlöslichen, ist bei Lungentuberculose erhöht, und zwar entsprechend der Schwere des Krankheitsfalles. Das ist so constant, daß man sogar prognostische Schlußfolgerungen daraus ableiten kann. Die Ursache der Resistenz ist in der Menge und Zusammensetzung der festen Bestandtheile des Blutes zu suchen. Mit der Verbesserung des Ernährungszustandes wird die Resistenz verkleinert und umgekehrt. Nach der Größe der Resistenz kann man Rückschlüsse auf den allgemeinen Ernährungszustand machen.

RENON (Paris): Die ätiologische Rolle der Tuberculose bei Fällen von Asphyxie und dem RAYNAUD'schen Syndrom.

Vortr. bringt einen neuen Beitrag zu der von SÉE, BYERS u. a. bereits mitgetheilten auffällig häufigen Coincidenz von Tuberculose mit der RAYNAUD'schen Krankheit (symmetrischen Gangrän der Extremitätenenden) und spricht die Tuberculose als eine directe Ursache dieser Affection an. Damit wäre ein sicheres ätiologisches Moment für diese Krankheit gegeben, die bisher als selbständige Krankheitseinheit noch nicht allgemein anerkannt sei. Die Beziehung zwischen Tuberculose und RAYNAUD'scher Krankheit habe man sich allerdings anders zu denken als z. B. bei dem Einfluß einer Wirbeltuberculose auf das Nervensystem (durch Compression des Rückenmarks). Wie die Tuberculose aber wirkt, läßt sich zur Zeit noch gar nicht sagen: ob eine directe Wirkung auf die Gefäße oder eine „Imprägation“ des centralen oder peripheren Nervensystems, wie sie SCHMITT getroffen hat, bei der Acroparästhesie. R.'s eigene Beobachtung betraf einen Mann, der, an einer Lymphdrüsen- und Lungentuberculose leidend, in 10 Tagen fast alle Phalangen seiner Hände und einen Theil seiner Ohren verlor. In der Folge bekam er bei jeder neuen Congestion einen Anfall von Cyanose und Schmerzen in den Fingerstümpfen.

Widal (Paris): Die Aetiologie der RAYNAUD'schen Krankheit ist keine einheitliche, wie die sehr variirenden Sectionsbefunde beweisen.

Potain (Paris): Auch die Lepra gehört zu den disponirenden Ursachen dieser Krankheit.

Apert (Paris): Nicht nur Infectionen, sondern auch Stoffwechselanomalien können den Boden bereiten, wie z. B. Diabetes, wobei eine Verwechselung mit diabetischer Gangrän wohl zu vermeiden ist.

Rendu (Paris) hat die RAYNAUD'sche Krankheit in Begleitung von Diabetes und Sklerodermie bei einem Kranken gesehen.

BELLOTA TAYLOR (Santander): Die Eintrittspforte des Bacillus der Tuberculose.

Vortr. hält den Tuberkelbacillus wohl für den Erreger der Tuberculose, aber er bestreitet, daß die Verbreitung dieser Krankheit auf den bisher angenommenen Infectionswegen (Haut, Respirations- und Intestinaltractus) möglich ist. Die Entwicklung der Tuberculose namentlich auf den beiden letzteren Wegen sei weder experimentell bei Thieren, noch klinisch beim Menschen einwandfrei erwiesen. Die einzige Möglichkeit der Erklärung der ungeheuren Ausbreitung dieser Krankheit sei die Annahme einer erblichen Uebertragung der Bacillen bei der Zeugung, die dann Jahre und Jahrzehnte, bei manchen während des ganzen Lebens latent bleiben können. Bei dieser Sachlage erscheine jede Prophylaxe zwecklos, welche auf der Idee der Contagion basire. Praktische Resultate könne nur eine solche Prophylaxe liefern, welche eine physische Stärkung des Einzelindividuums und eine Besserung der hygienischen und socialen Verhältnisse der Gesamtheit anstrebe.

Rendu und Widal (Paris) halten dem Vortr. gegenüber entschieden an der contagösen Natur der Tuberculose fest, für die nicht nur die experimentelle, sondern auch die menschliche Pathologie genug Beweise liefere.

Dieulafoy (Paris) macht auf die Hals- und Rachenmandeln bei Kindern als Eingangspforte für die Tuberculose aufmerksam, von wo sie sich, wenn nicht zeitig durch die locale Exstirpation geheilt, auf die Submaxillardrüsen und nach Jahr und Tag auf die Mediastinal- und Bronchialdrüsen weiter fortpflanzt, von wo aus die Lungen afficirt werden.

MIDDENDORP (Groningen): Die Aetiologie der Tuberculose.

Vortr. wiederholt seine bereits auf dem Berliner Tuberculosecongreß (1899) ausgesprochene Ansicht, daß der Tuberkelbacillus nicht die Ursache der Tuberculose ist.

SIREDEY: Die Diagnose des Mal de Pott beim Erwachsenen.

Beim Erwachsenen hat die Entwicklung des Malum Pottii meist einen schleichenden Charakter und täuscht oft andere Affectionen vor, ehe es nach Jahren manifest wird, so vor allem heftige Neuralgien im Bereich des Brustkorbes oder auch des Abdomens (Magen, Nieren); ausstrahlende Schmerzen in die Beine lassen zuweilen den falschen Verdacht einer Ischias oder Tabes entstehen. Vor Irrthümern kann nur die genaueste Untersuchung der Wirbelsäule schützen: dauernde Druckempfindlichkeit eines bestimmten circumscribten Punktes, das Vorspringen eines Dornfortsatzes und vor allem die Unbeweglichkeit einiger Wirbelgelenke bei Beugung oder Streckung oder Seitwärtsbewegung. Zur Ausbildung eines Gibbus kommt es oft nicht, weil sich mehrere kleine Abscesse zwischen den Wirbeln und ihren Bändern entwickeln, die sich des Nachweises entziehen. Von hier nimmt dann oft die allgemeine Tuberculose des Körpers ihren Ausgang.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Obstetrical Society of London.

W. J. SINCLAIR: Retroflexion des schwangeren Uterus.

Bei typischen Fällen von Retroflexio uteri gravidi ist das Symptomenbild ein charakteristisches, leicht und sicher diagnostizierbar. Besonders auffällig ist die mit verschiedenen Graden von Harnverhaltung combinirte Reizbarkeit der Blase. Die Häufigkeit der Complicationen wird übertrieben, ebenso hat es den Anschein, daß in solchen Fällen zu oft operirt wird. Die wirksame Behandlungsmethode ist hier außerordentlich einfach. Sie besteht in der Einführung eines federnden Pessars nach vorangegangener Entleerung der Blase und des Darmes. Wenn nach Einführung des Pessars die Kranke durch genügend lange Zeit Seiten- oder Bauchlage einnimmt, so genügt die Wirkung des Pessars zur Erhaltung des Uterus in normaler Lage. Bei sämtlichen 15 Fällen, welche Vortr. auf diese Art behandelte, war der Erfolg ein sehr günstiger. In einem Falle wurde das federnde Pessar angewendet, in welchem ein Fibrom in das Cavum Douglasii gefallen war und die für Retroflexio uteri gravidi charakteristischen Blasensymptome hervorrief. Das Pessar hob den Tumor wieder in die Bauchhöhle. Laparotomie oder sonstige eingreifende Operation sind bei Retroflexio nicht am Platz. In Fällen von Retroflexio mit Adhäsionen ist Ventrofixation nach Abortus und Involution indicirt.

Alban Doran betont, daß thatsächlich Harnretention und gesteigerte Reizbarkeit der Blase für die Diagnose die wesentlichsten Symptome sind.

Inglis Parsons zieht den Gebrauch eines Ballonpessars der manuellen Reposition vor.

Galabin bringt die Pat. in die Knieellbogenlage und übt meist von der Vagina und, falls dies nicht genügen sollte, vom Rectum aus einen Druck auf den Fundus uteri aus. Anästhesie ist nur in einem kleinen Procentsatz der Fälle nothwendig. Retroversion des Uterus mit Bildung fester Adhäsionen ist ein seltenes Vorkommniß.

E. RUMLEY DAWSON: Der maßgebende Factor der Geschlechtsbestimmung.

Die Ovarien produciren von einander unabhängig, vielleicht miteinander alternirend, die Eizellen; dies wird dadurch erwiesen, daß die Zahl der nach Ruptur des GRAAF'schen Follikels zurückbleibenden eingezogenen Narben in beiden Ovarien annähernd gleich ist und in ihrer Summe der Zahl der durchgemachten Menstruationen entsprechen. Die normale, einfache Schwangerschaft ist das Resultat der Befruchtung eines einzelnen Eies eines Ovariums durch das Product beider Hoden, so daß der Vater keinen Einfluß auf das Geschlecht der Frucht ausübt und dieses nur von dem Ovarium abhängt, aus welchem das befruchtete Ei stammt. Aus dem rechten Ovarium stammen die männlichen, aus dem linken Ovarium die weiblichen Früchte. In Fällen von einseitiger Exstir-

pation des Ovariums entspricht das Geschlecht der späteren Früchte dem zurückgebliebenen Ovarium. In Fällen von rechtsseitiger Tubarschwangerschaft mit Corpus luteum im rechten Ovarium wurden männliche Früchte gefunden, dagegen bei linksseitiger Tubarschwangerschaft mit Corpus luteum im linken Ovarium weibliche Früchte. Bei Tubarschwangerschaften und -Molen liegt das Corpus luteum gewöhnlich in dem Ovarium derselben Seite. Fälle, wo Tubar- und Uterushornschwangerschaft auf der dem Corpus luteum entgegengesetzten Seite sich findet, sind entweder dadurch zu erklären, daß die betreffende Tube gegen das gegenüberliegende Ovarium gerichtet ist, oder durch Wanderung des Eies. Bei Zwillingen verschiedenen Geschlechtes haben beide Ovarien je eine Eizelle geliefert, bei gleichgeschlechtlichen Zwillingen ist anzunehmen, daß beide Eizellen aus demselben Ovarium stammen. Bei Fällen, wo sämtliche Kinder das gleiche Geschlecht aufweisen, ist einseitige Sterilität anzunehmen. In der großen Mehrzahl der Ehen finden sich Kinder beiderlei Geschlechtes, was aus der Activität beider Ovarien zu erklären ist. Es gibt nur zwei Ovarien und nur zwei Geschlechter.

Blacker spricht sich dagegen aus, daß dem Vater keine Einwirkung auf die Geschlechtsbestimmung zukommt und daß das Geschlecht schon in dem Augenblicke bestimmt ist, wo die Eizelle das Ovarium verläßt. Auch gibt es Fälle einseitiger Ovariectomie, welche gegen die Theorie sprechen. Die Vögel besitzen nur ein Ovarium und produciren doch Nachkommen beider Geschlechter.

Herbert Spencer führt einen Fall an, wo nach Exstirpation eines linksseitigen Ovarialtumors Zwillinge verschiedenen Geschlechtes geboren wurden.

Dawson erwidert, daß einerseits eine Wanderung der Eizellen vorkommt, andererseits z. B. die Production männlicher Früchte nach rechtsseitiger Ovariectomie dadurch zu erklären ist, daß die Exstirpation nur scheinbar eine totale war und ein kleiner, noch functionsfähiger Rest zurückgeblieben ist.

Notizen.

Wien, 20. April 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstirte zunächst Hofr. Prof. Dr. I. NEUMANN die Moulage eines Falles von Keratosis universalis in trauterina. Die ganze Körperhaut des am Ende des 8. Graviditätsmonates lebend geborenen, am 2. Tage zugrunde gegangenen Kindes ist hornartig verdickt und in Schilder abgetheilt, welche durch longitudinale und quere Furchen von einander getrennt sind. — Sodann stellte der Director des Blindeninstitutes, Herr HELLER, einen von autoritativer Seite als blind bezeichneten Knaben vor, dem es durch pädagogische Uebung nach kurzer Zeit ermöglicht wurde, große Buchstaben zu lesen. Der Knabe hat es erlernt, sein hochgradig eingeeengtes Gesichtsfeld und sein brach gelegenes Perceptionsvermögen zu gebrauchen. — Hierauf führte Prof. Dr. v. ZEISSL einen Fall von Diabetes insipidus nach Lues acquisita bei einer 46jährigen Frau vor. (Erscheint ausführlich in unsrem Blatte.) — Dr. v. GENSER berichtete über einen operirten Fall von Appendicitis bei einem 5jährigen Kinde, bei welchem 3 Wochen nach der Operation aus der Bauchwunde ein Ascaris zum Vorschein kam; nach G.'s Meinung dürfte derselbe bei der Entstehung der Appendicitis eine Rolle gespielt haben. — Docent Dr. ALBRECHT demonstirte Präparate eines Falles von Ochro-nosis. Sämmtliche Knorpel und Knochen zeigen bei dieser überaus seltenen Abnormität imbibitorische Schwarzfärbung. — Oberstabsarzt Doc. Dr. HABART zeigte das Präparat eines Falles von spiralförmiger Torsionsfractur des Unterschenkels nach Amputation wegen Gangrän; einen geheilten Fall von Suidium durch quere Durchschneidung des Halses zwischen Zungenbein und Kehlkopf; einen geheilten Fall von foudroyanter Sepsis nach Appendicitis perforativa, Peritonitis purulenta, Pleuro-Pneumonia bilateralis und Otitis media. — Schließlich stellte Dr. HÖDLMOSE einen Fall von Arthropathie bei Syringomyelie vor. — Am Anfange der Sitzung theilte der Vorsitzende, Hofrath Prof. Dr. CHROBAK, mit, daß der Goldberger-Preis im Betrage von 2000 K neuerlich zur Ausschreibung gelange. Die diesmalige Preisaufgabe lautet: „Ueber die Frage der infectiösen Natur der malignen Neubildungen vom klinischen oder anatomischen

Standpunkte.“ Die Zuerkennung des Preises erfolgt im October des Jahres 1903.

(Wiener Aerztekammer.) Die Wiener Kammer hat in der Vorwoche zwei mehrstündige Vollversammlungen abgehalten, über deren Verlauf uns eingehende Berichte vorliegen. Wir beschränken uns darauf, die bemerkenswertheren Vorkommnisse der Verhandlungen — vorläufig ohne Commentar — zur Kenntniß unserer Leser zu bringen. Zunächst verkündete der Präsident Dr. HEIM Erkenntnisse des Ehrenrathes, mit welchen dem annoncirenden Arzte Dr. MORIZ DEUTSCH, I., Wipplingerstraße 20, wegen standesunwürdiger Ankündigungen und standesordnungswidriger brieflicher Behandlung von Kranken die Strafe der dauernden Entziehung des activen und passiven Wahlrechtes für die Aerztekammer und dem Zahnarzte Dr. MORIZ POPPER, I., Teinfaltstraße 7, wegen standesordnungswidriger Ausübung seiner zahnärztlichen Praxis im Herumwandern von Ort zu Ort und standesunwürdiger Ankündigung dieser Praxis eine Geldbuße von 100 K auferlegt wurde. Hierauf machte der Präsident bezüglich der in Aussicht genommenen Reform des Arbeiter-Krankenversicherungs-Gesetzes und des Standes der Meisterkrankencassen-Frage folgende Mittheilungen: Da sich im Abgeordneten-hause ein Subcomité des socialpolitischen Ausschusses gebildet hat, welches sich mit der Reform der Kranken-, Alters- und Invaliditätsversicherung der Arbeiter beschäftigt, erschien es zweckmäßig, die Wünsche und Forderungen der Aerzte in Bezug auf diese schon lange angestrebte Gesetzesreform neuerlich zur Geltung zu bringen. Der Präsident habe sich über Ermächtigung seitens des Kammervorstandes mit dem Obmanne des Subcomités und dem betreffenden Ressort-Referenten ins Einvernehmen gesetzt und ihnen das vom Kammertage im Jahre 1896 bezüglich der Krankencassen-Gesetzesänderung genehmigte ausführliche Elaborat, sowie die diesbezüglichen Beschlüsse der Wiener Aerztekammer zur Verfügung gestellt. Er habe die Auskunft erhalten, daß bei der Revision des Gesetzes auf die berechtigten Wünsche der Aerzte die möglichste Rücksicht werde genommen werden. Nach weiteren vom Präsidenten eingeholten Informationen dürfte bei der Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes auch eine Aenderung der auf die Meisterkrankencassen Bezug habenden gesetzlichen Bestimmungen platzgreifen. Aus diesem Grunde und mit Rücksicht darauf, daß es zweckmäßig erscheint, bei der Wichtigkeit der geplanten Reformen die ganze Aufmerksamkeit der Kammer der Geltendmachung der Wünsche der Aerzteschaft zuzuwenden, habe der Vorstand beschlossen, die Erledigung der auf die Meisterkrankencassenfrage Bezug habenden Anträge vorläufig zurückzustellen, bis die Beschlüsse des parlamentarischen Subcomités bezüglich der Revision des Krankenversicherungsgesetzes vorliegen. An diese Erklärung knüpfte sich eine lebhaft Discussion. Dr. WEIS findet einen formellen Fehler darin, daß die Meisterkrankencassenfrage bisher nicht auf die Tagesordnung gesetzt wurde, so daß Niemand wisse, welche Stellung die neugewählte Kammer in dieser Frage einnehme, und beantragt folgende Resolution: „Die Wiener Aerztekammer steht in der Angelegenheit der Meisterkrankencassen auf demselben Standpunkte wie die früheren Kammervertretungen und die letzte allgemeine Aerzteversammlung.“ Nach längerer Debatte wird über Antrag Dr. GRUSS beschlossen, den Antrag des Dr. WEIS dem Vorstande zur Vorberathung zuzuweisen und in einer in 14 Tagen stattfindenden Kammerversammlung die Berathung und Beschlußfassung darüber vorzunehmen. — Dr. STRICKER begründet einen von ihm namens der „Freien Vereinigung der praktischen Aerzte Wiens“ gestellten Dringlichkeitsantrag, in welchem die Kammer aufgefordert wird, den Standpunkt der Vereinigung zu acceptiren, wonach die Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung auf alle wirklich armen Bevölkerungsschichten auf Grundlage einer fixen Einkommensgrenze, deren Ueberschreitung die Cassenzugehörigkeit unter jeder Bedingung ausschließe, als nothwendig anerkannt wird. Weiters verlangt der Dringlichkeitsantrag, die Kammer möge beschließen, daß bei allen künftigen Cassengründungen das Princip der freien Arztwahl ausnahmslos in Betracht kommen müsse. Dr. HERZ regt an, daß bei der Revision des Arbeiter-Unfallversicherungsgesetzes auf die Auf-

nahme der in Deutschland geltenden Bestimmung gedrungen werden solle, wonach die Verletzten bei sonstigem Verluste des Prämiensanspruches gezwungen sind, sich ärztlich behandeln zu lassen. Auf Antrag des Dr. A. KLEIN wird folgender Beschluß gefaßt: „Nachdem die im Dringlichkeitsantrage gestellten Postulate in die von der Wiener Aerztekammer beschlossenen Elaborate längst aufgenommen worden sind, schließt sich die Kammer ohne Debatte denselben an.“ — Ueber ein vom Vicepräsidenten Dr. SVETLIN erstattetes Referat betreffend Vereinbarungen mit dem Vorstände des Krankenvereines „Einigkeit“ behufs Regelung seines Verhältnisses zu den Aerzten wird beschlossen, den Verein „Einigkeit“ bezüglich der Statutenänderungen zu unterstützen und behufs der diesbezüglichen Vereinbarungen Delegirte zu entsenden. — Ein weiterer Dringlichkeitsantrag der „Freien Vereinigung der prakt. Aerzte Wiens“, die Kammer möge beschließen, daß neustemirte cassenärztliche Stellen nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung angenommen werden dürfen, wird dem Krankencassencomité zugewiesen, ebenso der Antrag des Dr. NUSSBAUM, die Kammer möge die Statthalterei ersuchen, daß mit Rücksicht auf die in Aussicht genommene Revision der auf die Krankenversicherung Bezug habenden Gesetze mit der Genehmigung der Bildung neuer Krankenvereine innegehalten werde — Dr. SCHOLZ referirt anlässlich der Anzeige eines Kammermitgliedes von der Niederlegung seines Mandates über die Frage der Zulässigkeit der Niederlegung des Mandates eines Kammermitgliedes oder Stellvertreters, bezw. der Entscheidung hierüber, und stellt namens des Vorstandes folgenden Antrag: Die Aerztekammer ist der Ansicht, daß die Niederlegung des Mandates eines Kammermitgliedes oder Stellvertreters zulässig ist, demnach erscheint der Vorstand nach Analogie der Bestimmung des § 8, al. 3 des Aerztekammergesetzes über die Ablehnung einer Wahl berufen, darüber zu entscheiden, ob die geltend gemachten Gründe als hinreichend anzuerkennen sind. Dieser Antrag wird angenommen. — Der von Dr. GRUSS und Dr. IRTL gestellte Antrag: „Die Wiener Aerztekammer spricht Seiner Excellenz dem Herrn Minister für Cultus und Unterricht Dr. WILHELM Ritter von HARTEL und den Herren Hofrath Professor Dr. MAX GRUBER und Professor Dr. AUGUST FOREL den wärmsten Dank dafür aus, daß sie beim 8. internationalen Congreß gegen den Alkoholismus gegen die Angriffe der sogenannten „Naturärzte“ gegen den ärztlichen Stand und gegen die ärztliche Wissenschaft so energisch aufgetreten sind“, wird einstimmig angenommen. — Dr. STRANSKY referirt über die weitere Ausführung des von der Wiener Aerztekammer ratificirten Beschlusses des IV. Kammertages betreffend die Anlegung eines Curpfuscher-Katasters. Referent theilt mit, daß der Aufforderung der Kammer zur Ausfüllung des versendeten diesbezüglichen Fragebogens nur zwei ärztliche Vereine entsprochen haben, wahrscheinlich deshalb, weil in Wien die Zahl der berufsmäßigen Curpfuscher keine gar große ist. Referent beantragt, von der nochmaligen Versendung von Fragebögen abzusehen, dagegen sämtliche Aerzte Wiens in den Mittheilungen der Kammer aufzufordern, alle ihnen zur Kenntniß kommenden Fälle von Curpfuscherei der Kammer zur Anzeige zu bringen, damit diese weitere Schritte einleite. (Angenommen.) — Dr. STRANSKY referirt ferner über eine Zuschrift des „Touring-Club“, in welcher derselbe mittheilt, daß er die Kosten der ersten ärztlichen Behandlung bei Unglücksfällen seiner Mitglieder nach dem ortsüblichen Tarife zu tragen beschlossen habe und um Zusendung eines Verzeichnisses der prakt. Aerzte des Kammersprengels behufs Aufnahme einer möglichst großen Anzahl von Aerzten in das vom Vereine herauszugebende, zur Information seiner Mitglieder bestimmte Handbuch ersucht. Ueber Antrag des Ref. wird beschlossen, die Mittheilung des Touring-Club zur Kenntniß zu nehmen, dieselbe allen kammerangehörigen Aerzten bekannt zu machen und den Club auf das vom Magistrate herausgegebene Verzeichniß der zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Wien berechtigten Aerzte aufmerksam zu machen.

(Aus Berlin) berichtet uns unser dortiger Correspondent: Unter dem Vorsitze SENATOR'S hat hier am 16. April d. J. der 19. Congreß für innere Medicin begonnen. Die Zahl der Theilnehmer ist ungewöhnlich groß (456), auch Oesterreich hat

zahlreiche Vertreter zu dem Congresse entsandt. In der Eröffnungsansprache wies SENATOR auf die Fortschritte der diagnostischen Hilfsmittel der inneren Medicin in den letzten Jahrzehnten hin, die so zahlreich und umfangreich wurden, daß sie theilweise nicht einmal mehr transportabel sind, während der Arzt vormals das gesammte diagnostische Armamentarium getrost und bequem in der Tasche hatte tragen können. Der 19. Congreß für innere Medicin soll diesen diagnostischen Ausbau der klinischen Medicin auch durch die mit dem Congresse verbundene Ausstellung zum Ausdruck bringen. Nach Erledigung der Formalitäten begann der wissenschaftliche Theil der Verhandlungen mit dem Referate GOTTLIEB'S (Heidelberg) über „Herzmittel und Vasomotorenmittel“; als Correferent sprach SAHLI (Bern). — Wir beginnen in der nächsten Nummer unseres Blattes den Bericht über die Congreß-Verhandlungen.

(Militärärztliches.) Generalstabsarzt Dr. JOHANN BARTHA wurde in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen; Oberstabsarzt II. Cl. Dr. FERDINAND ZIMMERT erhielt das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens; die Regimentsärzte I. Cl. Dr. BERNHARD DUB, Dr. ADOLPH PALMBICH, Dr. STANISLAUS LECH und Dr. FRANZ VOGL erhielten das goldene Verdienstkreuz mit der Krone.

(Amtsärzte und Krankencassenstellen.) Die schlesische Aerztekammer hatte an ihre Landesregierung das Ersuchen gerichtet, den k. k. Amtsärzten die Uebernahme von Stellen bei Krankencassen zu untersagen. In der Eingabe war auf Erlasse der Statthalterei in Lemberg und der Landesregierung in Czernowitz hingewiesen worden, welche die Uebernahme dieser Stellen als unvereinbar mit der Amtsstellung jener Aerzte erklärten. Das Ansuchen der schlesischen Aerztekammer ist abschlägig beschieden worden; die Landesregierung fand die Uebernahme der Stellen von Cassenärzten seitens der Amtsärzte mit deren Amtspflichten nicht unvereinbar.

(Medicinische Terminologie.) Im Verlage von Urban & Schwarzenberg ist soeben die „Medicinische Terminologie“ erschienen, enthaltend die Ableitung und Erklärung der gebräuchlichen Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften. Der Verfasser des neuen Werkes, das eine fühlbare Lücke unserer Literatur auszufüllen geeignet erscheint, ist Dr. WALTER GUTTMANN. Er hat es verstanden, soweit sich dies aus dem bisher erschienenen Theile ermassen läßt, den ungeheueren Stoff in übersichtlicher Weise anzuordnen. Die Stichworte sind alphabetisch geordnet. Wir behalten uns eine ausführliche Besprechung des Werkes beim Erscheinen der letzten Lieferung vor.

(Universitätsfrequenz.) Nach dem Stande vom 31. December 1900 zählten die acht österreichischen Universitäten zusammen 17.132 Studirende, und zwar: Wien 6133, böhmische Universität in Prag 3188, Lemberg 2058, Graz 1566, Krakau 1380, deutsche Universität in Prag 1314, Innsbruck 1011, Czernowitz 482. In die Gesamtzahl der Studirenden sind 584 Hospitanten nicht eingerechnet (510 in Wien, 34 in Krakau, 23 in Graz, 13 in Innsbruck, 4 an der deutschen Universität in Prag). Unter denselben befanden sich 139 Hospitantinnen. Von der Gesamtsumme der Studenten waren 14.599 ordentliche und 2533 außerordentliche Studirende. Die medicinischen Facultäten zählten 2541 ordentliche und 405 außerordentliche Hörer.

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 13. April 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6909 Personen behandelt. Hievon wurden 1361 entlassen; 187 sind gestorben (12,8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 66, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 58, Scharlach 120, Masern 250, Keuchhusten 30, Rothlauf 54, Wochenbettfieber 4, Rötheln 4, Mumps 56, Influenza 4, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 737 Personen gestorben (+ 47 gegen die Vorwoche).

Gegenüber dem Gerüchte, daß dem Apotheker M. EMMEL das Recht entzogen wurde, die von ihm fabricirten Sublimatpastillen weiter noch Dr. Angerer-Sublimat-Pastillen zu nennen, wird mitgetheilt, daß der Name des Prof. Dr. v. Angerer auf Grund der Vereinbarung des Besitzers der Adler-Apotheke

in München mit Prof. v. ANGERER unauflöslich mit den von der Adler-Apotheke erzeugten Sublimatpastillen verbunden ist. Die Sublimatpastillen der Adler-Apotheke sind mit dem Namen **Angerer-Sublimat-Pastillen** in den Verkehr gekommen und der Besitzer der Adler-Apotheke, Herr **Max Emmel**, hat durch Kauf der Apotheke das Recht der Alleinfabrication der ANGERER-Sublimat-Pastillen erworben.

Die Landes-Curanstalt **Rohitsch-Sauerbrunn**, die heuer ihr 100jähriges Jubiläum als Landesbesitz feiert, erfreut sich einer stetig zunehmenden Frequenz. Mit allen modernen Einrichtungen versehen (eine Wasserheilstätte wird in dieser Saison eröffnet), wird die Curanstalt Rohitsch-Sauerbrunn von hervorragenden Vertretern der Medicin Magen-, Leber- und Nierenleidenden seit Jahren wärmstens empfohlen und besonders von den vornehmen Wiener Curgästen mit Vorliebe aufgesucht. Der Besuch des Bades in der abgelaufenen Saison betrug über 3000 Curgäste. Die mild purgirenden Eigenschaften der Rohitscher Säuerlinge wurden auch auf der Pariser Weltausstellung des Jahres 1900 anerkannt und durch die Verleihung des „Grand Prix“ ausgezeichnet. Auskünfte über das Bad, sowie Broschüren versendet gratis die Direction der Landes-Curanstalt Rohitsch-Sauerbrunn.

Wiener Medicinischer Club.

Sitzung Mittwoch den 24. April 1901, um 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik Schrötter (Allgem. Krankenhaus).

Vorsitz: Docent Dr. MAX HERZ.

Programm:

- I. Demonstrationen. (Angemeldet: Dr. J. Songo: Demonstration eines Aneurysmapräparates.)
- II. Dr. MARC. LAUTERBACH: Ueber Orchitis parotidea ohne Parotitis.
- III. Docent Dr. JUL. WEISS: Zur Pathogenese der Anorexie.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das April-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Ueber Melanine.“ Von Prof. Dr. Rud. Kobert.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.




Kur- und Wasserheil-Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kais. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz, Wien



PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER.
ELEGANTER AUSFÜHRUNG

Rossel, Schwarz u. Co.
Dotzheim-Wiesbaden.

Sterilisirt. Alkoholfrei. Düninflüssig.
Braunschweiger Doppel-Schiffsmumme
(Doppel-Malz-Extract)

aus der Bier- und Mummen-Brauerei von Franz Steger, Braunschweig. Anerkannt bestes Nähr- und Stärkungsmittel für Kinder, Blutarmer, Convalescenten, ährende Mütter etc.


Mumme mit medic. Zusätzen als Chinin, Eisen, Kalk, Guajacol, Kreosot, Eisen-Mangan etc.

General-Depôt für Oesterr.-Ung.: Carl Barolin, Wien, VIII, Apollgasse 8.
Literatur und Proben für Herren Aerzte und Apotheker gratis und franco.
Zu beziehen durch alle Apotheken.
Schmackhaftes Kinderfrühstück. 1 Löffel Mumme auf 1 Glas Milch.

Statt Leberthran! Jod! Eisen!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kali jod. 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05.
Hervorragendes, wohlschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthran- und künstlichen Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose, Drüsen- und Knochengeschwüren.
Tagesdosis: Kindern 2-4 Stück, Erwachsenen 6-9 Stück.
Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.
Erhältlich in den meisten Apotheken.
Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei
Carl Jahr, Apotheker, Krakau.
Man *ordine* gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.



Hedonal.
Neues Hypnoticum,
absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spec. Ind.: nervöse Agrypnie (bes. bei Neurasthenie, Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5-2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1,0 gr. 3-5mal täglich (am besten im Laufe des Spätnachmittages).

Heroin. hydrochl.

Salophen
Crional
Duotal
Epicarin
Europphen
Somatose.

Creosotal.

Frei von jeder Aetz- und Giftwirkung.
Dosis: 1/2-5 Theelöffel voll pro die.
Ind.: Lungentuberculose, Bronchitis, Pneumonie, chron. Katarrhe, Influenza, Typhus, Scrophulose.

Duotal.

Reinstes Guajacolderivat.
Dosis: 0,5 gr. steigend bis 6 gr. pro die.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Nahrungsmengen im Säuglingsalter. Von Dr. WILHELM KNÖPFELMACHER. — Ueber Resorbinquecksilber. Von Dr. J. F. v. CRIPPA (Linz—Bad Hall). — **Referate.** KARL GRASSMANN (München): Klinische Untersuchungen an den Kreislauforganen im Frühstadium der Syphilis. — M. WASSERMANN (Berlin): Ein durch Gelingen der Reincultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoeica. — HOFMANN (Bonn): Ueber die Verwendung von Draht zum dauernden Ersatz für Continuitätsdefecte der Knochen, besonders auch des Unterkiefers. — RICHARD MÜHSAM (Berlin): Ueber Holzphlegmone. — RICHARD ADLER (Prag): Mastitis adolescentium. — RÖPKE (Solingen): Zur Hygiene der in Zündholzfabriken beschäftigten Arbeiter. — KÖVESI GÉZA (Budapest): Ueber den Eiweißumsatz im Greisenalter. — O. LASSAR (Berlin): Zur Therapie des Cancroids. — HELLSTROM (Helsingfors): Ueber Tuberkelbacillennachweis in der Butter und einige vergleichende Untersuchungen über pathogene Keime in Butter aus pasteurisirtem und nichtpasteurisirtem Rahm. — **Literarische Anzeigen.** Beiträge zur Lehre vom Mechanismus der Geburt auf Grund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen. Von ROBERT OLSHAUSEN, ord. Professor und Director der Universitäts-Frauenklinik in Berlin. — Die Leitungsbahnen des Gehirns und des Rückenmarks, nebst vollständiger Darstellung des Verlaufes und der Verzweigung der Hirn- und Rückenmarksnerven. Von RUDOLF GLAESSNER. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Corresp.) IV. — **Kleine Mittheilungen.** Thymolcarbonat. — Replantation eines Zahnes. — Ueber den Einfluß des Oophorins auf den Eiweißumsatz des Menschen. — Mittel gegen Schuppen und Haarausfall. — Ueber den Einfluß des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers. — Creosotal und Duotal. — Behandlung mit Alboferrin. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congress für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse“.) I. — 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10. bis 13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) II. — *K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Nahrungsmengen im Säuglingsalter.

Von Dr. Wilhelm Knöpfelmacher. *)

Nach drei Richtungen muß sich die Fürsorge bei der rationellen Säuglingsernährung erstrecken; sie muß 1. eine zweckentsprechende Zusammensetzung und Beschaffenheit des Nahrungsmittels, 2. genügend lange Nahrungspausen und 3. dem jeweiligen Alter angepaßte Nahrungsmengen zum Ziele haben. Keine dieser Bedingungen darf vernachlässigt werden, soll eine ungestörte Entwicklung der Säuglinge gesichert sein. Bei Ernährung mit Frauenmilch haben wir uns bloß auf Beachtung der beiden letzten Punkte — Nahrungspausen und Nahrungsmengen — zu beschränken, da bisher nur in sehr seltenen Fällen der Nachweis gelungen ist, daß eine Frauenmilch für den Säugling in qualitativer Richtung ungeeignet sei. Die Längen der Nahrungspausen werden in erster Linie von der Erfahrung dictirt, daß eine rationelle Ernährungsweise nur dann statthaben kann, wenn in den Magen nicht früher Nahrung aufgenommen wird, bevor nicht die zuletzt eingenommene Mahlzeit den Magen verlassen hat. Nun wissen wir, daß beim normalen Muttermilchkinde — ich will vorerst auf dieses meine Ausführungen beschränken — die Frauenmilch nach 1—1½ Stunden, längstens nach zwei Stunden den Magen verlassen hat. Es wird sich daher das Minimum von 2 Stunden als Nahrungspause ergeben. Der Wunsch, dem Magen einige Erholungszeit zu gönnen, d. h. seine Thätigkeit nicht continuirlich in Anspruch zu nehmen, dann die Beobachtung, daß normale Frauenmilchkinder mit

Vortheil noch größere Nahrungspausen beobachten, die sie im frühen Säuglingsalter mit Schlaf ausfüllen, hat zur Uebung geführt, die Zahl der Mahlzeiten beim Frauenmilchkinde in den ersten 2 Monaten auf 7, später auf 6 oder gar 5 herabzusetzen.

Will man die Zahl der Mahlzeiten herabdrücken, ohne den Säugling zu schädigen, so muß es gelingen, ihm in den wenigen 24stündigen Mahlzeiten eine solche Nahrungsmenge zuzuführen, die nicht nur, wie beim Erwachsenen, zur Erhaltung seines Stoffwechselgleichgewichtes, sondern auch zur Erfüllung einer physiologischen Function des Kindesalters, dem entsprechenden Wachstumsansatz, genügt. Zahlreiche Beobachtungen haben uns gelehrt, daß der Säugling regelmäßig an Masse zunimmt, daß die tägliche Zunahme in den ersten 2 Monaten zumeist am größten ist, wengleich Ausnahmen dieser Regel nicht selten sind. Die tägliche mittlere Zunahme der Frauenmilchkinder beträgt in den ersten zwei Monaten 30 Grm. pro die (abgesehen von der Abnahme während der ersten Lebensstage), sinkt dann auf circa 10 Grm. täglich am Ende des 1. Lebensjahres.

Die Nahrungsmengen des Frauenmilchkinde werden, darin sind alle Beobachter einig, in erster Linie von dem Milchreichthum der Mutter- resp. Ammenbrust bedingt.

Dabei wissen wir, daß die Milchmenge ansteigt, wenn die Milchdrüse regelmäßig ganz entleert wird, daß sie abnimmt, wenn die Drüse nicht jedesmal geleert wird. Daraus müßte man freilich den Schluß ziehen, daß allmählig eine Anpassung zwischen dem Milchreichthum der Mutter und dem Nahrungsbedarf des Kindes eintritt, ein Schluß, der sich oft als unberechtigt erweist, wie das die tägliche Beobachtung lehrt. Doch ist es sichergestellt, daß der allmählig immer energischer vollzogene Saugact, wie er dem sich steigernden Nahrungsbedürfniß des wachsenden Kindes entspricht, dazu

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctorencollegiums am 18. Februar 1901.

führt, daß die Milchproduction der Mutter in den ersten Monaten allmählig zunimmt. Ueberdies lehrt auch die Erfahrung in Anstalten, in welchen einzelne Ammen zur Ernährung von zwei und mehr Kindern herangezogen werden, daß durch vermehrte Säugung die Milchproduction sehr lebhaft gesteigert werden kann, selbst auf 2000 Ccm. und darüber.

Es ist nun von besonderem Interesse und physiologisch unendlich wichtig, zu prüfen, wie viel Frauenmilch ein normal sich entwickelndes, d. h. physiologischen Wachstumsansatz zeigendes Kind zu sich nimmt. Darüber stehen uns auffallenderweise noch wenige Beobachtungen zu Gebote. FEER hat sich als Letzter der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, dieselben vergleichend zu sammeln und durch drei sorgfältig beobachtete Lactationscurven zu vermehren.

Will man zu reellen Mittelzahlen einer Lactationscurve gelangen, wie sie für gesunde Säuglinge giltig sein muß, so ist es vor Allem nothwendig, wie dies FEER gethan hat, alle Kinder auszuschalten, bei denen sich irgendwelche anomale Verhältnisse in der Ernährung gezeigt haben, wenigstens für so lange bei der Berechnung von Mittelzahlen beiseite zu lassen, als nicht normale Verhältnisse obgewaltet haben. Die FEER'sche, nach diesem Principe bewerkstelligte Zusammenstellung lehrt nun, daß die Milchmengen, welche gesunde Säuglinge von mittlerem Gewichte aufnehmen, von fast 300 Grm. in Mittel der ersten Woche auf 1000 Grm. der 25. Woche ansteigen. Dabei ist zu beobachten, daß die Milchmengen bei den einzelnen Säuglingen fast niemals regelmäßig ansteigende Curven geben, sondern daß oft für Wochen die tägliche Milchzufuhr constant bleibt, wie das auch schon CAMERER (Stoffwechsel des Kindes, 1894, I. Auflage, pag. 21) constatirt hat.

FEER hat nun auf Grund der bisher vorliegenden Beobachtungen eine mittlere Lactationscurve berechnet, welcher ich die folgenden Zahlen entnehme. Die tägliche Milchaufnahme des gesunden Frauenmilchkindes beträgt bei mittlerem Anfangsgewicht von 3410 Grm.

in der 1. Woche	291 Grm.
„ „ 5. „	687 „
„ „ 9. „	815 „
„ „ 13. „	852 „
„ „ 17. „	902 „
„ „ 21. „	956 „
„ „ 25. „	990 „

Ueber diese Zeit hinaus läßt sich eine Lactationscurve für das Frauenmilchkind nicht construiren, weil um diese Zeit in der Regel schon eine gemischte Ernährung platzgreift.

Die verzeichneten Milchmengen nimmt der Säugling während der ersten 4 Wochen in 6 bis 7, später in 6 Mahlzeiten zu sich. Daraus ergibt sich, daß der nach dem vorliegenden Schema ernährte Säugling

in der 1. Woche	42 Ccm.
„ „ 5. „	115 „
„ „ 9. „	135 „
„ „ 13. „	140 „
„ „ 17. „	150 „
„ „ 21. „	160 „
„ „ 25. „	165 „

Milch durchschnittlich in jeder Mahlzeit aufnimmt. In Wirklichkeit trinkt kein Kind bei jeder Mahlzeit gleichmäßig, sondern einmal mehr, einmal weniger. Ganz besonders oft bemerkt man, daß die Kinder nach längerer Pause, meist Nachtruhe, mehr trinken als nach kürzerem Intervall. Ja, die nach großen Trinkpausen aufgenommenen Milchmengen sind geradezu auffallend reichlich; sie erreichen z. B. schon in der 9. Woche 200 Grm., in der 17. Woche 250 Grm. und mehr. Andererseits sind die Größe einer Mahlzeit öfter bis auf die Hälfte der angegebenen Mittelzahlen und noch darunter. Die maximalen Milchmengen, welche die Kinder aufnehmen, haben deshalb Interesse, weil sie unwiderleglich den Nachweis führen, daß während des Trinkactes schon ein Theil, manchmal

ein sehr beträchtlicher Theil der Milch aus dem Magen in den Darm geschleudert wird, worauf auch FEER aufmerksam macht. Daß unter solchen Verhältnissen der Werth der Verdauungsthätigkeit des Magens sehr gering sein muß, ist klar und auch von allen Seiten für den Säugling anerkannt.

Man macht oft die Erfahrung, daß es dem Säuglinge absolut nicht schädlich ist, solch' große Mengen von Frauenmilch zeitweise zu sich zu nehmen. Nichtsdestoweniger ist es durch zahlreiche Beobachtungen, wie sie auch Ihnen, meine Herren, zu Gebote stehen dürften, erwiesen, daß systematische überreiche Milchaufnahme, selbst bei physiologischen Nahrungspausen, zu den Erscheinungen der Ueberdehnung des Magens mit allen Folgeerscheinungen führt.

Solche Erfahrungen führen zur Ueberlegung, daß es für das Frauenmilchkind eine obere Grenze der täglichen Nahrungsmenge geben muß, welche nicht allzuweit von dem berechneten Mittel abweichen dürfte, soll der Säugling vor Ueberfütterung gewahrt werden. Es ist selbstverständlich, daß zur Beurtheilung solcher Mißverhältnisse nicht eine einmalige Bestimmung der getrunkenen Milchmenge durch die Wage genügt, sondern daß sich die Controle auf alle Mahlzeiten innerhalb mindestens 24—48 Stunden erstrecken muß.

Noch häufiger als Ueberfütterung — auch diese ist häufig genug — kommen Fälle zur Beobachtung, in welchen die Nahrungsmengen ungenügend sind. Die untere Grenze der Nahrungsmengen, welche einem Kinde nicht bloß zum Stoffwechselgleichgewicht, sondern auch zu entsprechendem (von CAMERER berechnetem), mittlerem Wachstumsansatz genügen, ist leider noch nicht bekannt. Zu solchen Einstellungen wären vergleichende Energiebilanzversuche nothwendig, wie sie seit PETTENKOFER und VOIT für das Thier und den erwachsenen Menschen in größerer Zahl vorliegen. Zwar haben HEUBNER und RUBNER bereits einige Versuche zur Feststellung der für das Säuglingsalter erforderlichen Energiemenge ausgeführt, dieselben erlauben aber noch nicht allgemein gültige Schlüsse; speciell der an einem 9wöchentlichen Brustkinde ausgeführte Versuch ist in seinem Werthe durch eine, freilich leichte Erkrankung des Kindes — vielleicht eine Folge der ungewohnten Lebensverhältnisse während des Versuches — geschädigt. In einer Beziehung ist aber der Versuch besonders werthvoll geworden. Das betreffende Kind hat nämlich während der Versuchsperiode nur wenig Frauenmilch, pro die 608 Grm., d. i. 207 Grm. täglich weniger, als die berechnete mittlere Milchmenge für diese Altersperiode (815 Grm.) beträgt, aufgenommen. Trotzdem dieses Kind so wenig Milch bekam (die Energiezufuhr betrug 379 Calorien für den Tag, 73 Rohecalorien pro Tag und Kilogramm Körpergewicht anstatt der im Mittel meist zugeführten 100 Calorien) und trotzdem flüssige Entleerungen sich einstellten, hat dieses Kind, obzwar es an Körpergewicht nicht zugenommen hat, doch noch etwas Eiweiß im Körper zurückbehalten, dafür aber etwas Fett vom Körperbestande abgegeben. Dieses Kind hat 10% des zugeführten Stickstoffes durch den flüssigen Koth abgegeben, während normalerweise das Frauenmilchkind nur 2—4% Stickstoff durch den Koth verliert. Dieser Umstand und die Erfahrung, daß Kinder jede, auch die geringste, Verdauungsstörung, leicht mit Gewichtsstillstand beantworten, führen mich zur Annahme, daß unter normalen Verhältnissen jene 608 Grm. Milch möglicherweise hingereicht hätten, um nicht bloß Stoffwechselgleichgewicht, sondern auch jenen Wachstumsansatz zu erzielen, den wir als ein physiologisches Erforderniß des Säuglingsalters zu bezeichnen haben. Zu dem gleichen Schlusse führt auch der Umstand, daß es bei dem für die Eiweißkörper recht ungünstigen Verhältniß von stickstofffreien zu stickstoffhaltigen Nahrungsmitteln in der Frauenmilch trotz des großen Stickstoffverlustes durch den Koth doch noch zu Stickstoffretention, also zu Eiweißansatz gekommen ist; wir können uns aber nicht gut vorstellen, daß es bei Ernährung mit Frauenmilch unter normalen Verhältnissen zu Eiweißansatz und

dabei zu Fettconsumption beim Säugling kommt. Aus diesen Gründen erscheint es mir als wahrscheinlich, daß die für die 9. Lebenswoche berechnete Milchmenge von 815 Grm. pro die für das Frauenmilchkind als überflüssig hoch zu gelten habe.

Da dies aber bisher der einzige Energiebilanzversuch am Frauenmilchkinde ist, können wir daran keine weitgehenden Folgerungen anknüpfen. Wir sind zur Beurtheilung des Erfolges einer Ernährung neben den angegebenen Mittelzahlen für die Nahrungsmengen noch immer bloß auf die Wägungen und den Nachweis einer systematischen Zunahme an Körpergewicht angewiesen. Freilich kann ich es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß eigentlich eine regelmäßige Körpergewichtszunahme nur dafür spricht, daß die Nahrungsmenge nicht ungenügend ist; ob sie nicht zu reichlich ist, das kann die Körpergewichtsbestimmung nicht lehren, weil sich die Folgen einer Ueberdehnung des Magens infolge von Ueberfütterung oft erst nach Wochen, während welcher das Kind gut, oft sogar sehr gut zunimmt, sich einstellen. Es ist daher ein Erforderniß einer rationellen Ernährung mit Frauenmilch, sich auch bei gutem Gedeihen des Kindes von Zeit zu Zeit von den Nahrungsmengen durch Wägung der Kinder vor und nach dem Säugen zu überzeugen.

Ich habe mich in meinen Ausführungen bisher meist nur auf die Flüssigkeitsmengen beschränkt, die das Frauenmilchkind zu sich nimmt. Sie wissen, meine Herren, daß neben den Salzen jene 3 Gruppen von Nahrungsmitteln in der Milch vertreten sind, welche auch für den Erwachsenen mehr oder weniger unentbehrlich genannt werden müssen: die Eiweißkörper, die Fette und die Kohlehydrate. Es ist nicht Aufgabe meines heutigen Vortrages, mich über die Eigenschaften dieser Nahrungsstoffe in der Frauenmilch auszulassen, doch muß ich auf die quantitativen Verhältnisse dieser Körper in der Frauenmilch eingehen. Eine Reihe von Schwierigkeiten in der Methodik hat es verursacht, daß wir über den Gehalt der Frauenmilch an Nährstoffen falsch unterrichtet waren. Das gilt vornehmlich von dem Gehalte der Frauenmilch an Eiweißkörpern, der bisher sehr überschätzt worden ist; durch eine Reihe von neueren Untersuchungen, unter welchen ganz besonders die von CAMERER und SÖLDNER hervorgehoben werden müssen, sind wir jetzt über das Verhalten der Frauenmilch besser orientirt. Ich will hier nur kurz erwähnen, daß die Frauenmilch in den ersten Tagen infolge des Colostrums sehr eiweißreich ist, daß sie am 20. Tage nur mehr 1% Eiweißkörper enthält, daß der Eiweißgehalt, wie dies schon früher E. PFEIFFER gefunden hat, allmählig abnimmt und am 170. Tage nur mehr 0.76% beträgt. Der Milchzuckergehalt beträgt 6.7%, der Fettgehalt etwa 3—3.4%. Die Energiezufuhr in einem Liter Frauenmilch beträgt rund 630 Calorien. Daraus und aus den angegebenen Zahlen für die Milchmenge lassen sich die dem Frauenmilchkinde bei normaler Ernährung zugeführten Energiemengen leicht berechnen.

Wenn ich, meine Herren, rationelle Regeln für die Nahrungsmengen der künstlich ernährten Kinder aufstellen will, so kann ich dabei von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehen. Bei allen solchen Versuchen muß es aber als feststehend gelten, daß ich dem Säugling bei künstlicher Ernährung nicht mehr an Nahrungsmengen zuführe, als er zu seiner physiologischen Entwicklung bedarf. Um die Flüssigkeitsmenge festzusetzen, kann ich mich vorerst an die vom Frauenmilchkinde getrunkenen mittleren Milchmengen halten und dem künstlich genährten Säugling jene Milchmengen verabreichen, die das Frauenmilchkind mit Vortheil aufnimmt. Diesen Weg hat bei seiner Methode ESCHERICH betreten; wenn seine Zahlen etwas von den hier citirten FERR'schen Zahlen abweichen, so hat das darin seinen Grund, daß ihm für normale Frauenmilchkinder im Jahre 1889 viel weniger Daten zur Verfügung gestanden sind, als wir sie jetzt besitzen.

Zur Berechnung der Flüssigkeitsmengen steht mir aber noch ein anderer Weg zur Verfügung. Ich kann die Milchmengen, die das Frauenmilchkind trinkt, ganz beiseite lassen und von der Erwägung ausgehen, daß das Kind so viel Flüssigkeit bei jeder Nahrungsaufnahme zugeführt bekommen soll, als sein Magen faßt. Entsprechend der jeweiligen, allmählig wachsenden Capacität des Säuglingsmagens muß dann die Flüssigkeitsmenge allmählig erhöht werden. Auch dieser Weg ist wiederholt betreten worden. Unsere Erfahrungen über die Capacität des Säuglingsmagens haben aber früher keine genügend feste Basis gehabt, und erst die systematischen Untersuchungen von PFAUNDLER haben uns über die Capacität des Säuglingsmagens so ausreichendes Material geliefert, daß daraus die Flüssigkeitsmengen, welche dem Säugling ohne Gefahr einer Ueberdehnung des Magens zugeführt werden dürfen, berechnet werden können. Entsprechend dem Fassungsvermögen des Säuglingsmagens, gibt nun PFAUNDLER folgende Volumsgrößen für die Einzelmahlzeiten des Säuglingsalters an:

Ende des	1. Monats . . .	90 Ccm.
" "	2. " . . .	100 "
" "	3. " . . .	110 "
" "	4. " . . .	125 "
" "	5. " . . .	140 "
" "	6. " . . .	160 "
" "	7. " . . .	180 "
" "	8. " . . .	200 "
" "	9. " . . .	225 "
" "	10. " . . .	250 "
" "	11. " . . .	275 "
" "	12. " . . .	290 "

Diese Volumsgrößen nach PFAUNDLER sind für die ersten 4 Monate deutlich kleiner als die Mittelzahlen, welche aus den getrunkenen Milchmengen berechnet worden sind. ESCHERICH's Zahlen sind für die ersten Monate kleiner als FERR's Zahlen, aber doch noch größer als PFAUNDLER's Werthe für die Magencapacität. In Berücksichtigung des Umstandes, daß die für den künstlich genährten Säugling in Betracht kommende Nahrung, die Kuhmilch, in welcher Weise sie dem Kinde auch geboten werde, den Magen wesentlich später verläßt als die Frauenmilch, nämlich erst nach etwa 3 Stunden müssen die Volumsgrößen der Einzelmahlzeiten beim Kuhmilchkinde gewiß noch vorsichtiger bemessen sein, als für das Frauenmilchkind, und es sind daher die Zahlen von PFAUNDLER vorzuziehen. Es muß sich dann bei dem weiteren Vorgehen in der künstlichen Ernährung darum handeln, dem Säuglinge in den seinem Alter entsprechenden Flüssigkeitsvolum in den Nahrungsstoffen so viel an latenter Energie beizubringen, daß er unter ebenso günstigen, seinem Wachstum förderlichen Verhältnissen ernährt wird wie das Frauenmilchkind. Da beginnen aber gleich die Schwierigkeiten. Bei der Ernährung mit Frauenmilch haben wir es für nützlich erklärt, genügend lange Nahrungspausen einzuhalten, um den zarten Säuglingsmagen nicht zu überlasten. Diese Ueberlegung, auf das Kuhmilchkind angewandt, muß dazu führen, die Nahrungspausen beim Kuhmilchkinde noch länger auszu dehnen, als beim Frauenmilchkinde, da die Kuhmilch wesentlich länger im Magen verweilt als die Frauenmilch; es bricht sich darum die Erkenntniß Bahn, dem künstlich genährten Säugling nicht häufiger als 3½—4stündlich Nahrung zuzuführen, d. i. etwa 5—6mal im Tage in den ersten, 5mal in den späteren Monaten. Wir haben daher schon zwei Regeln für das künstlich genährte Kind gewonnen, welche die Ernährung des Kuhmilchkindes wesentlich ungünstiger gestalten: 1. Die der Magencapacität angepaßte geringere Volumsgröße der Einzelmahlzeit, und 2. die geringere Zahl der Mahlzeiten entsprechend dem längeren Verweilen der Kuhmilch im Säuglingsmagen. Es wird daher das so ernährte Kuhmilchkind in Bezug auf die Flüssigkeitszufuhr wesentlich ungünstiger gestellt sein als die Frauenmilch-

kinder, welche der wissenschaftlichen Beobachtung und Kritik als Unterlage dienen.

Weiterhin wird es schwierig sein, dem Kuhmilchkinde so viel Energie zuzuführen, als die beobachteten, nach meiner Meinung freilich überernährten Frauenmilchkinder aufgenommen haben.

Das Frauenmilchkind erhält im Mittel an latenter Energie in jedem Liter Frauenmilch 630 große Calorien zugeführt. Es wäre daher wünschenswerth, daß auch das wegen der größeren Nahrungspausen und auch sonst ungünstiger gestellte Kuhmilchkind eine Nahrung bekomme, welche wenigstens einen gleichen Energievorrath im Liter Flüssigkeit aufweist. Das Einfachste in dieser Richtung wäre es, unverdünnte Kuhmilch zu reichen. Die Kuhmilch enthält ungefähr gleich viel Energie, und es macht sich, wie Sie wissen, bei einzelnen Aerzten das Bestreben geltend, unverdünnte Kuhmilch zu reichen. Diesen Bestrebungen kann ich mich jedoch nicht anschließen. Vor Allem haben wir sehr viel Grund zur Annahme, daß der größte Theil jener Energie, welcher den Säuglingen in den Eiweißkörpern zugeführt wird, zur Verdauung derselben verbraucht und als Wärme wieder abgegeben wird. CAMERER berechnet die Verdauungsarbeit für das Kuhmilcheiweiß mit 80% der in demselben enthaltenen Energie. Und ein Bilanzversuch von RUBNER und HEUBNER an einem gesunden, 7½ monatlichen, mit unverdünnter Kuhmilch ernährten Kinde steht mit dieser Annahme nicht im Widerspruche. Nun ist es gewiß nicht physiologisch richtig, den Kindern Nahrungstoffe zuzuführen, welche den größten Theil ihrer Energie wieder zu ihrer Verdauung brauchen. Das ist eine ganz überflüssige Inanspruchnahme des Magendarmcanals des Säuglings. Dazu kommt noch der Umstand, daß die unverdünnte Kuhmilch klumpig, die mit Zusätzen (Mehl, Fett, selbst Wasser) entsprechend verdünnte Milch klein flockig gerinnt. Aus physikalischen Gründen können die Verdauungssäfte ihre Thätigkeit an dem in kleinen Flocken geronnenen Casein leichter entfalten als an groben Caseinklumpen. Und da das Kind aus den in unverdünnter Milch zugeführten großen Eiweißmengen einen nur höchst unbedeutenden Gewinn zieht, worauf auch RUBNER und HEUBNER hinweisen, ist absolut kein Grund vorhanden, zur unverdünnten Kuhmilch zu greifen, und das umso weniger, als wir über Methoden verfügen, bei welchen dem Säugling in günstigerer Weise ebensoviel Energie in einem Liter Flüssigkeit zugeführt werden kann, wie in der unverdünnten Milch. Ich halte die Zufuhr der unverdünnten Milch für nicht empfehlenswerth, in manchen Fällen für absolut schädlich. Dabei stütze ich mich nicht bloß auf die eintretende, überflüssig große Belastung des Verdauungsorgans beim Säuglinge durch die große Menge der Eiweißkörper, sondern zum Theil auch auf die Eigenschaften des Kuhmilchcaseins, bei der Verdauung schwerer in Lösung zu gehen als das Frauenmilchcasein, wie dies seit BIEDERT's Untersuchungen gelehrt wird.

Von diesem Gesichtspunkte, daß eine überreiche Eiweißernährung des Säuglings, wie sie bei unverdünnter Kuhmilchfütterung statthat, für den Säugling absolut keinen Vortheil, dagegen aber den Nachtheil hat, die Verdauungsorgane des Säuglings in höchst überflüssiger, selbst schädlicher Weise in Anspruch zu nehmen, muß eine jede Ernährungsmethode als besser angesehen werden, welche dem Säuglinge bei verminderter Eiweißzufuhr gleich viel Energie in der Flüssigkeitseinheit zuführt.

Die Verdünnung der Milch nach SOXHLET-HEUBNER mit 1 Theil 12·3% Milchzuckerlösung auf 2 Theile Milch ist deshalb als Fortschritt zu bezeichnen. Ganz besonders von Vortheil sind aber jene Ernährungsmethoden, welche in der Flüssigkeitseinheit ungefähr gleich viele Mengen von Eiweiß, von Fett und von Kohlehydraten dem Säuglinge zuführen, wie sie die Frauenmilch enthält.

Diese Methoden, inauguriert von BIEDERT und am besten repräsentirt durch das BIEDERT'sche natürliche Rahmgemenge, wie es jetzt im Großbetriebe erzeugt wird, basiren, welchen Namen sie auch immer führen mögen, auf dem Principe: in der Flüssigkeitseinheit ebensoviel an latenter Energie dem Säugling zu bieten, wie sie die Frauenmilch enthält, bei Vermeidung übergroßer Eiweißzufuhr. Das ist eigentlich auch dasjenige Princip, das ESCHERICH bei der Aufstellung seiner volumetrischen Ernährungsmethode des Säuglings geleitet hat.

Aber auch die vollkommenste dieser künstlichen Ernährungsmethoden würde es nicht erlauben, bei Einhaltung aller wichtigen Maßnahmen dem künstlich genährten Kinde so viel Energie zuzuführen, als die Frauenmilchkinder erhalten. Denn wenn wir auch eine an Energie ebenso reiche Nahrung, als es die Frauenmilch ist, nehmen, müssen wir doch, um die übrigen Regeln, betreffend die Nahrungspause und die Größe der Einzelmahlzeit, einhalten zu können, dem Kuhmilchkinde ein geringeres Tagesquantum an Nahrung, also an Energie, verabreichen, als es das Frauenmilchkind bekommt.

Da es nach meinen kurzen Ausführungen als nicht empfehlenswerth gelten kann, die Eiweißmenge zu erhöhen, müßte man den Versuch machen, die Zufuhr von Fett oder von Kohlehydraten in der Flüssigkeitseinheit größer zu gestalten als beim Frauenmilchkinde. Dann kann man bei mäßiger Volumgröße der Einzelmahlzeiten und entsprechend langen Nahrungspausen die Energiezufuhr für den künstlich ernährten Säugling auf jene Höhe bringen, wie sie erfahrungsgemäß das rationell ernährte Frauenmilchkind einhält. Doch halte ich ein solches Vorgehen für überflüssig, weil ich annehme, daß die Nahrungsmengen der Frauenmilchkinder, welche bisher beobachtet worden sind, überreichlich sind.

Von den dargelegten Gesichtspunkten ausgehend, kann man die Regeln, welche in Bezug auf die Nahrungsmengen bei der Säuglingsernährung ausschlaggebend sein müssen, folgendermaßen formuliren:

Es ist erstens die Volumgröße der Einzelmahlzeit in jenen Grenzen zu halten, welche die Capacität des Säuglingsmagens anweist. Es ist fürs zweite die Tagesmenge der Flüssigkeit auf jenes Volum zu beschränken, welche sich durch die Größe des Einzelmahlzeit und durch die Beachtung der nothwendigen Nahrungspausen für die einzelnen Lebenswochen ergibt. Es ist drittens in diesem Flüssigkeitsvolum jene Energiemenge zuzuführen, deren der Säugling zum Ersatz der abgegebenen Wärme und zum Wachstum bedarf. Es ist endlich hiebei eine übermäßige Eiweißzufuhr zu vermeiden.

Gelingt es uns auch nicht, einen merklichen Ersatz der Frauenmilch zu erzielen, so gelingt es doch durch Beachtung der für die Nahrungsmengen dargelegten Regeln die Mißerfolge der natürlichen und künstlichen Ernährung wesentlich zu beschränken.

Ueber Resorbinquecksilber.

Dr. J. F. v. Crippa (Linz—Bad Hall).

Während bezüglich der meisten Krankheiten die Therapie im Laufe der Jahre gewaltige Veränderungen aufweist, sehen wir bei der Behandlung der Syphilis, daß jenes Medicament, welches bei ihrem ersten verheerenden Auftreten zu Ende des fünfzehnten Jahrhunderts bald allgemeine Geltung erlangt, auch heute noch unbestritten als das wirksamste gilt.

Das Quecksilber ist auch heute noch — wie v. SIGMUND sagte — das einzige direct wirkende Mittel gegen diese Krankheit.

Wohl war es im Laufe der Jahrhunderte durch Uebertreibung in der Anwendung öfters in Mißcredit gekommen, doch immer war man genöthigt, wieder darauf zurückzugreifen. Es war insbesondere ein Verdienst der Wiener Schule,

dadurch, daß deren Vertreter mit der kritiklosen und massenhaften Zufuhr des Quecksilbers endgiltig brachen und es nur in Mengen anwandten, welche einerseits genügten, das Syphilisvirus energisch zu bekämpfen, andererseits aber zu gering waren, jene früher so oft beobachteten schädlichen Einflüsse des Mercur auf den menschlichen Organismus zu erzeugen, es bewirkt zu haben, daß heute das Quecksilber unter den antiluetischen Mitteln den Platz einnimmt, welchen es verdient: den ersten.

Wir kennen heute verschiedene Methoden, um es dem Körper zuzuführen. Die älteste davon ist die mittels Frictionen. Da diese aber gewisse Unannehmlichkeiten, von welchen später noch die Rede sein soll, bietet, so war man bemüht, sie durch andere Methoden zu ersetzen: durch Räucherungen, durch innerliche Verabreichung des Quecksilbers, durch Injectionen löslicher und unlöslicher Quecksilbersalze und endlich in neuester Zeit durch Inhalationen. Das Urtheil über letztere ist noch nicht abgeschlossen; vorläufig kommen als Ersatz für die Inunctionscur wohl nur die Injectionen in Betracht.

Die Injectionen mit löslichen Salzen haben vor allem den Nachtheil, daß wegen der Möglichkeit der raschen, ja plötzlichen Resorption nur sehr kleine Dosen des Salzes pro Injection verwendet werden können, daß infolge dessen bei der einzelnen Cur die Injection — also immerhin ein trotz aller Asepsis nicht ganz gleichgiltiger Eingriff — wochenlang täglich wiederholt werden muß, wobei deren Wirkung häufig noch durch allzu rasche Ausscheidung aus dem Körper vermindert wird. Bei den Injectionen mit unlöslichen Salzen fällt dieser Uebelstand wohl weg; allein der gerade diesen nachgerühmte Vortheil der exacten Dosirung wird sich in vielen Fällen als ein fictiver erweisen.

Das eingespritzte, unlösliche Salz muß, bevor es zur Resorption kommt, in ein lösliches umgewandelt werden. Wir haben kein Hilfsmittel, die Raschheit dieses Vorganges in positivem oder negativem Sinne zu reguliren. Das intramusculär injicirte unlösliche Salz wird zunächst an der Stelle, wo es deponirt wurde, als Fremdkörper wirken, i. e. eine reactive Entzündung des umgebenden Gewebes erzeugen; diese wird die Resorption vermitteln; manchmal zu rasch, so daß wir hilflos einem mächtigen Mercurialismus gegenüber stehen; wenn die Entzündung aber von Haus aus mit energischerer Bindegewebsneubildung und der Tendenz, den Fremdkörper abzukapseln einhergeht, wird sie die Resorption unerwünscht verzögern, wenn nicht gar verhindern.

Dazu kommt noch, daß das injicirte Salz, respective die Gewebsentzündung nicht so selten durch Druck auf die benachbarten Nerven große Schmerzen auslöst, welche für den Patienten mitunter eine Berufsstörung bedeuten. Ueberdies birgt jede Injection die Gefahr einer Absceßbildung in sich. Erwägt man alle diese Umstände gegenüber der relativen Gefährlosigkeit der Frictionen, insbesondere dem Vortheil durch Einstellen derselben jederzeit die weitere Zufuhr von Quecksilber sistiren zu können, so muß man mit meinem hochverehrten Lehrer FINGER zu dem Urtheile kommen:

„Die Application des Quecksilbers durch die Haut, i. e. Friction ist die älteste, wohl aber auch zweckmäßigste Methode, da sie uns besonders in den Stand setzt, die größten Mengen Quecksilber mit relativ dem geringsten Nachtheil, den geringsten Hindernissen in den Organismus einzuverleiben.“ Mit FINGER stimmen die anderen Vertreter der Wiener Schule überein, und auch die Freunde der Injectionen greifen gerne — on revient toujours à ses premières amours! — zu den Einreibungen, wenn eine luetische Erkrankung lebenswichtiger Organe eine rasche und zuverlässige Heilwirkung verlangt.

Der Inunctionscur mit dem Ung. hydrarg. off. haften zweifellos auch Nachtheile und Mängel an. Manche Haut setzt dem Eindringen der Salbe fast unüberwindbaren Widerstand entgegen. Die officinelle Salbe ist ferner, da sie reichliche Mengen thierischer Fette enthält, dem Ranzigwerden ausgesetzt; die bei diesem Prozesse gebildeten Fettsäuren reizen

aber die Haut und können zum Ausbruche lästiger Ekzeme Veranlassung geben; auch haftet der officinellen Salbe ein widerlicher Geruch an; sie färbt die eingeriebene Haut tief schwarz, macht sie unangenehm fett und schmutzt die Wäsche. Alle diese Momente ließen es wünschenswerth erscheinen, eine Quecksilbersalbe zu finden, welcher diese Mängel nicht anhaften. Schon in den Fünfzigerjahren versuchte VENOT statt dem Ung. hydr. off. ölsauerer Quecksilber in die Therapie einzuführen, welches vor allem den Vortheil hatte, die Haut wenig zu färben. Es gerieth jedoch bald in Vergessenheit, bis es MARSHALL und insbesondere VAJDA wieder zur Geltung bringen wollten; letzterer empfahl das Mittel hauptsächlich aus dem Grunde, weil er bei seiner Anwendung nie Stomatitis auftreten sah, ein „Vortheil“, welchen wir heute nicht anerkennen können, weil er zugleich für die Wirkungslosigkeit des Präparates spricht, mit der auch die negativen Resultate der Harnanalysen in den VAJDA'schen Fällen übereinstimmen. Als weitere Ersatzmittel der off. Salbe empfahlen: v. SIGMUND weiße Präcipitatsalbe, v. ZEISSL Suppositorien, CHARCOT eine 20%ige harte Quecksilberseife, OBERLAENDER eine 25%ige weiche Seife, UNNA eine überfettete Quecksilberkaliseife, sowie die Pflastercur; ferner wurden empfohlen die LE BOEUF'sche Salbe, Quecksilbersalben, deren Grundlage Lanolin, Butyr. Cacao oder Mollin sind; das Hydrarg. colloïdale, dann eine mit Vasogen bereitete flüssige Salbe, welche besonders in ihrer Vaterstadt Hamburg Anhänger zählt (ARNING), und endlich nebst noch anderen Compositionen die 33 $\frac{1}{3}$ %ige und 50%ige Resorbinquecksilbersalbe.

Von letzteren soll hier die Rede sein.

Das Resorbin stellt bekanntlich eine sehr feine Emulsion von Mandelöl, Wachs, Gelatine, Seife, Lanolin und Wasser dar und wurde als solches zuerst von LEDERMANN in die Therapie eingeführt. Infolge seiner Geschmeidigkeit bewährte es sich sehr gut als Salbengrundlage und infolge seiner Fähigkeit, bereits unter mäßiger Massage in die Haut einzudringen, als Vehikel für Medicamente, welche man local in den tieferen Schichten derselben zur Wirkung kommen lassen wollte.

Es lag nahe, das Resorbin wegen dieser letzteren Eigenschaft als Grundlage für eine Quecksilbersalbe zu versuchen.

Das Gelingen des Versuches wurde von mehreren Autoren bestätigt, so auch von NEISSER am Grazer Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Insbesondere erbrachte H. MÜLLER-MAINZ („Therap. Monatsh.“, X. Jahrg., November 1896) den Beweis, daß sich die Resorbinquecksilbersalbe vorzüglich für die Einreibungscur eigne dadurch, daß es ihm gelang, an einer Reihe mikroskopischer Untersuchungen nachzuweisen, daß thatsächlich Quecksilber, in der genannten Salbe zur Friction verwendet, in die Haut eindringe; er fand es in seinen Präparaten in der Form feinsten Kügelchen und Körnchen nicht nur zwischen den obersten Epithelschichten der Epidermis, sondern auch in den Follikeln und den Haarschäften bis in beträchtliche Tiefe entlang eingedrungen.

Die Resorbinquecksilbersalbe steht also hierin der officinellen Salbe, für welche andere Autoren wie NEUMANN etc. das thatsächliche Eindringen von Mercur in die Haut nachgewiesen haben, nicht nach.

Ich habe nun in 107 Fällen secundärer, tertiärer und hereditärer Lues das 33 $\frac{1}{3}$ %ige Resorbinquecksilber statt der officinellen grauen Salbe verwendet und will darüber im nachfolgenden berichten. Die Fälle stammen aus meiner Haller Praxis, und zwar nur aus dieser, um die Einheitlichkeit der Bedingungen, unter welchen die Inunctionen stattfanden, nicht zu stören. Bei sämtlichen Patienten kamen nebst der Hg-Cur täglich Jodbromsoolbäder und die Trinkeur (Tassiloquelle) in Anwendung. Den luetischen Erkrankungen der Schleimhäute etc. wurde selbstverständlich überdies eine entsprechende Localbehandlung zutheil.

Die Infection der einzelnen Fälle lag im Extrem einerseits 8 Wochen, andererseits 26 Jahre vor der in Betracht kommenden Cur.

Im Durchschnitte wurden 3 Grm. der Salbe pro die verrieben.

Es ist nun zwar in neuester Zeit und von angesehenster Seite, trotz der oben angeführten Beweise für das Eindringen des Quecksilbers in die Haut, der Satz aufgestellt worden, daß die bei Frictionen unlegbar auftretende Hg-Wirkung nur dem per pulmones in Dampfform dem Körper zugeführten Hg gutzuschreiben sei; allein — wenn auch durchaus nicht bestritten werden soll, daß auf letzterem Wege ein Theil des verriebenen Quecksilbers (nach den Untersuchungen KING's allerdings in sehr bescheidenem Maße) zur Resorption gelange, so scheint doch aus mehrfachen Gründen hervorzugehen, daß in erster Linie durch die Friction als solche Quecksilber dem Organismus einverleibt werden kann. Damit das Quecksilber Aufnahme im Organismus finde, ist es ja durchaus nicht nothwendig, daß es durch die ganze Breite der Cutis gepreßt werde; es genügt hierfür vollkommen, daß es gelingt, Quecksilberkügelchen bis in das Gebiet des Gewebsstromes zu pressen, und das geschieht bei den Frictionen zweifellos, da es eben — wie bereits oben erwähnt — in Gestalt kleinster Kügelchen und Körnchen in die Follikeln und längs der Haarschäfte eindringt. Diese liegen aber im Gebiete des lebenden Gewebsstromes, der dann nach vorhergegangener Umwandlung und Aufnahme des metallischen Quecksilbers in Quecksilber-Eiweißverbindungen die eigentliche Resorption in den Körper, resp. Kreislauf besorgt.

Für diese Annahme spricht auch die praktische Erfahrung, daß professionelle Einreiber ungestraft täglich stundenlang Frictionen mit Quecksilbersalben vornehmen dürfen, daß sie aber sehr bald über Hg-Erscheinungen im Munde klagen, wenn sie die Einreibungen ohne Handschuh vornehmen.

Trotz der so geringen durchschnittlichen Dosis von 3 Grm. pro Einreibung trat doch bei mehr als der Hälfte unserer Fälle Gingivitis auf, die sich aber im allgemeinen in annehmbaren Grenzen hielt; ihretwegen mußte die Cur nur in 16 Fällen zeitweise unterbrochen werden und nur in vier konnte sie wegen der Heftigkeit und Hartnäckigkeit der Nebenerscheinungen im Munde nicht zum gewünschten Ende geführt werden. Diese Häufigkeit der Gingivitis darf wohl als ein Beweis der thatsächlich erfolgten Resorption des Quecksilbers angesprochen werden. Viele Autoren betrachten sie geradezu als Kriterium für die Wirksamkeit der Cur; so hält FINGER (Lehrbuch der Syphilis): „Das Zustandekommen einer leichten, von geringer Salivation gefolgtter Schwellung und Röthung des Zahnfleisches, Schwellung, Schrumpfung der Zahnpapillen geradezu für das unerläßliche Zeichen einer wirksamen Mercurialcur.“

Die Gingivitis kam meist zwischen der 10. und 20. Friction zur Beobachtung; auffallend war hiebei der Umstand, daß sie im großen und ganzen früher und heftiger bei jenen Fällen auftrat, welche geringe und leichte oder localisirte tertiäre Symptome boten, wo also — theoretisch gedacht — zur Tilgung des Syphilisvirus eine kleine Menge des im Körper circulirenden Quecksilbers genügte, und daß sie sich in Bezug auf das Alter der Lues im allgemeinen in späteren Jahren post infectionem häufiger einstellte als in den ersten; das stimmt mit dem eben Gesagten und läßt sich überdies einerseits dadurch erklären, daß der Organismus im vorgerückteren Alter überhaupt empfindlicher und auch gegen Medicamente weniger widerstandsfähig wird, als etwa im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, andererseits aber auch im Sinne NEISSER's dadurch, daß bei frischeren Fällen durch die vor kurzer Zeit wiederholt in Anwendung gekommenen Hg-Curen eine Angewöhnung des Organismus an Quecksilber erfolgt war. Es trat Gingivitis auf in den Fällen 8 Wochen bis 3 Jahre post infectionem in 36%, 3—10 Jahre in 71%, über 10 Jahre in 75% der Beobachtungen.

Die Annahme, daß das Auftreten von Gingivitis in einem geraden Verhältnisse zur Wirksamkeit der Inunctionscur stehe,

daß also in unseren Fällen bei den mit der 33 $\frac{1}{3}$ %igen Resorbin-quecksilbersalbe vorgenommenen Einreibungen thatsächlich ein Großtheil des Mercur in den Kreislauf aufgenommen worden sei, fand auch in den sehr zufriedenstellenden Heilerfolgen ihre Bestätigung. Bei einer näheren Betrachtung derselben wollen wir vom Hause aus jene Fälle unberücksichtigt lassen, welche zu Beginn der Cur außer einer stärkeren oder geringeren Skleradenitis keine manifesten Symptome von Lues zeigten; die Cur bei diesen hatte einen mehr prophylaktischen Charakter oder sie fügte sich bei frischeren Erkrankungen in das von FOURNIER, FINGER und NEISSER aufgestellte Behandlungsschema, respective vertrat die Stelle einer der vorgeschriebenen energischen Hg-Curen; dabei sei nur nebenbei bemerkt, daß die vom Krankheitsbeginn nach diesem Schema behandelten Patienten im allgemeinen auffallend weniger und leichtere Recidiven aufwiesen, als die nach der symptomatischen Methode behandelten. 40 Patienten zeigten zu Beginn der Cur secundäre Erscheinungen; bei 38 gingen dieselben während ihres Haller Aufenthaltes prompt zurück, so daß sie unser Bad symptomlos oder, wie es bei derartigen Ausweisen in Spitalberichten fälschlich heißen würde, „geheilt“ verließen. Bei zwei Fällen trat beträchtliche Besserung ein.

(Schluß folgt.)

Referate.

KARL GRASSMANN (München): Klinische Untersuchungen an den Kreislauforganen im Frühstadium der Syphilis.

Die an 288 Kranken im Frühstadium der Syphilis von GRASSMANN angestellten Untersuchungen („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, 1901, Bd. 69, H. 3 u. 4) ergaben Folgendes:

Die normale Function des Herzens zeigt in der Secundärperiode der Syphilis bei mindestens $\frac{2}{3}$ der Fälle (meist weibliche Kranke) Störungen, die sich zwischen klinisch sehr geringfügigen Anomalien und ausgesprochener Insufficienz des Herzens bewegen. Die subjectiven Störungen sind nahezu ausnahmslos von objectiv nachweisbaren Veränderungen begleitet. Sehr oft treten Pulsstörungen hervor, zumal Arrhythmie, abnorme Frequenz im Sinne der Steigerung oder Verlangsamung, mit Störungen des Rhythmus, anderweitige abnorme Erscheinungen, eigentliche Neurosen, habituelle Bradycardie, Tachycardie, Angina pectoris. Sehr häufig tritt im Frühstadium der Syphilis eine Schädigung der Function und der Ernährung des Herzmuskels ein, die sich subjectiv mit Herzklopfen, objectiv als Insufficienz manifestirt. Bei 40% der Kranken waren accidentelle Herzgeräusche zu hören. Bei einem großen Theile dieser Kranken waren Dilatationen des Herzens zu finden, die fast ausschließlich das rechte Herz betrafen, selten beide Kammern, nur ausnahmsweise den linken Ventrikel. Relativ häufig findet man das Bild der functionellen Mitralinsufficienz, das während der antiluetischen Cur verschwinden kann. Die Veränderungen der Herzgröße und die Geräusche sind meist labiler, doch manchmal auch constanter Natur. Nur vereinzelte Fälle lassen an die Möglichkeit des Vorkommens frischer endocarditischer Vorgänge denken, ohne völlig beweisend zu sein; auch scheinen Exacerbationen chronischer Endocarditis hier und da im Frühstadium der Syphilis aufzutreten. Nur einmal wurde trockene Pericarditis beobachtet.

Bei einem kleinen Theile der Fälle findet sich eine Zunahme in der Resistenz der peripheren Arterien, bei noch jugendlichem Alter der betreffenden Personen; doch spielen hier außer der Syphilis fast immer noch andere ätiologische Factoren eine Rolle, welche frühzeitige Arteriosklerose bedingen können. Bei keinem Kranken wurde Aorten-Insufficienz oder die Anzeichen eines Aorten-Aneurysmas beobachtet.

Der Blutdruck zeigt bei nahezu allen Kranken im Frühstadium der Syphilis eine geringere oder größere Herabsetzung und erfährt während der Periode der Quecksilberwirkung meist Schwan-

kungen auf. Die Verminderung des arteriellen Druckes ist in ähnlicher Weise ein Zeichen für die relative Leistungsschwäche des linken Ventrikels wie die häufigen Dilatationen für jene des rechten Herzens.

Während des Bestehens secundär-syphilitischer Symptome ist der Hämoglobingehalt des Blutes bei fast allen Kranken reducirt, selten in sehr hohem Maße; etwaige Aufbesserungen des Hb-Gehaltes erfolgen sehr bald nach Einverleibung der ersten Quecksilberdosen, während im späteren Verlauf häufig bei anderen Fällen von vornherein eine weitere Verminderung des Hämoglobins platzgreift.

Die Veränderungen des Herzbefundes können nicht durch die chlorotischen Vorgänge im Blute des Syphilitischen erklärt werden; wenigstens läßt die klinische Beobachtung durchaus keinen bestimmten Zusammenhang zwischen beiden erkennen. Ebenso ist es unzweifelhaft, daß die mannigfaltigen Anomalien in der Function und Größe des Herzens nicht mit der Wirkung des Quecksilbers zu erklären sind, da diese Störungen alle vorkommen können, bevor Quecksilber einverleibt wird. Dagegen ist für viele Fälle bestimmt nachweisbar, daß die vorhandenen Alterationen der Herzfunction im Laufe der antiluetischen Cur sich bessern oder ganz verschwinden, angefangen von den leichten Pulsstörungen bis zu den functionellen Klappeninsufficienzen.

Die syphilitische Infection ist mangels anderer ätiologischer Factoren und auf Grund obiger Feststellungen als die primäre Ursache der Herzstörungen anzusprechen. Die letzteren zeigen im Allgemeinen Analogie mit den bei Chlorose, Anämie etc. vorkommenden, besonders hinsichtlich einer vollständigen Rückbildungsfähigkeit zur Norm. Sicher kommen auch echte Combinationen für die Genese der Herzstörungen bei Früh-syphilitikern in Betracht; für die meisten Fälle jedoch die syphilitische Infection allein. In welcher Weise diese auf die nervösen Einrichtungen des Herzens, sowie besonders auf die Herzmuskelfasern einwirkt, ob indirect durch Schädigung der allgemeinen Organernährung oder direct durch giftig wirkende Stoffe, welche unter der Einwirkung des syphilitischen Virus im befallenen Organismus sich bilden, ist heute eine noch unlösbare Frage. BRAUN.

M. WASSERMANN (Berlin): Ein durch Gelingen der Reincultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoea.

Ein 27jähriger Handlungsgehilfe, der wiederholte Gonorrhoeen durchgemacht hatte, erkrankte, nachdem die letzt acquirirte Gonorrhoe auf Einspritzungen von Kal. hypermang. scheinbar geschwunden war, sechs Wochen später an acuter Cystitis, die ihn schließlich wegen Unmöglichkeit der spontanen Urinentleerung ins Spital brachte. Zur Zeit der Aufnahme bestand hohes Fieber (39.6), Retentio urinae, stark eiteriger Ausfluß aus der Harnröhre, normaler Herzbefund. Das Fieber hielt in den nächsten Tagen an, steigerte sich sogar noch und schließlich erfolgte der Exitus unter Coma und Delirien.

Die Obduction ergab eiterige Prostatitis und Nephritis und Endocarditis verrucosa aortica. Die Auflagerungen an der Aorta, mit Methylenblau gefärbt, wiesen eine dicht aneinanderliegende Menge von Diplokokken in semmelartiger Anordnung auf, die sich nach GRAM entfärbten. Bei den nachträglich angestellten Culturversuchen ergaben sich alle charakteristischen Merkmale der NEISSERschen Gonokokken.

Der Fall („Münchener med. Wochenschr.“, II, Nr. 8) erscheint dem Autor umso bemerkenswerther, als „von Seite des behandelnden Arztes bei der Autopsie durchaus kein Verdacht auf eine mit Gonorrhoe in Zusammenhang stehende Sepsis geäußert wurde“. Das ist gewiß bemerkenswerth, aber weist bloß auf eine mangelhafte oder oberflächliche Beobachtung hin, der auch, was wir betonen müssen, die Abscedirung der Prostata entging. Sonst reiht sich der Fall den bereits bekannten Publicationen von GHON und SCHLAGENHAUFER, LENHARTZ u. s. w. an und ist in dieser Beziehung ein neuerlicher Beweis, daß der Gonococcus imstande ist, ulceröse Endocarditiden hervorzurufen. DEUTSCH.

HOFMANN (Bonn): Ueber die Verwendung von Draht zum dauernden Ersatz für Continuitätsdefecte der Knochen, besonders auch des Unterkiefers.

Den seinerzeit von WITZEL ausgesprochenen Gedanken, daß es möglich sein dürfte, Defecte langer Röhrenknochen durch Silberdraht zu ersetzen, hat Verf. verwirklicht, indem er in zwei Fällen von Tibiadeffect nach Osteomyelitis ein Geflecht aus Silberdraht einsetzte und dasselbe oben und unten in Bohrlöchern des Knochens befestigte. Im ersten Fall von totalem Verlust der Tibia wurde zwar die Einheilung des Netzes, aber keine vollständige Tragfähigkeit der Extremität, im 2. Falle, wo ein 6 Cm. langer Defect der Tibia durch ein Geflecht von starkem, versilbertem Draht ersetzt wurde, genügende Festigkeit des Unterschenkels erzielt. Besonders gut bewährte sich der Ersatz durch Silberdraht bei dem Verlust eines großen Unterkieferstückes, wo nach 6 Wochen die Wunde sich schloß, die Beweglichkeit des Unterkiefers vollständig erhalten blieb, und die Stellung der Zähne durchaus correct war.

Verf. glaubt, dieses Verfahren umso eher empfehlen zu dürfen („Centralbl. f. Chir.“, 1900, 46), als schon aus früheren Versuchen bekannt ist, daß Silberdraht auch in nicht ganz aseptischen Wunden einheilt, was bei anderen Prothesen nicht gelingt. ERDHEIM.

RICHARD MÜHSAM (Berlin): Ueber Holzphlegmone.

Man versteht unter Holzphlegmone eine eigenthümliche holzharte Entzündung des Bindegewebes von oft ziemlich bedeutender Ausdehnung. Der gewöhnliche Sitz der Affection ist die vordere oder seitliche Partie des Halses, jedoch kommt sie gelegentlich auch an anderen Körperstellen vor. Ihre Entwicklung geht meist außerordentlich langsam vor sich, ohne Auftreten der die gewöhnlichen Phlegmonen meist begleitenden Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Schmerzen. Röthung der Haut tritt meist erst ein, wenn der Entzündungsproceß bis in die nächste Nähe derselben vorgedrungen ist. Oedem und Fluctuation fehlen häufig vollkommen, und Abscedirungen treten erst sehr spät auf. Die Erkrankung nimmt bis zur Heilung meist eine lange Zeit in Anspruch und kann wegen der Eigenart ihres Auftretens und ihres Verlaufes Gelegenheit zu Verwechslungen mit Tumoren der betreffenden Gegenden geben.

An der Hand von 8 in der Literatur bekannten Fällen und einer eigenen Beobachtung führt M. sodann aus („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 5), daß der Erkrankung fast immer eine Affection des Respirationstractus voranzugehen pflegt. Die Aetilogie ist unklar. Ein specifischer Erreger ist bisher nicht festgestellt. Die Prognose ergibt sich aus der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes. In jedem Falle, der den Hals betrifft, ist mit der Möglichkeit einer plötzlichen Asphyxie durch Glottisödem zu rechnen.

Die Therapie ist eine einfach symptomatische. Feuchte Umschläge, eventuell Breiumschläge, werden die Erweichung befördern. Ob es möglich ist, durch Jodpinselung oder Einreibung mit grauer Salbe dem Fortschreiten der Entzündung erfolgreich entgegenzutreten, muß dahingestellt bleiben. M. räth, jedenfalls einen Versuch mit Jodkalibehandlung zu machen, da diese, wenn das Leiden sich als Aktinomykose herausstellen sollte, von günstigem Einfluß auf die Einschmelzung und Resorption sein kann. Beginnende Athembeschwerden können durch Anwendung der Eiscravatte bekämpft werden. Ist an einer Stelle Abscedirung eingetreten, so ist natürlich einzuschneiden. Im allgemeinen wird dann, wenn auch nur sehr langsam, die Infiltration sich verkleinern. Sollte dies nicht der Fall sein, so kann eventuell durch einen Schnitt auch durch die noch nicht erweichten Theile ein Zurückgehen der Schwellung befördert werden, wie es in mehreren Fällen mit Erfolg geschah. Immer jedoch wird man sich vor Augen halten müssen, daß es sich, wenn auch um kein gefährliches, so doch um ein sehr langwieriges Leiden handelt, welches Wochen, ja viele Monate bis zu seiner vollständigen Heilung braucht. L.

RICHARD ADLER (Prag): Mastitis adolescentium.

Im Anschlusse an einen selbst beobachteten Fall, in welchem es zur Exstirpation der Brustdrüse gekommen war, erörtert A. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 5) Pathogenese und Therapie der Mastitis adolescentium, die bei Knaben und Mädchen ohne bekannte Ursache auftreten kann, meistens in der Pubertät, selten später.

Eine oder beide Brustdrüsen beginnen anzuschwellen und besonders auf Druck schmerzhaft zu werden; schon die Berührung des gestärkten Hemdes, manchmal sogar Bewegungen des Armes rufen unangenehme Sensationen hervor. Die Warze erscheint etwas verlängert, erigirt, empfindlich; die Haut über der Mamma hie und da geröthet, meist aber normal; die Drüse selbst als eine feste Scheibe oder ein flacher Knopf, hie und da nur Orangengröße erreichend, meist kleine Dimensionen annehmend, tastbar, deutlich druckschmerzhaft. Häufig läßt sich ein Tropfen eines glasigen Secretes ausdrücken. Seltener kommt es vor, daß die Drüse sich allmählig schmerzlos vergrößert und erst nach Monaten Empfindlichkeit auftritt. Nach einigen Wochen, eventuell Monaten, nimmt die oft bedeutende Schmerzhaftigkeit ab, während die Vergrößerung der Drüse allmählig zurückgehen oder stationär bleiben kann.

Mastitis adolescentium ist nach dem Ergebnisse der histologischen Untersuchung A.'s nicht als Entzündung, sondern als physiologische Hypertrophie der Brustdrüse, als eine atavistische Erscheinung, aufzufassen. Therapeutisch kommen, oftmals erfolglos, Jodtinctur und graue Salbe in Betracht. Erfolgreicher ist die Anlegung eines Schutzverbandes, der ein Drücken der Brust und ein Reiben der Brustwarze sicher verhindert; derselbe soll aber bei halbwegs bedeutenden Beschwerden nicht in Form eines Watterverbandes angelegt werden — da ja die Watte selbst wieder genirt. Am zweckmäßigsten wird eine passende Celluloidkapsel mit Heftpflastertrand über der Mamma befestigt, ein Vorgehen, das gewiß jede radicalere Behandlung — wenigstens in den gewöhnlichen Fällen — überflüssig machen wird. Als ultimum refugium gilt bei den Franzosen die Exstirpation der Mamma. B.

RÖPKE (Solingen): Zur Hygiene der in Zündholzfabriken beschäftigten Arbeiter.

Die in Zündholzfabriken vorkommenden und durch die Arbeit selbst hervorgerufenen Erkrankungen der Arbeiter theilt R. („Zeitschrift der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrts-Einrichtungen“, 1901, Nr. 1) ein in Erkrankungen der Schleimhäute catarrhalischer Natur, die durch Staub, durch Phosphor- und Schwefeldämpfe hervorgerufen, und in Erkrankungen, die lediglich auf Phosphoreinwirkung zurückgeführt werden können.

In den Zündholzfabriken entwickelt sich namentlich in den Einlegeräumen eine Menge feinen Holzstaubes, der im Verein mit dem durch den Verkehr aufgewirbelten Staub eine Reizung der Schleimhäute, namentlich der oberen Luftwege erzeugt. Ferner sind alle Räume, auch bei sorgfältigster Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften, mehr oder weniger mit Phosphor- und Schwefeldämpfen angefüllt, ferner entstehen Dämpfe der schwefligen Säure dadurch, daß sich die Zündhölzer im Trockenraume oder beim Auslegen entzünden. Auch hiedurch kommt es zu Schleimhautreizung. Die Geschwüre an der knorpeligen Nasenscheidewand kommen durch Bohren mit den Fingern zustande, die mit phosphor- und schwefelhaltigem Schmutz bedeckt sind. Durch andauernde Einwirkung der ätzenden Dämpfe auf die Geschwürsfläche und durch fortgesetztes Bohren in der Nase bildet sich schließlich die Perforation heraus.

Die Eiterung der Alveolen der unteren mittleren Schneidezähne, bei sonst intactem Gebiß, die in 14 von 64 Fällen gefunden wurde, führt R. auf Phosphoreinwirkung zurück, glaubt jedoch, daß die Eiterung durch directe Einwirkung der Phosphordämpfe auf die durch Zahnstein bloßgelegte Alveole entsteht.

R. empfiehlt, zur Verhütung der sicher vermeidbaren Erkrankungen der Arbeiter auch den Einlegeraum in die täglich nach Beendigung der Arbeit zu reinigenden Räume aufzunehmen, die Aufnahme einer Vorschrift, daß alle Arbeiter einer Zündholzfabrik

einen anschließenden Arbeitsanzug tragen, daß vor dem Einnehmen der Mahlzeiten nicht allein nur der Mund mit Wasser ausgespült, sondern auch die Zähne mit warmem Wasser gebürstet werden, daß alle Arbeiter vor dem Eintritt in die Fabrik untersucht und Personen mit Caries der Zähne principiell ausgeschlossen, daß die periodischen Untersuchungen alle sechs Wochen vorgenommen, hiebei namentlich die Zähne genau revidirt und mit kranken Zähnen behaftete Arbeiter aus allen Räumen der Fabrik bis zur Gesundung entfernt werden, daß jugendliche Arbeiter und Arbeiterinnen nur in dem Packraume und in der Kistenmacherei zu beschäftigen seien. G.

KÖVESI GÉZA (Budapest): Ueber den Eiweißumsatz im Greisenalter.

K. hat an Greisinnen im Alter von 76 und 78 Jahren, bei denen außer einer allgemeinen Arteriosklerose keine organischen Veränderungen vorhanden waren, seine Stoffwechseluntersuchungen in üblicher Weise ausgeführt. („Centralbl. f. innere Med.“, 1901, Nr. 5.) Den Versuchspersonen wurde eine einfach hergestellte Kost, welche Eiweiß, Kohlehydrate und wenig Fett enthielt, täglich in genau controlirbarer Weise gereicht. Die Nahrung bestand hauptsächlich in Nahrungsmitteln, deren Eiweißgehalt geringen Schwankungen unterworfen ist, hauptsächlich Kalbfleisch, Schinken, Eier, Reis, Weißbrot und Butter. K. fand das Calorienbedürfniß des Organismus im Senium herabgesetzt, 20 Calorien pro Tag und Kilogramm, den Eiweißbedarf herabgesetzt, die Grenzen der Größe des Eiweißabbaues niedriger.

Alle diese Veränderungen des senilen Stoffwechsels, vorzugsweise des Eiweißumsatzes, sind quantitativer Natur und sichern der senilen Involution eine Sonderstellung in der Lehre der Cachexie. Die verschiedenen atrophischen Zustände, wie z. B. bei Krebs, Diabetes, Tuberculose, gehen mit der Einschmelzung des Körper-eiweißes einher und weisen qualitative Veränderungen des Stoffwechsels auf. Dagegen findet man bei der senilen Atrophie verminderten Eiweißverbrauch. Dieser Umstand weist darauf hin, daß die Ursache der Involutionscachexie in der gestörten Zellfunction zu suchen sei; einestheils vermindert sich das Eiweißbedürfniß des activen Zellmaterials, und somit erleidet der chemische Abbau der Eiweißkörper bedeutende quantitative Einschränkung, wodurch regenerative Erneuerung der abgestorbenen Zellelemente verhindert, beziehungsweise der intracelluläre Stoffwechsel verlangsamt wird; andererseits sinkt infolge dieser Veränderungen des Zelllebens auch das Bedürfniß der Zelle an Brennwerthen. Es ist ersichtlich, daß die Anomalien des senilen Stoffwechsels sozusagen als der Ausdruck des veränderten Zelllebens zu betrachten seien, und somit muß denselben in der Erklärungsweise der senilen Involution ein hervorragender Platz eingeräumt werden. Br.

O. LASSAR (Berlin): Zur Therapie des Cancroids.

Schon im Jahre 1893 war der Autor für die Anwendung des Arsens in der Behandlung des Cancroids eingetreten und hatte damals drei einschlägige Krankheitsfälle, welche auf diese Medication hin vollständig geheilt waren, vorgestellt. Diesen drei Fällen, welche geheilt blieben, wird nun ein vierter angereicht. Es handelt sich um das Auftreten eines derben Knötchens in der Ausdehnung einer Linse bei einer 62jährigen Frau („Berliner klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 10), das von einer blutigen Borke bedeckt war. Nach Verabreichung von Arsenik in Pillenform (à 1 Mgrm.) in auf- und absteigender Dosis mehrere Monate hindurch (bis auf 1000 Pillen) konnte von der ersten Zeit an eine stetig fortschreitende Rückbildung des Knötchens beobachtet werden, bis dasselbe schließlich völlig verschwand, ohne Spuren zu hinterlassen. Eine Probeexcision hatte vorher die Diagnose Cancroid sichergestellt. DEUTSCH.

HELLSTROEM (Helsingfors): Ueber Tuberkelbacillennachweis in der Butter und einige vergleichende Untersuchungen über pathogene Keime in Butter aus pasteurisirtem und nichtpasteurisirtem Rahm.

Die vorliegende Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 17) beschäftigt sich eigentlich nicht, wie man nach dem Titel erwarten sollte, mit dem Vorkommen der Tuberkelbacillen in der Milch, sondern mit dem Gehalt an pathogenen Keimen überhaupt, einerseits der pasteurisirten, andererseits der nichtpasteurisirten Milch. Bezüglich der Tuberkelbacillen gibt Verf. an, einstweilen zu wenig Untersuchungen vorgenommen zu haben, und behält sich vor, auf diese Frage noch zurückzukommen. Hinsichtlich der übrigen Keime kam Verf. zu dem Ergebnisse, daß Buttersorten, die aus pasteurisirtem Rahm hergestellt wurden, frei von solchen Keimen sind, die bei intraperitonealer Einverleibung der Butter Meerschweinchen tödten. Er hält es aber nicht für ausgeschlossen, daß bei rationeller Leitung einer Meierei auch ohne Pasteurisirung eine in hygienischer Hinsicht ebenso gute Butter hergestellt werden könnte; über die Wirksamkeit des angewendeten Rahmpasteurisierungsverfahrens glaubt Verf. aus seinen Untersuchungen keine Schlüsse ziehen zu können. Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Beiträge zur Lehre vom Mechanismus der Geburt auf Grund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen. Von Robert Olshausen, ord. Professor und Director der Universitäts-Frauenklinik in Berlin. Mit 5 Abbildungen im Texte. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Drei Momente sind es, die Verf. in vorliegender kleiner Schrift bespricht. Das erste, daß in der Austreibungsperiode der Fundus uteri dem Fruchtsacke anliegt, demnach ein Fruchtsachsen- druck besteht, durch den die Frucht ausgetrieben wird. Das zweite Moment ist dieses, daß der Fruchtkopf in seinen turbinalen Drehungen (d. h. in seinen Drehungen um seine senkrechte Achse) wesentlich von der Stellung seines Rumpfes beeinflusst wird und das dritte Moment endlich, daß die letzte Drehung, die der noch ungeborene Kopf bei der Austrittsbewegung macht, die um seine Querachse (d. h. die Entfernung des Kinnes von der Brust), dadurch zustande kommt, daß bei ihr der Schädel zum einarmigen Hebel wird, und es der Fruchtwirbelsäuledruck ist, der das Kinn nach abwärts treibt und somit dadurch den Schädel um die quere

Achse dreht. Daß Verf. diesen drei Momenten eine eigene Abhandlung widmet, beruht darauf, daß er neue Beweise für die Richtigkeit seiner seit lange schon aufgestellten, aber von anderen Seiten bestrittenen Hypothese sucht, in der er die Anschauung vertritt, daß die Drehungen, die der Kopf während des Geburtsactes um seine senkrechte Achse vornimmt, nicht selbständige, solche von dem Rücken der Frucht sind, sondern daß es die Drehungen des Fruchtrückens nach vorne oder rückwärts sind, die den Kopf zwingen, sich mit seinem vorangehenden Abschnitte nach vorne oder rückwärts zu drehen. Eine Lösung dieser Streitfrage, ob der Kopf sich bei dem Geburtsact primär dreht und ihm der Rücken secundär folgt, oder ob sich dies umgekehrt verhält, ist wohl kaum so bald zu erwarten, da der stricte Beweis bis jetzt weder für die eine, noch für die andere Anschauung zu erbringen ist. Damit soll aber durchaus nicht behauptet werden, daß Beiträge zur Lösung dieser Frage überflüssig seien, da solche, namentlich wenn sie einer Feder entstammen, wie der O.'s, stets einen wissenschaftlichen Werth besitzen und unsere Kenntnisse über den Geburtsmechanismus immerhin bereichern. KLEINWÄCHTER.

Die Leitungsbahnen des Gehirns und des Rückenmarks, nebst vollständiger Darstellung des Verlaufs und der Verzweigung der Hirn- und Rückenmarksnerven. Von Rudolf Glaessner. Mit sieben farbigen Tafeln. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.

Der Verf. hat es sich zur dankenswerthen Aufgabe gestellt, die körperliche Vorstellung der Gehirn- und Rückenmarksbahnen in Wort und Bild zu erleichtern. Insoferne sein Werk nicht von Standpunkte specialistischer Forschung — wie die Vorrede hervorhebt — beurtheilt wird, ist ihm dies auch vollkommen gelungen. Die wichtigsten bisher festgestellten Thatsachen sind übersichtlich geordnet. Die Tafeln, welche die Bahnen schematisch darstellen, sind nett und übersichtlich gehalten. Sie lehnen sich hauptsächlich an GEGENBAUER und JACOB'S Atlas an. Der vergrößerte Maßstab, in welchem sie ausgeführt sind, erleichtert die Uebersicht. Wenn das Werken, wie zu wünschen ist, von den Studirenden genügend Beachtung findet, wird es wohl bald ein begehrter Leitfaden werden. Dann wird wohl der Verf. in der zweiten Auflage einige wichtige Schemen mehr in Tafeln einfügen. So z. B. ein Schema für Spracheentren und seine Combinationen etwa nach Art der Opticus- und Oculomotorius-skizze (Taf. V). Auch ein Schema der Neuronlehre wäre von Nutzen. A. FUCHS.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

IV.

Der von der Budapester Aerzteliga aufgenommene Kampf gegen den neugegründeten Krankenunterstützungsverein der Beamten dauert noch immer in ungeschwächter Kraft fort. Die friedliche Beilegung der obschwebenden Differenzen scheiterte nämlich an dem unbilligen Verlangen, es mögen moralische und materielle Garantien dafür geboten werden, daß der die Mitgliederaufnahme beschränkende Census von sämtlichen Krankenunterstützungsvereinen gefordert und in kürzester Zeit durchgeführt werde. Dieser Forderung gegenüber verhielt sich die Liga, die darin nur einen Versuch, die eingeleitete Action zu verzögern, erblickte, ablehnend und faßte den Entschluß, den Kampf mit umso größerer Umsicht fortzusetzen. Die diesfälligen Bemühungen waren auch von befriedigendem Erfolg begleitet, da sich mit Ausnahme von 200 Aerzten — zumeist solchen, die gar keine ärztliche Praxis ausüben — sämtliche Aerzte der Hauptstadt verpflichtet haben, mit dem Verein jeden weiteren Verkehr aufzugeben. Die Bestrebungen der Liga werden in anerkannter Weise auch vom Apothekergremium unterstützt. Einem einhelligen Beschlusse gemäß dürfen die Apotheker dem Vereine ins solange keinen Credit ge-

währen, als die Aerztefrage nicht geregelt ist und den Interessen der Aerzte Rechnung getragen wird.

Mit großem Interesse erwartet man die Lösung der Frage, wer der Nachfolger Prof. FODOR'S sein wird. Die competenten Factoren haben vorläufig die Frage in der Weise gelöst, daß sie die interimistische Leitung des hygienischen Institutes dem Prof. LEO LIEBERMANN übertragen haben. Da aber ein Provisorium nicht von langer Dauer sein kann und darf, wurde sofort auch die definitive Besetzung ins Auge gefaßt. Interessant sind die Combinationen, die aus eingeweihten Kreisen in die Oeffentlichkeit dringen. Nach einer Version soll Prof. LIEBERMANN auch für die Ernennung zum Professor der Hygiene auserkoren gewesen sein. Da aber das Ministerium für Ackerbau den Leiter des chemischen Landesinstituts vor die Alternative zu stellen müssen glaubte, sich entweder für die Beibehaltung seiner bisherigen Stellungen oder für die Annahme der Ernennung zum Professor der Hygiene zu erklären, hat es Prof. LIEBERMANN vorgezogen, auf die Ernennung Verzicht zu leisten. Nach einer anderen Version soll Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY, Professor der Physiologie an der Klausenburger Universität, für diese Stelle von der medicinischen Facultät in Vorschlag gebracht worden sein. Zu diesen aus Universitätskreisen dringenden Versionen gesellt sich noch eine dritte, die von Fachkreisen colportirt wird. Diese scheint um so glaubwürdiger zu sein, als beide angeblich in Aussicht genommenen Candidaten tüchtige Hygieniker sind. Der eine ist Dr. GUSTAV RIGLER, Professor der Hygiene an der Klausenburger Universität, der andere der vieljährige Mitarbeiter Professor

FODOR's, der Sanitätsinspector Dr. EDMUND FRANK. Bemerkenswerth ist nur dabei, daß, wenn von der Besetzung des hygienischen Lehrstuhls die Rede ist, ein Chemiker und ein Physiologe im Vordergrund der Combinationen stehen.

Der Secretär des Landessanitätsrathes Ministerialrath Doctor LUDWIG CSATÁRY hat einen Bericht veröffentlicht, welchen er über die Thätigkeit des obersten medicinischen Fachsenats in Ungarn im Jahre 1900 dem Ministerium für innere Angelegenheiten vorgelegt hat. Wir entnehmen demselben folgende interessante Daten: Im abgelaufenen Jahre wurden 26 Plenar- und 34 Commissionssitzungen gehalten, in welchen 97 Fachgutachten abgegeben wurden. Die wichtigsten Arbeiten waren: Die Ausarbeitung des Entwurfes in Angelegenheit der Verstaatlichung des Sanitätsdienstes, die Feststellung der Schutzmaßnahmen gegen die Einschleppung der Pest, die Regelung des Lebensmittelverkehrs; ferner wurden umfassende Vorschläge in Angelegenheit der sanitären Beaufsichtigung der Fabriken und Schulen ausgearbeitet. Der Sanitätsrath wünscht ferner die Aufstellung eines Schularztes für je 2000 bis 2500 Schulkinder. Die übrigen angeführten Gutachten betreffen minder wichtige sanitäre Fragen. Die Errichtung von Apothekerkammern hält der Sanitätsrath für überflüssig und zwecklos, doch bringt er in Vorschlag, daß ein Apothekergremium, das wissenschaftliche und humanitäre Bestrebungen vor Augen habe, von der Legislative angeordnet werde.

Im Laufe der Verhandlungen über das Budget haben mehrere Redner darüber Klage geführt, daß die Besoldung der im Dienste der Comitatsbehörden stehenden Aerzte eine klägliche sei, und daß die Verstaatlichung des Sanitätswesens in unverantwortlicher Weise verzögert werde. Bei dieser Gelegenheit erklärte der Premierminister als Leiter des Ministeriums für innere Angelegenheiten, daß diese Reform vor der Hand nicht durchgeführt werden könne, doch wolle er alles aufbieten, die materielle Lage der Aerzte nach Thunlichkeit zu verbessern. Der Leiter der Sanitätsangelegenheiten scheint aber an dieses Versprechen vergessen zu haben. Die Congregation des Salaer Comitates hatte nämlich den Beschluß gefaßt, den Gehalt der Aerzte zu erhöhen. Doch die weise Leitung der ungarischen Sanitätsangelegenheiten hat diesen löblichen Beschluß der Comitatsbehörde einfach annullirt. Sie mag sich wohl wieder gedacht haben: „Die Lage der Aerzte zu verbessern, haben wir noch immer Zeit.“ Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Thymolcarbonat**, ein neues Wurmmittel, berichtet POOL („Medical News“, LXXVIII, Nr. 9). Thymolcarbonat ist eine geschmacklose, weiße, krystallinische Substanz von neutraler Reaction und dem Schmelzpunkt 49° C. Durch alkoholische Kalilösung und im Darm wird es in Thymol und Kohlensäure zersetzt. P. hat 7 Patienten mit Thymolcarbonat behandelt, angeblich mit gutem Erfolg. Vor dem Thymol hat es folgende Vorzüge: Es ist geruchlos und kann deshalb von Kindern genommen werden, die keine Pillen verschlucken können. Es wird nicht, wie dies bei Thymol öfters der Fall zu sein pflegt, erbrochen. Es verursacht keinen Schwindel, wie dies ebenfalls bei Thymol sehr rasch nach dem Einnehmen der Fall ist. Die Gefahr der Thymolvergiftung ist verringert, besonders bei solchen Kindern, deren Körper durch Ankylostomiasis geschwächt ist. Die Dosis für Erwachsene beträgt 2 Grm., für Kinder 1 Grm. und für kleinere Kinder 1/2 Grm. 3- oder 4mal täglich. Dieses Verfahren muß 4 Tage lang fortgesetzt und am fünften Tage ein Abführmittel genommen werden.

— Ueber einen Fall von **Replantation eines Zahnes** berichtet MEINHARD („Wratsch“, 1900, Nr. 6. — „Aerztl. Sachverst.-Ztg.“) Ein junges Mädchen schlug sich beim Sturz auf der Treppe einen der oberen Schneidezähne aus. Circa 3 Stunden nach dem Unfall erschien sie im Krankenhause und zeigte den ausgebrochenen Zahn, dem ein Theil der Alveole anhaftete. Der Zahn wurde sammt der Alveole zunächst in 30%iger Alkohollösung, dann in Borsäurelösung gewaschen, die Mundhöhle desgleichen mit Borsäurelösung ausgespült, worauf der Zahn wieder in seine Alveole hinein-

gesteckt wurde. Auf den replantirten Zahn wurde ein durch den Mund geführter Verband angelegt. Die Patientin trug den Verband circa 14 Tage, wobei sie die ganze Zeit fast ausschließlich von flüssiger Nahrung lebte. In der zweiten Woche stieß sich ein Theil der mit dem Zahne replantirten Alveole ab, worauf das Zahnfleisch allmählig normales Aussehen bekam. Nach einem Monat war der replantirte Zahn bereits so eingewachsen, daß die Patientin mit demselben wieder kauen konnte. Gegenwärtig empfindet die Patientin keine Schmerzen in dem Zahne mehr, der sich von den übrigen nur durch sein höheres Vorstehen unterscheidet.

— Ueber den **Einfluß des Oophorins auf den Eiweißumsatz des Menschen** berichtet THUMUN („Therap. d. Gegenwart“, 1900, pag. 450). Der Stickstoffansatz ist namentlich in der Periode der Oophorindarreichung (verabreicht wurden in 3 Tagen je 15 Tabletten, also das Zweifache der gewöhnlich ordinirten Dosis) erhöht, so daß sicherlich in diesem Falle von einer erhöhten Verbrennung des Körpermaterials nicht die Rede sein kann.

— Als **Mittel gegen Schuppen und Haarausfall** gelten („Pharm. Ztg.“):

I. Rp. Resorcin 5'0
Spirit. 150'0
Ol. Ricini 20'0
Spirit. odorat. 25'0

II. Rp. Spir. sapon. kal. Hebrae,
Spir. vini Gallici,
Sol. Boracis 4%ig aa. 100'0
Vitell. ovi unius.

III. Das beste und zugleich einfachste Mittel gegen Schuppen dürfte in gründlicher täglicher Waschung des Kopfes mit 5—6%iger Soda- oder Pottaschelösung und nachheriger Einfettung mit einem reinen Haaröl bestehen. — IV. Gegen Haarausfall werden mit Erfolg angewandt:

Rp. Acid. salicyl. 5'0
Ol. Ricini (oder Glycerin) 5'0
Spir. Vini rect. ad 200'0

Der Haarboden wird Abends mit einer milden Seife unter Zusatz von etwas Lanolin u. s. w. abgewaschen und nach dem Abtrocknen auf die noch feuchte Kopfhaut die genannte Flüssigkeit aufgetragen.

V. Rp. Resorcin 5'0
Sublimat 0'2
Ol. Ricini 15'0
Spiritus (96%ig) 200'0
Ol. Bergam.,
Ol. Citri q. s. (je nach Belieben).

S. Morgens die Kopfhaut einzureiben.

VI. Rp. Hydrarg. bichlor. 0'2
Resorcin. 5'0
Spir. rectificat.,
Spir. saponat. aa. 200'0
Aqu. dest. 100'0 (ev. 200'0)
Tinct. Chin. simpl. 20'0
Ol. Ricini 50'0
D. S. Morgens und Abends die Kopfhaut einzureiben (vor dem Gebrauch umzuschütteln); alle 4—5 Tage etwas Oel aufs Haar zu bringen.

Gegen Seborrhoe:

Rp. Sulfur. praecip. 5'0—10'0
Resorcin. 2'5—5'0
Acid. salicyl. 1'5—3'0
Tinct. benzoës 2'0
Vaselin. ad 100'0
M. f. ungt.

oder

Resorcin. 1'0—2'0
Chloral. hydr. 1'5—3'0
Acid. tannic. 1'5—3'0
Tinct. benzoës 1'0—1'5
Ol. Ricini 5'0
Alkohol ad 100'0
MDS. Alle Abend in die Kopfhaut einzureiben.

— Ueber den **Einfluß des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers** für Infectionsstoffe hat LAITININ („Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskrankh.“, Bd. 34, H. 2) Versuche angestellt. Er experimentirte an Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen, Hühnern und Tauben; zur Infection wurden verwandt: Milzbrandbacillen,

Tuberkelbacillen, Diphtherietoxin. Der Alkohol wurde in 25%iger Lösung entweder mit Schlundsonden in den Magen gebracht oder bei Meerschweinchen, Hühnern und Tauben tropfenweise in den Mund gebracht, da diese Thiere dann den Alkohol schlucken. Der Alkohol wurde theils vor, theils nach geschickener Infection verabreicht. Es ergab sich, daß der Alkohol unter allen Umständen eine deutliche und meist recht erhebliche Steigerung der Empfänglichkeit hervorruft. Dieselbe gibt sich darin zu erkennen, daß die Affection bei den alkoholisirten Thieren zum Tode führt, bei den Controlthieren aber nicht, oder daß der Krankheitsproceß bei den alkoholisirten Thieren schneller abläuft. Die Jungen alkoholisirter Thiere zeigten ebenfalls eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen Infectionen. Ein Einfluß des Alkohols auf die Temperatur der Thiere war nicht zu bemerken, nur dann, wenn die Thiere solche Mengen bekamen, daß sie in Agonie verfielen, sank natürlich die Körperwärme. Verf. warnt ausdrücklich davor, aus diesen Ergebnissen Rückschlüsse für die Therapie bei Infectionskrankheiten des Menschen zu machen. Die therapeutische Anwendung des Alkohols bei Infectionskrankheiten findet in diesen Thatsachen kaum eine Stütze.

— Die Behandlung der croupösen Pneumonie mit **Creosotal und Duotal** rühmt BRIDGES („The Journal of the American Med. Association“, Vol. 35, Nr. 2). Obwohl die Zahl der von ihm beobachteten Fälle eine beschränkte ist, so möchte B. doch auf Grund seiner Beobachtungen Creosotal und Duotal als Specifica bei Pneumonie empfehlen. Namentlich sei ihm in schweren Fällen von doppelseitiger Pneumonie der Eindruck des Erfolges ein so sicherer gewesen, daß er zu weiteren, allgemeinen Versuchen mit Creosotal und Duotal anregen möchte. Er verabreichte 2stündlich 0.5—0.7 bis 0.8 Grm. Duotal, Creosotal in ungefähr doppelt so großen Dosen.

— Ueber gute Erfolge der **Behandlung mit Alboferrin** bei Anämien berichtet v. KLUK-KLUCZYCKI („Med.-Chir. Centralbl.“, 1901, Nr. 14). In vielen Fällen theils primärer, theils secundärer Anämien verwendet v. K. im k. k. Wilhelminenspitale mit Erfolg das genannte Medicament, ein Eiweiß-Eisen-Phosphor-Präparat. Er citirt aus seiner Behandlung viele Fälle und gelangt zu dem Schlusse, daß das Alboferrin sehr gut resorbirt wird, stark blutbildend wirkt und zufolge seines Phosphorgehaltes bei Scrophulose, Rachitis etc. als Nährpräparat eine hervorragende Rolle zu spielen berufen ist. Dosirung: 3mal täglich ein Kaffeelöffel vom Pulver, in Milch oder Suppe gelöst, oder 3—4mal täglich je 3—4 Pastillen à 0.25 Grm. Alboferrin.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congress für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse.“)

I.

Herzmittel und Vasomotorenmittel.

GOTTLIEB (Heidelberg), Referent: Jede Störung des Kreislaufs hat eine veränderte Blutvertheilung zur Folge. Diese pathologische Blutvertheilung zur Norm zurückzuführen, ist die Aufgabe der Herz- und Vasomotorenmittel. Referent beginnt mit der Schilderung der Blutvertheilung, die sich bei einem Versagen der vasomotorischen Innervation durch centrale Gefäßlähmung entwickelt; Ueberfüllung der Unterleibsgefäße und Blutleere der peripheren Gebiete, Haut und Gehirn, stellen sich dann ein; der Puls wird klein, das Herz arbeitet mit schlechten Füllungen. Bei einem solchen Versagen des Kreislaufes in narkotischen Vergiftungen, sowie auch im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten müssen Herzmittel ohne Nutzen sein, denn es fehlt dem Herzen gar nicht an Arbeitsfähigkeit, sondern nur an Arbeitsmaterial, das ihm durch Anhäufung des Blutes in dem ausgedehnten Gebiete der Unterleibsgefäße entzogen wird. Hingegen bringen Vasomotorenmittel durch Wiederverengerung der Splanchnicusgefäße eine wahre

Umschaltung der pathologischen Blutvertheilung zustande. Die lebenswichtigen Organe — Nervensystem und Herz — werden dann wieder reichlicher mit Blut versorgt; Vasomotorenmittel können dadurch unter Umständen lebensrettend werden. In diesem Sinne werden Strychnin, Coffein und Kampher gebraucht; aber auch sensible Hautreize und localer Kältereiz beeinflussen die Blutvertheilung in der gleichen Weise und dienen deshalb als Analeptica. Herzmittel haben die Aufgabe, die herabgesetzte Leistung des Herzens wieder zu heben. Sie vergrößern das Schlagvolumen des Herzens und vermögen dadurch die pathologische Blutvertheilung zu verbessern, welche in den verschiedensten krankhaften Zuständen des Herzens durch verminderte Leistung entsteht. Unvollständige Entleerung des Herzens und mangelhafte Schöpfarbeit der Ventrikel haben dann bekanntlich Ueberfüllung der venösen und Blutleere der arteriellen Gebiete zur Folge. Auch für die Digitalis ist die Vergrößerung der Herzarbeit das therapeutisch Entscheidende, die gleichzeitige Gefäßverengerung ist nur eine Nebenwirkung. Die Vergrößerung des Pulsvolums und Steigerung der Herzarbeit durch Digitalissubstanzen, die seit langem am Froschherzen nachgewiesen ist, kann neuerdings auch am isolirten, von den wechselnden Widerständen des Kreislaufs unabhängigen Warmblüterherzen demonstrirt werden. Bei Anwendung einer derartigen Methode konnte der Vortragende die Vergrößerung der vom Herzen ausgeworfenen Schlagvolumina durch eine neue Versuchsanordnung direct demonstrieren und zeigen, daß die Arbeit einer Kammer nach Digitoxin auf das Drei- bis Vierfache anwachsen kann. Die Vergrößerung des Pulsvolums kommt vor allem zustande durch stärkere Zusammenziehung des Herzens in der Systole. Das Herz entleert sich vollständiger. Beim kranken Herzen, das seinen Inhalt nicht in normaler Weise auszutreiben vermag, das insufficient ist, wird die Verstärkung der systolischen Contraction von um so größerer Bedeutung sein. Dabei darf aber nicht unterschätzt werden, daß auch eine mäßige Pulsverlangsamung durch Vagusreizung, welche im therapeutischen Stadium die verstärkte Herzarbeit nach Digitalis begleitet, die Leistung günstig beeinflussen muß. Die diastolische Ansaugung des Blutes aus den venösen Gebieten, die Schöpfkraft der Kammern ist bei mäßig verlangsamten Pulsen eine bessere. Deshalb wirkt die Digitalis am erfolgreichsten, wenn sie den Puls mäßig verlangsamt. Erst die vollkommene Ausdehnung des Herzens in der Diastole ergibt dann mit der vollständigen Systole das Optimum der Herzleistung nach Digitalis. Das Herz entnimmt den überfüllten Venen wieder größere Blutmengen und wirft sie in die blutleeren Arteriengebiete hinein. Alle digitalisartig wirkenden Substanzen verengern gleichzeitig mit der geschilderten Herzwirkung auch die Gefäße. Der Vortragende konnte dies durch neue Versuche erweisen. Die Gefäßwirkung ist aber therapeutisch als Nebenwirkung anzusehen; für die Entleerung der überfüllten Körpervenen und für die Entlastung des Lungenkreislaufs bei Stauung kommt es immer nur auf die bessere Herzarbeit an. Die Gefäßverengerung kann bis zu einem gewissen Grade günstig wirken, indem sie das Blut aus dem überfüllten Pfortaderkreislauf in andere Gebiete verdrängt, geht die Verengerung aber zu weit, so wird aus der günstigen eine ungünstige Nebenwirkung; die Widerstände für das Herz werden dann zu groß, dem Herzen wird eine allzugroße Aufgabe aufgebürdet und die Herzarbeit wird verschlechtert. Nur ganz kurz konnte der Vortragende noch auf andere wichtige Herzmittel eingehen. Der Kampher beeinflusst nicht bloß als Vasomotorenmittel indirect das Herz; er steigert auch direct die Erregbarkeit des Herzens, seine Anspruchsfähigkeit für Reize. Auf die Leistung des normalen Herzens wirkt er wenig; bei einem pathologischen Versagen der Leistungsfähigkeit des isolirten Kaninchenherzens konnte der Vortragende aber zeigen, wie das Herz durch Kampherzufuhr über die Klippe eines vorübergehenden Versagens seiner Erregbarkeit hinübergerettet werden kann. Auch das Coffein hat eine directe Herzwirkung. Dieselbe ist aber keineswegs digitalisartig und das Coffein ist deshalb auch nicht als Ersatzmittel der Digitalis anzusehen. Denn Coffein steigert die Leistung des gesunden Herzens bei normalem Blutdruck nicht, aber die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit pathologischen Widerständen gegenüber werden erweitert. Dadurch könnte Coffein für ein krankes Herz gerade bei hohem

Aortendruck von Bedeutung sein. Wiederum von einer anderen Seite her vermag der Alkohol das Herz günstig zu beeinflussen. Eine directe Wirkung auf das Herz kommt ihm zwar nicht zu, aber er wirkt indirect durch Herabsetzung der Widerstände auf das Herz günstig ein, wenn ein höher oder für ein krankes Herz zu hoher Aortendruck die vollständige Entleerung der linken Kammer verhindert hat. Durch den Alkohol können in solchem Falle die Gefäße erweitert und dadurch die Widerstände herabgesetzt werden. Dann arbeitet das Herz unter günstigeren Bedingungen und seine Leistung wird indirect verbessert. So verschieden und complicirt sich danach der Mechanismus darstellt, durch den Herzmittel und Vasomotorenmittel den Kreislauf beeinflussen, die gewonnenen Erkenntnisse lassen doch erwarten, daß es, Dank der Zusammenarbeit der experimentellen Pharmakologie und der Klinik, künftig noch besser als heute möglich sein wird, die pathologische Blutvertheilung im Einzelfalle richtig zu erkennen und demgemäß das Mittel richtig zu wählen, welches die veränderte Blutvertheilung zur Norm zurückführen kann.

SAHLI (Bern), Correferent, bemerkt in der Einleitung seines Vortrages, daß die Zukunft der inneren Medicin in der Verfeinerung der Funktionsdiagnostik gesucht werden muß, da das Streben nach spezifischer Behandlungsmethode in der Mehrzahl der Fälle in unabsehbare Ferne führt und nur in einer Minderzahl der Fälle Erfolg erzielt. Nach Stellung exacter Funktionsdiagnosen ist es dann die Aufgabe der Therapie, die Behandlung so einzurichten, daß sie, wie sich die Vertreter der spezifischen Behandlungsmethoden ausdrücken, zu der Funktionsstörung paßt wie der Schlüssel zum Schloß. Zu dieser Art der Therapie fehlen nur vielfach noch die nöthigen Grundlagen, und der Vortragende betrachtet es als seine Aufgabe im Sinne dieser Aufgabe der Therapie, zunächst mit Rücksicht auf die wichtigste Indication der Herz- und Vasomotorenmittel, die allgemeine Pathologie und Funktionsdiagnostik der allgemeinen Stauungszustände der Circulation kurz zu besprechen.

Vötr. unterscheidet unter den Stauungszuständen, deren gemeinsames Merkmal die Verlangsamung der Strömung in der Aorta, d. h. die Verminderung der Circulationsgröße und gleichzeitig die abnorme Vertheilung des Blutes ist: 1. die cardialen Stauungszustände, welche sowohl auf Insufficienz der Systole des Herzens, als auf mechanischer Behinderung der Diastole beruhen können; 2. die respiratorische Stauung bei Erkrankungen der Respirationsorgane und intrathoracischen Flüssigkeitsergüsse, von welchen der Vortragende annimmt, daß sie eine Unterart der cardialen Stauung ist, d. h. nicht direct von der Athmungsmechanik, sondern stets von cardialen Stauungen abhängig ist; 3. vasomotorische oder besser vasodilatatorische Stauungen, welche durch Lähmungen der feinen Gefäße des großen Kreislaufs bedingt sind. Bei den cardialen Stauungen unterscheidet er entgegen der gewöhnlichen Annahme, wonach dabei der Druck in den Arterien niedrig sein muß, Hochdruckstauungen von Niederdruckstauungen. Bei ersteren ist der arterielle Druck hoch, bei letzteren niedrig.

S. skizzirt ferner das wenig bekannte, weil nicht auf der Oberfläche liegende Bild der splanchnischen Stauung. Er nennt so diejenigen, theils vom Herzen ausgehenden, theils auf primärer Vasodilatation beruhenden Stauungen, welche sich vorwiegend im Bereich der Splanchnicusgefäße localisiren, und bei welchen deshalb den Kranken von außen wenig von Stauung anzusehen ist. Er gibt eine Erklärung für die splanchnische Localisation der cardialen Stauungsformen. Er weist ferner hin auf die große praktische Wichtigkeit, welche es hat, nicht bloß die Vollbilder dieser verschiedenen Stauungen, sondern auch Theilbilder, d. h. beginnende Stauungszustände zu erkennen. Denn auch bei der Behandlung der Circulationsstörungen gilt der Satz: *principiis obsta*.

Nach diesen allgemein pathologischen und functionsdiagnostischen Vorbemerkungen wird die Digitalistherapie besprochen und zunächst gezeigt, daß die Digitalis bei allen den besprochenen Formen der Stauung sich nützlich erweisen könne. Der Vortragende verwahrt sich jedoch dagegen, damit den Schematismus in der Therapie zu befürworten, indem er der Meinung ist, daß trotz dieser allgemein giltigen Indication je nach der Natur der Stauung

der Digitalis anderweitige therapeutische Maßnahmen hinzugefügt werden sollen.

In Betreff der Hochdruckstauungen hat der Vortragende die Erfahrung gemacht, daß dieselbe keine Contraindication für die Digitalis gebe, wie dies behauptet wurde, sondern daß auch bei ihnen die Digitalis wirkt, wobei merkwürdiger Weise der arterielle Druck oft nicht weiter steigt, sondern erheblich sinken kann.

Die eigentlich curative Wirkung der Digitalis, d. h. die Erscheinung, daß bei den sogenannten Compensationsstörungen die Digitalis nicht bloß die Circulation bessert, so lange sie gegeben wird, sondern oft für lange Zeit, ja für Jahre, erklärt sich daraus, daß die Digitalis den Circulus vitiosus unterbricht, welcher darin besteht, daß der Herzmuskel sich bei bestehender Stauung deshalb nicht selbst erholt, weil er selbst unter der Stauung leidet. Die Digitalis unterbricht diesen Circulus vitiosus, indem sie das Herz zu kräftiger Action zwingt und durch die diätetische Wirkung die Circulationsgröße in den Coronargefäßen weit über die Norm steigert.

Vötr. bespricht dann die Hindernisse, welche sich zuweilen der Digitaliswirkung in den Weg stellen, und damit eines der wichtigsten dieser Hindernisse und das Vorkommen desselben, was er als essentielle Stauung dem Begriff der Compensationsstörung gegenüberstellt. Der Vortragende versteht unter essentieller Stauung diejenigen Stauungszustände, welche von einer Schädigung der Herzkraft unabhängig sind und vielmehr darauf beruhen, daß der Defect einer insuffizienten Klappe so stark geworden ist, daß auch bei ganz guter Herzkraft und vollständiger Systole Stauung unvermeidlich ist. Bei diesen essentiellen Stauungen hat Digitalis nur ungenügenden und jedenfalls vorübergehenden Werth, indem sie nur in beschränktem Maße die Circulationsgröße vermehren kann. Die Verkennung dieses Begriffes der essentiellen Stauung hat zu vielfachen schiefen Urtheilen über die angeblich verschiedene Wirkung der Digitalis bei den einzelnen Klappenfehlern geführt.

In Beziehung auf diesen letzten Punkt kommt der Vortragende zu dem Resultat, daß ein Unterschied der einzelnen Klappenfehler in hydraulischer Beziehung für die Digitalistherapie nicht existirt, und daß die weniger günstige Wirkung der Digitalis bei der Aorteninsufficienz nicht auf hydraulische Gründe, sondern darauf zurückzuführen ist, daß die Fälle der Aorteninsufficienz so häufig nach jahrelangem Wohlbefinden in desperatem Zustand mit essentieller Stauung und mit allerlei Complicationen in Behandlung kommen.

In Betreff der Dosirung macht S. aufmerksam auch auf den principiellen Unterschied der großen Dosen, welchen neben der systolischen auch die diastolische Wirkung zukommt, und den kleinen Dosen, welche bloß systolisch wirken. Bezüglich der Frage des dauernden Gebrauches der Cumulativwirkung und der Gewöhnung schließt er sich den Ansichten von GRÖDEL und KUSSMAUL an. Viele Kranke verdanken diesem dauernden Gebrauch Jahre ihres Lebens.

Vötr. bespricht dann noch kurz die übrigen Mittel der Digitalisgruppe, sowie das Coffein und den Kampher. Diese Mittel wirken gänzlich verschieden von der Digitalis. Falls sie eine Reizwirkung haben — und wahrscheinlich ist trotzdem der pharmakologische Beweis noch nicht in genügender Weise erbracht worden —, so ist dieselbe bloß systolisch und deshalb namentlich vortheilhaft bei Hochdruckstauungen zu verwerthen. Beide Mittel finden aber namentlich als Vasomotorenmittel bei den Vasodilatationsstauungen ihre Anwendung. In welchen Formen von Arrhythmie das regularisirende Vermögen des Kamphers und des Coffeins zur Geltung kommt, muß wieder erst an der Hand neuer Untersuchungsmethoden der Arrhythmie noch festgestellt werden. Die werthvollen Eigenschaften des Coffeins und des Kamphers auf die Athmung und die diuretische Wirkung des Coffeins sind werthvolle Beigaben der Wirkung dieser Mittel. Für den Alkohol liegen bisher keine Beweise für eine directe Herzwirkung vor, dagegen kann der Alkohol bei Hochdruck der Normaldruckstauungen des Herzens die Arbeit erleichtern und so die Wirkung cardiotonischer Mittel unterstützen. Als abschließliches Mittel bei Hochdruckstauungen eignet es sich wegen der Flüchtigkeit seiner Wirkungen nicht. Bei acuten Infectionskrankheiten sieht S. von Alkohol im Allgemeinen keinen Nutzen für die Circulation, da er in ähnlichem Sinne auf die Gefäße wirkt, wie die Infectionsstoffe. Dagegen ist der Alkohol ein nütz-

liches Mittel zur Besserung der Circulation beim febrilen Schüttelfrost und bei mangelnder Reaction nach dem kalten Bade. Auch als allgemeines Collapsmittel kann der Votr. den Alkohol nicht anerkennen und beschränkt in dieser Beziehung seine Anwendung auf psychische Collapse und auf Collapse, bei welchen durch Gefäß-erweiterung genügt werden kann, also auf Normaldruck- oder Hochdruckcollapse. Aehnliches gilt vom Aether.

Zum Schlusse bespricht Ref. noch die wichtigsten Regeln für die Wahl der Reihenfolge der einzelnen Mittel und für die therapeutischen Combinationen derselben und erwähnt, daß außer den eigentlichen Herz- und Vasomotoriumsmitteln mitunter auch ganz fern abliegende Mittel die Behandlung unterstützen können, da die menschliche Maschine von den verschiedensten Punkten aus beeinflussbar ist.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

II.

ALBERT SCHÖNBERG (Hamburg): Demonstration von Roentgen-photographien von Nierensteinen.

Gallensteine und Nierensteine sind im Allgemeinen im Roentgenbilde nicht darstellbar, weil sie ein zu geringes Atomgewicht haben. Zwar müßten deshalb Phosphatsteine am meisten darstellbar sein, doch haben diese ein zu geringes specifisches Gewicht. Daher ist die Reihenfolge: Oxalat-, Phosphat- und harnsaure Steine. Ganz ausgeschlossen von der Photographie sind die Xanthin- und Cystinsteine. Der Grund für diese photographischen Schwierigkeiten ist auch zum Theil in der Diffusion der Roentgenstrahlen im menschlichen Körper zu suchen. A. gibt deshalb eine Methode an, diese Diffusion auszuschalten, indem man die Röhre durch enge Bleibleidung abblendet, weil dann die Strahlen gerade zu gehen gezwungen sind und eine größere Intensität haben. Es ist dann aber nöthig, verschiedene Platten zur Aufnahme zu nehmen, wenn man größere Partien fixiren will. Votr. zeigt dann eine Platte, auf welcher nach seinem Verfahren ganz kleine Nierensteine photographirt sind.

STEINER (Berlin) berichtet über eine von ihm operirte ungewöhnliche Nierenaffection.

Ein Patient erkrankte mit Schmerzen im Leibe, blutigem Urin und sich steigerndem unerträglichem Schmerz und Spannung. Kein Fieber, kein Frost. Der Urin war trübe und eitrig und die Diagnose wurde stets auf chronische Nephritis gestellt. In dem eitrigen Urin fanden sich rothe Blutkörperchen, Schatten, mäßige Mengen Albumen. Die rechte Niere stellte einen sehr empfindlichen Tumor dar. Ihr Ureter lieferte erst Urin, als der Katheter bis ins Nierenbecken vorgeschoben wurde. Bei der Operation fand sich ein Tumor, der von der Zwerchfellskuppe bis ins kleine Becken hinabreichte, und die Niere war in eine obere und eine untere Niere getheilt. Die obere Niere wurde resecirt, die untere, die den Zustand einer Pyonephrose bot, eingenäht. Bald ging der Urin durch die Blase ab. Der Pat. ist geheilt. Interessant ist, daß er ein dem anderen, sogar die Eltern täuschend ähnlicher Zwillingbruder ist, also daß beide aus einem Ei stammen.

GOLDMANN (Freiburg): Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Es ist Votr. aufgefallen, daß bei der Sectio alta durch den Zug an der vorderen Harnröhrenblasenwand bei dem retrograden Katheterismus ein leichter Abfluß des Urins stattfand. Er hat deshalb erst an der Leiche, dann am Kranken Versuche angestellt, einen Zug an der vorderen Blasenwand durch Cystopexie auszuüben, nachdem er es an einem Patienten, der nach Punctio suprapubica und nach retrogradem Katheterismus, wobei der Katheter 8 Tage gelegen hatte, erlebte, daß dieser nie wieder Beschwerden von seiner Prostatahypertrophie gehabt hat. Nach zwei Jahren ist

er in der Lage gewesen, bei diesem Patienten die Section zu machen und da fand sich dann, daß die Blasenwand breit mit der Bauchwand verwachsen war, und daß dadurch an der inneren Harnröhrenmündung ein bedeutender Zug ausgeübt worden ist. Die Entfernung dieser von der Punctionsstelle betrug 6 Cm. Er schlägt deshalb die Cystopexie, das Annähen der Blase an die vordere Bauchwand, bei gewissen Fällen von Prostatahypertrophie vor.

Rydygier (Lemberg) sagt, daß ein früherer Assistent von ihm die Cystopexie schon vor Jahren empfohlen hat.

LOEWENHARDT (Breslau): Zur Behandlung der Blasengeschwülste.

Da sich außer der größeren Publication von NITZE in der Literatur nur äußerst spärliche Angaben über die Vornahme von endovesicalen Operationen von Blasengeschwülsten vorfinden, und es sich auch sonst bestätigt, daß unter den Chirurgen eine gewisse Opposition gegen diese Methode besteht, möchte er einige Beobachtungen in technischer Hinsicht zur Würdigung des Verfahrens kurz berichten. Es wird besonders zu Gunsten der Sectio alta die bessere Uebersicht des freigelegten Blasenraumes, sowie die ausgiebigere Behandlung der Insertionsstelle der Tumoren in's Feld geführt, andererseits die technische Schwierigkeit der Handhabung des angeblich complicirten Instrumentariums, zu dessen Gebrauch und Einübung nur Wenigen das Material zur Verfügung steht. Er verfügt nur über eine kleinere Anzahl derartig operirter Fälle, möchte aber doch feststellen, daß schon für den ersten Fall die vorherige eingehende Uebung am Phantom für jeden sonst mit dem Cystoskop vertrauten Operateur ein tadelloses Resultat erzielt. Die neuen Apparate sind so vollkommen, daß nicht mehr die Hand des Erfinders allein damit reussirt. Die Unbequemlichkeiten für den Kranken sind verringert, da ein Wechsel der Apparate bei der Vereinigung von Schlinge, Cauter und Spülung an einem Instrumente selten nöthig wird.

Für die weibliche Harnblase bleibt bei der leichten Zugängigkeit es unbestreitbar, daß z. B. die wegen eines kleinen Papilloms am Trigonum vorgenommene Colpocystostomie nicht im Interesse der Kranken liegt; trotzdem haben die Gynäkologen nur vereinzelt sich der neuen Methode zugewandt, wie z. B. KOLISCHER und LATZKO dafür plaidiren.

Die KELLY'sche Methode ist ebenfalls nicht mehr haltbar, die Dilatation der Urethra sonst überflüssig und nicht ganz ohne Nachtheil. Der Verzicht auf jegliches allgemeine Anæstheticum, die Möglichkeit, sogleich oder in kurzer Zeit die nicht selten schon durch die Blutverluste ohnehin geschwächten Patienten nicht bettlägerig zu machen, die geringe Gefahr, welche von der Operation droht, müssen dem endovesicalen Verfahren einen weiteren Eingang als bisher verschaffen.

In voller Anerkennung der Vorzüge des endovesicalen Verfahrens sind besonders nach drei Richtungen hin Ueberlegungen nöthig:

1. betreffs der Recidive und des eventuellen Ueberganges von gutartigen in bösartige Tumoren. Ueber letzteren Punkt sind die Acten nicht geschlossen. Ein zwingender Beweis vom Uebergange eines einfachen Papilloms in einen Krebs ist auch nach SCHUCHARDT nicht geliefert worden. Die von ihm operirten Papillome recidivirten in loco nicht und in einem Falle, der 1½ Jahre vorher von NITZE erfolgreich behandelt wurde, war in loco auch kein Recidiv sichtbar.

Anders steht es mit den Schwierigkeiten, welche für männliche Pat. immer noch das Kaliber der Instrumente darbieten kann und bei denen, wenn es auch gerade kein Hinderniß ist, eine nicht unerhebliche und auch durch Cocaïn nicht immer zu beseitigende hochgradige Empfindlichkeit infolge der straffen Einführung eintreten kann, sowie eine gewisse Unbeweglichkeit des Instrumentes selbst durch diese Zwangslage besteht. Dazu kommt die Nothwendigkeit, mehrzeitig vorzugehen. GÖRL berichtet einmal von 32 Sitzungen. Dann ist die Allgemeinreaction nicht ganz unerheblich; wenn auch Entzündungen des Hodens, der Prostata, Nierenreizung von ihm nicht beobachtet wurden, so doch Urethralfrost und Cystitis und eine recht heftige Blutung.

Diese Verhältnisse machen es erwünscht, daß eine noch weitere Verringerung des Kalibers erreicht werde.

Will man daher bei enger Harnröhre noch auf diesem Wege in die Blase hinein, dann ist es mit der GRÜNFELD'schen Methode möglich, in situ einen kleinen Tumorpartikel herauszuholen, und zwar durch die innen an der Spitze angebrachte Lampe (bei Luftfüllung) mit Controle des Auges.

Am Orificium internum, wo hin und wieder Papillome sitzen, wie KOLISCHER solche beschrieb, zum Theil in die Harnröhre hineinragen, ist das NITZE'sche Instrument nicht anwendbar und die eben genannte Vorrichtung am Platze.

Für dicht an den Ureterenmündungen sitzende Papillome, wo man kaustisch genau localisiren will, hat er einen Apparat verwendet, der sich ohne Umstände dem Ureterencystoskop einfügen läßt, welches jetzt wohl den meisten Chirurgen geläufig ist. Durch den Canal des Ureterkatheters wird ein einfacher Brenner geschoben, welcher ebenso wie der Katheter mit den Vorrichtungen, welche diesem die verschiedene Richtung geben, auf den gewünschten Punkt eingestellt werden kann. (Demonstration.)

Die Verschorfung des Grundes nach der Entfernung breitbasiger Tumoren soll mit dem Paquelin erfolgen, soweit nicht excidirt wird. Schließlich gibt Votr. noch die Beobachtung von zwei Spontanabstoßungen von Tumoren nach Cystitis.

VON BRUNS (Tübingen): Ueber die Desinfection inficirter Wunden.

Votr. stellt es in Frage, ob es überhaupt mit einem Desinfectionsmittel möglich ist, eine septische Wunde zu desinfectiren. Er hat daher stets sein Hauptaugenmerk auf die physikalische Wundbehandlung, breite Spaltung, Aufsaugen der Secrete etc. gerichtet. Doch wollte er nie ganz auf die Desinfection verzichten und hat immer ein Mittel zu finden gesucht, das desinfectirt, ohne zu schaden. Ein solches glaubt er nun in der reinen Carbolsäure gefunden zu haben. Die Furcht vor den Carbolvergiftungen, die ja bekanntermaßen schon die diluirte Lösung machen kann, glaubt er auf die reine Carbolsäure nicht übertragen zu dürfen; denn es sind schon früher Versuche mit reiner Carbolsäure gemacht worden, es wurde bei der Hydrocele, bei tuberculösen Gelenk- und Knochenoperationen die Wundhöhle mit Carbolsäure gefüllt, dann mit absolutem Alkohol ausgewaschen, ohne daß eine Intoxication oder Schmerzen auftraten. Er hat daher inficirte Wunden mit in reine Carbolsäure getauchten Gazebäuschen ausgewischt und im Ganzen 2—6 Grm. der Säure verwendet und hat nun gesehen, daß der Nachschmerz ein geringer; die Secretion eine spärliche war, so daß der erste Verband 2—4 Tage liegen konnte. Niemals hat er örtliche Schädigungen, niemals Intoxication erlebt. Er glaubt, dieses Verfahren für inficirte Wunden sehr empfehlen zu können.

FRÄNKEL (Wien): Ueber Wundbehandlung nach Operationen wegen localer Tuberculose.

Votr. glaubt, das kleine und kleinste tuberculöse Herde bei der Operation nicht erreicht werden können und empfiehlt daher die Jodoformbehandlung, die durch Entzündungserregung und Bindegewebsneubildung wirkt.

KÜSTER (Marburg) empfiehlt für die Behandlung inficirter Wunden Ferrum candens in alter Form. Gegen die Carbolsäure würde er großes Mißtrauen haben.

KÖNIG (Berlin) glaubt nicht, daß wir in der Behandlung septischer Wunden zu keinen Resultaten gekommen sind. Er hält die Bloßlegung und die breite Spaltung für das beste Verfahren. Dort, wo KÜSTER das Glüheisen anwendet, nimmt er Chlorzink. Bei der Behandlung der Tuberculose werden wir bessere Resultate haben, wenn wir das Tuberculöse extirpiren, alles fortnehmen und frische Wundhöhlen schaffen.

KOCHER (Bern): a) Bericht über das zweite Tausend Kropfextirpationen. b) Zur Operation der Struma intrathoracica. c) Zur nichtoperativen Behandlung des Kropfes.

K. betont zuerst, daß er immer nur Excisionen, nur ausnahmsweise Enucleationen macht. Er ist von diesem Princip abgekommen und hat auch seine Operationsmethode nicht geändert. Die Muskeln werden nie quer durchschnitten. Zur Compression des Isthmus hat er sich eine Zange construiren lassen, die ihn zusammendrückt, nicht etwa zur Angiopressur, sondern um die Ligatur kleiner zu machen. Er hat im Ganzen 4% Todesfälle erlebt. Die Infection hat nie mehr bei ihm eine Rolle gespielt. Er bringt

kein Antisepticum in die Wunde, nur die Fadenzubereitung — er verwendet nur Seide — ist antiseptisch. Was die prophylaktische Schilddrüsenbehandlung anlangt, so hat er in den Fällen von diffuser und lange bestehender Struma auch vor der Operation schon Schilddrüse gegeben. Er narkotisirt nie oder selten, operirt meist unter Cocainanästhesie und vermeidet so die starken Blutungen, die beim Erbrechen auftreten. Der Struma profunda möchte er eine besondere Stellung einräumen. Bei ihr findet eine starke Myoptosis statt, und er glaubt, daß die stramme militärische Haltung mit dem Hochhalten der Brust dazu disponirt. Votr. demonstrirt hiezu zwei Präparate. Als Folge der Struma profunda hat er Emphysem, Bronchitis, Tachycardie etc. gesehen, und er behauptet, daß es auch Kropflungen gibt, wie es ein Kropfherz gibt. Die mediastinale Struma profunda gibt zu gewaltigen Stauungen Anlaß mit Exophthalmus, die einen Basedow vortäuschen können. Bei der Struma intrathoracica wird es sich vor allem darum handeln, ob sie noch beweglich ist oder nicht. Die bewegliche Struma gibt natürlich günstigere Chancen für die Operation.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 26. April 1901.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

R. FRANK stellt eine Frau vor, bei welcher er einen Gallenstein mittels Lumbalschnitt entfernt hat. Während der wegen Wanderniere ausgeführten Nephropexie wurde in der Peritonealhöhle ein harter Körper getastet, welcher sich als ein im Ductus cysticus steckender, 4 Cm. langer, 2 Cm. dicker Gallenstein erwies. Derselbe wurde nach Eröffnung des Peritoneums und Längsincision des Gallenganges entfernt. Votr. hebt die gute Uebersichtlichkeit der unteren Lebergegend und die leichte Zugänglichkeit der Gallenblase vom hinteren Lumbalschnitte aus hervor. Dieser Schnitt könnte daher für Gallengangoperationen in schiefer oder querer Richtung angelegt werden. Ein Vortheil dieser Methode wäre auch die Vermeidung von Hernienbildung der Bauchwand.

W. LATZKO demonstrirt einen Fall von Cystitis mit incrustirten Geschwüren der Blase. Vor zwei Jahren wurden bei der an Blasenbeschwerden leidenden Patientin cystoskopisch acute Cystitis und multiple Blasengeschwüre nachgewiesen, deren zwei mit einer weißen, harten Masse (phosphorsaurem Kalk) incrustirt waren; von anderen Geschwüren ausgehend, flottirten schneeflockenartige Gebilde in der Blase. Unter Blasenspülung und interner Behandlung heilte nur die Cystitis aus, die Concremente blieben bestehen und wurden auch durch Urotropin und Blasenspülungen mit verdünnter Milch- und Essigsäure nicht beeinflusst. Wiederholtes Abkratzen der Concremente mit dem scharfen Löffel entfernte nur einen Theil derselben, worauf die Phosphatmassen wieder anwuchsen. Erst nachdem schließlich durch Sectio alta die beiden großen Geschwüre excidirt worden waren, erfolgte Heilung. Es kam zwar später wieder zu Geschwürbildung und Cystitis, doch bildeten sich keine Concremente mehr. Votr. hat außerdem noch zwei ähnliche, aber gutartige verlaufende Fälle beobachtet; in der Literatur findet sich nur eine analoge Mittheilung von FENWICK. Bei dieser Affection scheint die Cystitis das Primäre zu sein.

J. FRIEDJUNG: Der Eisengehalt der Frauenmilch und seine Bedeutung für den Säugling.

Nach BUNGE bringt das neugeborene Thier und wohl auch das neugeborene Kind das für die Säuglingszeit notwendige Eisen, im Körper aufgespeichert, ins extrauterine Leben mit. Das Eisen der Milch ist für den Säuglingshaushalt bedeutungslos; da aber jenes Eisendepôt nur für die Säuglingszeit reicht, muß man rechtzeitig künstliche Kost zuführen, um Anämie des Kindes hintanzuhalten. Die Autoren stimmen darin überein, daß der Eisengehalt der Milch nur wenige Milligramme im Liter betrage; nach KLEMM soll Herabsetzung des Eisengehaltes stets ein Indicator für eine auch sonst minderwerthige Milch sein, physiologisch sei dagegen die allmähliche Abnahme des Eisens im Laufe der Lactation.

Eine genaue Prüfung des Säuglingshaushaltes ergibt aber, daß auch den geringen Eisenmengen der Frauenmilch ein Werth zukommt. Nach KOBERT entspricht 3 Kgrm. des Körpergewichtes eines gesunden Menschen eine tägliche Eisenausfuhr von 1 Mgrm., welcher eine etwa dreifache Einfuhr gegenüberstehen muß; dieser Umstand ergibt für den Säugling selbst ohne Berücksichtigung der Körperzunahme ein Eisendeficit, welches gegen den 9. Lebensmonat zu immer größer wird. Vortr. möchte daher namentlich mit Rücksicht auf die physiologische Hämoglobinarmuth des Säuglings und die Häufigkeit schwerer Anämien an der ersten Jahreswende dem so geringen Eisengehalte der Frauenmilch doch einigen Werth beimessen. Seine in Gemeinschaft mit A. JOLLES vorgenommenen Untersuchungen, welche sich auf die Milch von 19 gesunden und 9 kranken Frauen, sowie auf verschiedene Milchemischungen erstreckten, ergaben folgende Resultate: Die Milch gesunder Frauen zeigt einen zwar niedrigen, aber constanten Eisengehalt (ca. 3·52—7·21 Mgrm. im Liter), welcher im Haushalte des Säuglings immerhin nicht zu vernachlässigen ist. Ein gesetzmäßiges allmähliches Absinken des Eisengehaltes während der Lactation läßt sich nicht feststellen. Schlechte äußere Verhältnisse, höheres Alter der Stillenden und chronische Erkrankungen dürften in der Regel eine erhebliche Verminderung des Milcheisens bedingen. In den Fällen des Vortr. sank der Eisengehalt bis zu 3·40 Mgrm. im Liter. Auch die Milch solcher scheinbar gesunder Frauen, deren an der Brust genährte Kinder erhebliche Ernährungsstörungen aufweisen, scheint besonders eisenarm zu sein. Die üblichen Methoden der künstlichen Ernährung dürften nebst anderen auch noch den Fehler haben, daß die dem Kinde zugeführte Eisenmenge hinter der dem Brustkinde zukommenden erheblich zurückbleibt; die in Milchemischungen gefundenen Eisenwerthe betragen bloß 1·25—2·58 Mgrm. im Liter.

A. Jolles bemerkt, daß die frühere colorimetrische Methode zur Bestimmung des Milcheisens wegen der Anwesenheit von Phosphaten in der Milch nicht brauchbar sei. Verlässliche Resultate gebe hingegen die von ihm angewendete titrimetrische Methode.

W. Knöpfelmacher meint, daß das Milcheisen hauptsächlich im Casein enthalten sei, und daß mit dem während der Säugethatsperiode sinkenden Caseingehalte der Milch auch der Eisengehalt abnehme.

J. Friedjung erwidert, daß nach seinen Untersuchungen der Eisengehalt der Milch noch im 4. Monate ein constanter sei.

E. Schwarz bemerkt, daß bei der Anämie im Kindesalter nicht bloß der Eisengehalt, sondern auch der Organismus des Kindes zu berücksichtigen sei. Das Eisen wirkt bei Chlorose und Anämie und auch beim Kinde dadurch, daß es auf die Hämoglobin bildenden Zellen des Knochenmarkes einen Reiz ausübt.

Notizen.

Wien, 27. April 1901.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 23. April d. J. abgehaltenen Kammerversammlung wurde folgender Antrag des Präsidenten Prim. Dr. JOSEF HEIM mit 21 gegen 1 Stimme angenommen: „Mit Rücksicht auf die derzeit im Reichsrathe stattfindenden Berathungen über die Revision des Krankencassengesetzes beschließt die Wiener Aerztekammer, ihre Berathung und Beschlußfassung in Angelegenheit der Meisterkrankencassen vorläufig bis zur Beendigung der Parlamentsverhandlungen über die Reform des Krankenversicherungswesens zu vertagen.“ Damit ist eine Angelegenheit aufgeschoben, deren Vorberathung im Krankencassencomité sowohl wie im Vorstande sich bereits recht stürmisch gestaltet hat. Vielleicht wird die Vertagung jene Herren zur Besinnung bringen, die vergessen zu haben scheinen, welchen Standpunkt die Wiener Aerzteschaft in dieser so eminent wichtigen Frage einmüthig präcisirt hat, einer Frage, welcher die wirthschaftliche Einigung der Aerzte Wiens zu danken ist.

(Professoren-Denkmal.) Im Laufe dieses Sommersemesters werden im Arkadenhofe der Wiener Universität die Denkmäler des Chirurgen DUMREICHER und des Psychiaters THEODOR MEYNERT feierlich enthüllt werden.

(Personalien.) Der kaiserliche Leibarzt, Oberstabsarzt Dr. KERZL erhielt den Hofrathstitel, Oberstabsarzt II. Cl. Dr. SALOMON KIRCHENBERGER das Ritterkreuz des Franz Joseph Ordens,

Regimentsarzt I. Cl. Dr. JAKOB FRISCH das goldene Verdienstkreuz mit der Krone, Oberarzt Dr. FERDINAND BAUER das goldene Verdienstkreuz.

(Aus dem Parlamente.) Die Frage der freien Arztwahl ist in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 19. April in bemerkenswerther Weise zur Sprache gelangt. In dieser Sitzung beantwortete nämlich der Ministerpräsident die vom Abgeordneten BERGER und Genossen an ihn gerichtete Anfrage, „ob die Regierung geneigt sei, dafür Sorge zu tragen, daß bei den Betriebskrankencassen die freie Arztwahl eingeführt, und daß bei diesen Cassen jede Einflußnahme des Unternehmens auf den Arzt und dessen Anordnungen hinsichtlich der Anwendung von Heilmitteln hintangehalten werde“. In der Interpellationsbeantwortung heißt es, daß die Betriebskrankencassen in demselben Maße wie alle anderen Cassen der staatlichen Aufsichtsgewalt unterliegen, es sei daher die staatliche Aufsichtsbehörde nicht berechtigt, unter den gleichen Verhältnissen die Betriebskrankencassen anders zu behandeln als die sonstigen Träger der obligatorischen Krankenversicherung. Nun ist aber den Aufsichtsbehörden durch das Gesetz das Recht nicht eingeräumt, den Krankencassen die Einführung der freien Arztwahl vorzuschreiben, und es kann demnach eine solche Anordnung auch nicht generell für Betriebskrankencassen erlassen werden. Wenn eine Krankencasse ihrer Pflicht bezüglich der ärztlichen Hilfe nicht nachkomme, so haben die Behörden mit aller Energie einzuschreiten; für derartige Fälle biete das Gesetz die entsprechende Handhabe. Die Annahme, daß im Allgemeinen bei den Betriebskrankencassen infolge Einflußnahme der Unternehmer der ärztliche Dienst im Verhältnisse zu anderen Krankencassen schlecht organisirt sei, so daß die Aerzte von den Unternehmern in der Absicht, die Unterstützungskosten zu vermindern, an der Erfüllung ihrer Pflichten gehindert und abgehalten werden, die nothwendigen Medicamente zu verschreiben, könnte nach den vorliegenden Erfahrungen nicht als gerechtfertigt angesehen werden.

(Zur Frage der ärztlichen Gutachten) wird uns aus Paris geschrieben: Die merkwürdige Erscheinung, die jüngst in Wien beobachtet wurde, daß ärztliche Gutachten, selbst wenn dieselben von Autoritäten herrühren, von den Gerichtshöfen kaum beachtet, ja sogar gering geschätzt werden, ist jüngst auch bei uns zutage getreten. Eine Patientin hatte gegen ihren Arzt eine Klage auf Schadenersatz angestrengt, weil sie infolge von Roentgenbestrahlung eine Hautverbrennung davongetragen hatte, an der sie drei Monate litt. Trotz für den Arzt sehr günstig lautender Gutachten BROUARDEL's und OGIER's wurde der Beklagte von der ersten Instanz des Civiltribunals verurtheilt, 5000 Francs an die Klägerin zu zahlen, weil ein Arzt nichts anderes sei, als ein „Geschäftsmann besonderer Art“, der für alle kleinen und großen Nachtheile und Schäden, die er infolge seines Thuns und Lassens einem Anderen zufügt, unter allen Umständen die volle Verantwortung tragen müsse, von der ihn keine wissenschaftliche Lehrmeinung freisprechen könne.

(Ein Gesetz gegen die Malaria) ist von der italienischen Kammer vor kurzem angenommen worden. Dasselbe schreibt — wie wir erfahren — zunächst ein Verzeichniß der von Malaria heimgesuchten Gegenden vor, in denen von nun ab den Landarbeitern Chinin unentgeltlich verabfolgt werden wird. Von Juni bis December müssen in den Malariagegenden die Behausungen der Zollwächter und des Lan'straßen-, Eisenbahn- und Bonificirungspersonals durch metallene Netze gegen das Eindringen der Stechmücken geschützt werden. Die Eigenthümer werden verpflichtet, wo es zugänglich ist, den Abfluß stehender Gewässer und Sümpfe zu befördern.

(Der britische Tuberculose-Congreß) wird unter dem Protectorate des Königs vom 22.—26. Juli in der Queens-Hall tagen. Die Verhandlungen werden in vier Abtheilungen erfolgen, und zwar einer Section über die Stellung von Staat und Gemeinde zu der Frage der Tuberculose, einer medicinischen, pathologischen und bacteriologischen Section. Zur Theilnahme gemeldet sind bereits u. a. KOCH, ROUX, METSCHNIKOFF, BROUARDEL, MAC-FADYEN.

(Arbeiter-Krankencassen in Griechenland.) In der griechischen Kammer ist — wie aus Athen berichtet

wird — vor kurzem ein Ausschuß gewählt worden, welcher einen Gesetzentwurf, betreffend Gründung von Kranken- und Pensionscassen für verunglückte und erwerbsunfähig gewordene Arbeiter und deren Familien auszuarbeiten haben wird.

(Der Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens) versendet soeben seinen I. Jahresbericht. Er wurde am 6. März 1900 in der Absicht gegründet, traurige und für den ganzen Stand tief beschämende Vorgänge, wie sie nur allzu häufig sich ereignet haben, in Hinkunft unmöglich zu machen. Wie oft kam es vor, daß durch einen Appell an die Mildthätigkeit die Mittel beschafft werden mußten, um einen Collegen, der während einer schweren Erkrankung den letzten Sparpfennig aufgebraucht hatte, zur Ruhe zu bestatten! Wie oft ereignete sich der traurige Fall, daß die Familie eines verstorbenen Collegen unmittelbar nach dessen Tode, bevor sie an die Gründung einer neuen Existenz schreiten konnte, sich der bittersten Noth preisgegeben sah! Diesen Vorfällen will der Verein steuern. Das Princip, auf welchem die Thätigkeit des Vereines aufgebaut ist, ist ein ungemein einfaches. Jedes Mitglied zahlt 2 K., und wenn ein Vereinsmitglied stirbt, erhalten die von ihm bezeichneten Personen ebensovielmal 2 K., als Mitglieder in diesem Zeitpunkte dem Vereine angehören. Im ersten Vereinsjahre starben 2 Mitglieder, das eine im Alter von 62, das andere im Alter von 32 Jahren. An die Hinterbliebenen wurden im ersten Falle 922 K. bei einem Mitgliederstande von 461, im zweiten Falle 934 K. bei einem Mitgliederstande von 467 Mitgliedern ausbezahlt. Der Verein zählt derzeit 600 wirkliche, 12 unterstützende Mitglieder, 8 Gründer und einen Stifter. Er verfügt über einen Reservefond von über 6000 K., aus dem für unbemittelte Collegen eventuell die Einzahlungen geleistet werden sollen. Die Einfachheit der Organisation, die Evidenz der eminent ersprießlichen Thätigkeit, die Wichtigkeit der Frage der Versorgung der Hinterbliebenen, endlich die geringen Kosten, mit welchen die Mitgliedschaft erworben werden kann, lassen es geradezu unbegreiflich erscheinen, daß es überhaupt einen Wiener Arzt gibt, der diesem Vereine nicht angehört. Der Einwand, daß reiche Leute diese Form der Versorgung nicht brauchen, kann einfach dadurch paralytisch werden, daß es denselben unbenommen bleibt, im Falle ihres Ablebens den Verein, i. e. ihre ärmeren Collegen, zu Erben einzusetzen. Beitrittserklärungen sind zu richten an: Dr. S. TENNENBAUM, II., Praterstraße 10.

(Literatur.) Von KAHANE'S „Grundriß der inneren Medicin“ ist eine autorisirte spanische Uebersetzung aus der Feder des Dr. MONTANER (Barcelona) in Vorbereitung.

(Statistik.) Vom 14. bis inclusive 20. April 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7171 Personen behandelt. Hievon wurden 1474 entlassen; 158 sind gestorben (9.68% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 77, Scharlach 84, Masern 302, Keuchhusten 26, Rothlauf 36, Wochenbettfieber 7, Rötheln 6, Mumps 58, Influenza 5, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 769 Personen gestorben (+ 32 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Kreisarzt Dr. SAMUEL SCHLESINGER, 56 Jahre alt; in Salzburg der k. u. k. Oberstabsarzt I. Cl. d. R. Dr. JOHANN BRAUN im Alter von 66 Jahren; in Gossensaß der dortige Curarzt Dr. CARL MANNER, 71 Jahre alt; in Brüx Dr. FRANZ SIEGEL im Alter von 52 Jahren; in Budapest der Stabsarzt Dr. KARL MARUSIN; in Tyrnau der k. u. k. Oberstabsarzt I. Cl. Dr. HERMANN ALTER; in Genf der Professor der gerichtlichen Medicin Dr. II. GOSSE; in St. Petersburg der Physiologie und Physiker Dr. S. LAMANSKY, 60 Jahre alt; in Tientsin (China), erst 40 Jahre alt, der Chef des Sanitätswesens beim ostasiatischen Expeditionscorps, Oberstabsarzt Prof. Dr. KOHLSTOCK an Abdominaltyphus.

Wenige Mineralwässer sind so weitverbreitet und erfreuen sich einer so allgemeinen Beliebtheit, wie das seit 20 Jahren bewährte Franz Josef-Bitterwasser, wovon die in vier Welttheilen zuerkannnten 10 Goldmedaillen glänzendes Zeugniß ablegen. Alle Aerzte betrachten das natürliche Franz Josef-Bitterwasser als das einzige, angenehm zu nehmende, salinische Abführmittel,

das, in kleinen Dosen genommen, absolut sicher, nachhaltig auflösend wirkt. Ueberall erhältlich.

Jahr's zus. Jod-Ferrat-Pastillen ersetzen in allen Fällen, wo der Gebrauch von Leberthran und dessen Compositionen, Jod oder Eisen, angezeigt wäre, dieselben infolge ihrer wirksamen Bestandtheile. Sie zeichnen sich durch angenehmen Geschmack, stets gleichbleibender Dosirung und Gehalt an organischem Eisen gebunden an Jod, Duotal und phosphorsaurem Calcium aus, sind leicht verdaulich und verursachen keinerlei Magen- und Darmbeschwerden. Jahr's zus. Jod-Ferrat-Pastillen wirken nicht nur appetitanregend, sondern auch blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend. Man verordnet Kindern 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen und Obst zu vermeiden sind.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Kaiser Wilhelm, Die Technik des modernen Mikroskopes. 2. gänzlich umgearbeitete Auflage. Lieferung 1. Wien 1900, Moritz Perles. — K 2.—.
- Hertwig O., Die Entwicklung der Biologie im 19. Jahrhundert. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 1.—.
- Naunyn B., Die Entwicklung der inneren Medicin mit Hygiene und Bacteriologie im 19. Jahrhundert. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 1.—.
- Jessner, Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. 2. verbesserte Auflage. Würzburg 1900, A. Stuber. — M. 80.—.
- Blattern und Schutzpockenimpfung. Denkschrift etc. Bearbeitet vom kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1900, Julius Springer. — M. 1.20.
- Kisch E. H., Entfettungscuren. Berlin 1901, Hans Th. Hoffmann. — M. 3.—.
- Starck H., Die Divertikel der Speiseröhre. Mit 2 Abbildungen. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel. — M. 4.—.
- Schmidt H., Friedheim L., Lamhofer A. und Douat J., Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. 4. Auflage. Leipzig 1900, Johann Ambrosius Barth. — M. 6.—.
- Cattanes C., Terapia delle Malattie dell' Infanzia. Mailand 1900, Ulrico Hoepli.
- Moczulkowski O. O., Rückenmarksschwindsucht. Berlin 1900, O. Coblentz. — M. 2.—.
- Lieven A., Die Syphilis der oberen Luftwege etc. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 3.50.
- Eikan S., Hygiene und Diätetik. Leipzig 1901, H. Hartung & Sohn. — M. 1.60.
- Mohr C., Compendium der Physiologie. Leipzig 1901, H. Hartung & Sohn. — M. 3.—.
- Finzi J., Die normalen Schwankungen. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.
- Koch J. L. A., Abnorme Charaktere. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.
- Pawlow J. P., Das Experiment etc. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann. — M. 1.30.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der Einbanddecken sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE

Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

MATTONI'S

MOOR-EXTRACTE

MOOR-SALZ

MOOR-LAUGE

ZU
BÄDERN

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moortalge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI

kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 Kr., halbj. 10 Kr., viertelj. 5 Kr., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 Kr.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Massage in der Augenheilkunde. Von Prof. Dr. A. ELSCHNIG. — Ueber Resorbinquecksilber. Von Dr. J. F. v. CRIPPA (Linz—Bad Hall). — **Referate.** M. LITTE (Berlin): Ueber amyloide Degeneration mit besonderer Berücksichtigung der Nieren. — A. KÜHN (Rostock): Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen (Hetol). — SCHLESINGER (Dresden): Beitrag zur Technik der LORENZ'schen Reposition der congenitalen Hüftgelenksluxationen. — TAUSZK (Budapest): Beiträge zur Dosirung des Morphiums im Greisenalter. — BATTISTINI und ROVERE (Turin): Klinische Beobachtungen über die Anwendung von Salz- und Kohlensäurebädern in der Behandlung der Herzkrankheiten. — RICH. POTT (Halle a. S.): Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder. — ERLENMAYER (Bendorf): Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilstätten. — LÖWENSOHN: Beitrag zur Casuistik der medicamentösen Augenerkrankungen. — FLICK (Graz): Ein Controlversuch zur Glykoformal- und combinirten Paraformaldehyd-desinfection. — SIEBERTH (Nürnberg): Zur Aetiologie der Pulpitis. — BRUNN (Göttingen): Alkoholdämpfe als Desinfectionsmittel. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Gynäkologie. Bearbeitet von E. BUMM, Basel etc. — Allgemeine Chirurgie und Operationslehre. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte von Dr. med. ARNO KRÜCHE. — Taschenbuch der Krankenpflege für Aerzte, Pflegerinnen, Pfleger und für die Familie. Herausgegeben vom Geheimen Medicinalrath Dr. L. PFEIFFER. — **Feuilleton.** Zur Abstinenzfrage. Epilog zum letzten Antialkoholismus-Congresse in Wien. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber die combinirte Wirkung der hypnotischen und diuretischen Mittel auf die Function der Nieren. — Zur Behandlung der acuten und chronischen Malaria. — Medicationen bei Hyperidrosis. — Eine neue Behandlungsmethode der weiblichen Urethralgonorrhoe. — Zur Behandlung der Bronchitis foetida bei Bronchiektasien. — Hämoptyse im Verlaufe der Lungentuberculose. — Chininum eosolicum gegen Malaria. — Ueber Eisensomatose. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congress für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) II. — 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) III. — **Notizen.** Das Mai-Avancement der k. u. k. Militärärzte. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Massage in der Augenheilkunde.

Von **Prof. Dr. A. Elschmig** *)

I.

Die Entwicklung und Ausbildung der Therapie erfolgt im Gesamtgebiete der Heilkunde nicht parallel mit den Fortschritten in der Pathologie und Diagnostik. Zum Theil mag dies darin seine Begründung finden, daß therapeutische Arbeiten, zumal in Oesterreich, selten als Zeugniß vollwerthig wissenschaftlicher Bestrebungen angesehen werden, und daher besonders von den jüngeren wissenschaftlichen Arbeitern sorglich gemieden werden müssen.

In keinem anderen Gebiete der Medicin herrscht auch ein derartiger, zum Theil wohl auch berechtigter Skepticismus, wie gegenüber den angeblichen Erfolgen neuer Behandlungsmethoden u. dgl., ein Skepticismus, der meist sogar die Nachprüfung der Beobachtungen Anderer verhindert. Trotzdem hat sich am Ende des abgelaufenen Jahrhunderts neues Regen auch unter der harten Eisdecke einer von altersher überkommenen Therapie gezeigt. Der starre Doctrinarismus hat einer gesunden Empirie Platz gemacht, und unter deren Einfluß hat sich langsam, aber constant eine Umwerthung unseres therapeutischen Rüstzeuges vollzogen. Auch in der Ophthalmotherapie. Allgemein unentbehrlich gehaltene Arzneimittel haben einen guten Theil ihres Ansehens eingebüßt, neue, oft auf rein empirischem Wege gefundene haben sich rasche und allgemeine Geltung verschafft, neue Heilmethoden,

in anderen Zweigen der Medicin frisch erprobt, haben ihre Einführung gefunden, häufig nicht ohne scharfen Widerspruch. Zu diesen gehört in erster Linie die Mechanotherapie, speciell die Massage.

Obwohl schon laut einzelnen Notizen im Alterthume bei Augenkrankheiten Massage angewendet wurde, scheint DONDERS (1872) wieder zuerst den Werth der Massage zur Behandlung von Hornhauterkrankungen erkannt zu haben. Nur langsam aber konnte sich dieselbe einige Werthschätzung erwerben, und nur in wenigen Krankheitsformen wird heute die Massage als werthvolle Bereicherung unserer Therapie von allen Augenärzten anerkannt. Auch heute noch gilt der Satz, den ein Meister auf dem Gebiete der Massage überhaupt, BUM, vor wenigen Jahren ausgesprochen hat: „Von der Wissenschaft kaum gewürdigt, von der Schule ignorirt, begegnet die Mechanotherapie bei Aerzten und im Publicum einerseits begeistertem Enthusiasmus, andererseits ausgesprochenem Mißtrauen.“¹⁾ Und doch kann durch zweckdienliche Anwendung der Massage bei einer großen Zahl leichter und schwerer Augenerkrankungen ein sehr günstiger Einfluß auf den Krankheitsproceß und die Krankheitsfolgen ausgeübt werden, auch in solchen, in denen sogar berühmte Kenner der Massage deren Erfolge als „gleich Null“ bezeichnen. Lassen Sie mich daher heute einen Ueberblick geben über die Anwendung der Massage in der Augenheilkunde, über ihre Heilerfolge, nicht auf Grund von Literaturberichten, sondern aus meiner eigenen praktischen Erfahrung, vorzüglich insoweit, als die Bedeutung der Massage nicht schon ziemlich allgemein anerkannt ist.

Einer der meist bestrittenen Punkte ist die Anwendung der Massage beim Trachom, den schweren Formen der Con-

*) Nach einem am 28. Februar 1901 in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums gehaltenen Vortrage.

¹⁾ BUM, Handbuch der Massage und Heilgymnastik. 1896 (Vorwort).

conjunctivitis follicularis. Es dürfte Ihnen ein eigenes Urtheil hierüber ermöglichen, wenn ich zuerst eine Anzahl von Krankheitsfällen zu Ihnen sprechen lasse.²⁾

W. Marie, 32 Jahre. Im 24. Lebensjahre erkrankt, angeblich nur am linken Auge — es finden sich aber auch rechts zarte Narben an der Bindehaut. Zuerst mit Lapis touchirt (4 Wochen), dann 4 Jahre Ruhe. Dann neuerlich erkrankt, kurze Behandlung mit Tropfwässern. 1 Jahr darauf wieder Rückfall, von da an nie mehr vollkommen gesund. Abwechselnd Lapistouchirungen und Collyrien. Pfingsten 1899 heftige Verschlimmerung, 5 Monate an einem klinischen Ambulatorium behandelt, zuerst leichte Besserung, dann von August 1899 an zunehmende Verschlimmerung. 14. October 1899 kam die Patientin in meine Behandlung. Heftige Reizerscheinungen, dicker Pannus im oberen Hornhautdrittel, längs des inneren Randes nach unten sich erstreckend, Infiltrate und Geschwürsbildung am Pannusrande. Das obere Lid sehr wenig gehoben, Knorpel dick, breit, dessen Bindehaut theils sulzig, theils papillär, dazwischen Narben. An der gleichfalls stellenweise sulzig infiltrirten Bindehaut der Uebergangsfalten Narbenbildung mit mäßiger Verkürzung. Unter Massage in 4 Wochen das Auge reizfrei, das obere Lid normal geöffnet, Pannus und Geschwüre zurückgebildet, Bindehaut zwar größtentheils narbig, aber glatt, ohne Secretion. 22. November 1899 aus der Behandlung entlassen, das Auge dauernd reizfrei, völlig arbeitsfähig. Im December 1900 erkrankte sie, natürlich völlig unabhängig von der abgeheilten Bindehauterkrankung, an parenchymatöser Keratitis dieses Auges, wurde zuerst poliklinisch, vom 15. Januar 1901 von mir deshalb behandelt. Die Keratitis — unter Massage rasch gebessert — ist jetzt geschwunden, die Bindehaut unverändert entzündungsfrei.

D. Katharina, 27 Jahre, kam am 28. Juni 1899 in meine Behandlung. Angeblich erst seit mehreren Wochen am rechten Auge krank, aber bereits Trachomnarben an der Conjunctiva beider Augen (links im 3. Lebensjahre erblindet, Leucoma corneae totale), stand an einer Klinik in ambulatorischer Behandlung, wo eine Krankheitsdauer von vielen (nach Angabe der Pat. 16—17) Wochen in Aussicht gestellt und über den zu erwartenden Ausgang sehr ungünstige Bemerkungen gemacht wurden. Geschwürsbildungen mit Gefäßneubildung an der Cornea, acute Conjunctivitis bei reichlicher Narbenbildung, Papillarhypertrophie, sehr starke Reizerscheinungen. Rapide Besserung unter Massage, so daß ich schon am 1. Juli die Hornhaut des linken Auges tätowiren, am 4. Juli die Tenotomie des Rectus externus desselben stark nach außen abgelenkten Auges vornehmen konnte. Mitte Juli völlige Arbeitsfähigkeit, Cornea glatt, Bindehaut reizfrei.

B. Marie, 25 Jahre, erkrankte 1893 an Trachom des rechten Auges, zuerst 1½ Jahre an einer Klinik ambulatorisch behandelt. Dann ebenso lange bei einem Augenarzte, ein weiteres halbes Jahr bei einem anderen — das Auge wurde immer gepinselt (wohl Lapis), es wurde nicht besser, sondern schlechter. Sie gab, da das Auge zum Sehen schon völlig unbrauchbar geworden, jede Behandlung auf, versuchte nur im vorigen Jahre noch kurze Zeit die Behandlung des arabischen Schwindlers GOLAAM KADER und seines Helfershelfers Dr. DONATH, wodurch aber das Auge natürlich nur noch schlechter wurde. Am 6. October 1900 begann ich zu massiren. Das rechte Auge ist stark nach außen abgelenkt. Die Hornhaut war mit dickem Pannus gleichmäßig bedeckt, das obere Lid sehr wenig gehoben, der Tarsus dick, dessen Bindehaut sulzig-papillär, beginnende Narbenbildung daselbst und an der verkürzten, gleichfalls noch sulzig aufgelockerten, aber körnerlosen orbitalen Bindehaut, starke Secretion. Nach 6 Wochen ist der Pannus bis auf dünnste Reste verschwunden, das Auge besser geöffnet, reizfrei, frei von Secretion und von allen subjectiven Beschwerden.

Frau Sch., 63 Jahre. Vor circa 10 Jahren an beiden Augen an Trachom erkrankt. Auf einer hiesigen Klinik constant in ambulatorischer, zweimal, durch 72 und 21 Tage, auch in stationärer Behandlung, einmal wurde sie an einem Auge gerollt, am

²⁾ Es wird hier nur ein Theil der vorgestellten Fälle ausführlicher referirt.

anderen ausgeschabt; Lapis, Kupfer, Eis; kaum gebessert, immer neuerliche Rückfälle, Pannusrecidiven, Geschwürsbildungen an der Cornea u. s. f., dauernd arbeitsunfähig, lichtscheu. Mitte December 1899 begann ich, der Controle halber nur am linken, damals schlechteren Auge die Massage. Die Corneae waren mit sulzigem Pannus bedeckt, oberflächlich-geschwürige Infiltrate darin, die oberen Lider verdickt, die Lidhaut infiltrirt, die Knorpel mächtig verdickt, Bindehaut derselben von warzig-papillären Excrescenzen bedeckt, Uebergangsfalten verkürzt, sulzig, ohne Körner. Heftige Reizerscheinungen, starke Secretion. Schon nach 4 Wochen so kolossale Besserung am massirten Auge, daß nunmehr von Dr. FRÖHLICH, der mit mir den Fall beobachtete, nach meinen Angaben auch das rechte, unverändert kranke Auge massirt wurde. Im März war die Patientin so gut wie geheilt, natürlich die Bindehaut narbig, die Hornhaut mit Pannusnarben bedeckt, aber die Kranke ist völlig im freien Gebrauche ihrer Augen und blieb es auch seither.

Die vorgestellten Fälle gehören zwei sehr häufigen Kategorien von Trachomkranken an. Die erste Gruppe sind alte Fälle, in denen mächtige Verdickung der Tarsi, Papillarhypertrophie der Bindehaut derselben und beginnende Narbenbildung an der Bindehaut, welche gleichwohl noch allenthalben oder an einzelnen Stellen eine brüchige, sulzige Beschaffenheit hat, bestehen, aber keine Trachomkörner mehr vorhanden sind; fast immer ist die Cornea von dickem, sulzigem Pannus bedeckt, oder es besteht partieller Pannus mit Geschwürsbildung am Rande der pannösen Stellen. Diese Fälle, welche so oft jeglicher Therapie spotten, sind durch Massage in wenigen, 4—6 Wochen der Heilung — d. i. voller Gebrauchsfähigkeit der Augen, raschster Rückbildung, resp. Abheilen des Pannus, der Geschwürsbildungen, Aufheben der subjectiven Beschwerden, der gesteigerten Secretion u. s. w. — zuzuführen. Natürlich kann die Bindehaut nicht normale Beschaffenheit erlangen — das einzige, was wir überhaupt erzielen können, ist möglichst zarte Narbenbildung mit möglichst geringer Verkürzung der Bindehaut; natürlich bleiben entsprechend den vorausgegangenen Veränderungen Hornhauttrübungen bestehen — aber der dickste Pannus wird so zart, daß er durch Besichtigung bei Tageslicht überhaupt nicht nachweisbar ist, die recidivirenden Geschwürsbildungen sind abgeschnitten. Es gibt eine einzige Therapie nach meiner Erfahrung, welche in diesen schweren Fällen meistens ein annähernd gleich günstiges Resultat zu liefern imstande ist: die ausgedehnte Excision der erkrankten Bindehaut. Oft ist diese aber schon infolge weit gediehener Verkürzung der Bindehaut unausführbar, und jedenfalls ist es dem Kranken zuträglicher, wenn ohne Verkürzung der Bindehaut, ohne Operation dasselbe geleistet werden kann. In der That habe ich, seitdem ich die Massage begonnen, seit über 8 Jahren, die Indicationen der Bindehautexcision ganz wesentlich eingeschränkt. Andererseits konnte aber auch in Fällen, die nach Excision ganz vorübergehend gebessert waren, durch Massage dauernde Heilung erzielt werden.

Ich bemerke noch, daß ich in diesen Fällen niemals Ungünstiges von der Massage gesehen habe. Es ist andererseits wohl selbstverständlich, daß auch nach der Massage Rückfälle eintreten können — dagegen schützt überhaupt keine Therapie; aber rechtzeitig angewendet, verhindert die Massage jedesmal eine intensivere Erkrankung.

Eine zweite Gruppe von Fällen zeigt denselben günstigen Einfluß der Bindehautmassage; es sind dies fast völlig abgelaufene Trachome, bei oft wenig ausgesprochener sulziger Beschaffenheit einer fast in toto narbigen Bindehaut, ohne Körnerbildung, ohne Papillarhypertrophie, wo also nicht einmal mehr Excision der Bindehaut möglich ist. Die so häufigen, so oft verkannten Hornhauterkrankungen dieser Fälle, in kleinen, oberflächlichen, meist am Rande der sonst normalen Hornhaut sitzenden Infiltraten, resp. Geschwürchen bestehend, werden durch keine andere Therapie so rasch und so günstig beein-

flußt. Die Massage, im acuten Anfall, der oft mit sehr starken, acuten Entzündungserscheinungen an der ganzen Bindehaut, kleinen Hämorrhagien u. s. f. einsetzt, begonnen, coupirt oft sein Auftreten, verkürzt jedenfalls den Proceß, verhindert meist seine Wiederkehr völlig.

Auch in jenen chronischen leichten Fällen von Conjunctivitis follicularis — von den Dualisten, welche „Trachom“ und „Conjunctivitis follicularis“ als toto coelo verschiedene Processe trennen, Follicularkatarrh genannt —, in denen nicht ausquetschbare Follikel unter ganz geringen Reizerscheinungen bestehen, beseitigt die Massage rasch die Follikel — ein Erfolg, der sonst gewöhnlich nur durch galvanokaustische Zerstörung oder Ausschneidung der Follikel tragenden Bindehaut zu erzielen, und der besonders bei Institutszöglingen nicht gering zu schätzen ist.

Auch bei den meisten anderen, ausgenommen den ganz acuten Trachomformen unterstützt die Massage ganz wesentlich die übrige Behandlung.

Es ist meine unumstößliche Ueberzeugung, daß die Massage in der Therapie des Trachoms sich einen dauernden Platz erringen wird — natürlich nicht als ausschließliche Behandlungsmethode; niemals wird sie die Ausquetschung der Follikel, die allerdings auch durch Massage erfolgt, ganz verdrängen. Nur in einer bestimmten Kategorie von Fällen wirkt sie ganz allein überraschend günstig, aber gerade in solchen, wo die landläufige Therapie — auch Excision! — erfolglos geblieben ist oder nur außerordentlich langsam zur Besserung führt. Ich fasse meine diesbezügliche Ansicht in die Worte eines berufensten Kenners der Mechanotherapie, KUHNT'S³⁾: „Die Massage stellt ein Mittel dar, auf welches im Interesse einer schnellen und guten Heilung der Granulose (s. Trachom) nicht ferner verzichtet werden soll.“

Es ist natürlich nicht möglich, an dieser Stelle ausführlicher auf die Literatur einzugehen; ich erwähne nur, daß von einzelnen Autoren, besonders in der allerjüngsten Zeit, günstige Erfolge der Massage bei verschiedenen Formen von Trachom berichtet, von anderen bei denselben Formen das Gegenteil behauptet wurde. Auf den Grund dieser Meinungsdivergenz komme ich unten zurück. Etwas ausführlicher soll nur jene Art der Massage besprochen werden, welche unter den Namen „Sublimatabreibungen der Bindehaut“, oder KEINING'Sches Verfahren — es wurde von den Brüdern KEINING zuerst veröffentlicht — bekannt ist. Ich habe in einer Mittheilung aus dem Jahre 1891 meine Erfahrungen über dieses Verfahren, welches ich schon vor der Veröffentlichung der Brüder KEINING methodisch angewendet hatte, niedergelegt⁴⁾ — sie ist fast der Vergessenheit anheimgefallen, kein Literaturbericht hat dieselbe erwähnt. Ich habe damals die Sublimatabreibungen — ihren Namen haben sie daher, daß die Bindehaut mit Wattebäuschen, welche in Sublimatlösung verschiedener Concentration getränkt sind, abgerieben wird — als werthvolles Mittel in allen acuten Fällen bezeichnet, für die chronischen sie weniger empfehlenswerth gehalten. Ich sah damals im Sublimat das hauptsächlich Wirksame, und halte meine damalige Meinung bezüglich der acuten Fälle aufrecht. Aber bezüglich der chronischen schweren Fälle habe ich, wie Sie schon aus dem Vorhergehenden ersehen haben, meine Ansicht geändert. Von den Abreibungen zur tiefen Massage übergehend, habe ich gerade bei diesen schwersten Fällen die schönsten Erfolge gesehen; es ist hier die mechanische, nicht die medicamentöse Componente der Behandlung das Wirksame.

³⁾ KUHNT, Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa. Jena 1897 (pag. 91).

⁴⁾ ELSCHNIG, Ueber eine neue Behandlung des Trachoms. Internationale klinische Rundschau, 1891, Nr. 23.

Ueber Resorbinquecksilber.

Dr. J. F. v. Crippa (Linz—Bad Hall).

(Schluß.)

Es sei mir gestattet, hier einige diesbezügliche Krankengeschichten auszugsweise einzuschalten.

Fall II. Infection vor 13 Wochen; Diagnose: Scleradenitis universal.; dichtgedrängtes maculopapulöses Exanthem am ganzen Stamme, den Oberschenkeln und den Armen; Psoriasis palm. man. und plant. ped. — Th. Außer den Bädern und der Trinkcur 20 Frictionen à 3 Grm.; trotz sorgfältiger Mundpflege nach der 12. Inunction heftigere Gingivitis, welche eine 5tägige Unterbrechung der Hg-Cur nöthig macht; das Exanthem nach der 14., die Psoriasis nach der 19. Friction abgeheilt, so daß zum Schlusse der Cur nichts besteht als mäßige Scleradenit. univers., Röthung der Gaumenbögen und beginnendes Leukoderma.

Fall VII. Infection vor 1/2 Jahre; bisheriger Krankheitsverlauf angeblich leicht; bisher eine Frictionscur und Kal. jodat; Diagnose: Scleradenit. univers., großmaculöses Exanthem, Psoriasis palm. man. dextr., Papul. an der rechten Tonsille. — Th. Bäder, Trinkcur, 25 Frictionen à 3 Grm.; während der Cur Gewichtszunahme um ein Kilo; alle Erscheinungen schwinden bis auf mäßige Sclerad. univ. Patient, welcher die Cur im folgenden Jahre (Fall XXX) wiederholt und bei Beginn und Schluß derselben nur Sclerad. univ. in mäßigem Grade zeigt, gibt an, in der Zwischenzeit nur einigemal Plaques im Munde gehabt zu haben.

Fall VIII. Infection vor 8 Monaten; bisheriger Krankheitsverlauf angeblich leicht; Behandlung nach FOURNIER-FINGER; zu Beginn der Cur Pat. noch in der I. Recidive; zeigt großmaculöses Syphilid, Angina spec., Plaques an der Unterlippe und rechten Tonsille. Cur wie bei Fall VII, ebenso der Heilerfolg.

Fall XIV. Infection vor einem Jahre; die Behandlung bestand bisher nur in einigen Frictionen. Diagnose: Scleradenit. universal.; mehrere Gruppen lenticul. Papeln über den ganzen Stamm verstreut. — Th. Bäder, Trinkcur, 20 Frictionen à 4 Grm. Das papul. Syphilid beginnt sich nach der 10. Friction rasch zurückzubilden; gegen Schluß der Cur Gingivitis.

Fall XV. Infection vor einem Jahre; die bisherigen Recidiven angeblich sehr hartnäckig trotz Frictionen und Jodkali. Diagnose: ausgeprägte Scleraden. universal., Psoriasis plantar. et palm., letztere in Abheilung; Plaques an den Tonsillen und der Schleimhaut der Nase (rechts). Cur wie bei Fall XV; Stat. exit. Sclerad. univ., sonst nihil.

Fall XVI. Infection vor 3 1/2 Jahren; häufige und hartnäckige Recidiven; Beginn der letzten vor 1 Monat; bisher symptomatische Behandlung; Diagnose. Scleradenit. universal.; am Stamme und den oberen Extremitäten zahlreiche Gruppen eines lenticulär. Syphilides. — Th. Bäder, Trinkcur, 30 Frictionen à 3 Grm. und 20 Portionen (250 Grm.). Dec. Zittmann. fort. Bald nach Beginn der Cur beginnt sich das Syphilid zu resorbieren und ist zu Ende derselben vollständig aufgesaugt. — Als gebessert sei Fall LXIV angeführt. Infection vor 4 Jahren; angeblich hartnäckige Recidiven; nur zu Beginn und im vorigen Jahre eine energische Hg-Cur, sonst nur Jodkali. Patientin (Potatrix) präsentirt sich mit ausgeprägter Scleraden. univers., Psoriasis. plant. und palm., am rechten Unterschenkel ein serpigineses Syphilid; während der Cur (darunter 25 Frictionen à 3 Grm.) tritt starke Gingiv. und Salivation auf; zum Schlusse die Psoriasis abgeheilt, das serpigineses Syphilid in Resorption.

Auch bei den Fällen tertiärer Lues waren die Erfolge recht günstige; bei 15 gelang es, die Symptome vollständig zum Schwinden zu bringen, bei 11 trat erhebliche Besserung ein und nur bei 4 hatte die Cur zunächst keine nennenswerthe Veränderung bewirkt.

Fall XIX. Infection vor 1 Jahr; symptomatische Behandlung, vor 3 Monaten Paraplegie der unteren Extremitäten und Vesica, verbunden mit Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Schwindelgefühl; auf Quecksilber und Jodkali gehen die Erscheinungen zurück. Bei Beginn der Haller Cur zeigt Pat. Scleraden. univers., unsicheren

Gang und Romberg; es besteht imperiöser Harndrang, die Patellarreflexe sind sehr gesteigert, Impotenz. Nach 30tägiger Cur, darunter 25 Frictionen à 4 Grm., Faradisation der unteren Extremitäten und der Anwendung des constanten Stromes entlang der Wirbelsäule ist der Gang viel sicherer, Romberg fast nicht mehr vorhanden, der Harn kann zurückgehalten werden, die Patellarreflexe nicht mehr so hochgradig gesteigert; Potenz in allerdings noch geschwächtem Grad wieder vorhanden. Die Cur wird im folgenden Jahre wiederholt; in der Zwischenzeit Behandlung nach FOURNIER-FINGER; zum Schlusse der zweiten Cur nichts nachzuweisen wie Scleraden. univers. geringen Grades und eine mäßige Temperatur-sinndifferenz der Haut der rechten und der linken unteren Extremität; $l > r$.

Fall XXV. Infection vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, trotz des von Haus aus schweren Verlaufes im 1. Jahre post. infect. nur sehr oberflächliche Behandlung; erst im letzten Halbjahre nach FOURNIER-FINGER. Diagnose: Scleradenit. univers. Am Stamme und den Extremitäten zahlreiche Gruppen von dunkelbraunen Gummata cutan., theilweise bereits in Resorption. — Th. Trink- und Badecur, 25 Frictionen à 4 Grm. Da Zittmann nicht vertragen wird, pro die $1\frac{1}{2}$ Grm. Kal. jod.; gegen Schluß der Cur geringe Gingivitis; an Stelle der resorbirten Gummata hell- bis dunkelbraun pigmentirte Depressionen der Haut. Im folgenden Jahre (Fall XXXIX) wird die Cur wiederholt; Patient, der in der Zwischenzeit nach FOURNIER-FINGER weiter behandelt wurde, zeigt nur noch theilweise lebhafter pigmentirte Gummataarben; trotz 30tägigen Aufenthaltes können nur 50 Grm. Salbe eingerieben werden, da wegen Gingivitis, Salivation und drohender Stomatitis die Frictionseur dreimal durch mehrere Tage unterbrochen werden muß.

Fall XXVIII. Infection vor $1\frac{1}{2}$ Jahr; schwerer Verlauf, seit $\frac{1}{4}$ Jahre Symptome III Lues; bisherige Behandlung Frictionen.

Patient, der sehr herabgekommen ist (Gewicht 53 Kilo), zeigt außer Anämie und starker allgemeiner Drüsenschwellung ein zerfallendes Gumma an der linken Seite des weichen Gaumens mit Perforation desselben. Nach 35 Frictionen à 2 Grm., der Trink- und Badecur, sowie einer Milchmasteur und $1\frac{1}{2}$ Grm. Kal. jodat. pro die sieht Pat. viel besser aus und hat um $6\frac{1}{2}$ Kilo zugenommen, das Gumma ist vernarbt und die Perforation nur für eine Sonde durchgängig.

Bei Fall LIV, welcher nach vor 3 Jahren erfolgter Infection nebst Scleradenitis ein Gumma in der Fossa poplitea dextr. zeigt, resorbirt sich dasselbe fast vollständig, obwohl wegen Eintrittes heftiger Stomatitis nur 15 Frictionen à 3 Grm. gemacht werden können.

Fall LX (Infection vor 4 Jahren) litt bei mangelhafter Behandlung an häufigen Recidiven. Zu Beginn der Haller Cur Scleraden. univ. und gruppirte Hautgummata am Stamme und insbesondere den oberen Extremitäten, welche nach 25 Frictionen à 3 Grm. größtentheils resorbirt sind.

Fall LXXII. Infection vor 5 Jahren, symptomatische Behandlung; vor einem Jahre apoplectischer Insult mit dreitägiger Bewußtlosigkeit, seither energisch behandelt. Diagnose: Scleraden. univers., Reste von Gummata in der Ellenbogengegend des rechten Armes; am Oberkiefer ein oberflächlich sitzendes Gumma; heftige Kopfschmerzen; zum Schlusse der gemischten Cur (35 Frictionen à $2\frac{1}{2}$ Grm.) Allgemeinbefinden sehr gut, die Gummata geschwunden; mäßige Gingivitis.

Fall LXXV. Infection vor 6 Jahren; häufige Recidiven; erst seit dem Vorjahre energische Behandlung, bis dahin Hg nur intern; zu Beginn der Haller Cur zeigt Pat. außer Sclerad. univers. einzelne Gruppen von Gummata cutanea theils in Resorption, daneben zahlreiche bis erbsengroße Gummataarben. Da sich nach der zehnten Friction Gingivitis mit starker Salivation einstellt, können nur 20 Einreibungen à 3 Grm. mit mehrmaliger Unterbrechung gemacht werden. Zum Schlusse der Cur sind die Gummata größtentheils fast vollständig resorbirt. Im Verlaufe des folgenden Jahres, in welchem eine Wiederholung der Cur stattfindet (abermals starke Gingivitis), treten keine neuen Nachschübe von Gummata auf.

Fall LXXXVII. Infection vor 10 oder 12 Jahren, seinerzeit mangelhaft behandelt; vor einigen Monaten tertiäre Erscheinungen; Sclerad. univers., Pharyng. sicca und mehrere serpiginoöse, oberflächliche Ulcera am harten und weichen Gaumen, welche stellenweise Tendenz zur Ausheilung zeigen. — Th. Außer der gemischten Cur (20 Frictionen à 3 Grm., die Einreibungen mußten wegen drohender Stomatitis mehrmals sistirt werden) Inhalationen von Tassiloquelle; vollständige Ausheilung der Geschwüre.

Im folgenden Jahre (Fall LXXXIX), während welchem sich Pat. sehr wohl fühlt, schwächere Wiederholung der Cur (15 Frictionen à 3 Grm., starke Gingivitis mit Salivation).

Bei Fall LXXXIX kamen die zu Beginn der Cur bestehenden Hautgummata nach 30 Frictionen à 3 Grm. vollständig zur Resorption.

Fall LXXXVI. Infection vor 20 Jahren; Patient, seinerzeit mangelhaft behandelt, leidet angeblich seit einem Jahre an Diabetes, daneben äußerst heftige Kopfschmerzen. Zu Beginn der Cur zeigt er im Nacken und in inguine mäßige Scleradenitis, Tophi am Os occip., besonders rechts, verbunden mit heftigen neuralgischen Schmerzen, die dem Verlaufe der Nerv. occipit. folgen; der I. Ton über der Aorta nicht ganz rein, die Arterien fühlen sich hart an; die Pupillen reagieren prompt, die Patellarreflexe aber fast erloschen; im Harne reichlich Zucker; Pat. klagt über unstillbaren Durst und Schlaflosigkeit, Eßlust gering, Benehmen apathisch. Th. Außer der Trink- und Badecur täglich 2—3 Grm. Natr. jod. und bromat.; auf die Tophi local Empl. einer UNNA; Frictionen können nur 20 à 3 Grm. ausgeführt werden, da nach der 15. heftige Gingivitis und Salivation auftreten, welche eine längere Pause bedingen. 14 Tage nach Beginn der Cur im Harne nur mehr sehr geringe Mengen von Zucker bei noch bestehendem großen Durstgefühl (spec. Gewicht des Harnes 1007); von der Mitte der 4. Woche an kein Zucker im Harn; normales Durstgefühl (spec. Gewicht 1018); zum Schlusse der Cur die Tophi vollständig verschwunden, keine Schmerzen, kein Zucker, Patellarreflexe auslösbar; Schlaf, Eßlust und Stimmung gut; das ursprüngliche Gewicht 76.5, in der Mitte der Cur 69, zu Ende 71.2, soll angeblich vor einem Jahre 90 betragen haben.

Pat. kommt im folgenden Jahre, während welchem einmal im Harne wieder Zucker aufgetreten ist, der auf Frictionen und Jodkali rasch schwand, wieder nach Hall (Fall LXXXIX). Pat. weist keinerlei Symptom auf, nur die Reflexe sind noch etwas träge. Gewicht zum Schlusse der II. Haller Cur 89 Kilo, also + 18 gegen das Vorjahr.

Fall LXXXVIII. Infection vor 21 Jahren; vor 15 Jahren erste-mal Apoplexie, die sich seither noch 7mal wiederholte (das letztmal vor 4 Wochen), auf entsprechende Therapie aber immer rasch zurückging; die Behandlung war in den ersten Jahren post infectionem sehr mangelhaft.

Zu Beginn der Haller Cur zeigt Pat. Sclerad.; die l. Pupille reactionslos, ebenso fehlen die Patellarreflexe, Herztöne rein, aber sehr beschleunigt; im Urin geringe Mengen von Eiweiß; Kopfschmerz, Schwindel, Ameisenlaufen in den unteren Extremitäten. 2mal tritt heftige Gingivitis auf, so daß nur 20 Frictionen à 4 Grm. gemacht werden können. Zum Schlusse der Cur das Allgemeinbefinden sehr gut, die Eiweißmenge im Harne geringer; Puls etc. wie zu Beginn.

Und endlich sei noch Fall CV erwähnt:

Infection vor 25 bis 30 Jahren, höchst mangelhaft behandelt, vor $\frac{1}{4}$ Jahr Hemiplegie. Diagnose: Lymphdrüsenvergrößerung; Ptos. ocul. dextr. Strabism. diverg., Arteriosclerose, Myokarditis, Nephritis (ESBACH zeigt 2), Retinit. bilat. mit beträchtlichen Sehstörungen; Pat. körperlich sehr herabgekommen. Außer der gemischten Cur täglich 1 Grm. Jodnatr.; da mehrmals zur Gingivitis Salivation tritt, welche eine Unterbrechung der Frictionen erfordert, können im ganzen nur 25 à 3 Grm. vorgenommen werden; zum Schlusse der sechswöchentlichen Cur ist der Allgemeinzustand und das subjective Befinden der Pat. viel besser; Ptosis und Strabismus sind geringer; die Sehschärfe hat zugenommen, der Urin enthält noch Eiweiß (ESBACH 0.5—1).

Bei Beurtheilung der raschen und energischen Hg-Wirkung in unseren Fällen dürfen wir freilich nicht übersehen, daß dem Quecksilber zwei mächtige Bundesgenossen zur Seite standen: die Bäder und die Trinkcur. Wohl geht aus den oben citirten Versuchen MÜLLER'S etc. und der praktischen Erfahrung hervor, daß die Resorption des Quecksilbers in erster Linie an die Resorbirbarkeit des Vehikels, i. e. des Constituens der Salbe, gebunden ist. Allein die Menge des durch die Friction thatsächlich eingeriebenen Quecksilbers wird nicht nur von diesem Momente und seiner ursprünglichen Masse, sondern auch von dem relativen Widerstande abhängen, welchen die Haut dem Einpressen der Salbe entgegensetzt. Dieser Widerstand wird sich aus mehreren Factoren zusammensetzen: aus der Zahl, der Passirbarkeit und Weite der einzelnen Hautdrüsenausführungsgänge, sowie aus der Mächtigkeit der verhornten Epidermiszellen. Auf die Zahl der Follikel haben wir natürlich keinen Einfluß, wohl aber auf ihre Weite und Passirbarkeit, sowie auf die Schichten verhornter Epidermiszellen. Durch gründliche und häufige Reinigung werden wir letztere, soweit sie keinem physiologischen Zwecke mehr dienen, entfernen, die Oeffnungen der Drüsenausführungsgänge von Secretresten befreien, dadurch passirbarer machen und insbesondere durch warme Bäder die Weite der Oeffnungen in positivem Sinne beeinflussen (videatur diesbezüglich auch NEISSER, LETZEL, sowie NEUMANN, der sich wenigstens in seinem Lehrbuche sehr warm zu Gunsten der Bäder ausspricht).

Durch eine systematische Badecur erhöhen wir aber auch ganz entschieden die Intensität des Gewebstromes in der Cutis, schaffen also bessere Bedingungen für die Aufnahme und Körperwärtsschaffung der eingeriebenen Hg-Partikelchen; das wird in erhöhtem Maße zutreffen, wenn wir als Badewasser eine Soole wie die Haller Soole benützen, deren stoffwechselanregende Wirkung noch durch Jod- und Bromsalze gesteigert wird. Man hat versucht, die Jodsoolbäder als nicht indicirt für secundäre Syphilis hinzustellen, der Erfolg aber beweist, daß sie zum mindesten wie reine Sool- oder Schwefelbäder auch im secundären Stadium durch Hebung des Stoffwechsels überhaupt günstigen Einfluß auf den Krankheitsproceß, i. e. die Resorption der Krankheitsproducte in der Haut, wie Roseola, Papeln etc., nehmen.

Zweifellos kommt aber auch ein Theil der Erfolge auf Rechnung der Trinkcur, und zwar wieder nicht nur die bei tertiären, sondern auch bei den secundären Fällen. Es wird zwar behauptet (VOLLMER, Archiv für Balneotherapie und Hydrotherapie, 1897, Heft 1), daß die Anwendung von Jodwässern sowie Jod und seinen Präparaten überhaupt nur auf Fälle tertiärer Lues beschränkt bleiben solle; allein dieser Behauptung steht die gegenheilige Ansicht fast aller heute für die Syphilistherapie maßgebenden Autoren gegenüber. Gerade im Frühstadium der Syphilis spielen die Drüenschwellungen eine große Rolle, sind sie doch das erste sichere Zeichen der eingetretenen Allgemeininfektion — und die praktische Erfahrung lehrt, daß die allseits anerkannte günstige Jodwirkung auf erkrankte Lymphdrüsen und -bahnen durchaus nicht Halt macht vor jenen, deren pathologische Veränderung auf Lues zurückzuführen ist.

Die bei unseren Fällen so häufig beobachtete Abnahme der Scleradenitis universal. dürfte wohl in erster Linie der Jodwirkung zuzuschreiben sein. Das Quecksilber bleibt freilich trotzdem unbestritten die kräftigste Waffe gegen das secundäre und wohl auch tertiäre Stadium der Lues.

Es erübrigt noch von den Nebenerscheinungen der Resorbinquecksilbersalbe zu sprechen, welche nicht wie die Gingivitis etc. als selbstverständliche zu betrachten sind. Als solche kamen unter den 107 Fällen einmal Erythema multiforme und zweimal Ekzem zur Beobachtung. Der erste Fall (CVII) betraf einen 8jährigen Knaben mit Lues heredit. (Scleradenit. univers., Pharyng. chron. sicca, Laryngitis); nach der 5. Friction zu 1 Grm. trat mäßige Gingivitis auf; nach

der 7. gesellte sich dazu heftige Salivation und zugleich verbreitete sich über den ganzen Stamm und die Extremitäten ein verschiedengestaltiges Erythem, das sich als so hartnäckig erwies, daß die Frictionen in Hall nicht wieder aufgenommen werden konnten.

Die zwei Complicationen durch Ekzem waren folgende:

Fall LI. Infection vor 3 Jahren, kam vor zwei Jahren mit Symptomen secundärer Lues in meine Behandlung; ich verordnete eine Inunctionscur mit der officinellen Salbe, doch bereits nach der 3. Friction trat universelles Ekzem auf; ein späterer Versuch, eine mit Butyr. Cacao bereitete Salbe zu verwenden, scheiterte ebenfalls an dem neuerlichen Auftreten eines, wenn auch nicht so heftigen Eczemes. Eine tiefe Injection mit Hydr. salicyl. hatte universelles Erythem zur Folge. Mit der Resorbinquecksilbersalbe können 20 Frictionen à 3 Grm. vorgenommen werden; nach der 10. tritt ein mäßiges Ekzema pap. in den Gelenksbeugen (besonders Kniekehlen) auf, welches jedoch bei entsprechender Localbehandlung eine Unterbrechung der Cur nicht nöthig macht.

Fall LXXIV. Infection vor 6 Jahren, häufige Recidiven, besonders in Form von Plaques; symptom. Behandlung. Bei Beginn der Haller Cur geringe Sclerad. universal. und einige bis linsengroße Papeln ad linguam. Frictionen à 2 Grm.; nach der 10. Gingivitis, die sich nach der 12. zu Stomatitis steigert; nach Ablauf der letzteren neuerlich Frictionen, doch nach der 3., respective 15. plötzliches Auftreten eines heftigen Eczema faciei.

Die beiden Ekzeme sind sicherlich als reine Quecksilber-ekzeme aufzufassen und nicht der Salbencomposition aufs Kerbholz zu schreiben. Das erste trat ja nur an einer Stelle auf, welche nicht unter localer Salbenwirkung stand, und beim zweiten Fall bestand — wie aus der Krankengeschichte zu ersehen ist — von Haus aus Idiosynkrasie gegen Mercur.

Wenn wir schließlich die im Vorliegenden ausgeführten Ergebnisse der mit der Resorbinquecksilbersalbe vorgenommenen Frictionscuren zusammenfassen, so müssen wir ein Urtheil fällen, mit welchem das jüngst aus der NEUMANN'schen Klinik erflossene (SILBERSTEIN, Das Resorbinquecksilber, ein Ersatzmittel der grauen Salbe, „Wiener Med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 8) übereinstimmt, daß nämlich die Resorbinquecksilbersalbe gegenüber der officinellen Salbe thatsächlich einen Fortschritt bedeutet.

Sie entspricht mehr wie letztere den ärztlichen Anforderungen, denn

I. die mit Resorbin bereitete Quecksilbersalbe läßt sich rascher in die Haut einreiben; nach dem Urtheile der professionellen Einreiber in ungefähr der Hälfte Zeit; sie wird daher

II. im Durchschnitte eo ipso gründlicher eingerieben werden, wofür auch

III. die relativ energischere Hg-Heilwirkung Zeugniß ablegt, welche

IV. mit der gleichen Aussicht auf Erfolg eine schwächere Dosirung wie bei der officinellen gestattet und endlich

V. erzeugt sie weit seltener Nebenerscheinungen, wie Erythem, Ekzem etc., welche außerhalb der in ihrer natürlichen Wirkung begründeten (Gingivitis) liegen.

Die Resorbinquecksilbersalbe wird aber auch vom Pat. der officinellen vorgezogen, weil ihr

I. der der letzteren eigene, oft so auffallende und widerliche Geruch abgeht, weil

II. die Einreibung weniger Zeit in Anspruch nimmt, und weil sie endlich

III. die Haut nicht so fett und schwarz macht, daher auf der Haut kein unangenehmes Gefühl erzeugt, die Wäsche nicht so beschmutzt und sich infolge dessen überhaupt als eine reinlichere Procedur darstellt.

Referate.

M. LITTEN (Berlin): Ueber amyloide Degeneration mit besonderer Berücksichtigung der Nieren.

In der Mehrzahl der Fälle wird von amyloiden Nieren ein reichlicher, hellblaugelber, klarer Urin von niedrigem spec. Gewicht ausgeschieden, welcher auch bei längerem Stehen kaum ein nennenswerthes Sediment ausfallen läßt. Wenn man auch als Regel zulassen kann, daß amyloide Nieren reichlich secerniren, kann die excessive Steigerung der Nierenabsonderung bei dieser Entartung jedenfalls nicht als die Regel, sondern nur als ein selteneres Vorkommen gelten. Außerdem gibt es keine andere Nierenaffection, bei welcher die Harnabsonderung in den verschiedenen Fällen mit Bezug auf Mengen und Mischungsverhältnisse der Bestandtheile so große Verschiedenheiten und einen solchen Wechsel der Erscheinungen darbietet. Ueberdies werden infolge der hydropischen Ergüsse in das Unterhautbindegewebe und die Körperhöhlen sowie der profusen Diarrhöen, die häufig vorhanden sind, die Harnmengen großen Schwankungen unterworfen sein. Ein bestimmtes, symptomatisches Bild wird sich daher für die Amyloiddegeneration der Nieren mit Bezug auf den Urin überhaupt nicht aufstellen lassen. („Berl. kl. Wschr.“, 1900, Nr. 52.)

Der Urin ist klar und enthält gewöhnlich wenig morphologische Bestandtheile. Es sollen Amyloid-Cylinder vorkommen, wie von einzelnen Autoren behauptet wird; L. hat trotz ganz besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit niemals einen amyloiden Cylinder, sei es innerhalb der Harncanälchen selbst oder im Urin angetroffen, der eine ausgesprochene Reaction mit den bekannten Reagentien gegeben hätte. — Die Darmausscheidungen sind gering; es liegt dies an der geringen Nahrungsaufnahme und dem darniederliegenden Stoffwechsel. Chloride und Phosphate bieten auch kein besonderes Interesse; das Hauptinteresse bietet der Eiweißgehalt.

Die Frage, ob Eiweiß im Harn auftritt oder nicht, ist nach L. abhängig: einmal von der Menge der Eiweißausscheidung in der Niere selbst, und 2. von der Aufnahmefähigkeit der Epithelien der gewundenen Harncanälchen. Das Fehlen der Albuminurie bei der Amyloiddegeneration der Nieren ist keine Rarität. Von den meisten Klinikern wird diese Thatsache noch als etwas ganz Ausnahmeweises mitgetheilt. L. steht auf dem Standpunkt, anzunehmen, daß ungefähr in der Hälfte der Fälle von reinem Gefäßamyloid kein Eiweiß auftritt. Bei allen Fällen reiner Amyloiddegeneration der Niere mit Albuminurie werden die Rindencapillaren mit erkrankt gefunden.

Bei der amyloiden großen weißen Niere fehlt das Serum-eiweiß niemals im Harn und wird stets in so großer Menge ausgeschieden, wie fast bei keiner anderen Form von Nierenkrankheit. 2, 3, selbst 4% und darüber findet man gar nicht selten neben reichlichem Gehalt an geformten Elementen. Was die amyloide Schrumpfnieren anbetrifft, so besitzt L. drei Fälle davon, wo kein Eiweiß ausgeschieden wurde; in den übrigen Fällen wurde stets Eiweiß in geringerer Menge ausgeschieden als bei der vorigen Form, aber meist ungleich reichlicher als bei der einfachen Schrumpfnieren. Was die letzte Form, die große bunte Niere, anbetrifft, so wird dabei auch sehr viel Eiweiß ausgeschieden, 3, 4, selbst 5%, und außerdem Blut; dies ist die einzige Bedingung, unter welcher L. bei Amyloiddegeneration der Niere Blut hat ausscheiden sehen.

B.

A. KÜHN (Rostock): Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen (Hetol).

Die Zimmtsäure, bezw. das zimmtsaure Natron (Hetol) wurde von LANDERER als ein Mittel eingeführt, welches eine aseptische Entzündung in der Umgebung tuberculöser Herde erzeugt und auf diesem Wege zur Ausheilung führt. Die Reaction auf intravenöse Zimmtsäurereaction äußert sich zunächst in der Bildung eines Leukocytenwalles um den tuberculösen Herd, woran sich Bindegewebswucherung anschließt. Von hier aus wandern Leukocyten

in den Herd ein, ebenso entwickeln sich Gefäße und Spindelzellen in demselben. Der Herd wird durchwachsen, die nekrotischen Massen werden aufgesaugt und man hat schließlich eine Narbe an der Stelle des Tuberkels.

Es ist dies ein Heilungsproceß, wie er nach Anwendung des neuen Tuberkulins beobachtet wird, doch handelt es sich bei der Zimmtsäure nicht um eine spezifische Wirkung. Die klinischen Berichte über die Wirkungsweise des Hetols lauten bis jetzt zum größten Theil äußerst günstig und rechtfertigen eine Nachprüfung des Mittels. Im Vergleich zu den Erfolgen der Heilstättenbehandlung erscheinen die Erfolge des Hetols insofern bemerkenswerth, als sie auch an vorgeschrittenen Fällen und an ambulanten Material erzielt wurden. Verf. hat seine Versuche an einem nicht ausgewählten klinischen Material angestellt. Zur Verwendung kam eine 10%ige Lösung von Hetol in zugeschmolzenen Glastuben. Nach Abbrechen der Glasspitze und Eröffnung der Tube wurde der Inhalt vermittels einer Pravazspritze direct intravenös injicirt. Die Technik war dabei leicht; die durch eine um den Oberarm gelegte Binde gestauten Venen ließen sich meist sofort treffen und die Injection war völlig schmerzlos. Irgend eine locale Reaction wurde, da stets aseptisch verfahren wurde, niemals bemerkt. Die Dosirung geschah genau nach den Angaben LANDERER'S; es wurde in allen Fällen mit 0.01 Grm. begonnen und jeden zweiten Tag injicirt („Münc. med. Woch.“, 19. März 1901). Die Steigerung der Dosis richtete sich nach dem Allgemeinbefinden und den etwaigen Reactionen; meist betrug sie 1/2 Mgrm. Die Gesamtzahl umfaßt 11 mit Hetol behandelte Fälle, so daß ein Schluß auf die Wirkungsweise des Mittels daraus nicht gezogen werden kann. Es ergibt sich nur daraus, daß die Injectionen unschädlich, leicht ausführbar und daher auch in der Praxis anwendbar sind. Die beobachteten Heilerfolge waren gering und konnten ebensogut dem Wechsel der Lebensweise des Patienten, der besseren Verpflegung und der für die Nahrungsaufnahme nicht unwichtigen psychischen Wirkung zugeschrieben werden. Ueberdies handelte es sich meist um vorgeschrittenere, zum Theil mit Erkrankungen des Kehlkopfes oder des Darmes complicirte Fälle. Es scheint die Zimmtsäurebehandlung besonders bei beginnenden Fällen indicirt, aber es darf gerade in solchen Fällen die Heilstättenbehandlung nicht in den Hintergrund gedrängt werden, sondern es käme am ehesten eine Combination beider Heilfactoren in Betracht.

Gegen die Zurückführung der Heilwirkung des Hetols auf die Erzeugung von Leukocytose und die Bildung eines Leukocytenwalles um die tuberculösen Herde spricht der Umstand, daß andere Mittel, welche — wie Kampher, Pilocarpin, gewisse Bitterstoffe etc. — gleichfalls Leukocytose erzeugen, keine Heilwirkung gegenüber der Tuberculose entfalten. Vorläufig ist es nicht möglich, eine sichere Erklärung der Heilwirkung der Zimmtsäure und ihrer Präparate bei der Tuberculose, wie sie klinisch mehrfach festgestellt wurde, zu geben.

M. K.

SCHLESINGER (Dresden): Beitrag zur Technik der LORENZ'schen Reposition der congenitalen Hüftgelenkluxationen.

Die LORENZ'sche unblutige Reposition weist bis heute immer noch eine ziemlich große Unfallsstatistik auf. Quetschungen des Dammes und der Genitalien, Druck des überstreckten Kopfes gegen die Femoralgefäße, Schenkelhalsfracturen und Zerrungslähmungen sind namentlich bei älteren Kindern relativ häufige Begleiterscheinungen der Einrenkung, bezw. der Einrenkungsversuche. Diese Nebenverletzungen hängen mit dem bei der Einrenkung entfaltenen kolossalen Kraftaufwand zusammen und lassen sich durch das vom Verf. mitgetheilte Vorgehen, welches geringeren Kraftaufwand erheischt, vermeiden („Münc. med. Woch.“, 19. März 1901). Das Verfahren wird in folgender Art durchgeführt: Nach Mißlingen des ersten Repositionsversuches wird das Becken von einem Assistenten mit den Händen fixirt, während ein zweiter das Bein scharf in die Stellung drückt, von der aus das Einschnappen des Kopfes stattfindet. In dieser Stellung wird ein Gypsverband angelegt, der 3—4 Tage liegen bleibt.

Am ersten Tage sind meist ziemlich heftige Schmerzen vorhanden, in einigen Fällen trat auch Oedem der Vulva auf. Nach der Verbandabnahme wird der Einrenkungsversuch wiederholt, und es ist auffallend, wie die Reposition, die das erste Mal selbst mit großem Kraftaufwande nicht möglich war, jetzt meist mit spielender Leichtigkeit gelingt. In einem Falle konnte festgestellt werden, daß die Hüfte sich im Verbande eingelenkt hatte. Sollte es auch jetzt nicht gelingen, ohne besondere Gewaltanwendung den Kopf über den hinteren Pfannenrand zu bringen, so wird das Bein neuerlich eingegypst. Mit zweimaligem Verband, d. h. dreimaligem Einrenkungsversuch, ist Verf. bisher in den schwersten Fällen ausgekommen. Die Wirkung der Verbände dürfte wahrscheinlich darin bestehen, daß die Kapsel im Verbande gedehnt wird. Der Kopf preßt sich dann gegen den Kapselsthumus und sucht durch diesen, gleichwie ein Knopf durch ein Knopfloch hindurch zu schlüpfen.

M. K.

TAUSZK (Budapest): Beiträge zur Dosirung des Morphium im Greisenalter.

Senile Individuen, Männer und Frauen in gleicher Weise, zeigen Idiosynkrasie gegenüber Morphium und Opium („Ung. med. Presse“, 1901, Nr. 1).

Diese Idiosynkrasie fehlt bei solchen, die schon einmal mit Morphium oder Opium behandelt wurden. Die Idiosynkrasie offenbart sich nach den normalen oder noch kleineren Dosen von Morphium oder Opium in einem geringgradigen acuten Morphinismus, der nicht nur nach T.'s Erfahrungen, sondern auch nach den diesbezüglichen Angaben Anderer nicht so schwer und gefährlich ist als bei Kindern. Die nur kurze Zeit dauernde Verabreichung von Morphium oder Opium hat nicht chronischen Morphinismus, resp. die Steigerung der Symptome des Morphinismus, sondern die Toleranz gegenüber diesen Mitteln zur Folge.

Bei uns näher nicht bekannten senilen Individuen haben wir die Morphium- oder Opiumbehandlung, wenn nöthig bei der ersten Gelegenheit nur mit kleinen Dosen zu beginnen und uns möglichst lange der subcutanen Morphiumapplication zu enthalten, so lange, bis wir die Disposition des betreffenden Individuums gegenüber Morphium erkannt haben.

N.

BATTISTINI und ROVERE (Turin): Klinische Beobachtungen über die Anwendung von Salz- und Kohlensäurebädern in der Behandlung der Herzkrankheiten.

B. und R. sind bei Bereitung der Bäder nach den SCHOTT'schen Regeln vorgegangen. Um das Bad brausend zu machen, haben sie manchmal auch die SANDOW'schen Tabletten versucht, doch am häufigsten Natrium bicarbonicum und Salzsäure angewandt („Ztschr. f. phys. u. diät. Ther.“ 1901, Bd. 4, H. 7). Der Blutdruck wurde mit dem RIVA-ROCCI'schen Apparate vor, während und nach dem Bade gemessen. Die Beobachtungen geschahen immer vormittags, um dieselbe Stunde, ziemlich weit von der Mahlzeit. Die Badebehandlung wurde in 13 Fällen (zusammen 139 Bäder), also an einem nicht allzugroßen Materiale, durchgeführt. Die Ergebnisse der Autoren lauten dahin, daß sich nach dem Bade die Pulsfrequenz fast immer um 12—20 Schläge verringert; diese Verminderung erhält sich einige Stunden lang und verbleibt im allgemeinen als eine letzte Wirkung der Cur. Arrhythmien neigen zur Verminderung, ohne vollständig zu verschwinden. Die Bäder sind auch von Einfluß auf Höhe und Kraft des Pulses.

In den meisten Fällen hatten B. und R. Blutdruckvermehrung mit Maximis von 40 Mm. Diese Vermehrung stand immer im Verhältniß zur Concentration und zu dem Kohlensäuregehalte des Bades. Bei vielen Fällen constatirten sie nach den ersten Bädern Verminderung des Drucks und Symptome von Herzschwäche, die jedoch vorübergehend und von Drucksteigerung gefolgt waren. Gleizeitige, resp. vorherige Digitalisdarreichung erhöhte die günstige Wirkung. Die Herzdämpfung zeigte als unmittelbare Wirkung der Bäder keine Aenderung, die Wirkung auf die Harnmenge war nur in wenigen Fällen bemerkbar; in den meisten Fällen erlangte man eine subjective Besserung g.

Br.

RICH. POTT (Halle a. S.): Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder.

In einem längeren Vortrage erstattet der Autor eine Art Bericht über das von ihm im Laufe der Jahre beobachtete Krankematerial. Diese Beobachtungen decken sich vollständig mit dem, was seit Jahren über die Schicksale hereditär-luetischer Kinder in der Literatur mitgeteilt und damit Gemeingut eines großen Theiles der Aerzte wurde. P. sieht in seinem Berichte („Münchener med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 8) von den frühzeitig geborenen Kindern oder von solchen, die zwar ausgezogen alle Zeichen der Lebensschwäche an sich haben, ab und spricht bloß von den rechtzeitig, anscheinend gesund geborenen Kindern mit annähernd normalen Größen- und Gewichtsverhältnissen. Die unmotivirten Todesfälle, die wir bei hereditär-luetischen Kindern manchmal beobachten, sind zum Theil auf diese mangelnde Lebensenergie zurückzuführen, denn oft findet sich bei der Section gar kein Anhaltspunkt. Viel häufiger aber wird der Tod „durch das Hereinragen fötaler Visceralsyphilis ins Säuglingsalter“ herbeigeführt. Genannt werden in dieser Beziehung die interstitiellen Pneumonien. Da bei diesen interstitiellen Pneumonien die Neigung zu acuten Entzündungen besonders ausgesprochen ist und sich zu ihr Pleuritiden, Bronchitiden, Pleuropneumonien gesellen, so ist die Diagnose luetischen Ursprungs überhaupt nicht oder doch nur vermuthungsweise zu stellen. In zweiter Linie werden die syphilitischen Nierenentzündungen genannt, die sich gleichfalls fast ausschließlich auf das interstitielle Gewebe erstrecken. Der Autor ist geneigt, auf diese Nierenerkrankungen einen Theil jener Fälle zurückzuführen, die unter Krämpfen zugrunde gehen. Thymus, Milz und Leber werden seltener durch ihre Erkrankung die Todesursache abgeben, dagegen kommen die an sich zwar nicht bedeutenden Haut- und Schleimhautaffectionen darum besonders in Betracht, weil sie Einbruchspforten für septische Infection schaffen und die eiterigen Entzündungen seröser Häute gewiß auf diesem Wege zustande kommen.

Nach dem ersten Lebensjahre nimmt die Mortalität der hereditär-syphilitischen Kinder, die auf ungefähr ein Drittel veranschlagt wird, mit jedem Monate mehr und mehr ab, und es macht sich in diesen späteren Stadien wohl kaum mehr die Syphilis, als vielmehr ihre Nachwehen geltend. Gemeint sind anämische Zustände, ferner der Einfluß des Giftes auf das Gesamtwachsthum und die Pubertätsentwicklung, insbesondere das Stehenbleiben auf infantiler Stufe, schließlich Gesichts- und Gehörsstörungen, die HUTCHINSON'schen Zähne. Selbstverständlich können auch in diesem Stadium noch Zerstörungen gummöser Natur auftreten.

Wenn der Autor sich aber bei Beobachtung eines Falles von Gelenkerkrankung mit anschließender Chorea oder bei Eintritt essentieller Kinderlähmung die Frage nach einem eventuellen Zusammenhang mit dem syphilitischen Gifte vorlegt, so scheint das eher geeignet, Verwirrung als Klarheit zu schaffen. DEUTSCH.

ERLENMAYER (Bendorf): Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilstätten.

Für diejenigen Nervenkranken im engeren Sinne, bei denen Ermüdungs- oder Erschöpfungszustände (Neurasthenie) das Krankheitsbild beherrschen, kommt die Arbeit als Behandlungsmethode nicht in Betracht, weil sie von diesen Kranken entweder gar nicht oder nur mit einer Steigerung ihrer Krankheitserscheinungen geleistet werden kann. („Berliner klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 6.)

Bei denjenigen Nervenkranken im engeren Sinne, bei denen Erregungszustände (Nervosität) das Krankheitsbild beherrschen, bewährt sich körperlich-mechanische Arbeit als ein vorzügliches und schnell wirkendes Heilmittel.

Bei denjenigen Nervenkranken im engeren Sinne, die Combinationen mit psychopathologischen Erscheinungen aufweisen (Verstimmungs- und Angstzustände, autosuggestive Zwangsvorstellungen etc.), bewährt sich die Arbeit insofern von Nutzen und Vortheil, als sie die psychopathologischen Zugaben zu beseitigen und auf diesem Wege die eigentlichen Nervenerscheinungen zu bessern vermag.

Bei einem anderen Theile der Nervenkranken im engeren Sinne, die sehr gut arbeiten können (Hysterie, Epilepsie etc.), gewinnt die Arbeit keinen Einfluß auf die eigentliche Nervenkrankheit.

Rückenmark- und Gehirnkranken eignen sich in der Regel nicht für die Arbeitsbehandlung.

Die historische Gerechtigkeit verlangt, ausdrücklich zu betonen, daß die Arbeitsbehandlung in unseren Nervenheilstätten seit 25—30 Jahren eingeführt ist und nach den Erfahrungen der Nervenanstaltsärzte bei geeigneten Fällen zur Anwendung gebracht wird. G.

LÖWENSOHN: Beitrag zur Casuistik der medicamentösen Augenerkrankungen.

Verf. berichtet („Jeschenedelnik“, 1900, Nr. 48) über folgende, in praktischer Beziehung sehr beachtenswerthe Fälle:

1. Der 34jährige Patient ersuchte den Verf. um eine Augenuntersuchung und machte folgende Angaben: Er habe seit längerer Zeit an Bandwürmern gelitten und auf Anrathen eines Arztes eine Abtreibungscur durchgemacht. Er habe ca. 80 Grm. Extractum filicis maris eingenommen und sei eine halbe Stunde darauf an Uebelkeit und Erbrechen erkrankt und bald bewußtlos geworden. Als er aus der circa 24 Stunden anhaltenden Bewußtlosigkeit erwachte, machte er die Wahrnehmung, daß er das Sehvermögen eingebüßt habe. Das rechte Auge erholte sich nach 24 Stunden soweit, daß Pat. mit demselben größere Gegenstände zu unterscheiden vermochte; nach weiteren 24 Stunden war das Sehvermögen am rechten Auge wieder fast normal, während mit dem linken Auge Pat. noch immer nichts zu sehen vermochte. Bei der Untersuchung erwiesen sich die äußeren Theile der beiden Augen als normal, desgleichen die Regenbogenhäute und Augenkammern. Die linke Pupille zeigte der rechten gegenüber eine unbedeutende Erweiterung, die Reactionen der beiden Pupillen waren jedoch einander gleich. Weder im Glaskörper, noch in der Netzhaut waren Blutergüsse oder deren Spuren aufzufinden. Die Netzhaut des linken Auges war anämisch, ihre Arterien waren schmaler als die des rechten Auges; Venen normal, nicht geschlängelt. Die linke Papille zeigt deutliche Contouren: die Papille selbst ist von glänzend weißer Farbe, besonders in ihrer äußeren Hälfte. Netzhaut und Papille des rechten Auges normal, wenn auch hier die Papille nur eine schwache Rosafärbung zeigt. — Man hatte also hier eine vollständige Amaurose, hervorgerufen durch den Gebrauch des erwähnten Bandwurmmittels.

2. Der 70jährige Pat. klagte über Lichtscheu und Brennen im linken Auge. Rechtes Auge normal. Außere Hüllen des linken Auges gleichfalls normal, Schleimhaut der Lider leicht hyperämisch, zugleich besteht eine pericorneale Hyperämie, besonders an der Außenseite. Unbedeutender Thränenfluß, augenscheinlich durch die Lichtscheu verursacht. Im äußeren Theile der Hornhaut bestehen zwei punktförmige flache Geschwürcchen mit infiltrirtem grauen Grund; im unteren Theil der Hornhaut befindet sich ein kleines längliches Infiltrat von grauer Farbe, das mit intactem Epithel bedeckt ist. Iris normal, Pupille verengert, reagirt gut auf Licht; Augenkammern rein, Augengrund normal. Das Gesicht des Kranken, besonders die Stirn, ist mit Aknepusteln bedeckt und zeigt Spuren einer Salbe. Auf Befragen gab der Pat. an, seit 5 Tagen eine Salbe zu gebrauchen, wobei er seit dem 3. Tage nach dem Einreiben im linken Auge Brennen empfindet. Die Salbe erwies sich als eine Chrysarobin-Lanolinsalbe 10:30. Die Salbe wurde sofort beseitigt. Die weitere Behandlung bestand in Einträufelungen von Atropin und Application von feuchtwarmen Umschlägen. Schon nach 2 Tagen wurde der Grund der Geschwürcchen reiner und das Infiltrat geringer. Resultat: vollständige Genesung.

Es unterlag somit keinem Zweifel, daß die Augenerkrankung auch in diesem Falle als Nebenwirkung eines Medicamentes, und zwar des Chrysarobins, zu betrachten war. L—y.

FLICK (Graz): Ein Controlversuch zur Glykoformal- und combinirten Paraformaldehyddesinfection.

Die Versuche des Verf. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 8/9) haben gezeigt, daß die LINGNER'sche Desinfectionsmethode den anderen Methoden überlegen ist, was umso mehr betont wird, als in dem Versuche die vorgeschriebene Glykoformalmenge um die Hälfte vermindert wurde, während von den 50 Testobjecten nur 10 offen gelagert waren und die Resultate schon nach bloß fünfständiger Einwirkung erzielt wurden. Verf. hält ferner die von ihm vorgeschlagene Lehmabdichtung der Räume (mittels Modellirthon) für sehr wesentlich (und zwar nicht nur für die Formaldehyddesinfection, sondern für jede Gasdesinfection), da sie jeden Gasverlust unmöglich macht und damit zugleich die Belästigung und Gefährdung bewohnter Nebenräume ausschließt. Zugleich folgert Verf. aus seinen Versuchen, daß bei Anwendung der LINGNER'schen Desinfectionsmethode im Verein mit der erwähnten exacten Abdichtung jede Verschleppungsgefahr durch das Desinfectionspersonal ausgeschlossen ist. Dr. S.

SIEBERTH (Nürnberg): Zur Aetiologie der Pulpitis.

In der letzten Zeit wurde von ARKÖVY und ZIERLER ein Bacillus gangraenosus pulpae als Erreger der Gangrän der Zahnpulpa beschrieben. Verf. konnte nun bei seinen im hygienisch-bacteriologischen Institut zu Erlangen unter Leitung Prof. HEIM's an 134 Pulpen, die die verschiedensten Erkrankungsformen aufwiesen, ausgeführten Untersuchungen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 10/11) keinen Bacillus entdecken; hingegen fand er, falls überhaupt Keime nachweisbar waren, constant Streptokokken. Auch glaubt Verf. auf Grund seiner Befunde die Ansicht jener Autoren widerlegen zu können, welche annehmen, daß die Mikroorganismen auf dem Wege der Blutbahn zur Pulpa gelangen. Vielmehr meint Verf., daß die Streptokokken, vielleicht hauptsächlich infolge ihrer Eigenschaft, in einer Richtung fortzuwachsen, sehr wohl eine harte, dünne Dentinschicht durchdringen können. Dr. S.

BRUNN (Göttingen): Alkoholdämpfe als Desinfectionsmittel.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 10/11), das 75- und 50%iger Alkohol auf Milzbrandsporen vermöge ihres genügend hohen Wasser- und Alkoholgehaltes am intensivsten einwirken. Weitere Verminderung des Alkoholgehaltes führt wegen zu geringer Alkoholmenge zur Verringerung der bactericiden Kraft; natürlich erfolgt, wenn der Alkoholgehalt gleich Null ist, eine plötzliche Steigerung des Desinfectionsvermögens (strömender Dampf!). Verringerung des Wassergehaltes unter den des 75%igen Alkohols führt sehr schnell sogar bis zu vollständigem Verschwinden der bactericiden Eigenschaft, da die ungequollenen Sporenmembranen wahrscheinlich für Alkohol undurchgängig sind. Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Gynäkologie. Bearbeitet von E. Bumm, Basel etc. In 3 Bänden herausgegeben von J. Veit in Leiden. 3. Bd., II. Hälfte, 2. Abtheilung. Mit 66 Abbildungen im Text und auf den Tafeln IX—XI. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Seinen Abschluß findet das bereits allerwärts rühmlichst bekannte VEIT'sche Handbuch der Gynäkologie in der kürzlich erschienenen zweiten Abtheilung der 2. Hälfte des III. Bandes. Sie enthält die Bearbeitung der Hämatokele, der Krankheiten der Tuben, der allgemeinen Peritonitis und des Sarkoma uteri. Den Schluß des Bandes bildet das Endothelioma uteri und ein Nachtrag zu den Erkrankungen des Beckenbindegewebes, nämlich noch das Capitel „Fremdkörper im Beckenbindegewebe“.

Die Bearbeitung der Hämatokele übernahm WINTERNITZ in Tübingen und führte selbe in glänzendster Weise durch. Es gibt wohl kaum ein anderes Capitel in der Gynäkologie, das im Verlaufe der letzten Jahrzehnte, seitdem diese Disciplin so enorme Fortschritte gemacht, eine derartige Umwandlung erfahren, wie eben das der Hämatokele, und zwar infolge der gewonnenen Erfahrung, daß dieser Krankheitsproceß in gar zahlreichen Fällen nur den Folgezustand einer ektopischen Gravidität darstelle. Infolgedessen sticht namentlich dieses Capitel aus der Feder WINTERNITZ' von gleichinhaltlichen Monographien, die noch vor nicht langem erschienen, in vortheilhaftester Weise ab. In das Capitel der Tubenerkrankungen theilten sich KLEINHANS, ein junger Prager Gynäkologe, und VEIT, und zwar in der Weise, daß ersterer die Bearbeitung der Aetiologie und pathologischen Anatomie und letzterer die der Symptomatologie, Diagnose, Prognose, sowie Therapie übernahm. Auch betreffs dieses Capitels muß gesagt werden, daß die Bearbeitung desselben eine ausgezeichnete ist. Eine Neuerung in der Anordnung des Stoffes bedeutet die Besprechung der Peritonitis als eigeres Capitel. Dadurch erst wurde es ermöglicht, Peritonitiden eigenen spezifischen Charakters, wie insbesondere die gonorrhöischen, deren Monographie bisher fehlte, hervorzuheben und abgeschlossen zu behandeln. Namentlich aus dem Grunde wäre dieses Capitel, das zu seinem Verf. DÖDERLEIN hat, dem Praktiker als besonders lesenswerth anzupfehlen. Sehr gründlich und allen Anforderungen entsprechend ist das von A. GESSNER gelieferte Capitel über das Sarkoma uteri bearbeitet. Im Capitel „Endothelioma uteri“ macht uns G. in kurzen, aber treffenden Zügen mit diesem erst seit wenigen Jahren richtig erkannten und gedeuteten Krankheitsproceß bekannt. In einem Nachtrage zu seiner bereits früher in diesem Sammelwerke erschienenen Arbeit über die „Erkrankungen des Beckenbindegewebes“ theilt ROSTHORN den einzigen, von BANDL herrührenden Fall mit, in dem ein Fremdkörper (das Stück einer Sonde) im Beckenbindegewebe gefunden wurde.

Abgeschlossen wird der Band mit einem Namen- und Sachregister. Nun, da das ganze große VEIT'sche Handbuch vorliegt, läßt sich sagen, daß alle Bände desselben gleichwerthig sind, infolgedessen es ein Werk bildet, das seinesgleichen nicht hat und nicht nur das beste deutsche gynäkologische Sammelwerk ist, sondern auch das beste überhaupt, das gleichinhaltliche, nicht-deutsche himmelhoch überragt. Die Ausstattung des Werkes entspricht dessen innerem Werthe.

KLEINWÄCHTER.

Allgemeine Chirurgie und Operationslehre. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte von **Dr. med. Arno Krüche**. 7. Aufl. Mit 132 Abbildungen. Leipzig 1900, Johann Ambrosius Barth (Arthur Meiner).

Im Rahmen eines Compendiums trachtet KRÜCHE die Grundzüge der allgemeinen Chirurgie und der Operationslehre darzustellen und, soweit dies in diesem engen Rahmen möglich ist, kann die Aufgabe als gelöst betrachtet werden.

Als Vortheil dieses Büchleins kann hervorgehoben werden, daß die historische Entwicklung der Anschauungen über die verschiedensten Themata geschildert und nicht die gerade herrschende Ansicht allein mitgeteilt wird, so daß es auf diese Weise eher gelingt, dem Leser eine gewisse Selbständigkeit im Urtheil anzugewöhnen. Welch einer Beliebtheit sich dieses Büchlein unter der studirenden Jugend erfreut, ist daraus zu ersehen, daß sich die Nothwendigkeit herausgestellt hat, in kurzer Zeit 7 Auflagen zu veranstalten.

h—.

Taschenbuch der Krankenpflege für Aerzte, Pflegerinnen, Pfleger und für die Familie. Herausgegeben vom Geheimen Medicinalrath **Dr. L. Pfeiffer**. Dritte, vollständig umgearbeitete Auflage. Mit Abbildungen. Weimar 1900, Hermann Böhlau's Nachf.

Die Krankenpflege ist in der neueren Zeit eine Wissenschaft (Hypurgie) geworden, und sowohl an den Arzt, wie auch an die Pflegerin werden jetzt viel größere Ansprüche gestellt, als früher. Das Taschenbuch verfolgt den Zweck, diese Aufgabe zu erleichtern und den Fortschritten gerecht zu werden, welche die Krankenpflege in den letzten Jahren erfahren hat. Die einzelnen Capitel, wie: Temperatur und Puls, Ausscheidungen des Menschen, Wohnungshygiene, Ernährung, Infectiouskrankheiten und Pflege bei denselben, Pflege bei inneren Krankheiten und dgl. sind durchgehends von hervorragenden Mitarbeitern geschrieben, und es genügt, die Namen FÜRBRINGER, GÄRTNER, MENDELSON, NOTHNAGEL, PFEIFFER, REINEBOTH, STINTZING aus der Reihe der Mitarbeiter herauszugreifen, um anzudeuten, welches Gepräge das Büchlein trägt. Das mit zahlreichen Abbildungen versehene Taschenbuch kann als Lehr- und Nachschlagebuch für Pfleger und Pflegerinnen bestens empfohlen werden.

ERDHEIM.

Feuilleton.

Zur Abstinenzfrage.

Epilog zum letzten Antialkoholismus-Congresse in Wien.

Von **Prof. Dr. Moriz Benedikt**.

Es ist dringend nothwendig, dem Prologe¹⁾ zu dem verunglückten Congresse einen Epilog hinzuzufügen, um alle jene wissenschaftlichen Selbargumente, welche gegen den normalen Genuß der weingeistigen Getränke vorgebracht wurden, auf ihre Nichtigkeit zurückzuführen. Es war ein sonderbarer internationaler Congreß, der unter der Voraussetzung arbeitete, die Mitglieder verständig die verbreitetste Verständigungssprache Europas und die vorwiegendste Sprache aller Congresse, die französische, nicht. Wenn die Hochschule von G abnitz ein Localcomité zur Leitung zusammengesetzt hätte, es hätte sich nicht unweltmännischer benehmen können.

Der Congreß zeichnete sich durch die Abwesenheit der Fachcelebritäten aus dem Auslande aus. Wo blieben die großen Psychopathologen und Sociologen aus Italien? Sah man Herrn MAGNAN, den eigentlichen Schöpfer der Alkoholismuslehre, sah man die Herren BROUARDEL, LACASSAGNE, TARDE, ROUSSEL, CASIMIR PERIER aus Frankreich? Waren die Philanthropen, Sociologen und Pathologen aus England vertreten? Wo blieben FRANZ v. LISZT, MENDEL und BAER aus Berlin? Hatten sich VAN HAMEL und VAN DER LAAS aus Holland betheiligt? Legitimirt sich nicht als Vertreter der russischen

Regierung ein Mann, der den phänomenalen Satz aussprach: das schlechteste Wasser sei besser als Wein?, Fehlten nicht auch aus Oesterreich hervorragende Fachmänner, wie ZUCKER und HUEPPE aus Prag und MARKOVIC aus Graz? Nur eine Persönlichkeit ersten Ranges kam aus Brüssel, der Bismarck der Wohlfahrtsbewegung und der Wohlfahrtsgesetzgebung, LE JEUNE, und dieser erklärte, er wäre am ersten Tage des Congresses abgereist, wenn er nicht zum großen Theile meinethalben nach Wien gekommen wäre. Beim Abschiede befragt, mit welchem Eindrucke vom Congresse er abreise, antwortete er: „Je suis triste.“ Daran war zum kleinsten Theile das unqualificirbare Benchmen der verantwortlichen Congreßleiter ihm gegenüber schuld, vielmehr vor allem der Inhalt der Discussionen.

Fragen wir uns, warum die Celebritäten, wie ich es vorausgesagt habe, sich fernhielten, so lautet die Antwort dahin, daß dieser Congreß erfahrungsgemäß in seiner Majorität sich aus Monomanen, aus fanatischen Unzulänglichen und aus vordringlichen, marktschreierischen Naturheilärzten zusammensetzt, mit denen ernste Männer umso weniger in eine Debatte und Discussion sich einlassen, als dieselben Fragen auf allen Patronage- und Gefängnißcongressen sowie auf jenen für Criminalanthropologie von den ernstesten Fachmännern aller wissenschaftlichen und praktischen Richtungen, die auch mehr als eine Sprache verstehen, behandelt werden, und zwar unter der Aufmerksamkeit aller civilisirten Regierungen. Nur in Oesterreich hat die officielle Welt bisher kein Verständniß für die Bedeutung dieser Congreßverhandlungen gehabt.²⁾

²⁾ Wie pervers und unzulänglich tonangebende Wortführer des Congresses waren, geht daraus hervor, daß das von MAX GRUBER angegebene günstige Resultat

¹⁾ S. „Wiener Med. Presse“, 1901, Nr. 14.

Das moralische Fiasco dieses Congresses hatte aber noch eine andere Ursache; es fehlte jene geistig beherrschende Ueberlegenheit der Leitung, welche einer solchen Zusammenkunft Bedeutung verleiht.

Der Congreß handelt von einer social-wichtigen Vergiftung durch Mißbrauch eines verbreiteten Genußmittels. Die Leitung eines solchen Congresses ist daher verpflichtet, als einleitenden Vortrag die Denkmethodik zu entwickeln, nach der solche Vergiftungen beurtheilt werden müssen. Eine solche „Adresse“ müßte auseinandersetzen, wie sich jeder Organismus gegen Vergiftung zur Wehre setzt durch Kampf und Widerstand gegen die schädigende Wirkung. Sie müßte hervorheben, daß jedes Genus und jede Species der thierischen Welt eine andere Aufnahms- und Widerstandsfähigkeit besitzt, ferner, daß vorausgegangene Einwirkungen, und zwar nicht bloß auf Individuen, sondern auf die ganze Ascendenz, die Art der Reaction beeinflussen.

Wenn zum Beispiel ein Elephant dritthalb Kilo Cyankalium braucht, um zugrunde zu gehen und er jedenfalls ein jeweiliges Sonntagsfrühstück von einem halben Kilo dieses Giftes durch lange Zeit ohne wesentlichen Schaden genießen kann, so wird es doch niemandem einfallen, dem Menschen, auf das Körpergewicht berechnet, eine entsprechende Dosis des Giftes zu verabreichen. Ebenso widersinnig ist es, nach den Verhältnissen beim Menschen die Dosen auf das Körpergewicht von Meerschweinchen, die zudem früher nie selbst getrunken, noch Immunität von den Ahnen geerbt haben, zu reduciren, und die erzielten Resultate als vergleichbar mit jenen beim Menschen verwerten zu wollen. Ein kritisches Schweifchen, an die Mittheilung solcher Versuche angehängt, kann einen Werth für eine Fachgesellschaft haben. Auf einem Laiencongresse bringt die Mittheilung solcher Versuche nrr mit Gruseln verbundene Verwirrung hervor.

Ein solcher Vortrag würde auch verhüten, daß auf die Trunksucht Dinge geschoben werden, die in erster Linie auf angeborene Abartungen und Entartungen und mit scharfer Betonung auf Elend und Unglück zurückzuführen sind. Wir werden darauf noch zurückkommen.

Merkwürdiger Weise wissen wir, wie HASKOVEC in seiner im Erscheinen begriffenen Arbeit betont, blutwenig über die physiologischen Wirkungen des Alkohols, und die Wissenschaft hat daher heute kein Recht, gegen die brutalen Erfahrungen des Lebens anzukämpfen.

Die Wissenschaft hat die Veränderungen nachgewiesen, welche chronische Trinkexcesse hervorrufen, und man bemüht sich bisher vergebens, den Mechanismus, besonders der acuten Vergiftung, darzulegen. Was in dieser Richtung vorliegt, ist ein sehr unvollständiges Bruchstück. Hingegen ist besonders die culturale Bedeutung des Alkoholgenusses wissenschaftlich vollständig unbekannt. Ich will nur daran erinnern, daß man seit Jahrtausenden die Einführung des Weinbaues als einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der geistigen Cultur und der Willensenergie angesehen hat. OPPOLZER und SKODA haben uns die Bedeutung des Bieres für die Ernährung gelehrt und welche rettende Bedeutung dies z. B. für Tuberculöse habe. Daß herabgekommene Trinker, wie alle physisch Herabgekommenen leichter der Tuberculose zum Opfer fallen, ist selbstverständlich, und ökonomisch und physisch herabgekommene Schwindsüchtige verfallen natürlich aus Verzweiflung und Noth der Trunksucht, und auch ein geringer Mißbrauch wird für sie fatal.

Wir wollen einige Argumente hervorheben, wie sie auf dem Congresse zu Gunsten der absoluten Abstinenz vorgebracht wurden, und welche die angenommenen Vorzüge eines mäßigen Genusses von Alcoholicis als unberechtigt darlegen sollen. Man hat es denn doch nicht gewagt, die Bedeutung der Alcoholicis für die Wärmeökonomie

von Alkoholdarreicherung bei tiefem Kräfteverfall einen Protest hervorrief, obwohl eine jahrtausendalte Erfahrung am Menschen diesem Experimentalergebnisse entspricht. An dieser Erfahrung hatte übrigens ein Meerschweinchenverhalten nichts geändert. Ebenso widersprachen die Monomanen Herrn WAGNER-JAUREG, als er hervorhob, daß eine plötzliche absolute Entziehung des Alkohols bei Trunksüchtigen gefährlich sei, da man so leicht Delirium tremens erzeuge. Aerzte, welche bei Collaps keinen Alkohol anwenden und ein Delirium tremens aus Rechthaberei hervorrufen, können leicht gemeingefährlich werden, und die Justiz müßte ihnen mit voller Schärfe entgegenreten. Ich will bei dieser Gelegenheit auf das vom russischen Leibmedicus HIRSCH so warm empfohlene Spermin-POEHL hinweisen, das nach dem, was ich darüber erfuhr, äußerst geeignet sein soll, der Alkoholintoxication entgegenzuwirken.

des Organismus abzuleugnen. Man hat aber gesagt, die Wirkung sei flüchtig!

Nun weiß man aber seit der präalkoholischen und prähistorischen Zeit, also seit vielen, vielen Jahrtausenden, daß der Mensch, wenn er auch gut gefrühstückt hat, auch zu Mittag und Abend essen muß, also daß auch alle Nahrungsmittel nur sehr flüchtig wirken. Dieser edlen Eigenschaft aller Nahrungsmittel verdanken wir also den gehäuften Genuß des Hungerstillens, und warum soll man dem armen Alkohol das vorwerfen, was eine Eigenschaft alles dessen ist, was wir zur Erhaltung unseres Leibes und zur Stärkung unserer Seele genießen?

Die tausendjährige Erfahrung, daß ein „guter Tropfen“ während des Essens die Essenslust anregt und ein Schlückchen Cognac oder Kümmel die Verdauung befördern und unangenehme Empfindungen, welche durch allgemeine oder individuelle Unverdaulichkeit des Genossenen rege werden, wegzuschaffen imstande sind, sollte aus dem Wege geschafft werden, indem behauptet wurde, der Alkohol betäube nur unser Unlustgefühl und zur Verdauung trage er nichts bei. Wenn aber die Meisten von uns heute, wenn wir Margarinestatt statt echten Speisefettes zu schlucken bekommen, einen verdorbenen Magen bekommen, und wir beobachten, daß ein Schluck Cognac das Leiden wegschafft, so kann das nicht von einer Wegschaffung des Unlustgefühls herrühren, denn die schwerere Verdaulichkeit von Margarin, das ist die schwerere Zersetzung und Resorptionsfähigkeit, sind die Ursache des Leidens und nicht eine Caprice der Magenerven. Wenn das Margarinestatt unter dem Einflusse des Alkohols seine Schädlichkeit verliert, so beweist dies, daß der Alkohol die unschädliche Verarbeitung erleichtert und die schädlichen Zersetzungen und die dadurch hervorgerufenen Intoxicationen verhindert. Der Alkohol, den Nahrungsmitteln beigemischt, erhöht den Durchdringungsdruck derselben.³⁾

Mit vielem Pathos wurde vorgebracht, daß die Euphorie durch Alkohol eine Selbstbelügung, eine Fälschung unseres Bewußtseins sei.

Ich will dieser Selbstbelügung als Psychomikroskopiker — wie mich Herr LE JEUNE zu nennen pflegt — auf den Leib rücken. Die größte „Lebenslüge“, um den genialen Ausdruck IBSEN's zu gebrauchen, ist das Ichbewußtsein, welches uns in Gegensatz zur Außenwelt mit ihrer Unendlichkeit an Individuen und mit ihrer Unendlichkeit von Zeit und Raum setzt. Würden wir nicht fort und fort unter dem Drucke des von der Natur uns tiefest eingepprägten Ichbewußtseins stehen, wir würden von unserer Nichtigkeit erdrückt werden, allen Lebensmuth und alle Lebensfreude verlieren und beim kleinsten Ungemach zum Stricke greifen.

Ebenso benöthigt der Mensch in Noth und Elend, bei harten Schicksalsschlägen und überhaupt bei unglückseliger Existenz künstliche Euphorie, wenn er nicht verzagen soll; der glücklich Situirt kann sich durch geistige und künstlerische Genüsse, durch Zerstreuungen aller Art solche Ablenkungen verschaffen, die ihn vor Verzweiflung schützen. Den Aermsten unter den Aermsten bleibt oft nichts übrig, als sich die Euphorie beim weingeistigen Getränke zu holen.

Es wäre ein furchtbarer, verbrecherischer Raub an dem Anspruche der Unglücklichsten auf euphorische Anregung, wenn ihnen auch der mäßige Genuß von Alcoholicis entzogen würde. Die legendarische Ausschmückung eines „künftigen“ Lebens zeigt von dem unendlichen Bedürfnisse nach Euphorie; es genügt aber selbst dem Gläubigsten nicht, das Lebenselend durch lange Zeit mit sich fortzuschleppen.

Der Mensch würde übrigens mit unwiderstehlichem Triebe nach anderen, noch gefährlicheren betäubenden Mitteln greifen, wenn ihm der Alkoholgenuß entzogen würde.

Ich will auch auf das Gruseln zurückkommen, das Herr Professor KASSOWITZ bei den naiven Philanthropen durch die Schreckbilder des Alkoholismus bei Kindern erregt hat. Ein solcher edler

³⁾ Ich meine hiemit den exosmotischen Druck, der eigentlich bei der Verdauung ein endosmotischer wird. Wenn wir den Ausdruck „Durchdringung“, und zwar von lebenden Filtern gebrauchen, so kann er sich auf das Eindringen oder das Herausdringen beziehen.

Menschenfreund stellt sich dabei gewiß vor, daß mindestens jedes zehnte Proletariertkind an Alkoholismus zugrunde geht. In der That aber hat man in der Poliklinik unter 90.000 kranken Kindern nur zwei beobachtet, die Opfer des Alkoholismus wurden, also 1 : 45.000, und die Zahl der Geschädigten ist überhaupt nicht groß.

Es sind ganz andere Vorkehrungen als die Ausbreitung von Abstinenzvereinen, welche die schädliche Verabreichung von Alkohol an Kinder und besonders an Säuglinge verhindern können. Es sind zunächst die armen Mütter mit ausgetrockneter Brust, welche den Hungerschrei des Kindes mit Alkohol betäuben. Um dies zu verhindern, sollen die Patronagevereine diesen Müttern täglich einige Schüsseln gut geschmalzener Nudeln und einige Krügel guten Märzenbieres verschaffen, und die Ursache der Alkoholvergiftung des Säuglings fällt weg.

Eine andere Ursache der Alkoholvergiftung von Säuglingen liegt in den Verhältnissen verkommener Familien und von Müttern, die ihre Brut hassen. Die Gesellschaft und die Patronagevereine mögen Kinder verkommener Leute vom ersten Anfang den Eltern entziehen und die Kinder vor physischem, geistigem und moralischem Verderben schützen. Der geläuterte Strafvollzug der Zukunft und die wirksame Anwendung von Gesetzen auf Trunksüchtige werden in Zukunft überhaupt die Zeugung und das Gebären durch degenerierte Leute in hohem Grade einschränken und so die entsetzliche Vergiftung von Kindern durch trunksüchtige Eltern präventiv hintanhalten.

Gegen die excessive Anwendung, besonders von Wein, in der Erziehung von Kindern hat NOTHNAGEL vor einigen Jahren wenigstens mit großem localen Erfolge das Wort ergriffen, und ich habe von jeder als gewöhnliches Kindergetränk: „Gänsewein“ empfohlen. Die Kinderheilkunde hat geschäftig viele Theorien über Kinderernährung aufgebaut, welche durch die Erfahrung sich als schädlich erwiesen haben. Die Ueberfütterung mit Fleisch und Wein hat die Kinder blutleer und nervös gemacht, und der wunderbarste Lehrer des Stoffwechsels, nämlich der Instinct und die tausendjährige Erfahrung, wurden ignorirt. Die Kinderheilkunde wird in ihrer Peripetie wieder einen Moment auf einem Punkte beharren müssen, wo sie wiederum so gescheit wie die alten Weiber werden wird, und die Ernährungsvorgänge werden dann nicht nach der Uhr der Kinderärzte, sondern nach dem Zeitmaße der Natur geregelt werden. Nur ein gewissenloser Rechthaber wird es aber unterlassen, dem Heranwachsenden in geeigneten Fällen Wein oder Bier zu verabfolgen, und eine Entziehung von Bier — oder wie es in Italien Sitte ist, von Rothwein —, welche die Milchsecretion der Ammen so günstig beeinflussen, wäre ein gefährlicher Uebelstand für weite Bevölkerungskreise.

Mit welchem falschen Pathos Trinkexcesse aufgebauscht werden, haben wir gesehen, als ein Redner mit Stentorstimme den internationalen Rekrutenrausch als eine Entwürdigung der Menschheit hinstellte. Allein bedenken wir, daß ein junger Mensch plötzlich aus seinem Berufe, aus seinem Elternhause, aus seiner Heimat, vielleicht auch von seinem lieben Schatz weggerissen wird, daß er vor sich die eisernen Klauen der Disciplin sieht, so muß man froh sein, wenn der junge Soldat die Situation mit einer gewissen Euphorie auffaßt, wenn er z. B. den Umstand, daß er zum Militär genommen wird, als ein erfreuliches Zeichen seiner physischen Gesundheit empfindet, und anstatt mit abstinenzmuckerischen Kameraden mit einer künstlich erzeugten Alkohol-euphorie über den kritischen Moment hinwegkommt. Jeder militärische Kenner wird in exceßfähigen jungen Leuten strammere Vaterlandsvertheidiger erblicken als in nüchternen Abstinenzlern. Aus einem jungen Menschen, der zu keinem Excesse fähig ist, wird niemals ein energischer Vertheidiger des Vaterlandes werden.

Wir wollen nun auf einen Kernpunkt der ganzen Frage eingehen. Jedes Land hat durch die Trunksucht ein physisches, geistiges und moralisches Deficit. Der Trunksüchtige vergiftet seine Descendenz, er ist ein fortwährender Candidat für das Zucht- oder Narrenhaus. Würde dieses Deficit verschwinden, wenn jede Möglichkeit des Genusses berauscher Getränke ausgeschlossen wäre? Die Antwort lautet für Jeden, der tiefer zu blicken imstande ist: Nein. Das Deficit würde um einen gewissen, nicht allzu großen

Percentsatz abnehmen, aber diese Trunksüchtigen würden doch zum weitaus größten Theil erfolgreiche Candidaten der Vagabundenhäuser, der Gefängnisse und der Irrenhäuser bleiben. Die Trunksucht ist eben zum größten Theil ein Symptom der Degeneration, nicht die Ursache derselben.

Der niederösterreichische Landesauschuß hat es erhoben, daß es in dieser Provinz circa 2500 Trunkenbolde gibt, wovon er selbst nur circa 700 als heilbar ansieht. Die praktische Ausführung dieser Heilversuche wird diese Zahl bedeutend herabdrücken. Aber selbst wenn dies nicht der Fall wäre, so würde die Zahl der Unverbesserlichen doch circa 1700—1800 betragen. Diese stellen mit wenigen Ausnahmen das sociale Deficit der Provinz dar, und die Zahl würde wenig herabgedrückt werden, wenn überhaupt kein Alkohol mehr genossen würde.

Ein noch nicht reifer Criminolog mag aus einer schlecht durchdachten Statistik herausklügeln, daß der Alkoholismus eine mächtige Schuld an dem Verbrechen trage; ein erfahrener und denkender weiß, daß umgekehrt die verbrecherische Natur und die derselben äquivalente Prostitution das Hauptcontingent der Trunksüchtigen liefert.

Wenn wir also einen Theil der Trunkenbolde als ohnehin verlorene Menschen, als den eisernen Bestand des gesellschaftlichen Deficits auffassen müssen, so müssen wir uns andererseits fragen, was aus den energisch Trinkenden wird, die von Haus aus gut angelegte Naturen sind.

Diese Frage beschäftigt mich seit circa 40 Jahren, und ich hatte reichlich und suchte die Gelegenheit, sie zu beantworten. Eine sozusagen classische Gelegenheit hatte ich während meiner freiwilligen Militärdienstzeit, und ich kann darüber berichten, weil heute wohl Niemand mehr von den Betreffenden am Leben ist. Ich war im Stande eines Artillerieregiments, und von den älteren Oberlieutenants aufwärts waren alle Herren aus dem altösterreichischen Bombardiercorps und daher aus recrutirten Handwerkern und Bauernburschen hervorgegangen. Diese Herren waren in der großen Mehrzahl sehr starke Trinker, und eine zwanzigstündige, ununterbrochene Libation gehörte nicht zu den Seltenheiten. Die lange damalige Dienstzeit gestattete, aus den vorher genannten Elementen tüchtige, mathematisch und technisch geschulte Officiere zu erziehen, die durch ihren Muth und ihre Kaltblütigkeit wahre Idealsoldaten waren, und Viele von ihnen rückten auch bei langsamstem Avancement in die höchsten Chargen hinauf, wurden also alt. Moralisch und social zugrunde an der Trunksucht sind wenige gegangen; Unfug trieben zuweilen manche von ihnen. Nur den einen Uebelstand konnte ich beobachten, daß sie bei der Cohabitation unvorsichtig und daher vielfach inficirt waren.⁴⁾

Andererseits habe ich es mir durch viele Jahre angelegen sein lassen, nachzusehen, was aus den trunkfreudigsten Studenten wird, und da konnte ich feststellen, daß mit Ausnahme weniger Verbummelter, gerade aus diesen Freudigen die tüchtigsten und bedeutendsten Männer aller höheren Berufsklassen hervorgingen. Es ist dies nichts Ueberraschendes, wenn man bedenkt, daß die Jugend, die keine Excentricitäten und keine Thorheiten zu begehen imstande ist, vielleicht einen guten spießbürgerlichen Stock für die Gesellschaft liefern kann, aber keine denkenden und geistes-sprühenden Männer und vor allem keine thatkräftigen Führer der Menschheit.

Man sieht, daß das Gespenst des Alkoholismus nicht gar so fürchterlich ist, als es für den Uneingeweihten aussieht; es bleibt aber für den Einsichtigen gewiß noch genug des Schreckens übrig, den zu paralyisiren Aufgabe der Patronage, der Fürsorge des Staates und der Gesetzgebung ist. Man muß aber volle Klarheit und Offenheit haben, um nicht Lufthiebe statt kräftiger Streiche zu führen.

Die Abstinenz als taktisches Mittel, um Schwache und Widerstandsfähige zu retten, hat gewiß ihre Berechtigung, und man

⁴⁾ Trunksucht ist bekanntlich weiters eine Gefahr bei schweren Verletzungen, da letztere leicht Veranlassung zum Ausbruche von Delirium alcoholicum bieten. Auf unseren chirurgischen Abtheilungen gehört ein solches Delirium zu den Ausnahmen, als Beweis, daß bei uns die Trunksucht keine abnorme Verbreitung hat.

könnte selbst Irrthümer ruhig hinnehmen, wenn leider nicht die Thatsache in den Vordergrund treten würde, daß diejenigen, welche sich der Abstinenzbewegung anschließen, zum weitaus größten Theile ruhig weitertrinken könnten, weil von ihnen kein die Gesundheit und die Moral gefährdender Exceß zu befürchten ist. Diejenigen aber, für welche die Abstinenz von Bedeutung wäre, schließen sich der Bewegung nicht an, und die Degenerirten würden sich auch bei Abschluß aller äußeren Möglichkeiten den Genuß gegohrener Getränke verschaffen, ebenso wie die alten Germanen sich ihren Meth und ihr Bier, als die Fabrication sich in einem vorembryonalen Zustande befand, durch Hausindustrie verschafften. Damit soll aber nicht gesagt werden, daß das Gesetz vor Allem die Möglichkeit der Verführung durch Trunkenheitsgesetze und durch Maßregeln, z. B. beim Militär, möglichst einschränken soll.

Einen Erfolg hat der Congreß jedenfalls gehabt: die durch Obstruction lahmgelegte Thätigkeit des Parlamentes hat es verhindert, daß Trunkenheitsgesetze und besonders ein Gesetz über Trinkerasylo zustande gekommen ist. Der Congreß hat es der Regierung, dem Parlamente und der Bevölkerung nahegelegt, daß hier ein definitiver Zustand geschaffen werden muß. Es war vielleicht kein Unglück, daß hier die Gesetzgebung etwas hinausgeschoben wurde, weil bei der mangelnden Erfahrung ein Gesetz über Trinkerasylo zustande gekommen wäre, das viele Enttäuschungen bereitet hätte. Es ist kein Zweifel, daß die Trinkerheilstätten ein relativ spärliches Resultat liefern können, und daß neben denselben Trinkersiechenhäuser und außerdem Asylo für irrsinnige Trinker errichtet werden müssen. Nur in einer ausgiebigen und rücksichtslosen Detention der unheilbaren Alkoholiker liegt die Gewähr einer Prävention zahlreicher Verbrechen und der Zeugung vieler von Haus aus abgearteter Individuen.

Interessant und lehrreich war das Verhalten der Factoren des öffentlichen Lebens gegenüber dem Congresse. Die Regierungskreise hatte ich durch eine vor einiger Zeit unabhängig vom Congresse erschienene Abhandlung: „Alkoholismus und Verbrechen“ in einer juristischen Zeitung orientirt. Alle Factoren traten mit einer gewissen Unsicherheit auf, denn die Abstinenzbewegung existirt einmal, ist „modern“ und nöthigt alle zu einer gewissen Vorsicht, denn moderne Richtungen können den Parteien und auch der Regierung Schaden bringen, selbst wenn sie an und für sich unberechtigt sind. Ich erinnere nur an das Verhalten der verschiedensten Kreise gegenüber der „Secession“ in der Kunst. Eine richtige Umgestaltung der Kunst im Sinne der modernen Geistes- und Gefühlsrichtung wird von allen Einsichtigen erwartet und verlangt. Aber die tendenziöse Secession hat sich als eine Vereinigung gezeigt, die sich aus begabten Geschmacksverderbern aus commerciellen Gründen, aus Vernunft- und Geschmacksabstinenten und speculativen Talentearenzen zusammensetzte. Die Secessionisten haben glücklicherweise durch den Versuch einer gewaltsamen Einflößung der KLIMT'schen „Medicin“ wenigstens die Wiener Bevölkerung gründlich von dem langjährigen ästhetischen Alpdruck befreit.

Es ist also nicht zu verwundern, daß die verschiedensten Parteien sich der Abstinenzbewegung bemächtigen wollten. Vor allem fanden sich die Clericalen ein, und sie bedachten nicht, daß der Wein ein fixer Bestandtheil des kirchlichen Inventars ist und daß bisher viele Klöster sich rühmten, die Cultur des Weines, besonders eines guten Tropfens, den gläubigen Völkern gebracht zu haben.⁵⁾

Auch die Vertreter jener Richtung, welche dem öffentlichen Leben Oesterreichs und besonders Wiens das christlich-socialen Geschwür versetzt haben, traten in Action. Aber der erschrockene Herr von Wien und Niederösterreich erkannte bald, daß die „Hauer“ (Weinbauern), die Wirtho und alle Schankberechtigten und deren mächtiger Anhang Wähler seien, und daß der gesunde Menschenverstand selbst des „dümmsten Kerls“ von Wien vermöge des angeborenen bon sens der Oesterreicher sich eine Entziehung

⁵⁾ Der Grundsatz: „Abstinemus“ ist nach dem Kirchenrechte ein Hinderniß für die Priesterweihe.

durch Doctrinen nicht gefallen ließe. Er rief seinen abstinenten Anhängern ein Halt! zu. Trotzdem kann gerade diese Partei das Verdienst in Anspruch nehmen, die Frage der Trinkerheilstätten für Niederösterreich zuerst in die Hand genommen zu haben.

Ich habe in dem Prolog zu dem Congresse der Arbeiterpartei das wichtigste Votum in der Alkoholismusfrage zugesprochen. Leider waren die Wiener Führer dieser Partei bei dieser Gelegenheit nicht auf der Höhe ihrer Aufgabe. Mit witzelndem Hohn tritt man der Lösung dieser schweren Probleme nicht näher, und es amüsirte mich, daß einer von den Parteiführern, auf dessen Nase eine lange Alkoholgeschichte gezeichnet ist, sich mir gegenüber als Abstinenzler erklärte. Wenn all der Alkohol, den dieser Mann in seinem Leben „vertilgt“ hat, in einem Bassin gesammelt würde, so könnte er darin nicht nur baden, sondern große Schwimmtouren unternehmen. Er gab mir zu, es als Student gar wüst getrieben zu haben, und ich bemerkte ihm, daß, wenn er dies nicht gethan hätte, er wohl nicht imstande gewesen wäre, sich selbst gegenüber und den damals überwältigend feindlichen Kreisen jene temperamentvolle Rücksichtslosigkeit zu üben, die heute noch wie zu jenen Zeiten ein unabweisliches Erforderniß eines Arbeiterführers ist.

Leider ist VAN DER VELDE, der belgische Arbeiterführer aus Brüssel, nicht auf dem Congresse erschienen. Er erfreut sich im Momente seiner Flitterwochen und war offenbar der Meinung, daß er etwas Gescheiteres zu thun habe, als sich mit den Schmöckereien der Congreßabstinenten abzugeben. Dieser Mann, der sich von KANT seine Denkmethode geholt hat, und seine Partei haben die Alkoholfrage zum großen Theile einer vernünftigen Lösung zugeführt. Der belgische Arbeiter duldet keinen Trunkenbold in der Werkstätte und in den Fabriken; die Trunkenbolde überläßt VAN DER VELDE seinem Freunde und Kampfgenossen für Volkswohlfahrt, LE JEUNE, dem Chef der belgischen Patronage, und der Fürsorge des belgischen Staates. Patronage und Staat haben sich mit dem Trunkenbolde zu beschäftigen; es ist ihre Aufgabe, die Heilbaren der Heilung zuzuführen und die Unheilbaren in staatliche Verwahrung zu nehmen.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die combinirte Wirkung der hypnotischen und diuretischen Mittel auf die Function der Nieren berichtet PIROCCHI („Il Policlinico“). Aus den über dieses Thema angestellten Experimenten bei Thieren ergibt sich, daß, wenn man Chloral mit Coffein zusammen darreicht, sich die diuretische Wirkung dieses letzteren Medicamentes in bedeutender Weise hebt. Auch mit Arbutin übt Chloral dieselbe günstige Wirkung. Mit Diuretin und mit Kalinitrat wirkt die gleichzeitige Darreichung von Chloral nicht in constanter Weise auf die durch diese zwei Mittel selbst schon erheblich gesteigerte Diurese. Mit Natriumnitrat hat Chloral keine besondere Wirkung. Außer dem Chloral vermehren auch Paraldehyd und Curare die diuretische Wirkung des Coffeins. P. hat ferner die combinirte Wirkung von Duboisinsulfat mit Coffein, Natriumnitrat, Diuretin, Arbutin auf die Diurese studirt. Mit diesen verschiedenen Mitteln vergesellschaftet, vermochte das Duboisinsulfat die Diurese bei den Versuchsthiere noch mehr zu steigern als bei einfacher Darreichung von diesen schon für sich selbst diuretisch wirkenden Mitteln.

— Zur Behandlung der acuten und chronischen Malaria empfiehlt LEMANSKI („Bull. gén. de Thérap.“, 1900, Nr. 8) hypodermatische Injectionen von Chininum bimuriaticum. Er gebraucht folgende Formel:

Rp. Chinin. bimuriatic. 3'0
Aq. destill. sterilisat. 6'0

Die Lösung ist klar und hält sich gut, die Injectionen sind kaum schmerzhaft und werden gut vertragen. Nebenerscheinungen (Abscesse, Phlegmonen etc.) traten nie ein. Meist genügen zwei Injectionen, um die heftigsten Fiebererscheinungen weichen zu machen, selten sind drei oder vier nöthig. Die Injectionen können

während der vollen Fieberperiode gemacht werden. Das Fieber vermindert sich darnach bald, um dann 2 oder 3 Stunden nach der Injection vollständig aufzuhören. Die Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, ohne starke Schmerzen und unangenehme Nebenerscheinungen fürchten zu müssen, stellen den großen Vortheil dieser Behandlungsmethode dar. Wenn die Kranken kein Fieber mehr zeigen, hört man mit den Injectionen auf und gibt nun Chinin innerlich, um Rückfälle zu vermeiden. Nach L. sollten die hypodermatischen Injectionen von Chinin so oft und so schnell als möglich angewandt werden, weil durch sie auch die schweren Zufälle bei pernicioser Malaria am besten vermieden werden.

— Als **Medicationen bei Hyperidrosis** werden empfohlen („Centralbl. f. Therap.“, 1901, Nr. 4):

Rp. Acid. trichloracet.	
Bals. peruv.	aa. 1'0
Chloral. hydr.	
Acid. formic.	aa. 5'0
Spirit. vini	ad 100'0
D. S. Zur Einreibung.	
Rp. Empl. diachyl. compos.,	
Ol. lini	aa. 15'0
D. S. Salbe.	
Rp. Formalini.	
Spirit. vini	aa. 40'0
D. S. Zum Einreiben; vor Mund und Nase ein in Terpentinöl getränkter Schwamm zu halten.	
Rp. Acid. salicyl.	3'0
Amyl. pur.	10'0
Talc. venet.	87'0
D. S. Streupulver.	
Rp. Tannoformii	30'0
Amyl. pur.	45'0
Talc. venet.	25'0
D. S. Streupulver.	
Rp. Resorcini	3'0
Acid. salicyl.	2'0
Spirit. vini	ad 200'0
D. S. Zum Einreiben.	

— Eine neue **Behandlungsmethode der weiblichen Urethralgonorrhoe** bespricht LEUBE („Derm. Centralbl.“, 1900, Dec. — „Klin. therap. Woch.“). Er hat bei derselben das von NEISSER aufgestellte Princip, eine länger dauernde und ausgiebige Einwirkung geeigneter Medicamente auf alle Strecken der voll entfalteten Schleimhaut zu bewirken, zur Ausführung gebracht. Er benützt Glasstifte in der Länge der weiblichen Urethra (3·4 bis 4 Cm.), die an der Spitze absolut gerundet, an der anderen Seite mit einem plattenförmigen Ansatz versehen sind, der das Hineingleiten des Glasstiftes in die Blase verhindern soll. Die Stifte sind entsprechend dem Verlaufe der weiblichen Urethra schwach gekrümmt. Durch die Einführung der Stifte bei entsprechender Dicke werden alle Falten der Urethra geglättet und alle Recessus und Ausführungsgänge von Drüsen für ein zwischen Stift und Harnröhrenwand befindliches Medicament zugänglich gemacht. Man führt zunächst ein mit dem entsprechenden Medicament versehenes Urethralstäbchen ein, nachdem die Pat. kurz zuvor Urin gelassen hat, und bringt nach völligem Zerfließen desselben, etwa nach 5 Minuten, den Glasstift in die Urethra. Man kann auch Stifte einführen, welche mit dem gewünschten Medicament überzogen sind. Ist der Stift in die Urethra eingeführt, so legt man ein Wattebäuschchen auf dessen Platte und zieht darüber eine T-Binde, welche an eine um den Leib gezogene Gazebinde befestigt wird. Nach einer halben Stunde entfernt man den Stift.

— Zur **Behandlung der Bronchitis foetida bei Bronchiektasien** ist folgende Medication angezeigt („Journ. Méd. d. Brux.“ — „Allg. Wr. Med. Ztg.“):

Rp. Plumbi acetici	0·03
Terpin.	0·15—0·30
Pulv. Doweri	0·10—0·15
F. pillulae. 3—4 solche Pillen täglich.	

Von Zeit zu Zeit setzt man mit diesen Pillen aus und nimmt folgende Lösung:

Guajacol.,	
Sol. Fowleri	aa 8'00
Eucalyptol.	4'00
10—20 Tropfen Früh und Abends.	

— Bei **Hämoptyse im Verlaufe der Lungentuberculose** empfiehlt **LEUBE** das Chinin in der von HUCHARD („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 8) angegebenen Receptformel:

Rp. Ergotin.	
Chinin. sulfur.	aa. 2'0
Pulv. fol. Digital.	
Extr. Hyoscyami	aa. 0'2
Mf. pill. Nr. 20. Consp.	
D. S. 5—8—10 Pillen täglich zu nehmen.	

— Gegen **Malaria** verschreibt CIPRIANI das **Chininum eosolicum** in folgender Arzneimischung („D. Med. Ztg.“ — „Pharm. Ztg.“):

Rp. Chinin. eosolic.,	
Ferr. reduct.	aa. 5'0
Strychn. sulfur.,	
Acid. arsenicos.	aa. 0'1
Extract. Gentian. qu. s.	
Ut. f. pillul. Nr. 50.	

Dosis für **Erwachsene** 3mal täglich 2 Pillen während der Mahlzeiten; für **junge Leute** 3mal täglich 1 Pille während der Mahlzeiten. Dosis für **Kinder** 1—2 Pillen täglich, unter Berücksichtigung des Alters und je nach den Umständen. Diese Receptformel erwies sich nicht nur bei den von der Malaria herrührenden, sondern auch bei den aus anderen Krankheiten resultierenden anämischen Zuständen als sehr nützlich und erfolgreich. Bei anämischen Frauen erzielte C. durch die Anwendung dieser Pillen stets die normale Wiederkehr der Menses und sogar auch das Schwinden von mehr oder minder copiöser Leukorrhoe.

— Ueber **Eisensomatose** äußert sich WILCOX („The New Albany med. Herald“, Oct. 1900) in folgender Weise: „Wir haben in der **Eisensomatose** eine Verbindung, welche das Eisen in leicht assimilirbarer Form enthält; wir haben in ihr ein Heilmittel, welches das Blut auf die normale Zusammensetzung bringt; ein Präparat, welches zu gleicher Zeit nährt und die stark reducirten Gewebe wieder aufbaut.“ Deswegen, und weil sie auch absolut keine Verdauungsstörungen hervorruft, bezeichnet Verf. die Eisensomatose bei Anämie als ein ganz hervorragendes Mittel.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachprose.“)

II.

Discussion über Herzmittel und Vasomotorenmittel.

Schott (Nauheim) hält die Kräftigung des Herzens in erster Reihe für notwendig. Bei stärkerer Contraction des Herzens werden auch die Vasomotoren, die eine untergeordnete Rolle spielen, gleichzeitig mit angeregt. Für die Wirkung der Herzmittel ist die Concentration und Anwendungsart derselben nicht gleichgültig, besonders beim Kampher.

Jacob (Cudowa) bestätigt die Angabe SAHL's, daß die Digitalis bei Aorteninsufficienz versage, und erörtert die mannigfachen Gründe dafür. Da der Herzmuskel bereits bei dieser Affection aufs Aeußerste angestrengt ist, so vermag ein äußerer Sporn keine größere Kraftleistung mehr aus ihm herauszuholen. Dazu kommt die Wirkung der Digitalis auf den Vagus u. dgl. m.

Lang (Marienbad) macht auf die schlechten Präparate als Ursache der oft versagenden Wirkung der Digitalis aufmerksam. Namentlich die Infuse verderben leicht. Zur Erhöhung der Wirksamkeit ist die Verbindung mit Reizmitteln, namentlich Alkohol, sehr zu empfehlen.

Heintz (Erlangen) betont, daß auch fein verriebenes Pulver weit besser wirkt als grob zerstoßene Blätter.

Goldscheider (Berlin) empfiehlt warm den chronischen Digitalisgebrauch 0,1—0,2 Grm. pro die Monate hindurch, wobei sich manche Herzkranke vorzüglich halten. In Fällen mit häufig wiederkehrenden Compensationsstörungen soll man die Digitalis nicht plötzlich aussetzen, sondern mit der Dosis ganz allmählich heruntergehen, erst nach Wochen gänzlich ausschalten. Das Digitoxin verdient mehr Anwendung, da sich die Wirkung damit präziser bezeichnen läßt.

Hirsch (Leipzig) theilt die Resultate seiner mit Beck ausgeführten Untersuchungen über die innere Reibung (Viscosität) des lebenden Blutes mit: Specificsches Gewicht des Blutes und Viscosität laufen nicht immer parallel. Die Viscosität des Gesamtblutes wird nicht allein durch die corpusculären Elemente, sondern auch durch die Viscosität des Serums beeinflußt. Die Herzhypertrophie bei Nephritis betrifft nicht allein den linken, sondern beide Ventrikel. Die Ursache muß entweder in einer directen gesteigerten Erregung des Herzmuskels oder in einer gesteigerten Viscosität des Blutes liegen.

Ewald (Berlin) hebt hervor, daß die stärksten Dosen der Digitalis und der übrigen Herzmittel nur dann energisch wirken, wenn die Gefäße von dem auf ihnen lastenden Druck befreit werden. Diesem Zwecke dient die Flüssigkeitsentleerung aus den Geweben mittelst Punction, Scarification u. dgl. Letztere empfiehlt E. in der neuen Modification mittelst des kleinen Gummiapparates von DEMIO (Dorpat). E. betont, daß nach allen Herzmitteln oft Magenbeschwerden auftreten, selbst bei Anwendung per rectum in Form von Klysmen oder Suppositorien, Adonis vernalis u. dgl. können der Digitalis doch nicht gleichwerthig erachtet werden. Letztere kann ihre Wirkung oft erst entfalten, wenn dem Kranken zuvor Morphinum gegeben ist.

Fr. Pick (Prag) weist darauf hin, daß infolge der gefäßverengernden Wirkung der Digitalis eine Verminderung der Oedeme, die doch der Ausdruck der Transsudation der durchlässigen Gefäßwände sind, herbeigeführt wird. Redner erwähnt das Hydrastinin als gutes, die peripheren Gefäße verengerndes Mittel.

Unverricht (Magdeburg) macht gleichfalls auf die Schlechtigkeit der Digitalispräparate aufmerksam, deren Wirkung er nach ihrem Digitoxingehalt bemißt. Besonders empfiehlt U. die GOLAZ'schen Dialysate, die sorgfältig hergestellt, immer den gleichen Glykosidgehalt haben und deshalb als constant bezeichnet werden können. Besser aber als alle Präparate wirkt das Digitotoxin. Den fortgesetzten Digitalisgebrauch hält U. nicht für vorteilhaft; verbietet dies schon allein die cumulative Wirkung des Mittels, so sprechen auch gegen eine langdauernde Digitalisanwendung die üblen Folgewirkungen: Der Digitalismus und die Anorexie, die auch bei der Darreichung per Klyasma eintritt und die er deshalb für centralen Ursprungs hält.

Rosenstein (Leiden) will die Strophantus besonders für den Praktiker im Gebrauch nicht missen; nächst Digitalis gebraucht er Strophantus auf seiner Klinik, und zwar mit großem Erfolge. Auch die französischen Aerzte wenden gern Strophantus an, das schon in kleinen Mengen gegeben seinen Zweck erfüllt, ohne die Erscheinungen der Anorexie im Gefolge zu haben. Was die Wirkung des Kamphers anbelangt, so sei seine sehr flüchtige Wirkung nur auf die Fälle beschränkt, in denen ein Gefährzustand vorhanden ist; hier allerdings sollte er noch viel mehr Verwendung finden. HIRSCH fordert R. auf, seine Versuche auf die Frage auszudehnen, ob die Entstehung der anämischen Herzgeräusche vielleicht auf der veränderten Zusammensetzung des Blutes beruhe. Daß die Viscosität des Blutes Herzhypertrophie schaffen soll, glaubt R. nicht.

Naunyn (Straßburg) hält auf Grund seiner Erfahrungen das Digitalisinfus für das zuverlässigste Präparat; die Versuche mit Digitotoxin, die er in vielen Fällen angestellt, haben bei ihm keine Erfolge gezeigt. N. glaubt weder an die cumulative Wirkung der Digitalis, noch an die üble Magenwirkung. Wenn man es in kleinen Dosen gibt, kann man dies lange Zeit hindurch thun, ohne daß sich Digitalismus einstellt; vielmehr hat N. gesehen, daß sich sofort die Beschwerden wieder einstellen, wenn er das Mittel aussetzt.

Grödel (Nauheim) hat Erscheinungen von Digitalismus weder im Sinne einer dem Morphinismus ähnlichen Vergiftung, noch im Sinne einer Abstumpfung gesehen. Man kann das Leben der Patienten durch continuirlichen Digitalisgebrauch nicht verlängern, aber man kann ihnen die letzten Jahre dauerndes Wohlbefinden verschaffen. Natürlich wird man bei der Verabreichung der Digitalis zeitweise aussetzen oder mit den Mitteln wechseln, je nach den Verhältnissen.

Rosenfeld (Stuttgart) ist wieder zur Verordnung der Digitalis als Infus zurückgekehrt, da er von der regelmäßigen Darreichung des Digitotoxins keine Wirkung gesehen hat; er glaubt das darauf zurückzuführen, daß das Digitotoxin anscheinend nicht bloß aus den Blättern, sondern auch aus den Stengeln bereitet wird, deren Digitoxingehalt erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Um die guten Erfolge, die Digitalis erzielt, zu erhalten, empfiehlt R. die Herba Adonis vernalis in der Form von Thee, 1 Eßlöffel auf 1 Tasse Wasser 1—2mal täglich.

Schreiber (Göttingen) hält die Methode der Viscositätsbestimmungen im lebenden Blute für werthvoll zum Studium mannigfacher, noch unauflöslicher Krankheitsprocesse, z. B. für die Pathogenese der Uramie.

Baelts (Tokio) empfiehlt die Anwendung der Digitalis, und zwar im Infus. Demnächst will er Strophantus gebrauchen, das besonders dann gute Dienste leistet, wenn man in kurzer Zeit eine Wirkung herbeiführen will. Als eventuelles Ersatzmittel der Digitalis ist Adonis vernalis in Form des Thees anzusehen, da es lange Zeit gut vertragen wird. Digitalis ist doch nicht so selten, wie B. an einer eigenen Beobachtung erläutert.

Pranke (München) möchte die Aufmerksamkeit der Forscher darauf lenken, zunächst die Wirkung der Mittel auf den normalen Organismus zu beobachten und dann erst zur Anwendung beim kranken Organismus zu schreiten.

Ott (Prag) bemerkt, daß Digitalis je nach ihrem Ursprungsort verschieden ist, und erwähnt dann die eclatante Wirkung der Kohlensäure auf das Herz.

Gottlieb bestätigt, daß die Wirkung der Digitalis verschieden ist je nach dem Herkunftsort. Man möchte eben das Postulat aufstellen, daß der Arzt nicht bloß wisse, wie viel er verschreibt, sondern daß er auch die Wirksamkeit kenne. Eine cumulierte Wirkung komme zustande durch Anhäufung der chemischen Substanz.

Sahli wiederholt, daß alle Digitalispräparate ohne fundamentale Unterschiede brauchbar seien. Strophantus braucht S. persönlich viel; doch sind die Präparate inconstant; ein gutes und zuverlässiges Präparat ist das französische Strophant in Pillen. Auch nach Strophantus kommen häufig Verdauungsstörungen vor, namentlich Diarrhoe. S. warnt davor, schon jetzt das Digitoxin als einen vollgiltigen Ersatz für die Digitalis zu proclamiren, da es in der Hand des praktischen Arztes doch vielfach Schaden stiften könnte.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

III.

KRASKE (Freiburg): Ueber Kropfbehandlung nebst einem Bericht über die in der Freiburger Klinik ausgeführten Kropfoperationen.

Vortragender berichtet über 420 Kropfoperationen, von denen $\frac{1}{3}$ männliche und $\frac{2}{3}$ weibliche Individuen betrafen. In 220 Fällen hat er die Exstirpation einer Kropfhälfte gemacht. Einige erste Fälle waren Totalexstirpationen, die übrigen Enucleationen oder Resectionen. Die häufigste war die knotige Form, am seltensten die reine Hypertrophie, 10mal hat er maligne Strumen, 1mal einen metastatischen Knoten im Sternum mit Erfolg operirt, 2mal sah er accessorische Strumen, 1mal in der Fossa supraclavicularis, 1mal in der Zunge. Er vermeidet ebenfalls die Narkose, operirt vielmehr unter localer Anästhesie, weil die Narkose ihre Nachteile durch Würgen, Erbrechen und Nachblutung hat. Er hat im ganzen zwei Todesfälle erlebt, von denen einer an einer Herzaffection, wahrscheinlich durch übertriebene vorhergegangene Schilddrüsenbehandlung, der andere an Tetanie nach doppelseitiger Exstirpation zugrunde gegangen ist. Bedenkliche Nachblutungen hat er nur nach Enucleation gesehen, seit Aufgabe dieser und der Narkose sind sie nicht wieder vorgekommen. Nach größeren Enucleationen fand meist am Abend eine Temperatursteigerung statt, und er glaubt, daß eine vermehrte Resorption von Drüsenmaterial daran schuld sei.

Der Schilddrüsentherapie mißt er keinen großen Heilwerth bei, denn es hat noch immer eine Zunahme der Operation stattgefunden. Er ist daher ganz davon zurückgekommen und ist der Meinung, daß, wenn eine Schrumpfung bei Schilddrüsenbehandlung eintritt, das normale und nicht das erkrankte Gewebe schrumpft. Daß dadurch die Knoten besser zur Operation gebracht werden, kann nur bei gewissen Enucleationen ins Gewicht fallen, bei Exstirpationen schadet es eher. Man muß deshalb gegen eine solche Therapie Front machen.

Goldmann (Freiburg) berichtet über einen Fall von Struma intrathoracica, die sich als ein Sack im tuberculös verkästen Struma darstellte.

Riedel (Jena) hat 500 Strumen operirt, darunter weit vorgeschrittene und viel intrathoracische Fälle. Er hat die Beobachtung gemacht, daß die intrathoracische Struma immer links sitzt, während sie rechts sich in die Höhe arbeitet. Er glaubt, daß man keine Instrumente braucht zur Entwicklung der Struma, wenn man die Operation etwas modificirt, und ist der Meinung, daß der Kocher'sche Schnitt nicht genügt. Ein Schnitt bogenförmig vom Jugulum bis dicht unter die Oberlappchen (!) erleichtert die Operation. Er hält es für nothwendig, hiebei zuerst die Venen anstatt der Arterien zu versorgen. Er operirt ebenfalls ohne Narkose.

Rehn (Frankfurt a. M.) berichtet über einen Fall, der so hochgradig war, daß er eine Operation nicht wagte, und der dann unter Jodbehandlung vollkommen zurückging.

König (Berlin). Nach seinen Erfahrungen kommen solche Strumen auch im Flachland vor. Von 70—80 Kröpfen, die er hier in Berlin operirt hat, ist die Hälfte sicher in Berlin geboren und hat hier ihren Kropf erworben. Er läßt nur von einer Kropfhälfte die Hälfte stehen und hat nur einmal eine vorübergehende Tetanie erlebt. Er fragt an, wie viel Herr Kocher zurückläßt, wenn die ganze Schilddrüse erkrankt ist.

Kocher (Bern). Man findet häufig rechts einen sichtbaren und links einen intrathoracischen Kropf, und Votr. hat häufig die Struma links weggenommen und rechts stehen lassen. Wenn man $\frac{1}{4}$ stehen läßt, so glaubt er, daß das bei doppelseitiger Erkrankung ausreichend sei.

FEDOR KRAUSE (Berlin): 27 intracraniale Trigeminesectionen (darunter 25 Exstirpationen des Ganglion Gasseri und ihre Ergebnisse).

Die intracraniale Resection der einzelnen Trigeminasäste ist nicht sicher im Erfolg; daher muß, sofern überhaupt der schwere Eingriff mit Eröffnung der Schädelhöhle angezeigt erscheint, die Exstirpation des Ganglion Gasseri und des Trigeminstammes vorgenommen werden. KRAUSE hat jene Operation 2mal, die letztere 25mal an Kranken im Alter von 30—72 Jahren ausgeführt und stets das temporale Verfahren benutzt, das er im Jahre 1892 angegeben. Eine 58jährige, äußerst entkräftete Frau ist im Collaps gestorben, ein 72jähriger Mann am 6. Tage nach der Operation bei

feberlosem Verlauf und prima intentione verklebter Wunde infolge Sklerose der Coronararterien und Herzinsufficienz; endlich eine 60jährige Frau bei geheilter Wunde 21 Tage nach der Operation.

Von den erst Operirten sind noch am Leben eine jetzt 76-jährige Frau und ein 63jähriger Mann, die vor 8 und 8 $\frac{1}{2}$ Jahren, eine 77jährige und eine 54jährige Frau, die vor 6 $\frac{1}{2}$ Jahren, eine 43jährige Frau, die vor 5 $\frac{1}{2}$ Jahren und eine 51jährige, die vor 5 Jahren operirt worden sind. Alle Kranken sind bisher auf der operirten Seite völlig schmerzfrei geblieben.

Die Erfolge der Operation sind trotz der ihr innewohnenden Gefahr so groß, daß sie die errungene Stellung behaupten wird. Denn bei den hier in Betracht kommenden schwersten Fällen von Neuralgie sind Selbstmordversuche infolge der entsetzlichen Qualen an der Tagesordnung.

Notizen.

Wien, 4. Mai 1901.

Das Mai-Avancement der k. u. k. Militärärzte.

Es war von vornherein zu erwarten, daß den ausgiebigen Beförderungen der letzten zwei Jahre ein Rückschlag werde folgen müssen, weil diese Beförderungen weniger in der Organisation begründet, als vielmehr gleichsam ad hoc improvisirt worden waren. Das jüngste Mai-Avancement, das wir an anderer Stelle publiciren, trägt schon deutlich die Spuren jenes Rückschlages vornehmlich in den höheren Chargen und liefert überdies den Beweis, daß es trotz aller Bemühungen des neuen Curses nicht gelungen ist, den Aufstieg der noch übrigen Josefiner in die höheren Chargen merklich zu beschleunigen. Denn die neuernannten Oberstabsärzte 2. Classe stehen 27 Jahre, die Oberstabsärzte erster Classe 32 Jahre im activen Dienste, und selbst die beiden stets als hervorragende Persönlichkeiten anerkannten und früher wiederholt außertourlich beförderten Generalstabsärzte dienen 34, resp. 32 Jahre. Rechnet man zu diesem Dienstalter die 25 Jahre hinzu, welche ein Mediciner durchschnittlich erreicht, ehe er Oberarzt wird, so ersieht man, in welchem vorgerückten Lebensalter die Betreffenden ihre Charge erklommen haben, und wie sehr sie allen anderen Corps und Branchen der Armee gegenüber benachtheiligt sind. Die Josefiner müssen sich eben nachgerade damit bescheiden, daß ihnen nicht mehr zu helfen ist.

Ganz anders steht es mit der nachjosephinischen Generation der Militärärzte. Die Beförderungsverhältnisse derselben gestalten sich nach wie vor sehr günstig. Die Dienstzeit der zu Stabsärzten tourlich beförderten Regimentsärzte schwankt (mit einer Ausnahme) zwischen 18 $\frac{2}{3}$ und 16 $\frac{1}{4}$ Jahren und beträgt bei den zwei außertourlichen überhaupt nur 14 respective 13 $\frac{1}{2}$ Jahre, ein Verhältniß, welches gegen früher, da der Militärarzt 23—24 Jahre im Ganzen und 17—18 Jahre als Regimentsarzt zu dienen hatte, ehe er Stabsarzt wurde, einen gewaltigen Fortschritt bedeutet. Die alten Josephiner gönnen den jüngeren Kameraden diesen Fortschritt von ganzem Herzen, knüpfen aber hieran die berechnete Erwartung, daß sich letztere bestreben werden, durch rege wissenschaftliche Thätigkeit, wie nicht minder durch Eifer, Umsicht und Exactheit im Dienste sich dieser ihnen durch ihre Vorgänger errungenen Vortheile würdig zu erweisen und, wenn jene ganz vom Schauplatze abgetreten sein werden, das Militär-Sanitätswesen des k. u. k. Heeres auch in Hinkunft stets auf der Höhe der Zeit zu erhalten.

(Die Wiener Krankenhausfrage) soll, wie neuerdings verlautet, ihrer endlichen Lösung nahegerückt sein. Das aus den Vertretern aller interessirten Behörden bestehende Comité hat in seiner letzten Sitzung eine Combination der drei in Frage stehenden Projecte in dem Sinne beschlossen, daß die klinischen Anstalten und wissenschaftlichen Institute auf die Area der n.-ö. Landesirrenanstalt verlegt werden, während ein neues allgemeines Krankenhaus in Ottakring am Fuße des Wilhelminenberges errichtet werden soll — also räumliche Trennung der Kliniken von den Abtheilungen. Die Landesfindel- und Gebäranstalt werden in Gersthof untergebracht werden. Das Areale des bisherigen Allg.

Krankenhauses soll der Parcellirung verfallen. Wir geben die Mittheilung über die neueste Phase in dieser die Oeffentlichkeit seit so langer Zeit beschäftigenden Angelegenheit mit aller Reserve wieder.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstirte zunächst Prim. Doc. Dr. FRANK 3 Fälle, bei welchen er Pleuraempyeme durch permanente Aspirationsdrainage nach BÜLAU zur Heilung gebracht hat. Ein Empyem war nach einem Puerperalproceße aufgetreten, das zweite war tuberculöser Natur, das dritte ein Streptokokkenempyem. Als Vortheile der Aspirationsdrainage führte Vortr. an: Leichte Ausführbarkeit ohne Narkose, langsame Entleerung, Vermeidung von Pneumothorax und reinliche Nachbehandlung. — Dir. Dr. GERSUNY wies in der Discussion darauf hin, daß dieses Verfahren nicht in allen Fällen durchführbar sei, so auch nicht beim Vorkommen dicker Fibrinmassen im Exsudate. Hierbei komme vielmehr die ebenfalls unter Localanästhesie ausführbare Thorakotomie in Betracht. — Hierauf stellte Doc. Dr. SPIEGLER eine 72jährige Frau mit Xeroderma pigmentosum und mehrfacher Epitheliombildung auf der Basis der genannten Hautveränderung vor. — Schließlich hielt Hofr. Prof. Dr. NOTHNAGEL seinen angekündigten Vortrag „Ueber idiopathische Peritonitis“; wir werden über denselben ausführlich berichten.

(Organisation der Aerzte Wiens.) Bezüglich der freien Arztwahl wurde nach einem Referate des Dr. HEINRICH WEISS, in dem die freie Arztwahl als sowohl im Interesse der Aerzte als der Cassenangehörigen gelegen und mit allen gesetzlichen Mitteln als anstrebenswerth bezeichnet wurde, beschlossen, den „Verein zur Einführung der freien Arztwahl“ mit den weiteren Vorarbeiten zu betrauen. Die socialärztlichen Vereine Wiens werden aufgefordert, in den Ausschuß dieses Vereines je einen Delegirten zu bestimmen, der Centralausschuß selbst entsendet deren drei. Der so verstärkte Ausschuß soll eine große gemeinsame Action und die Mittel der Agitation berathen und nach 6 Wochen dem Centralausschusse detaillirte Vorschläge zur Weiterbehandlung erstatten. — Die Hilfsärzte der Wiener Krankenhäuser haben dem Verbandsverbande das Memorandum überreicht, in dem sie dem Statthalter und dem Ministerpräsidenten ihre Forderungen nach Vermehrung der Stellen und Erhöhung der Bezüge mittheilen. Der Verband begrüßt mit Freude diesen Schritt zur Organisation der Spitalsärzte und erklärt sich mit ihnen solidarisch, fest entschlossen, ihre Action aufs Thatkräftigste zu unterstützen. Der Verband hat die Wiener Kammer ersucht, den Forderungen der Hilfsärzte womöglich durch persönliche Intervention an maßgebender Stelle Nachdruck zu verleihen, und hat selbst als Ausdruck der Ansicht der Wiener organisirten Aerzteschaft Eingaben an das Ministerium des Innern und die Statthaltereie gerichtet, worin die Erfüllung der Postulate als im Interesse der praktischen Ausbildung des Aertztestandes und infolge dessen im Interesse des Wohles der Staatsangehörigen und der sanitären Sicherheit des Staates für wichtig erklärt wird. Zum Mindesten erwartet der Verband, daß die Behörden diesbezüglich ein Gutachten der Aerztekammer abverlangen. — Der Staatsbeamten-Casinoverein hat sich bereit erklärt, in seinem Lieferantenverzeichnis die Anführung von Aerzten wegzulassen. Die Collegen werden gebeten, auch sonstige solche Verzeichnisse und Kalender, in denen einzelne Aerzte als besonders empfehlenswerth angeführt werden, an die Wiener Kammer einzuschicken, damit sie mit den betreffenden Herausgebern wegen Weglassung derartiger Listen unterhandeln könne. — Betreffs des controlärztlichen Dienstes bei den Privatkrankevereinen wurde beschlossen, den ärztlichen Vereinen eine Reihe von Fragen zur baldigen Beantwortung vorzulegen.

(Ausschuß sämmtlicher Aerztekammern.) Die mährische Aerztekammer will auf dem nächsten Kammertage die Bildung eines Ausschusses sämmtlicher Aerztekammern beantragen. Der Ausschuß hätte die Aufgabe, den directen Verkehr mit den Centralstellen des Staates zu pflegen, die allen Kammern gemeinsamen Angelegenheiten zu berathen und für den Kammertag vorzubereiten, eventuell auch als Berufsstanz gegen ehrenrätliche Erkenntnisse puncto Schuld zu fungiren.

(Jubiläum.) Der berühmte Kliniker Professor Dr. FRIEDRICH VON KORÁNYI in Budapest feierte am 28. April d. J. sein 50jähriges Doctorjubiläum.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. v. HANSEMANN, Prosector des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain, ist als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Leiden berufen worden. — Prof. Dr. KÜMMEL in Breslau hat den an ihn ergangenen Ruf nach Straßburg als Nachfolger KUHN'S abgelehnt.

(Militärärztliches Officierscorps.) Ernannet wurden: Oberstabsarzt I. Cl. Dr. CARL GLAESSER zum Sanitätschef des 5. Corps; Oberstabsarzt II. Cl. Dr. EDUARD HÜBL v. STOLLENBACH zum Garnison-Chefarzte in Jaroslau; die Stabsärzte DDR. F. KOŠMELJ zum Garnison-Chefarzte in Großwardein, A. KIRCHNER zum Garnison-Chefarzte in Tarnopol und F. PÖLL zum Chefarzte der 12. Infanterie-Truppendivision. — Transferirt wurde der Stabsarzt Dr. F. SIMBRIGER des 14. Corpscommandos zum Garnisonsspital Nr. 10 in Innsbruck. — Dem Stabsarzte Dr. F. GOLEK wurde der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben. — Verliehen wurde das goldene Verdienstkreuz mit der Krone den Regimentsärzten I. Cl. DDR. J. BLAZSUR, V. STORCH, N. THOMÁN, V. OLEXY, TH. ZAPALOWICZ, K. SOMMER, K. PAVLEČKA, J. KREJČI, L. DEUTSCH, Th. BOHOSIEWICZ, A. WIRTH, K. MAJEWSKI, H. RUMP, F. RADEY, J. ČERVÍČEK und A. STENCZEL.

(Statistik.) Vom 21. bis inclusive 27. April 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7272 Personen behandelt. Hievon wurden 1476 entlassen; 162 sind gestorben (9.89% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 52, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 53, Scharlach 111, Masern 268, Keuchhusten 23, Rothlauf 28, Wochenbettfieber 4, Rötheln 3, Mumps 53, Influenza 4, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 692 Personen gestorben (— 77 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest Dr. JOHANN v. LIPTHAY DE LUBELLE und KISFALUD, em. Oberphysicus des Graner Comitates, im 71. Lebensjahre; in Marburg Dr. THEODOR WYNEN, Assistent am hygienischen Institute daselbst, an den Folgen einer Infection, welche er sich in seinem Berufe zugezogen hatte; in Petersburg der Physiologe und Physiker Dr. S. LAMANSKI im Alter von 60 Jahren.

Dr. WETTENDORFER hat seine ärztliche Thätigkeit im Curorte Baden bei Wien wieder aufgenommen.

Aus Römerbad, dem steierischen Gastein, schreibt man uns: „Wie im Vorjahre, so hoffen wir auch heuer, dank unseren heilkraftigen Thermen von 36.2° bis 37.5° C., wieder auf eine gute und rege Badesaison; hat doch unser herrlich gelegener Curort stets äußerst günstige Curerfolge aufzuweisen. Außer einer Reihe illustrier Persönlichkeiten, die Römerbad alljährlich aufsuchen, ist es auch wegen seiner vorzüglichen klimatischen Verhältnisse eine beliebte Uebergangsstation für Solche, die den Winter im Süden zugebracht haben. Als Badearzt fungirt, wie seit einigen Jahren, Med. Univ. Dr. RICHARD EDER, emeritirter ärztlicher Leiter der Privatheilanstalt Dr. EDER in Wien, welcher den günstigen Erfolg der Bade- und Trinkcur in passenden Fällen durch Anwendung der Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik noch vermehrt und beschleunigt. Römerbad hat aber noch den weiteren Vortheil, daß es, an der gleichnamigen Südbahnstation gelegen, durch günstige Zugverbindungen von allen Seiten leicht und schnell erreicht werden kann.“

Gleichenberg in Steiermark, 300 Meter über der Adria im Hügelland gelegen, ist nicht, wie vielfach verbreitet, ein Curort für Schwindsüchtige, welche in Gebirgsanatorien gehören, sondern wie Ems indicirt gegen die Katarrhe aller Schleimhäute. Die musterhaften Curmittel, voran die anderwärts, wie in Reichenhall, Aussee, Ischl, Gmunden etc. mit Bewilligung nachgeahmten Inhalationen von Soole und Fichte in Einzelcabinen, die großen pneumatischen Kammern mit Oberlicht, der eigenartige Respirationsapparat und besonders die Hydrotherapie in einer hydriatischen Anstalt lassen Gleichenberg als Specifum gegen die Katarrhe der Athemwege erscheinen. Die curörtliche Prophylaxe steht unter Aufsicht eines k. k. Bezirksarztes und ist neuerlich durch ein strenge durchgeführtes Spuckverbot vervollständigt worden. Der Curgebrauch empfiehlt sich besonders nach überstandener Influenza, ferner bei Magenkatarrh, Blasenkatarrh, Harnsand und Gicht, dann mit Rücksicht auf die Stahlquelle und moussirenden Stahlbäder bei Blutarmuth und Frauenkrankheiten, und ist eine Nachcur im Gebirge stets erwünscht.

Das Mai-Avancement.

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

Ernannet wurden:

zu Generalstabsärzten: die OstAe. I. Cl.: DDR. V. Teindl, F. Kratschmer;
zu Oberstabsärzten I. Classe: die OstAe. II. Cl.: DDR. A. Bundsmann, M. Rancin, G. Sterger, A. Cernovicky, F. Jakoby, F. Dusek;
zu Oberstabsärzten II. Classe: die StAe.: DDR. J. Palkovics, R. Büsch v. Tessenborn, A. Junk, W. Reinel, W. Zeisberger, W. Heltner, G. Weeber, J. Haas;
zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: DDR. E. R. v. Maschka, W. Robitschek, C. Schneider, R. Schweighofer, A. Kozorowski, G. Arnstein, V. Storch, N. Thoman, K. Majewski, F. Radey;
zu Regimentsärzten I. Classe: die RAe. II. Cl.: DDR. V. Lux, J. Kropacek, G. Routa, F. Schmidl, N. Deutsch, F. Woborzil, O. Jeschke, J. Suchy, A. Schäfler, E. Prouza, A. Halaß, J. Sperber, M. Feld, C. Jansa, C. Maticka, A. Massarek, A. Schubert;
zu Regimentsärzten II. Classe: die OAe.: DDR. F. Bauer, J. Wagner, F. Abt, C. Ofner, H. Selye, L. Magyar, D. Zeilendorf, A. Fried, S. Krupka, H. Gigerl, J. Pollak, F. Urbani, C. Binder, Z. Mesko, E. Huber, R. Horazdovsky, S. Scharf, J. Pakoß, J. Novotny.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

zu Linienschiffsärzten: die Fregattenärzte: Dr. J. Coudek und Dr. C. Sobotka;
zu Fregattenärzten: die Corvettenärzte: Dr. L. Majdic und Dr. A. Korencan.

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

zum Oberstabsarzte I. Classe: der OstA. II. Cl.: Dr. A. Worišek;
zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: DDR. F. Kapper, K. Wallner, R. Parthon, A. Palmrieh.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brunnen-Vereinigung Marienbad in Böhmen. Niederlassen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfertung, Verfertigung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

SALEEREFLEKTE
Prospecte durch den Director, Südbahnstation: Pölschach.
PRACTVOLLER SOMMERAUFENTHALT

Bewährte Heilstätte für: Nieren-, Leber- u. Nierenleiden, Zuckerharnruhr, Gallensteine, Rachen- u. Kehlkopfkatarrhe, etc.

Antinervin Radlauer, vorzügl. Antineuralgicum, Antipyreticum. Antinervinum. Dosis 4 mal tagl. 0.5 Gramm. 10 Gramm = 60 Pf. Specificum geg. Influenza u. rheumat. Leiden.
Dr. Friedlaender's Pepsin-Salzsäure-Dessert-Dragees.
Ein vorzügliches Pepsin-Preparat, empfohlen von einer grossen Zahl medicinischer Autoritäten gegen Verdauungsbeschwerden. Jede Pille enthält 0.1 g reines concentrirtes Pepsin und einen Tropfen reine Salzsäure. 3 mal täglich 2 bis 3 Pillen. Flacon 1.50 M. und 3 M. Nur echt mit der Firma „Kronenapotheke“. Kronen-Apotheke in Berlin, Friedrich-Strasse 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8. En gros bei G. & R. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheke Josef v. Török.

Kronendorfer Sauerbrunn „Kronprinzessin Stephanie-Quelle“
anerkannt bester, natürlicher, alkalischer SAUERBRUNN.
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges. Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der Athmungsorgane, des Magens und der Blase. — Filiale der Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad, Wien, IX, Kolingasse 4.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfang von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halb. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halb. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halb. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium FÜRTH in Wien. Zur Pathologie der Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier. Von Dr. ROBERT KIENBÖCK. — Die Massage in der Augenheilkunde. Von Prof. Dr. A. ELSCHNIG. II. — **Referate.** R. CHROBAK (Wien): Ueber den Nachweis von Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen. — MARCKWALD (Bremen): Zur Aetiologie und experimentellen Erzeugung der Lebercirrhose. — HANS MEYER (Marburg): Ueber subcutane Paraffinjectionen. — v. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Ueber die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus. — J. PAVINSKI und Z. ADELT: Ueber die Anwendung des Heroins bei Circulationsstörungen. — Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn (Geheimrath SCHEDE). NIEHUES: Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberculose. — Aus der chirurg. Klinik in Kiel (Prof. HELFERICH). M. GERULANOS: Lungencomplicationen nach operativen Eingriffen. — HERMANN (Lemberg): Ueber das Sterilisiren der Seidenkatheter. — HOFMANN (Bonn): Wie erreicht man am besten ein tiefes regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose? — E. KROMAYER und P. GRÜNEBERG (Halle a. S.): Die Behandlung des Ekzems. — ASKANASY (Königsberg): Ueber Infection des Menschen mit *Distomum felinum (sibiricum)* in Ostpreußen und ihren Zusammenhang mit Leberkrebs. — **Literarische Anzeigen.** Grundriß der orthopädischen Chirurgie für praktische Aerzte und Studierende. Von Dr. MAX DAVID, Specialarzt für orthopäd. Chirurgie, fr. Assistent an der k. Universitätspoliklinik für orthopäd. Chirurgie in Berlin. — Ueber die Ursache des Alters. Grundzüge der Physiologie des Wachstums mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. Von Dr. M. MÜHLMANN (Odessa). — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) II. — **Kleine Mittheilungen.** Beiträge zur Eisenherapie. — Erysipel. — Herzmittel. — Diuretinvorschriften. — Pachydermia laryngis. — Gegen Blutspeien. — Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mittelst Petroleummassage. — Ein hartnäckiger Fall von Fußschweiß. — Behandlung des Ileus. — Kindereckzeme. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congress für innere Medizin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) III. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium Fürth in Wien.

Zur Pathologie

der

Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier.

Von **Dr. Robert Kienböck.**

Die Thatsache, daß die menschliche Haut nach Bestrahlung mit Roentgenröhren Veränderungen zeigen kann, ist allgemein bekannt und unbestritten. Dabei sah man zunächst naturgemäß in den Roentgenstrahlen, die von der Roentgenröhre ausgesendet werden, die Ursache der Hautveränderungen. Wenn sich nun auch seit der Entdeckung der neuen Strahlen immer wieder Stimmen erhoben, daß jene Veränderungen nicht durch die Roentgenstrahlen, sondern durch gewöhnliche elektrische Entladungen, die von der Röhre ausgehen, erzeugt würden, wollen wir in der vorliegenden Arbeit von dieser Auffassung absehen; denn wir haben kürzlich in einem Vortrage (in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 19. October 1900, „Wiener klinische Wochenschr.“, 1900, Nr. 50) das große Beweismaterial mitgeteilt, aus dem sich ergibt, daß die Roentgenstrahlen selbst das auf die Haut wirkende Agens der thätigen Roentgenröhre sind, wie es auch ursprünglich den Anschein hatte und von zahlreichen Forschern verfochten wurde. Dort haben wir auch gezeigt, unter welchen Bedingungen Hautveränderungen auftreten, und daß die Grade derselben vor Allem von der Menge des von

der betreffenden Hautstelle absorbirten Roentgenlichtes abhängen. Welche Veränderungen der Haut aber auftreten können, und welche Analogie diesbezüglich zwischen Mensch und Thier besteht, wurde dort nur skizzirt und soll daher hier zum Gegenstande einer ausführlicheren Besprechung gemacht werden.

Zunächst möge die Wirkung des Roentgenlichtes auf den menschlichen Organismus auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen geschildert werden. Dabei haben wir uns lediglich mit der Wirkung auf die Haut, und zwar auf jene Region, wo die Strahlen auffallen und eindringen, zu beschäftigen; denn eine etwaige Wirkung auf die tieferen Schichten tritt dagegen ganz in den Hintergrund, nämlich eine Wirkung auf die Muskeln mit den großen Gefäßen und Nervenstämmen, auf die Knochen und Gelenke, die Schleimhäute der Körperhöhlen, die Eingeweide des Thorax und des Abdomens, das Centralnervensystem und endlich die Haut der gegenüberliegenden Körperseite, also dort, wo die Strahlen den Körper verlassen.

Es ist durchaus nicht unwahrscheinlich, daß beim Menschen Veränderungen in der Tiefe des Körpers durch Roentgendurchleuchtung vorkommen können; die spärlichen diesbezüglichen Mittheilungen mancher Autoren müssen jedoch fast durchwegs als unbrauchbar angesehen werden, weil die causale Beziehung zwischen Durchleuchtung und darauffolgenden Symptomen meist allzu zweifelhaft ist. So berichtete WALSH über das Auftreten von sonnenstichähnlichen Erscheinungen nach Durchleuchtung des Kopfes eines Patienten, über Koliken und Diarrhöen nach Durchleuchtung des Abdomens eines anderen; SÉGUY beobachtete bei sich selbst Herzklopfen; diese und die wenigen übrigen Mittheilungen stehen aber so isolirt da, daß man wohl andere Erklärungen für die Symptome

geben muß. Dagegen wurden mit Recht zuweilen vorkommende arthritische Erscheinungen, nämlich an den Fingergelenken, nach Durchleuchtung der Hand auf Strahlenwirkung zurückgeführt (GILCHRIST); ich selbst sah bei einem Herrn, der sich viele Monate hindurch mit öffentlicher Demonstration der Durchleuchtung beschäftigt hatte, an der rechten Hand außer den gewöhnlichen Haut- und Nägelveränderungen Verdickungen der Fingergelenke mit Behinderung der vollkommenen Streckung. Was das Auftreten von Veränderungen an der Haut der gegenüberliegenden Körperseite betrifft, erscheint die von KÜMMEL stammende Beobachtung eines circulären Ulcus am Vorderarm bemerkenswerth, der (von anderen mitgetheilte) Haarausfall auf beiden Kopfseiten aber mit Unrecht auf einseitige Durchleuchtung zurückgeführt worden zu sein. Dagegen kann leichter nach einseitiger Bestrahlung an der Ohrmuschel innen und außen Entzündung entstehen, und ebenso bei mageren Individuen am Oberkörper Dermatitis sowohl dorsal als ventral, obgleich die Röhre z. B. nur ventral gestanden hatte. Immer wird es darauf ankommen, welche Intensität das an die betreffende Stelle gelangte Roentgenlicht noch hatte; meist sind die Strahlen durch Absorption in der Haut auf dem weiteren Wege schon allzusehr abgeschwächt, oder aber sind die Strahlen derart stark penetrirend, daß sie überhaupt nur wenig absorbirt werden und daher nur nach sehr langer Einwirkung zu Veränderungen führen. So erklärt sich wohl die Seltenheit der als verlässlich anzusehenden Mittheilungen über beobachtete beträchtliche Tiefenwirkung der Roentgenstrahlen. In dem genannten Falle von dorsaler und ventraler Dermatitis nach Durchleuchtung einer oberen Lungenhälfte bei einem tuberculösen Individuum (REVILLET) waren die Strahlen, wo sie den Körper verließen, entsprechend der großen Durchlässigkeit der Organe nur wenig abgeschwächt. Ich sehe es aber für recht unglaubwürdig an, wenn in der Tiefe Veränderungen beobachtet worden sein sollen ohne heftige Dermatitis an der Eintrittsstelle der Strahlen; meist dürfte ein Ulcus an der Oberfläche entstehen, wenn die Durchleuchtung zur Erzeugung von Veränderungen in größerer Tiefe genügt. (Dies zeigt, wie geringe Hoffnung man hegen dürfe, in der Tiefe sitzende Krankheitsherde in curativer Absicht mittelst Durchleuchtung zu beeinflussen!)

Die durch Roentgenbelichtung entstehende Hautveränderung hat den Charakter einer Entzündung¹⁾, kann daher, wie man auch vorgeschlagen hat, als „Roentgendermatitis“, besser Roentgenlichtdermatitis bezeichnet werden. Diese Entzündung gehört in die Gruppe der durch äußere Einwirkungen erzeugten Dermatitisen, wie z. B. durch mechanische Insulte, Aetzalkalien, Säuren, Hitze (Flammen, siedende Flüssigkeit etc.), Kälte und Licht. Große Aehnlichkeit besteht mit der Erfrierung und Verbrennung, besonders aber, wie man schon längst bemerkte, mit der Insolation.²⁾ Auch im letzteren Fall, also z. B. beim Gletscherbrand, handelt es sich um eine auf die Region einer Bestrahlung — durch „chemische“ ultraviolette Strahlen des Sonnenlichtes — beschränkte, nicht fortschreitende Entzündung, bei welcher ein nennenswerthes Latenzstadium und Fiebererscheinungen beobachtet werden. Die Roentgendermatitis hat jedoch eine ganz auffallend lange Incubation; die Erscheinungen können sich — aus evidentem Grunde — auf größere Tiefe, zuweilen selbst auf die Haut der gegenüberliegenden Seite des Körperabschnittes erstrecken, und endlich ist das Vorkommen von

¹⁾ Es wird allerdings merkwürdigerweise von manchen Seiten gelehrt, daß die Symptome schon bei geringem Grade der Hautveränderung, nämlich bei „reinem Haarausfall“, entzündlicher Art seien, obwohl doch darüber kein Zweifel bestehen darf.

²⁾ Das durch ultraviolette Strahlen (WIDMARK) erzeugte Lichterythem kann durch das Sonnenlicht (Erythema solare) oder durch künstliches Licht hervorgerufen werden, z. B. durch das elektrische Kohlen-Bogenlicht, Erythema photoelectricum (CHARCOT, TYNDALL), oder auch entsteht an Arbeitern bei der Zusammenschweißung von Metallen durch elektrischen Starkstrom dieselbe Dermatitis (MAKLAJOFF); die Incubationszeit beträgt z. B. eine oder drei Stunden.

fast electiver Wirkung auf die Haarpapillen bei Roentgenentzündung charakteristisch.

Wenn wir daher zunächst die Grade der acuten Roentgendermatitis, welche durch eine intensive Bestrahlung oder eine beschränkte Zahl von bald aufeinanderfolgenden Expositionen erzeugt wird, aufzählen, müssen wir eine — im Vergleiche mit den genannten Entzündungen neue — erste Stufe aufstellen, welche sich im Wesentlichen durch vollständiges Effluvium der Haare ohne begleitende, äußerlich sichtbare Entzündungserscheinungen charakterisirt. Darauf folgen als zweiter Grad die gewöhnlichen Erscheinungen von Entzündung, Hyperämie, Temperaturerhöhung und Infiltration der ganzen Haut (Cutis und Epidermis) und Jucken; als dritter Grad Dermatitis bullosa mit Durchtränkung und Zerklüftung der Epidermis zu Blasen, verbunden mit heftigen Schmerzen. Wenn die Abhebung der Oberhaut in großem Umfange stattfindet, liegen die untersten Zelllagen derselben und auch die Papillen selbst in großen Strecken bloß (Exfoliation, Excoriation), und es erfolgt eine katarrhalische, epitheliale Eiterung, wobei einige wenige isolirte Papillen partiell zerstört werden. Die vierte Stufe wird durch Dermatitis gangraenosa dargestellt, es werden dabei große Abschnitte der Cutis en masse zerstört und es resultirt ein Ulcus.

Es soll nun der Verlauf der Erscheinungen bei der acuten Roentgendermatitis etwas eingehender geschildert werden. Während der Einwirkung der Strahlen treten auf der Hautoberfläche keine Veränderungen auf; die Durchleuchtung wird nicht einmal empfunden. (Auch nach einigen Stunden werden nur ausnahmsweise Röthung und eigenthümliche subjective Empfindung, leichtes Jucken oder Spannen beobachtet; diese geringfügigen Symptome schwinden auch gewöhnlich nach wenigen Stunden wieder und dürften nicht immer durch die Roentgenstrahlen hervorgerufen sein.) In der Regel folgt auf die Exposition eine lang dauernde, vollkommene Latenz. Meist etwa 12—16 Tage, zuweilen noch später, nach einer intensiven Bestrahlung beginnt, wenn es sich um den ersten Grad handelt, ohne oberflächlich sichtbare Zeichen von Entzündung und ohne Vorboden, eine Lockerung der Haare und schreitet innerhalb weniger Tage bis zum vollständigen Ausfall fort. Einige Zeit hindurch erscheint dann die Haut glatt und kahl, fast ohne sonstiges abnormes Aussehen, insbesondere ohne Schwellung und Röthung, aber zuweilen mit stärkerer Pigmentirung. Nach Ablauf mehrerer (meist 6—8) Wochen beginnt eine allmähige Rückkehr der Haut zur Norm, die Epidermis erhält ihre normale lichtere Färbung und ihre Poren wieder, und die Haare wachsen nach 6—8 Wochen allmähig nach. Einige Monate, etwa 3—4, nach dem Beginn der Erscheinungen tritt vollständige Restitution des normalen Zustandes ein. (Dieser Vorgang läßt sich in reiner Ausbildung besonders schön an der behaarten Kopfhaut beobachten. An anderen Regionen beobachtet man zuweilen sogar, trotzdem die Entzündung auch oberflächlich sichtbar wird (den zweiten Grad erreicht), nur unvollständigen Haarausfall.)

In anderen Fällen, nämlich nach stärkerer Exposition, wächst (nach etwas kürzerem Latenzstadium) die acute Roentgen-Dermatitis, bis zu den Symptomen von leichter Schwellung, diffuser oder fleckiger, zuerst hell-, dann dunkelrother Hyperämie und Jucken an (zweiter Grad), die acuten Erscheinungen dauern wenige Tage an, worauf vollständiger Haarausfall erfolgt, dann zeigt sich eine zunehmende Braunfärbung der Haut und endlich Schuppung der Epidermis, wobei mehr oder weniger dunkelbraune Schuppen von verschiedenem Umfange abgestoßen werden. Nachher erscheint die Epidermis durch einige Wochen auffallend zart, glatt, licht gefärbt und kahl, endlich tritt aber wieder vollständige Restitution des normalen Zustandes ein. Nur ausnahmsweise bleibt Hyperpigmentation zurück.

Bei Roentgen-Dermatitis des dritten Grades — mit Blasenbildung oder sogar umfangreicher Exfoliation — gehen die nach dem Incubationsstadium auftretenden heftigen Erscheinungen erst nach Ablauf von 1—2 Wochen zurück, ebenso die oft ungemein heftigen Schmerzen, die schon während der Infiltration und vor der Abhebung der Epidermis zu Blasen auftreten. Nach Aufhören der serösen oder eiterigen Secretion vollzieht sich in der Regel eine nicht vollkommene Heilung, indem der Nachwuchs der Haare unvollständig oder gar nicht erfolgt und Pigmentveränderungen und Teleangiectasien in fleckiger Anordnung dauernd zurückbleiben: Atrophie der Cutis und Papillen mit zarten Narben.

Die Roentgendermatitis des vierten und schwersten Grades, die in flächenhafter trockener Nekrose des Gewebes von mißfärbigem Aussehen besteht, ist von noch längerer Dauer; nach dem 1—2wöchentlichen Latenzstadium erscheint die Haut braun, zuweilen fast schwarz, dann wird Demarcation sichtbar, und je nach Umfang und Tiefe der Zerstörung braucht das nach Abstoßung des Schorfes entstehende, anfangs reichlich secernirende Geschwür unter Bildung von Granulation und Epithelialisirung in Inseln und vom Rande her einige Wochen zur Verheilung — unter Narbenbildung —, oder es bleibt ein torpides Ulcus durch viele Monate, selbst über ein Jahr bestehen.³⁾ Schmerzen können dabei vollständig fehlen.

Sowie bei der besprochenen schweren Atrophie kommen auch bei der Vernerbung nach Roentgendermatitis häufig bedeutende Teleangiectasien und Pigmentanomalien vor. So werden Ueberpigmentirung, Pigmentschwund oder Pigmentverschiebung beobachtet. (Die letztere Veränderung wurde z. B. von Gocht mitgeteilt.) Hier handelt es sich um persistirende und echte Pigmentanomalien zum Unterschiede von den früher genannten vorübergehenden Braunfärbungen der Haut.

Außer der nun besprochenen acuten Roentgendermatitis gibt es auch eine **chronische**. Sie könnte als eine eigenthümliche Dystrophie der Haut bezeichnet werden und entsteht allmählig durch Bestrahlungen, die innerhalb eines größeren Zeitraumes wiederholt werden, sei es z. B. in ganz vereinzelt Sitzungen oder bei zeitlich getrennten kurzen Serien von Expositionen oder bei oftmaligen, durch viele Monate hindurch mehrmals täglich gegebenen, sehr geringen Bestrahlungen (von denen jede einzelne kurz dauert oder wegen geringer Intensität oder zu großem oder zu geringem Penetrationsvermögen des Roentgenlichtes wenig wirkt). Im letzteren Falle wird die spät — wenn auch oft plötzlich — erscheinende, chronisch verlaufende Hautaffection auf „cumulative Wirkung“ zurückgeführt. Dem Grade nach läßt sich bei der chronischen Roentgendermatitis unterscheiden: 1. ein Zustand, der sich fast nur durch Atrophie der Haarpillen, also durch Mangel des Haarwuchses — Alopecie — und Atrophie der Hautdrüsen auszeichnet. Diese Veränderung kann eine bleibende sein — es läßt sich dies schon heutzutage behaupten — und stellt dann gegebenenfalls den idealen Erfolg einer Behandlung gegen Hypertrichosis dar. Allerdings treten noch andere auf geringe Hautatrophie zu beziehende Erscheinungen hinzu, welche bei bedeutender Ausbildung den 2. Zustand kennzeichnen: Verdünnung der Haut mit leichter Runzelung derselben, also eine auf die ganze Cutis ausgebreitete Atrophie. Es kann sich aber auch mehr eine Dystrophie der Haut, Verdickung der Oberhaut entwickeln, mit stärkerer Aus-

prägung der normalen Falten und Hyperpigmentation infolge dauernder Relaxation der Blutgefäßwände; diese Veränderung geht aus dem „Erythème radiographique des mains“ hervor und wird ungemein häufig an der Streckseite der Hände von Fachleuten beobachtet, die sich mit Fabrication von Roentgenapparaten und Röhren, mit dem physikalischen Studium der Strahlen, mit der Anwendung des Verfahrens in der Medicin und zu Demonstrationszwecken beschäftigen. Nicht nur ist die Haut des Handrückens verdickt und von braunrothem Aussehen, sondern es sind auch die Härchen spärlich und atrophisch und durch Störungen in der Matrix der Nägel erscheinen diese verändert, sie sind bräunlich flacher, stärker geriffelt und rissig, der Nagelfalz ist mit verhornten, sich vorne unter den Rand des Nagels, seitlich und rückwärts über den Nagel vorschiebenden Epidermissmassen angefüllt. Ferner ist die Haut sehr leicht mechanisch verwundbar und zeigt bei Einwirkung von Kälte, z. B. im kalten Wasser und an kalten Wintertagen, eine noch bedeutendere Gefäßlähmung („Roentgenhaut“).

Der dritte und schwerste Grad der chronischen Veränderung nach Roentgenbestrahlung besteht im Absterben von Hautpartien; es entsteht allmählig ein Geschwür, dasselbe vergrößert sich — jedoch nicht über die Grenzen der Bestrahlung hinaus — langsam nach den Seiten und nach der Tiefe hin, auch kann die Destruction über das subcutane Gewebe hinausgreifen. So trat bei einem Fachcollegen nach jahrelanger Beschäftigung durch die oft und oft wiederholte Prüfung des Roentgenlichtes endlich auf der Streckseite der rechten Hand ein großes torpides Ulcus auf, das mit einer Zerstörung von Sehnen und Gelenkbändern einherging und nun schon mehr als ein Jahr keine Neigung zur Regression zeigt. Diesen durch Roentgenlicht chronisch entstehenden Ulcerationen ist Torpidität und Progression in die Tiefe eigenthümlich.⁴⁾

Eine besondere individuelle Disposition ist bei der Ausbildung derartiger schwerer Prozesse in der Regel nicht im Spiele; ich bin vielmehr überzeugt, daß es fast ausschließlich auf den Grad der Ueberexposition der Haut mit Roentgenlicht ankommt. Alle die bisher in der Literatur mitgetheilten Fälle von hartnäckiger Geschwürsbildung der Haut, selbst nach einmaliger Bestrahlung, sind auf eine überhaupt zu lange, resp. zu intensive Belichtung (bei Vorhandensein mittelstark penetrirender Roentgenstrahlen) zurückzuführen. Wir dürfen nicht etwa die Existenz einer derartigen Idiosynkrasie annehmen, daß ein Individuum durch eine Bestrahlung, welche bei einer anderen Person nur vorübergehende Hyperämie erzeugt, ein Ulcus acquirirte, wie wir dies bereits in einer früheren Arbeit zu begründen versuchten. Dort haben wir auch darauf aufmerksam gemacht, daß selbstverständlich jedes Individuum sich von den anderen unterscheiden muß, und daß Kinder und überhaupt schwächliche Personen auf Roentgenbestrahlung intensiver reagiren; und so wie es gewiß eine individuelle Disposition gibt, verhält sich auch die Haut der verschiedenen Körpergegenden bei Durchleuchtung anders — regionale Disposition. Es verdient hier noch erwähnt zu werden, daß schon seit Beginn des Roentgenverfahrens beobachtet wurde, daß die Haut, wenn sie einmal eine beträchtliche Entzündung oder chronische Veränderung nach Bestrahlung erlitten hat, bei späteren Expositionen durch geraume Zeit viel eher auf Roentgenbestrahlung reagirt. Es hat den Anschein, als ob sich die Haut nach wiederholten geringen Roentgenbestrahlungen — selbst ohne daß hin und wieder eine heftige Dermatitis unterlaufen würde — nicht an Durchleuchtung gewöhnen, also nicht gegen dieselbe abhärten könne, wie dies z. B. gegen Sonnenlichtwirkung der Fall ist; es summiren sich umgekehrt

³⁾ Man hat vielfach geschrieben, daß für die Roentgenwirkung überhaupt tiefgreifende und hartnäckige Geschwürsbildungen charakteristisch seien, welche viele Monate und selbst über ein Jahr nicht zur Verheilung gebracht werden können. Dieser Satz ist aber einer Correctur bedürftig, weil in Wirklichkeit viel häufiger oberflächliche und rasch verheilende Geschwüre nach Roentgenbestrahlung beobachtet werden; die Schwere der Erkrankung hängt ja im Wesentlichen von der Intensität der Einwirkung, also von der Menge des absorbirten Roentgenlichtes ab. Bei sehr bedeutender Ueberexposition in einer einzigen Sitzung oder bei zu heftiger Behandlung durch lange Zeit kommen allerdings in charakteristischer Weise jene ungemein chronischen Ulcurationen zustande, an welchen oft auch Thiersch'sche Lappen nicht anheilen.

⁴⁾ Die vorangegangene klinische Schilderung der Roentgendermatitis fußt, wie eingangs bemerkt wurde, durchwegs auf eigenen Beobachtungen, diese entsprechen mit ziemlich guter Uebereinstimmung den ziemlich zahlreichen, aber ungenaueren Mittheilungen anderer Autoren; ebenso verhält es sich mit den unten folgenden Thierversuchen.

die einzelnen kurzen Bestrahlungen zu einer Gesamtwirkung — Cumulation —, wie wir dies oben erwähnten, und eine Gewöhnung dürfte selbst bei sehr geringen und sehr zahlreichen Einzelexpositionen nicht erworben werden können.

Weiter unten werden wir erst auf die mikroskopischen, im Gewebe der Haut eintretenden Vorgänge und Veränderungen zu sprechen kommen, die sich bei den eben beschriebenen Affectionen nach Durchleuchtung ausbilden dürften.

(Fortsetzung folgt.)

Die Massage in der Augenheilkunde.

Von **Prof. Dr. A. Elschnig.**

II.

Aber nun zur Technik der Massage — das ist der springende Punkt. Wenn zwei Fachmänner mit derselben Behandlungsmethode divergente Resultate erzielen, der eine glänzende, der andere gar keine Erfolge sieht, so haben wohl beide Recht; die Kenner der Massage werden mir zustimmen, wenn ich sage: es liegt eben an dem Wie, die Technik ist alles. So auch bei der Massage in der Trachombehandlung. Wer als Leitmotiv seines Handelns hier die Sätze aufstellt⁵⁾: „Beim Auge darf kein starker Druck stattfinden — die Massage darf keineswegs schmerzhaft sein“ —, der wird gewiß die Wirkung der Massage bei Trachom „gleich Null“ finden. Nach meiner Erfahrung trifft ja gerade das Gegentheil zu. Die Massage muß direct auf die kranke Schleimhaut einwirken, sie muß in die Tiefe wirken und daher sehr energisch, kräftig ausgeführt werden, aber ohne die Oberfläche der Schleimhaut zu verletzen. Alle Vorrichtungen und Instrumente, welche die Schleimhautoberfläche verletzen, halte ich für verwerflich, also die eigentlichen Abreibungen, die Anwendung trockener Pulver, Bürsten, Metallpinsel u. dgl.⁶⁾ Anfänglich bediente ich mich lediglich meines Zeigefingers, um den eine dünne Wattelage gewickelt war, eingetaucht in eine antiseptische Flüssigkeit; dann verwendete ich eine mit gleichem Wattebäuschchen armirte anatomische Pincette, welche ich bald mit einem entsprechenden Glasstäbchen vertauschte. Es wird mit einem Wattebäuschchen armirt in eine Lösung von Hydrarg. oxycyanat. 1 : 4000 eingetaucht, bei sehr vulnerabler Schleimhaut auch mit Vaseline Lanolin befettet.

Dasselbe wird zuerst unter das obere Lid, an einer Extremität desselben so schonend als möglich eingeführt, wobei das untere Lid die Bulbusoberfläche vor Berührung schützt. Der Zeigefinger der zweiten Hand massirt mit zunehmendem Drucke die zwischen Finger und Stäbchen liegende Lidpartie. Mit leichter Drehung wird das Glasstäbchen langsam unter dem Lide fortbewegt und so das ganze obere Lid, später auch das untere in gleicher Weise massirt. Soll auch die obere Uebergangsfalte besonders massirt werden, so wird das Lid umgestülpt, und unter dasselbe der Glasstab eingeführt. Wenn nöthig, wird die halbmondförmige Falte, die Bulbusbindehaut in ähnlicher Weise massirt. Eine zweite Art der Massage wird, wie zuerst erwähnt, mit dem mit Watte umwickelten Finger in ähnlicher Weise ausgeführt, letzteres vorzüglich in leichteren Fällen, ohne hochgradige Verdickung des Tarsus und seiner Bindehaut; hier kann man auch direct die Bindehaut abreiben. Unter Umständen gut verwendbar ist auch die JAEGER'sche Lidplatte, welche im Uebrigen so wie das Glasstäbchen benutzt wird. Auch kann man ein Lid

⁵⁾ KLEIN, BUM'S Handbuch, pag. 345.

⁶⁾ Ich erwähne kurz (zum Theil nach KUDNT, loc. cit., pag. 92), daß COSTOMYRIS (1889) pulverisirte Borsäure, PROPOENKO und BIRNBACHER (1894) Glasstäbe, OTTAWA (1893) eine Spatula, EFIMOW (1895) eine löffelähnliche Hornplatte, KEYSER (1891) den Bimsstein verwendete, GIRUVE (1896) dagegen Metallbürsten; DEBOGORV-MOKZIEWITSCH (1897) massirt mit einem Gummistifte.

mit dem anderen massiren. Bindehaut an Bindehaut anliegend. Die Dauer einer Sitzung kann an einem Auge bis 5 Minuten betragen. Ich beschließe sie gewöhnlich mit einer kräftigen äußeren Massage der Lidhaut, welche unter der vorhergehenden Procedur meist etwas ödematös wurde. Nur die ersten Sitzungen werden nach Einträufelung von 2%iger Cocaïnlösung in den Bindehautsack ausgeführt; fortgesetzte Anwendung von Cocaïn scheint mir ungünstig zu wirken. Die Reizerscheinungen nach der Massage sind nur im Anfange etwas heftiger, aber durch eine kalte Augendouche, einen Eisbeutel, eventuell einen Tropfen Cocaïnlösung leicht erträglich zu machen; schon circa 1/2 Stunde nach der Massage ist die Bindehaut zwar succulenter, aber auffallend blaß, und öffnen die Kranken die Augen meist besser als vorher. Die erste Zeit der Behandlung pflegt die Secretion der Bindehaut vermehrt zu sein, um dann rasch zur Norm zurückzukehren. Bei von vorneherein schon trockener, argyrotischer Bindehaut wirken Einträufelungen von Milch günstig. Nochmals hebe ich hervor, daß das Bindehautepithel möglichst geschont werden muß, besonders im Tarsaltheil. Ist man unvorsichtig, so zeigt sich am Tage nach der Massage daselbst ein festhaftender Fibrinbelag, und muß die Behandlung einige Tage ausgesetzt werden. Zuerst wird jeden Tag, später jeden 2.—3. Tag, zuletzt seltener massirt. Diätetische Vorschriften sind natürlich unerläßlich. Zum Reinigen der Augen erhalten die Kranken eine Lösung von Hydrarg. oxycyanat. 1 : 4000; wird seltener massirt, so können an den freien Tagen adstringirende Collyrien — nicht Lapis oder andere Silbersalze — angewendet werden.

In neuester Zeit wurde auch in der Augenheilkunde die Vibrationsmassage eingeführt. Ich habe hierüber keine große Erfahrung. Die manuelle Vibration ermüdet zu sehr, so daß sie dem Oculisten, der eine ruhige Hand braucht, nicht zu empfehlen ist. Die instrumentelle Vibration — ich demonstriere hier das von PRIESBERGEN⁷⁾ angegebene elektrische Instrument — dürfte für die Trachombehandlung zu wenig intensiv wirken; keinesfalls glaube ich, daß die Vibrationsmassage wesentlich mehr in diesem Felde bieten kann, als die einfache directe Massage.

Nichts Geheimnißvolles wirkt in ihr. Der Hauptantheil an ihren Erfolgen dürfte wohl der mächtigen Beförderung der Blut- und Lymphcirculation zuzuschreiben sein und der damit erzeugten Erhöhung des Stoffwechsels im kranken Gewebe; es kommt dies besonders im Bereiche der Lidknorpel in Betracht, deren derbes, bei alten Trachomen starres und infiltrirtes Bindegewebe der Entwicklung normaler Circulationsverhältnisse großen Widerstand entgegensetzen dürfte. Die mit zelligen Elementen überfüllten Lymphspalten werden mechanisch entleert, die Circulation in ihnen und in den Blutcapillaren mächtig befördert, der intensiven Hyperämie folgt augenscheinlich nach kurzer Frist eine reactive Anämie. Daneben ist ein directer Einfluß auf den Krankheitsproceß selbst anzunehmen, in der Art, daß die zelligen Infiltrate zerstört, die noch in der Tiefe vorhandenen Körner ausgequetscht oder einer leichteren Resorption zugänglich gemacht werden. Ganz in derselben Weise dürfte auch der Einfluß der Bindehautmassage auf die Hornhautproceße zu erklären sein; neben dem rein mechanischen Effect (der auch bei möglichster Vermeidung von Druck auf die Cornea kaum ausbleiben dürfte) werden für die Hornhaut günstigere Ernährungsverhältnisse geschaffen, indem die Blut- und Lymphgefäße der Bulbusoberfläche durch die Massage in der angeführten Art beeinflusst werden. Also der raschen Rückbildung der Bindehauterkrankung ist der Hauptantheil des günstigen Einflusses auf den Hornhautproceß zuzuschreiben. Ich bemerke noch, daß ich mich am Beginne meiner diesbezüglichen Beobachtungen wiederholt nur eines Glas-

⁷⁾ Von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall zur Verfügung gestellt.

staves, des nackten Fingers, einer JAEGER'schen Lidplatte u. s. f. bediente, um so festzustellen, daß die Massage allein, nicht die dabei eventuell verwendeten Medicamente den Erfolg bedingen.

Ungleich weniger schlagend sind die Erfolge der Massage bei anderen Bindehauterkrankungen. Ich will sie nur flüchtig andeuten. Phlyktänuläre (ekzematöse) Conjunctivitis, mit geringer allgemeiner Conjunctivitis, scheint gut beeinflußt zu werden, aber auch die alte Therapie, Calomel oder gelbe Salbe, leisten dasselbe. Hier ist nur die Combination der gelben Salbe mit kräftiger Massage, mit dem Lide auf der Bulbenoberfläche ausgeübt, von wesentlich abkürzendem Einflusse.

Bei Frühjahrskatarrh ist der Einfluß der Massage ein sehr variabler; directe Massage der Efflorescenzen mit einem blanken Glasstäbchen scheint am besten zu wirken.

Bei sehr acuten Conjunctividen — z. B. Blennorrhoe — unterstützt eine vorsichtige, aber doch kräftige Massage der Lider, mittelst der darüber hinwegleitenden, befeuchteten Finger ausgeübt, die souveräne medicamentöse Behandlung, indem sie das starke Lidödem verringert. Einen eclatanten Einfluß dagegen auf den Proceß selbst kann man bei manchen Formen selbständigen chronischen Bindehautcatarrhes constatiren. Es betrifft dies häufig Individuen mit blonden Haaren und zarter Haut, eventuell auch Seborrhoe der behaarten Kopfhaut und der Lidränder, bei denen eine hochgradige Ueberempfindlichkeit der Bindehaut gegenüber äußeren Reizen besteht; die objectiven Veränderungen beschränken sich auf diffuse Röthe der Bindehaut, weite große Gefäße, etwas Papillaryhypertrophie am oberen Lide, Hypersecretion. In Fällen, welche jahrelanger Behandlung mit Tropfwässern getrotzt haben, kann hier durch kräftige directe Massage der Bindehaut, welche natürlich durch allgemeine augendiätetische Vorschriften, später auch Anwendung von Adstringentien an den freien Tagen unterstützt werden soll, in kurzer Zeit wesentliche Besserung und Heilung erzielt werden.

In solchen Fällen finden sich auch oft harte Concretionen, Verstopfung von Drüsenläppchen mit Bildung kleiner Granulationen, an der inneren Lidkante oder Lidfläche; mitunter sind einzelne Drüsenmündungen mit einer bläschenartigen Epitheldecke abgeschlossen. Die wiederholte mechanische Entleerung der überfüllten Drüsen dürfte hier den Erfolg der Massage erklären. In mehrwöchentlicher Behandlung ist hier immer eine wesentliche Besserung, fast immer dauerndes Schwinden aller subjectiven Beschwerden zu erreichen, gewöhnlich auch Sistiren der Hypersecretion.

Ganz besonders gilt dies von einer bisher nicht gewürdigten Form von chronischem Bindehautkatarrh, bei dem eine kolossale Hypersecretion der MEIBOM'schen Drüsen wahrscheinlich das ursächliche Moment bildet. Während bei Druck auf das normale Lid aus den genannten Drüsen nur ein winziges Secrettröpfchen sich zeigt, läßt sich hier zähes Secret, ein Faden von Talg, ein Tropfen trüber, gelber Flüssigkeit entleeren.

Gleichfalls bescheidener, d. h. weniger bedeutungsvoll für den Kranken sind die Heilerfolge der Massage bei Erkrankungen der Augenlider, die unabhängig von den schon besprochenen Bindehauterkrankungen auftreten. Die Massage leistet hier meistens nicht viel mehr, als wir durch andere Maßnahmen auch zu erreichen vermögen, erspart aber immerhin messerscheuen Patienten mitunter einen kleinen, wenn auch schmerzlosen operativen Eingriff. So erwähne ich, daß nicht zu alte Chalazien ausschließlich, die nach Auslöftung alter und großer Chalazien zurückbleibenden Verdickungen des Tarsus durch der Operation nachfolgende tiefe Druckmassage leicht zu beseitigen sind. Geringe Stellungsveränderungen der Augenlider, besonders das auf Erschlaffung der Lidgewebe beruhende Ektropium des Unterlides bei älteren Leuten (Eversion des Thränenpunktes)

sind leicht durch Massage zu beheben. Nur wenn die Bindehaut bereits durch längere Zeit freigelegt war und dadurch beträchtlich verdickt ist — Beginn eines sogenannten Ektropium sarcomatosum — ist die Massage vom Arzte vorzunehmen, u. zw. mittelst des unter das Lid eingeführten Glasstäbchens. In den anderen Fällen genügt es, wenn der Kranke selbst wiederholt am Tage streichende Massage — von der Wange her gegen den inneren Augenwinkel — vornimmt, also eine Art Redressement. Dasselbe gilt bezüglich der analogen Stellungsveränderungen der Augenlider infolge frischer Narbenbildung der Lidhaut, naturgemäß nur in geringeren Graden. Zweckmäßig ist es hier mitunter, die Massage mit Faradisation der Orbicularis — mittelst einer Rolle — zu verbinden.

Mutatis mutandis wirkt die Massage günstig bei Entropium, und zwar sowohl dem Entropium apasticum des unteren Lides, als auch bei Entropium infolge chronischer Bindehauterkrankungen, natürlich nur im Anfangsstadium, ebenso bei der sogenannten Blepharophimose^{*)}, in letzteren Fällen mit Druckmassage der Tarsi verbunden.

Besonders hervorheben möchte ich, daß das so überaus lästige Zucken der Augenlider — clonische Krämpfe in einzelnen Orbicularisbündeln — infolge von Bindehauterkrankungen, wie die viel intensiveren und extensiveren Orbiculariskrämpfe bei chronischen Gehirnerkrankungen durch Streichung der Lider entgegengesetzt der Contractionsrichtung des Orbicularis behoben oder wenigstens wesentlich abgekürzt werden können. Die Wiederkehr der letztgenannten Krampfanfälle wird natürlich nicht verhindert.

Die Erfolge der Salbentherapie bei verschiedenen Formen chronischer Lidrandekzeme und nachfolgender Verdickung der Lidränder u. s. f. sind meines Erachtens zum großen Theile der damit verbundenen Massage zuzuschreiben. Wenigstens sehe ich oft mit derselben Salbe, welche schon monatelang erfolglos angewendet worden war, rasche Heilung eintreten, wenn sie unter möglichst energischer Einreibung verwendet wurde. Man verwendet auch hiezu entweder die Fingerbeere oder den mit Watte armirten Glasstab, der mit Salbe beschickt wird.

Nicht zu unterschätzen ist die Wirkung der Massage bei chronischer Dakryocystitis (Dakryocystoblennorrhoe). Wenn ich auch weit entfernt bin, zu glauben, daß Massage allein einen solchen Fall der Heilung zuführen kann, so unterstützt sie doch gewiß sehr wesentlich die eigentliche Behandlung; der Kranke muß, wenn möglich, alle Stunden im Tage durch $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute mit der auf die Haut des inneren Augenwinkels fest aufgelegten Fingerbeere den Thränensack massiren. Dadurch wird einerseits das angesammelte Secret nach außen oder, wenn möglich, auf normalem Wege in die Nase entleert, damit der weiteren Ausdehnung des Thränensackes durch das Secret entgegengewirkt, dessen Zersetzung gehindert, also in augenfälliger Weise das geleistet, was in subtilster Weise bei jeder Massage geschieht: die Entleerung pathologischer oder übermäßiger Flüssigkeitsansammlung aus präformirten Räumen, andererseits die Rückbildung der bestehenden zelligen Infiltration oder bindegewebigen Verdickung der Thränensackwand befördert.

Ueber die Massage bei Erkrankungen der formgebenden Häute des Auges, Cornea-Sklera, lassen Sie mich flüchtig hinweggehen. Sie hat das Bürgerrecht in der Ophthalmotherapie erworben. Die Keratitis parenchymatosa, die nach verschiedenen anderen Hornhautentzündungen und Geschwürsbildungen zurückbleibenden Trübungen, die Skleritis und Episkleritis sind ein dankbares Feld der Massage. In allen letzteren Fällen erreicht man besonders durch die directe Massage der kranken Stellen — mit einem glatten Glasstabe — oft Ueberraschendes. Das Wirksame der sogenannten elektrolytischen Behandlung der Hornhauttrübungen ist meines Erachtens lediglich die Massage.

^{*)} Wurde auch von ABADIE, „Gazette des Hôpitaux“, 1882 angegeben.

Ein gewisses Mißtrauen muß aber auch hier den allzu sanguinischen Hoffnungen entgegengesetzt werden; so sicher ich mich überzeugt zu haben glaube, daß bei jugendlichen Individuen sich narbige Trübungen der Cornea aufhellen können — bei anatomischer Untersuchung fand ich hiefür auch einen anatomischen Beweis —, so wenig wahrscheinlich halte ich es, daß bei älteren Erwachsenen wirklich bindegewebige Hornhautstellen (Narben) aufgehellt werden können. Reste von zelliger Infiltration, welche die noch nicht fertige Narbe dicker und größer erscheinen lassen, können natürlich zum Schwinden gebracht werden. Ich möchte noch anfügen, daß der Druckverband, der ja bei so vielen Keratiten so enorme Heilwirkung entfaltet, sofern das eine Auge frei gelassen ist, eigentlich als prolongirte Massage aufgefaßt werden muß.

Die Massage bewirkt Beschleunigung der Aufsaugung von Bluterguß in die vordere Kammer (Hypphaema), sowie entkapselter Linsenmassen — traumatische Cataracte, nach Discission; in letzteren Fällen scheint besonders unmittelbar auf den Kapselschnitt folgende tiefe Massage — kräftige drückend-reibende Bewegung des oberen Lides auf der Cornea, eventuell auch die von DOMEC angegebene „Druckmassage“ — d. i. intermittirender Druck auf die Cornea — den Eintritt der Linsen trübung wesentlich zu beschleunigen. Nicht überzeugen konnte ich mich dagegen von dem vielfach gepriesenen Werthe der Massage der Volllinse bei Cataracta incipiens (FÖRSTER'sche Staarreifung); ziemlich sicher wirkt hier directe Linsenmassage mit dem in die Vorderkammer eingeführten Löffel, aber ziemlich ebenso sicher sind danach intensive Reizerscheinungen zu erwarten, weshalb ich von diesem Vorgehen entschieden abrathen möchte. Ich stehe übrigens in dieser Frage ganz auf der Seite meines Lehrers SCHNABEL, daß man den Altersstaar — bei Individuen jenseits des 50. Lebensjahres — jederzeit in jedem Stadium der Staartrübung gefahrlos und sicher extrahiren kann.

Bei Iritis im Stadium der Rückbildung scheint vorsichtige, aber doch ziemlich kräftige Massage die Lösung der Synechien zu befördern.

Daß der gesteigerte intraoculare Druck bei Glaukom⁹⁾ durch Massage in vielen Fällen — nicht allen! — herabgesetzt werden kann, ist eine unbestreitbare Thatsache. Man wird aber wohl nur in den seltensten Fällen davon Gebrauch machen, da wir hier auf anderem Wege dasselbe einfacher und sicherer erreichen — seltene Fälle ausgenommen. Einen solchen führe ich kurz an.

Frau H. K., derzeit 39 Jahre, seit 8. Juni 1896 wegen oft recidivirender Skleritis beider Augen (unbekannte Aetiologie) in meiner Behandlung. 20. Mai 1898 am rechten Auge wegen acuten Glaukomes Iridektomie, tadellose Heilung, von da an Ruhe bis September 1900. 6. September 1900 Recidive der Skleritis an demselben Auge, anfänglich unter Extractum suprarenale sehr mild verlaufend. 20. October plötzlich intensive Verschlechterung, mächtige Schwellung und Röthung der Sklera fast rings um die Cornea, beträchtliche Drucksteigerung, der circumcorneale Skleralbezirk ektatisch. Zuerst Myotica, wodurch zwar der Druck nicht herabgesetzt wird, aber hintere Synechien sich bilden. Massage der Sklera mit Glasstab, jede Woche 2mal, sowie täglich 1—2mal mittelst der Lider von der Patientin selbst ausgeführt. Jede directe Massage setzt in einigen Minuten den Druck zur Norm oder unter die Norm herab, die Skleritis geht rapid zurück. Mitte December die Sklera nur verfärbt, aber der Bulbus kleiner, ganz weich, so daß im ersten Momente an Netzhautablösung gedacht werden mußte — aber der ophthalmoskopische Befund war normal; sklerosirende Keratitis unten innen (war schon vor drei Jahren einmal aufgetreten). Atropin löste die hinteren Synechien rasch, erst nach 3 Wochen beginnt der immer nur wenig gereizte Augapfel wieder sich normal zu füllen und bei der letzten Untersuchung vor 8 Tagen war die Spannung wieder recht hoch.¹⁰⁾

⁹⁾ S. DOMEC, Die Behandlung des Glaukoms mit Druckmassage. Ophthalmologische Klinik, III, Nr. 23 u. 24.

¹⁰⁾ Der Fall ist mittlerweile (2. Mai 1901) zur Heilung gelangt.

Die enorme Druckherabsetzung, welche in diesem Falle nach mehreren tiefen Massagen eintrat und durch fast drei Wochen andauerte, allerdings ohne jeden Schaden für das Auge, und wohl auf einen Angiospasmus des Ciliarkörpers zu beziehen ist, fordert dazu auf, in ähnlichen Fällen doch mit äußerster Vorsicht von der Massage Gebrauch zu machen, um ihre günstige Wirkung benützen, einen Wirkungsexceß aber vermeiden zu können.

Und nun komme ich zu einer Gruppe von Erkrankungen, bei denen bisher, wie es scheint, von der Massage nicht oder nur ganz vereinzelt Gebrauch gemacht wurde. Es sind dies verschiedene, vorzüglich auf Circulationsstörungen beruhende Netzhauterkrankungen.

Nur bei der Embolie der Centralarterie wurde sie mehrfach angewendet, das Resultat als Triumph der Massage bezeichnet. Und gerade hier ist so verschwindend wenig zu erwarten. Kommt doch auf 10.000 Augenranke kaum 1 Emboliefall, und ist doch die Möglichkeit, durch Fortschaffen des Embolus wieder das Sehvermögen des erblindeten Auges herzustellen, nur in der ersten Stunde oder den ersten Stunden nach der Erblindung gegeben. Ganz anders steht es dagegen bei anderen, durch Circulationsstörungen gegebenen Netzhauterkrankungen. So scheint bei Thrombosen von Netzhautgefäßen, bei degenerativen Netzhautveränderungen infolge der Gefäßerkrankungen, speciell bei Retinitis albuminurica durch tiefe Massage des Bulbus, anfänglich vom Arzte selbst auszuführen, intelligenten Patienten aber auch ganz gut übertragbar, eine wesentliche, eclatante Besserung der subjectiven Sehstörungen und der ophthalmoskopischen Veränderungen erreichbar. Daß dem so ist, darf nicht Wunder nehmen. Die Circulationsverhältnisse der Netzhaut, der Mangel jeglicher Anastomosen der Blutgefäße, die Art der Lymphabfuhr aus der Retina sind so eigenartig, daß bei relativ geringfügigen Störungen schon hochgradige Stauungserscheinungen, Infiltration und Degeneration erzeugt werden. Daß durch Massage eine Beförderung der Circulation, eine Vermehrung der Abfuhr der Gewebsflüssigkeit auch an Netzhaut und Sehnervenkopf erreichbar ist, ist unleugbar, und auf diese Weise glaube ich die Erfolge der Massage erklären zu sollen. Leider ist das mir in dieser Richtung zu Gebote stehende Beobachtungsmaterial zu klein, als daß ich daraus allgemein gültige Schlüsse ziehen möchte. Ich bemerke nur, daß ich den ersten Fall Retinitis albuminurica bei einem Collegen, der kurze Zeit danach einer Nephritis erlegen ist, im Januar 1898 der Massage unterzogen habe. Jedenfalls fordern diese Beobachtungen dazu auf, in analogen Fällen die Massage zu versuchen, desgleichen bei gewissen orbitalen Sehnervenentzündungen, umsomehr, als unsere sonstige Therapie oft nur minimale Erfolge zu erzielen vermag.

Aus den angeführten, zum Theil aphoristischen Bemerkungen über den Heilwerth der Massage in der Augenheilkunde, durchwegs auf sorgfältigen Eigenbeobachtungen basirend, dürften Sie die Ueberzeugung gewonnen haben, daß die Massage noch berufen ist, in segensreichster Weise unsere therapeutischen Behelfe zu ergänzen. Es mag aber auch am Platze sein, vor allzu optimistischer Auffassung zu warnen. Wenn manche Autoren alle möglichen Augenleiden: Asthenopia accommodativa, Hypermetropie, Strabismus und strabotische Amblyopie, Myopie, Augenmuskellähmungen u. dgl. heilen, respective bessern wollen¹¹⁾, so dürften wir, da an den Angaben der Autoren deshalb allein, weil wir die Ursache des Erfolges der Therapie nicht verstehen können, ein Zweifel nicht zulässig ist, wohl nicht fehlgehen, wenn wir wenigstens die subjectiven Wirkungen der Massage hier lediglich ihrer suggestiven Wirkung zuschreiben.

¹¹⁾ S. d. Bericht des XII. internat. med. Congresses Moskau (LAVAGNA) und des IX. internat. Ophthalmologen-Congresses. Utrecht 1899 (DARIER).

Referate.

R. CHROBAK (Wien): Ueber den Nachweis von Hakenzangenspuren an den Muttermundslippen.

Forensisch kann die Frage in Betracht kommen, wie lange die Spuren von Hakenzangen an den Muttermundslippen sichtbar bleiben. CH. hat nun im Anschlusse an eine diesbezügliche gerichtsarztliche Beurtheilung („Centrbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 4) Versuche sowohl am puerperalen, wie nicht puerperalen Uterus anstellen lassen, welche vor allem das Resultat ergaben, daß die durch die Hakenzange unter möglichst gleichen Umständen gesetzten Verletzungen nach sehr verschiedenen Zeiträumen verschwinden, ja auch schon nach sehr kurzer Zeit wenigstens dem unbewaffneten Auge nicht mehr sichtbar sein können. Aus der Abwesenheit solcher Verletzungsspuren dürfen daher nur sehr vorsichtig Schlüsse gezogen werden, und man kann schon nach zwei Tagen oft nicht mehr behaupten, daß eine Anhakung nicht stattgefunden habe. Im Durchschnitt verschwinden die Spuren an dem puerperalen Uterus schon nach 4 Tagen, während sich bei dem nicht puerperalen Uterus der Durchschnitt auf 12 Tage stellt. Das rasche Unsichtbarwerden der Hakenzangenspuren am puerperalen Uterus ist auf die demselben eigenthümliche rasche Epithelregeneration zu beziehen.

FISCHER.

MARCKWALD (Bremen): Zur Aetiologie und experimentellen Erzeugung der Lebercirrhose.

Die Bezeichnung „Lebercirrhose“ soll nur auf jene Formen von Leberaffection angewendet werden, bei denen Untergang von Leberzellen mit Wucherung des interstitiellen Bindegewebes combinirt ist. Es ist wahrscheinlich, daß hiebei die Leberzellen primär erkranken und erst im Anschlusse daran eine Wucherung des interstitiellen Bindegewebes eintritt. Früher wurde die Lebercirrhose ausschließlich auf die schädigende Wirkung des Alkohols zurückgeführt, doch hat man erkannt, daß für die Aetiologie der Lebercirrhose auch andere Gifte, sowohl chemische als Bacterientoxine, in Betracht kommen, ferner auch mechanische Ursachen — Einlagerung von Geschwülsten und Parasiten, Verlegung von Gefäßen und Gallenwegen — zur Zerstörung von Leberzellen mit consecutiver Wucherung des interstitiellen Bindegewebes führen können („Münch. med. Woch.“, 26. März 1901). Es ergibt sich daraus der Schluß, daß jede Schädlichkeit, welche den Untergang von Leberzellen im Gefolge hat, unter bestimmten Bedingungen zum Auftreten von Lebercirrhose führen kann. Bei seinen Versuchen der experimentellen Erzeugung der Lebercirrhose verfolgte der Verf. das Princip, nicht zu große Dosen des schädlichen Stoffes zu benützen, welche die Leberzellen in einem solchen Grad und Umfang zerstören, daß es nicht zur Cirrhose kommen kann. Ferner ist es mit Rücksicht auf die beträchtliche Regenerationsfähigkeit der Leberzellen nothwendig, die wirksame Substanz in relativ kurzen Intervallen einzuverleiben, weil sich sonst die Leber immer wieder vollständig erholen würde. Auch müssen die Stoffe möglichst lange Zeit hindurch den Thieren einverleibt werden. Verf. wendete für seine Versuche das Antipyrin an, von welchem erwiesen ist, daß es beim Frosch auf die Leberzellen zerstörend einwirkt. Es wurde Fröschen täglich Antipyrin in steigender Dosis von 0·01 Grm. bis 0·1 Grm. durch mehrere Monate injicirt. Bei den Thieren entwickelten sich beträchtliche Flüssigkeitsansammlungen in den Lymphsäcken. Die Untersuchung der Leber und der Niere ergab bei diesen Thieren wohl Zerstörung der Parenchymzellen, aber keine interstitielle Bindegewebswucherung. Das Ausbleiben dieses reactiven Processes ist aus den schlechten Ernährungsverhältnissen der Versuchsthiere, welche in der Gefangenschaft überhaupt spontan keine Nahrung zu sich nahmen, zu erklären. Erst eine zweite Versuchsreihe, wo die Thiere mit Fleisch gefüttert worden waren, ergab das gewünschte Resultat, und es wurde neben der Zerstörung der Parenchymzellen der Leber und Niere auch eine interstitielle Bindegewebswucherung, d. h. echte Lebercirrhose, bezw. Schrumpfnieren vorgefunden.

Auch bei einem Kaninchen konnte durch Antipyrinjectionen experimentelle Lebercirrhose erzeugt werden. Aus den mitgetheilten Versuchen läßt sich der Schluß ziehen, daß häufige Injectionen kleiner Antipyrindosen bei Versuchsthiere Lebercirrhose als Reaction des Organismus auf die primäre Zerstörung der Leberzellen hervorgerufen. Bei Injection großer Dosen kommt es zur acuten Zerstörung der Leber.

M. K.

HANS MEYER (Marburg): Ueber subcutane Paraffinjectionen.

Vor Kurzem hat GERSUNY subcutane, bezw. parenchymatöse Injection eines Paraffingemisches zur Erzielung dauernder, functionell oder, kosmetisch vortheilhafter Gestaltsveränderungen, sogenannter subcutaner Prothesen empfohlen. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, daß solche Injectionen Gehirn- oder Lungenembolien im Gefolge haben können, ferner lehrten Thierversuche, daß das dem Organismus einverleibte Paraffin nicht unbedingt unschädlich sei. Bei Kaninchen, denen wiederholt Vaseline in die Bauchhaut eingerieben worden war, trat Abmagerung ein, und die Thiere gingen unter Lähmungserscheinungen zugrunde („Münch. med. Woch.“, 12. März 1901). Das resorbirte Vaseline konnte bei diesen Thieren sowohl in den Muskeln, als auch in den inneren Organen nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen haben gelehrt, daß das subcutan injicirte Paraffin durch die Spalträume des Bindegewebes in die verschiedenen Körperhöhlen und von hier aus erst in die Lymphdrüsen und Lymphgefäße gelangt. Es ist wahrscheinlich, daß auch im Gefolge der am Menschen zu Heilzwecken vorgenommenen Injectionen von Paraffin eine Wanderung desselben eintreten wird, wobei das Scrotum insofern eine Ausnahme macht, als die die Wanderung des Paraffins begünstigenden Momente — Schwerkraft und Muskelbewegung — hier keine Angriffspunkte haben. Sonst dürften sich die Wanderungen nach dem Gesetz der Schwere vollziehen und dürften Injectionen größerer Paraffinmengen, wie sie zur Erzeugung subcutaner Mammoprothesen angewendet werden, nicht ohne schädliche Folgen bleiben. Von Interesse ist die Angabe von GERSUNY, daß die Paraffintestikel seines Pat. im Laufe der Zeit knorpelharte Beschaffenheit angenommen haben, was wohl daraus zu erklären ist, daß das Paraffin als Fremdkörper einen Reiz ausübt, welcher zu mächtiger Bindegewebswucherung führt. Verf. ließ auch Versuche darüber anstellen, ob und inwieweit das Paraffin im menschlichen Körper zerstört wird. Zu diesem Zwecke wurde Ratten reines Paraffin subcutan injicirt, durch Aether-spray zum Erstarren gebracht und die Hautwunde durch Collodium abgeschlossen. Nach 1—2 Monaten wurde die Paraffinmenge bestimmt. In zwei Fällen wurden 79, bezw. 42% reines Paraffin wieder erhalten, woraus hervorgeht, daß das injicirte Paraffin langsam, aber sicher — wahrscheinlich durch Oxydation — aus dem thierischen Körper verschwindet.

M. K.

V. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Ueber die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus.

N. verwendete in letzter Zeit statt des Natronsalzes der Salicylsäure ausschließlich das Aspirin, weil es von den Diabetikern viel besser vertragen wird. Auch die Salicylsäure versagt manchmal vollständig, aber verhältnismäßig oft sieht man doch, daß Diabetiker, wenn sie 1—3 Grm. Aspirin am Tage nehmen, eine erheblich höhere Toleranz erlangen, als ohne dieses Mittel. Diabetiker, deren Diät nicht genau nach den Bedürfnissen des Einzelfalles geregelt ist, haben freilich gar keinen Nutzen von der Salicylsäure. Die besten Erfolge sieht man von ihr bei Leuten, die eine gewisse Menge von Kohlehydraten noch vertragen (circa 60—150 Grm. Brot), ohne Zucker auszuschcheiden. Verordnet man diesen Leuten eine Diät, bei der sie in Bezug auf die Kohlehydrate sich ihrer Toleranzgrenze nähern, so besteht die Gefahr, daß doch hin und wieder Zucker ausgeschieden wird und die Toleranzgrenze allmählig tiefer rückt. Diese Gefahr wird durch die Beigabe der Salicylsäure wesentlich verringert; häufig steigt sogar die Toleranz noch um 30—60 Grm. Brot mehr, und es läßt sich oft nicht verkennen,

2*

daß auch nach Aussetzen des Medicamentes der günstige Einfluß noch längere Zeit anhält. Ebenso hat v. N. den Eindruck („Deutsche Praxis“, 1900, Nr. 11), daß die für die meisten Diabetiker so außerordentlich günstige Einschaltung von 2—3wöchentlichen Perioden strenger Diät energischer und nachhaltiger auf die Erhöhung der Toleranz einwirkt, wenn die Patienten in jenen Perioden gleichzeitig Salicylsäure oder Aspirin (2—3 Grm. am Tage) nehmen. Dies läßt sich natürlich kaum ziffermäßig beweisen, doch glaubt Verf. aus den vielhundertfältigen Erfahrungen, die er über die Wirkung strenger Diäten in seiner Privatklinik für Zuckerkrankte gesammelt hat, dieses bemerkenswerthe Facit ziehen zu dürfen.

N.

J. PAVINSKI und Z. ADEL: Ueber Anwendung des Heroins bei Circulationsstörungen.

Verf. haben sehr weitgehende Versuche mit Heroin gemacht und geben ihre Resultate wie folgt kund („Heilkunde“, 1901, Nr. 1): „Vor allem ist die allgemein beruhigende Wirkung des Heroins unter Beseitigung von Aufregungs- und Beängstigungserscheinungen hervorzuheben. Was den Einfluß auf den Blutdruck im Gefäßsystem anbetrifft, so ist derselbe so unbedeutend, daß er eine Blutsteigerung indirect nicht hervorruft und infolgedessen das Mittel bei Circulationsstörungen mit hohem Blutdruck angewandt werden kann. Der günstigen Einwirkung auf die Herzinnervation ist die Herabsetzung der Pulsfrequenz und das Schwinden der Arrhythmie zuzuschreiben. Einen indirecten Einfluß auf die Nieren scheint das Heroin nicht zu haben, ebensowenig einen ungünstigen auf den Appetit und die Verdauungsthätigkeit.“

Was schließlich die Respiration anbelangt, so konnten P. und A. in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen von DRESER — wenn die ihrigen auch nicht immer so deutlich waren — doch eine Herabsetzung der Frequenz der Respiration mit gleichzeitiger Vertiefung derselben feststellen.

„Als Indication für die Anwendung des Heroins nahmen sie an: 1. Husten, 2. Dyspnoë, 3. Schmerzen, zumal stenocardiale, 4. Angstgefühl, Herzklopfen, Parästhesien, 5. die verschiedene Circulationsstörungen begleitende Schlaflosigkeit.“

Bei Herzklappenfehlern hatten sie (in Fällen von Insufficienz der Aortenklappen), welche infolge von Rheumatismus oder Atheromatose entstanden waren, die besten Erfolge zu verzeichnen, weniger gute Dienste leistete das Mittel bei Störungen im kleinen Kreislauf. Den günstigsten Einfluß des Heroins unter Steigerung seiner Wirksamkeit durch gleichzeitige Darreichung von Jodpräparaten hatten die Autoren bei Arteriosklerose alter Leute mit gesteigerter Gefäßspannung wahrgenommen, ebenso ein gutes Resultat in Fällen von Asthma cardiale. Bei Krankheiten des Herzmuskels erzielten sie durch Heroin eine Milderung der Dyspnoë, des Hustens, während bei Herzneurosen Regulierung des Herzrhythmus, dagegen bei Angina pectoris keine Beeinflussung zu constatiren war. In einigen Fällen von BASEDOW'scher Krankheit im Stadium der beginnenden Compensationsstörung wurde Heroin mit Vortheil in Verbindung mit Digitalis, Chinin oder Arsen gebraucht. Bei Erkrankungen der Respirationswege wurde in allen Fällen Linderung des Hustens und der Schmerzen in den Seiten und Abnahme der Athemnoth beobachtet, dagegen war eine Herabminderung der Nachtschweiß bei Phtisikern nicht festzustellen. Ebenfalls erwies sich das Heroin als sehr wirksam bei Magenhyperästhesie auf allgemein nervöser Basis; es beseitigte Erbrechen und die eine Zuführung von Speisen verhindernden Schmerzen. Dabei wurde, selbst bei längerem Gebrauche, keine Angewöhnung an das Mittel oder chronische Intoxication constatirt.“

G.

*Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn
(Geheimrath Schede).*

NIHUES: Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberculose.

In der Absicht, durch eine mäßige Entzündung mittleren Grades, welche in der Umgebung eines tuberculösen Herdes erzeugt wird, die den Herd abschließende und schließlich zur Vernarbung bringende Bindegewebswucherung anzuregen und zu begünstigen,

hatte LANDERER tuberculöse Herde mit Perubalsaminjectionen behandelt. Als sich erwiesen hatte, daß die Wirksamkeit des Perubalsams mit seinem Gehalt an Zimmtsäure wuchs, benutzte er Zimmtsäureemulsion. Doch diese war schwer zu bereiten, nicht sterilisirbar und hielt sich nicht. Daher wendet er seit 1893 fast ausschließlich eine klare, wässrige Lösung von zimmtsäurem Natron, Hetol geheißen, an. Es haben die Zimmtsäure und ihre Salze die Eigenschaft, positiv chemotaktisch zu wirken und eine echte Hyperleukocytose zu erzeugen. Wahrscheinlich kamen dazu besondere Beziehungen zu den Tuberkelbacillen.

Zwecks Feststellung der heilenden Wirkung der Zimmtsäure auf Tuberculose hat N. in der Bonner chirurgischen Klinik 66 Kranke also behandelt und ihr Schicksal ein Jahr nach der Entlassung verfolgt. Es waren („Deutsche Ztschr. für Chirurgie“, Bd. 57, H. 5/6) 19 Coxitiden, 15 Kniefungen, 11 Fußtuberculosen, 5 Armtuberculosen, 7 Spondylitiden, 4 Beckencaries, 2 Hodentuberculosen und je ein Fall von tuberculösen Halsdrüsen, Weichtheiltuberculose an der Brust und Blasen-tuberculose im Lebensalter 1—65. Das Allgemeinbefinden blieb ungestört, Appetit und Körpergewicht hoben sich, Urin blieb eiweißfrei, das Fieber blieb unbeeinflusst. Es wurden Wochen und Monate hindurch intravenöse Hetolinjectionen in Dosen 1—25 Mgrm. mit localen 1%igen Jodoformglycerineinspritzungen (10 Ccm. mit 10—14tägigen Intervallen) combinirt, selten kam auch BIER'sche Stauung hinzu. In den ersten vierzehn Tagen steigerte sich unter dieser Behandlung die Absonderung enorm.

Ein Jahr nach der Entlassung waren 26 Fälle geheilt, 15 gebessert, während 9 gestorben und 15 unbeeinflusst waren; zwei Ausgänge sind unbekannt. Während also LANDERER neuestens über 90% Heilungen angibt, kamen in Bonn nur annähernd siebenzig heraus.

N. mag keine festen Schlüsse aus diesen Zahlen, die ja keineswegs ungünstig sind, ziehen, will nur zu einer allgemeineren Nachprüfung dieser jedenfalls unschädlichen Heilmethode anspornen.

R. L.

Aus der chirurg. Klinik in Kiel (Prof. Helferich).

M. GERULANOS: Lungencomplicationen nach operativen Eingriffen.

Zu den häufigsten indirecten Begleiterscheinungen größerer Operationen zählen Lungencomplicationen. Wie GERULANOS bemerkt, („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie“, Bd. 57, H. 3/4) waren diese in der vorantiseptischen Zeit erheblich häufiger als jetzt. Die Infections-pneumonien sind im Schwinden, aber Narkose, Laparotomie und die größeren complicirteren Eingriffe in die Körperhöhlen begünstigen sie.

Unter 95 Todesfällen der Kieler chirurgischen Klinik 1899 finden sich 18—19%, in denen die Lungenerkrankung eine Rolle spielte; doch bleiben nur 7 Fälle übrig, in denen ein directer Zusammenhang mit dem operativen Eingriff bestand, während in 4 Fällen die Lungenerkrankung (2mal Oedem, 2mal Entzündung) unmittelbar schweren Verletzungen folgte. Von jenen 7 Fällen waren 2 Aspirationspneumonien bei Oberkiefer-, resp. Zungenoperation, 3 Narkosen-Aspirationspneumonien, 1 Lungengangrän (Aspiration?), 1 Lungeninfarkt.

Hinsichtlich der Narkose überwiegen acute Bronchitiden und acute Oedeme bei Aethernarkosen so, daß sie dadurch ihre Gefährlichkeit gegenüber dem Chloroform verlieren (MIKULICZ, POPPERT). Die entzündlichen Processe scheinen hier Folge einer Aspiration von Mundsecret zu sein; die Oedeme bedingen vermehrte Arbeitsleistung des Herzens bei erweiterten Blutgefäßen und lähmende Wirkung des Aethers auf das Herz. Aspirationspneumonie kommt natürlich auch bei Chloroformnarkose vor. MIKULICZ hat zuerst auf die merkwürdige Thatsache hingewiesen, daß die Localanästhesie zumal bei größeren Eingriffen (Bauchschnitten) mindestens postoperative Pneumonien nicht seltener macht. Ja GOTTSTEIN fand vor Einführung des Cocaïns 1896 nur 6% dieser Complication, während unter 114 unter SCHLEICH vorgenommenen Bauchoperationen davon über 14% vorkamen. Es dürften das hypostatische

Pneumonien sein. Insbesondere nach Lösung eingeklemmter Brüche kamen auf embolischem Wege durch Lösung capillarer Thromben in der gequetschten Darmwand lobuläre und lobäre Pneumonie, Infarkt und Absceß zustande; es können da sogar im embolischen Herd die Bacterien des Bruchwassers (*Bact. coli comm.* — FISCHER und LEVY) wiedergefunden werden. Natürlich können in anderen Fällen auch große Venenthromben in gleicher Weise wirken (z. B. nach ALEXANDER ADAM'scher Operation bei Retroflexio uteri wahrscheinlich durch Thrombose der Spermaticavenen die oft erlebten Lungenerkrankungen). KOCHER hat auf die häufigen embolischen Lungenprocesse nach Kropfoperationen hingewiesen.

Andere Ursachen sind unzweifelhaft die Abkühlungen, wie sie der Transport, das Waschen, die Operationsdauer und die Narkose — nach HÖLSCHER und Allen bedingt jede Narkose Herabsetzung der Körpertemperatur nach MILLER obendrein leichtere Reaction auf äußere Temperatur — mit sich bringen. Auch Gemüthsbewegungen scheinen einigen Einfluß zu haben.

Abkühlungs-, Narkosen- und Aspirations-Lungenerkrankungen treten sehr bald in Erscheinung, hypostatische allmählig nach 3—5 Tagen, embolische plötzlich unter den bekannten stürmischen Aeußerungen.

Zwecks Verhütung ist die Narkose möglichst zu beschränken; bei deren Nothwendigkeit ist bei kleinen Eingriffen die Cocainisirung, bei großen aber die Chloroformnarkose mit Unterbrechung während Manipulationen am Darm anzurathen. Aspiration verhütet man durch Tieflagerung des Kopfes nach Eintritt des Toleranzstadiums und durch vorherige Mundreinigung; besonders bei Laparotomien, die ohne Fastenvorbereitung erfolgen muß, empfiehlt sich Magenausspülung. Hypostasen verhindern wenig beeengende Rumpfvorbindungen, öfterer Lagewechsel und tiefe Inspirationen nach der Operation. Opium begünstigt Gasansammlung im Darm und wirkt darum die Hypostase begünstigend; umgekehrt wirken Morphium durch Aufheben des Schmerzes und Excitantien (*Digitalis* mit Benzoe), vor allem Hochlagerung des Oberkörpers, ihr entgegen. Abkühlungen sind thunlichst zu vermeiden (nicht durch Ueberheizen des Operationsraumes!).

R. L.

HERMANN (Lemberg): Ueber das Sterilisiren der Seidenkatheter.

Verf. schlägt vor („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 3), die seinerzeit von ELSBERG zum Auskochen von Catgut verwendete Methode auch zum Sterilisiren der Seidenkatheter zu benutzen. Die Methode beruht darin, daß die Gegenstände in einer gesättigten Lösung von Ammonium sulf. ausgekocht werden, und hat den Vortheil, daß das Auskochen in jeder emaillirten Blechwanne geschehen kann.

Die Katheter vertragen das öftere Auskochen in der Lösung sehr gut, sind schon nach 3—5 Minuten langem Kochen sicher steril und können direct aus der Lösung ohne vorheriges Abwaschen nach Bestreichen mit Vaseline zum Katheterismus benutzt werden, ohne Reizung der Urethra zu verursachen.

ERDHEIM.

HOFMANN (Bonn): Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose?

Vor allem erscheint es nothwendig, den Korb mit dem Anästheticum in gleichmäßiger Menge zu beschicken; die Tropfmethode ist deswegen vorzuziehen. Um aber eine gleichmäßige Aufnahme des Narcoticums zu ermöglichen, ist es auch nothwendig, daß der Pat. gleichmäßig, tief und ruhig einathmet; mit der allgemein üblichen Methode, den Pat. laut zählen zu lassen, kommt man bei nervösen und aufgeregten Pat. nicht zum Ziel; die Pat. zählen schnell und athmen nur flüchtig. H. schlägt daher vor („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 3), die Pat. rückwärts zählen zu lassen und mit einer mindestens dreistelligen Zahlenreihe, etwa von 200 abwärts, anzufangen. Das Aussprechen der größeren Zahl beansprucht mehr Zeit, die Pat. athmen daher zwischen 2 Zahlen tief, andererseits bewirkt das Ungewohnte des Zählens, daß sie nur langsam dies thun, daher auch langsam athmen.

Der Narkosekorb darf nicht mit dem Narcoticum getränkt den Pat. plötzlich genähert werden, sondern man legt den Korb trocken auf und läßt den Pat. $\frac{1}{2}$ —1 Minute zählen und tropft erst später das Anästheticum in immer kürzeren Intervallen auf.

ERDHEIM.

E. KROMAYER und P. GRÜNEBERG (Halle a. S.): Die Behandlung des Ekzems.

Die drei Indicationen für die Behandlung des Ekzems, in ganz flüchtigen Umrissen aufgestellt, betreffen 1. Ruhigstellung der Haut durch Schutz gegen äußere und innere Schädlichkeiten, vermitteltst Eiupudern, Einfetten etc. für die acuten Ekzeme. 2. Beseitigung der chronischen Gewebsveränderung bei dem chronischen Ekzem mit Zuhilfenahme der sogenannten reducirenden Mittel, Theer, Schwefel, grüne Seife, Pyrogallol u. a. 3. Für Gemische von acuter und chronischer Entzündung tritt die dritte Indication in ihr Recht, Aetzung der acut-entzündlichen Stellen und der alten Herde. Damit beschäftigt sich denn der vorliegende Artikel fast ausschließlich. K. empfiehlt zu diesem Zwecke („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 6) das von ihm in die Therapie eingeführte Lenigallol (Triacetat der Pyrogallussäure), das Reizlosigkeit für die gesunde Haut, reducirende Wirkung für chronisch-entzündliche Haut, beschränkte Aetzwirkung an jenen Stellen, wo sie uns wünschenswerth erscheint, in sich vereinigt. In Anwendung gezogen wird es als Lenigallolzinkepaste

Rp. Lenigallol 20·0
Pasta Zinc. 80·0

als Lenigalloltheerpaste

Rp. Lenigallol 10·0
Ol. Cadini 5·0
Pasta Zinc. 85·0

und als Lenigallol-Wilkinsonspaste

Rp. Lenigallol 10·0
Unguent. Wilkinson. 90·0

Die Lenigallolzinkepaste färbt Bläschen, Krusten, nässende Stellen schwarz, die ekzematösen Stellen erscheinen nach ein- oder mehrmaliger Application trocken, der Juckreiz schwindet wie mit einem Schläge. Sind die exsudativ-entzündlichen Erscheinungen durch die Lenigallolzinkepaste beseitigt, aber eine tiefere Bindegewebsinfiltration vorhanden, so ist die Combination mit Theer oder mit grüner Seife (Unguent. WILKINSON) angezeigt. Dagegen ist die Aetzwirkung des Lenigallols eine zu oberflächliche bei recidivirenden Handekzemen, bei tiefsitzenden Kopfekzemen; hier wirkt die grüne Seife oder die bereits von HEBRA empfohlene Aetzung mit Kalilauge ausgezeichnet, die beide die Hornschicht durchdringen. Der Seifenverband wird je nach Bedarf für ein bis zwei Stunden angelegt, die Aetzung mit 15%iger Kalilauge vorgenommen. Jeder Aetzung folgt ein ruhig steller Salbenverband von Pasta Zinc. Unguent. Diachyl. Hebra aa. Aber auch in diesen Fällen übernimmt das Lenigallol die vorbereitende Behandlung, denn das Ekzem ist nach dem Erachten der Autoren das eigentliche Feld des Lenigallols.

DEUTSCH.

ASKANASY (Königsberg): Ueber Infection des Menschen mit *Distomum felinum* (*sibiricum*) in Ostpreußen und ihren Zusammenhang mit Leberkrebs.

Bei der Obduction eines 58jährigen Mannes, bei dem sich ein Lebercarcinom von kolossalen Dimensionen fand, konnte Verf. in der Leber reichlich Eier von *Distomum felinum* nachweisen. Bei genauerer Präparation der Gallenwege fand A. die Distomen selbst, theils einzeln gelagert, theils zu Klümpchen zusammengelegt. Auf Grund einer genauen histologischen Untersuchung des Lebertumors kommt Verf. zu dem Ergebnisse, daß derselbe von dem Epithel der Gallengänge seinen Ursprung genommen habe und daß die Carcinombildung „den gefährlichen Gipfelpunkt jener Gallengangsproliferation darstellt, den wir auch in der nicht krebsigen Leber als Folge der *Distomum*-infection kennen gelernt haben“. Verf. stellt daher mit größter Wahrscheinlichkeit die Behauptung auf, daß die Invasion des *Distomum felinum* in die Leber in seinem Falle die mittelbare Ursache der Krebsbildung gewesen ist. Allerdings ist es in keinem der bisher bekannten neun Fälle von *Distomum*-infection

tion der Leber zur Carcinomentwicklung gekommen. Alle diese Fälle stammten aus Tomsk (publicirt von WINOGRADOFF), während der Fall des Verf. der erste in Europa acquirirte Fall von *Distomum felinum* ist. Interessant ist, daß Verf. in dem Stuhle eines anderen Patienten, der aus dem gleichen Orte stammte wie der erste Fall, gleichfalls Eier von *Distomum felinum* fand. Verf. vermuthet, daß sich der Mensch in gleicher Weise wie die Katze (vergl. M. BRAUN) durch den Genuß von Fischen mit Distomen inficire. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, Heft 16.) Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Grundriß der orthopädischen Chirurgie für praktische Aerzte und Studierende. Von **Dr. Max David**, Specialarzt für orthopädische Chirurgie, fr. Assistent an der k. Universitätspoliklinik für orthop. Chir. in Berlin. Mit 129 Abb. Berlin 1900, S. Karger.

Die deutsche medicinische Literatur ist nicht eben reich an Lehr- und Handbüchern des jüngsten, in den letzten Decennien üppig grünenden Zweiges der Chirurgie. Neben ausgezeichneten monographischen Bearbeitungen einzelner Theile der Orthopädie ist es lediglich HOFFA'S mustergiltiges Lehrbuch, das berufen erscheint, die Errungenschaften dieses Faches den Aerzten zu vermitteln, deren Interesse an dem Gegenstande in steter Zunahme begriffen ist. Neben diesem Standard-work einen knapp gehaltenen, orientirenden „Grundriß“ erscheinen zu lassen, welcher berufen ist, die Leser in das Fach einzuführen und dem praktischen Arzte wie dem Studierenden die wichtigsten Capitel der Orthopädie zu tradiren, war sicherlich ein guter Gedanke.

Es ist dem Verf. der Vorlage gelungen, seine nicht leichte Aufgabe befriedigend zu lösen. Volle Beherrschung des umfangreichen Stoffes in Vereine mit weiser Beschränkung und richtiger Eklektik waren die Grundlagen einer Arbeit, die deshalb mehr als lediglich compilatorischen Werth besitzt. Ohne gerade hervorstechend individuelle Bedeutung zu arrogiren, ist daher DAVID'S Grundriß sehr wohl geeignet, seinem Zwecke zu entsprechen. Von einzelnen minder gelungenen Capiteln abgesehen, zu welchen wir die aphoristische Darstellung der Massage zählen müssen, hat es der Verf., welchem die Stigmen der WOLFF'Schen Schule — nicht zu seinem Nachtheile — anhaften, trefflich verstanden, sowohl in den überaus knapp gehaltenen theoretischen Auseinandersetzungen, wie in den ausführlicheren technischen Details dem Verständnisse des Praktikers Rechnung zu tragen.

Das Buch, textlich gut ausgestattet, enthält zahlreiche, zum meist bekannten Werken entlehnte Holzschnitte, von welchen einzelne — so Fig. 85 u. 86 — in einer nächsten Auflage wohl die wünschenswerthe Correctur erfahren werden. BUM.

Ueber die Ursache des Alters. Grundzüge der Physiologie des Wachstums mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. Von **Dr. M. Mühlmann** (Odessa). Mit 15 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.

Das Interesse an biologischen Themen ist insbesondere nach den Arbeiten WEISMANN'S auch in allgemein ärztlichen Kreisen ein lebhafteres geworden. Darum begrüßen wir es freudig, wenn auch von dieser Seite an dem Aufbau der Biologie mitzuarbeiten gesucht wird; die Ausführungen des Autors werden zwar — und mit Recht — Gegner und Widersacher finden, aber errando discimus.

Der Verfasser geht von der vielmißbrauchten Amöbe aus, welche, wenn sie copulirt wird, nicht stirbt, da ihr Leib in den ihrer Töchter übergeht. Im Unterschiede zwischen den einzelligen Wesen und den mehrzelligen Organismen liegt der Grund des Todes. Der mehrzellige Organismus stirbt, weil er wächst. Die Wachstumsfrage ist aber eine Ernährungfrage, und da schon früher der Zeitpunkt eintritt, wo die Ernährung einzelner Zellen leidet, ist das Wachstum schon frühe mit rückschreitenden Vorgängen, Atrophien und nekrobiotischen Processen verschiedener Natur verknüpft. Ja, diese regressiven Veränderungen der ursprünglichen Blutzellen führen zur Differenzirung der verschiedenen Gewebe (Bindegewebe, Muskel- und Nervengewebe), und da M. die Function der Gewebe einzig und allein von der Structur der Zelle abhängig macht, so stellt nach ihm auch die Function nichts Anderes als eine Formerscheinung des Wachstums dar, sie wird erst von der Zusammensetzung und dem Bau der Theile bedingt. Vererbung und Zweckmäßigkeit sind Begriffe, die aus der mechanisch-chemischen Entwicklungslehre des Autors eliminirt sind.

Das Wachstum der reifenden Frucht kann in einer steil aufsteigenden und dann langsam abfallenden Curve veranschaulicht werden. Durch Wägungen der verschiedenen Organe kann aber festgestellt werden, daß manche derselben (z. B. Haut, Lungen) bis ins späte Alter weiter wachsen und überhaupt keinen Wachstumsstillstand zeigen, während andere schon frühzeitig zu wachsen aufhören. Der Tod an Altersschwäche erfolgt aber durch die schon frühzeitig einsetzenden regressiven Veränderungen des Nervencentrums.

Dies wären ungefähr die wichtigsten Leitsätze der vorliegenden Arbeit, bei der neben einer Fülle speculativ gewonnener Resultate zahlreiche chemische und statistische Zahlentabellen verworther werden. Sie krankt nur an dem Erbübel so vieler naturwissenschaftlicher und insbesondere biologischer Arbeiten, aus der Succession gewisser Erscheinungen zu weitgehende Schlüsse auf das Wesen derselben zu ziehen.

Die Ausstattung des Buches sowie die Ausführung der Abbildungen ist musterhaft. FISCHER.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

II.

— 30. April 1901.

In den letzten Wochen stand das medicinische Berlin unter dem Zeichen der Congresses. Es tagten hier der Congreß für Chirurgie und der für innere Medicin, über deren wissenschaftliche Ergebnisse an anderer Stelle Bericht erstattet wird. Im Allgemeinen nahm der Congreß für Chirurgie das Interesse lebhafter in Anspruch als der für innere Medicin. Die therapeutischen Erfolge, welche die Chirurgen aufweisen, stellen die Heilerfolge der Internisten weit in den Schatten. Auch jetzt noch, wo die Zeit des Nihilismus in der Therapie überwunden ist und immer neue Heilmethoden das Interesse der Aerzte zu erwecken suchen.

In seiner einleitenden Rede wies der Vorsitzende des Congresses für innere Medicin, Geh.-Rath SENATOR, auf die glänzenden Fortschritte hin, welche die Diagnostik in den letzten Jahrzehnten

des verflossenen Jahrhunderts gemacht hat, und er hob hervor, daß diese Fortschritte in der Diagnostik ja auch der Therapie zugute kämen: „qui bene noscit, bene curat“; doch war während der Congreßverhandlungen nicht viel von therapeutischen Fortschritten zu merken. Bezeichnend war gleich in der ersten Sitzung bei der Discussion über Digitaliswirkung, daß die einzelnen Redner über ganz verschiedene Resultate zu berichten wußten, Resultate, die so abweichend waren, daß sie OTT (Prag) zu der treffenden Bemerkung veranlaßten, die Herren hätten in den verschiedenen Theilen Deutschlands wohl auch verschiedene Digitalispräparate in Händen gehabt. Die Referate waren im Uebrigen meist von hervorragendem Werthe, gut und sorgsam durchgearbeitet; besonders die Berichte über Myelitis nahmen lebhaftes Interesse in Anspruch. Mit den Congressen waren auch diesmal Ausstellungen verbunden. Die Ausstellung des Congresses für innere Medicin hob sich in diesem Jahre vortheilhaft von ihren Vorgängerinnen ab. Während früher die therapeutischen Präparate den Hauptbestandtheil ausmachten und den Fabriken von Nährpräparaten u. s. w. zu ausgiebiger Reclame Gelegenheit boten, war die Ausstellung diesmal eine wissenschaftlich-diagnostische, an der sich auch viele hervorragende Gelehrte betheiligt hatten. Außer zahlreichen, oft sehr complicirten Apparaten

und Instrumenten erregten namentlich die anatomischen Präparate aus den pathologischen Anstalten und die mikroskopischen Präparate viel Aufmerksamkeit. Auch ein neuer, von THORNER angegebener Augenspiegel, dessen Benützung jedem Ungewöhnlichen die Inspection des Augenhintergrundes sehr erleichtert, nahm reges Interesse in Anspruch. Für den nächstjährigen Congreßort ist Wiesbaden auszuwählen; die Berliner Aerzte sind darüber froh, denn es gehört nicht zu den Annehmlichkeiten, außer den täglichen Berufspflichten noch den halben Tag über den Congreßsitzungen beizuwohnen. Nach Wiesbaden zum Congreß zu fahren, bedeutet den Berlinern eher ein paar Tage Ferien; ein Berliner Congreß bedeutet ihnen doppelte Arbeit.

Noch über eine andere Angelegenheit, die in letzter Zeit hier viel erörtert wurde, möchte ich Ihnen kurz berichten. Es ist die Frage, ob und inwieweit die Kranken der städtischen Hospitäler zu Unterrichtszwecken benutzt werden sollen. Diese Frage wird hier nicht zum erstenmale behandelt; schon mehrmals hat sich die Stadt ablehnend dagegen verhalten, daß ihre Hospitäler zu Unterrichtszwecken herangezogen wurden, und zwar hauptsächlich deswegen, weil der klinische Betrieb für viele Patienten Unannehmlichkeiten mancherlei Art mit sich bringt. Diesmal handelt es sich nun um einen ganz bestimmt formulirten Vorschlag, den das Unterrichtsministerium der Stadt unterbreitet hat. Es sollen nicht die städtischen Krankenhäuser überhaupt ihr Material zum Unterricht hergeben, sondern es soll nur in einem städtischen Krankenhaus, u. zw. in Moabit klinischer Unterricht erteilt werden. Es läge durchaus im Interesse der Studenten, wenn zu den bisher bestehenden drei inneren Kliniken eine vierte hinzukäme, denn die Zahl der Praktikanten in den einzelnen Kliniken wächst von Jahr zu Jahr. Leider werden wir aber 4 Kliniken niemals haben, sondern, wenn der Vorschlag des Ministers von der Stadt angenommen wird, ist das Schicksal der dritten medicinischen Klinik der Charité wohl besiegelt. Die königliche Charité befindet sich jetzt im Umbau, und im Plane des Neubaus sind nur für die bisherige I. und II. innere Klinik Räume vorgesehen. Es ist sehr durchsichtig, daß die Einrichtung des Unterrichts im städtischen Krankenhause die III. medicinische Klinik ersetzen soll, für die in der neugebauten königlichen Charité „kein Platz zu sein scheint“. So wurden wir dann wie bisher drei innere Kliniken haben, nur mit der Verschlechterung, daß sie nicht mehr wie bisher in einem Gebäude zusammenliegen. Diese Verschlechterung ist nicht gering zu achten, da es für die Studenten eine große Unannehmlichkeit ist, von einer Klinik zur anderen einen weiteren Weg zurückzulegen. Der Vorschlag des Unterrichtsministers, der scheinbar eine Vermehrung des klinischen Unterrichts bezweckt, würde also voraussichtlich den Studirenden gar nichts nützen.

Daß die städtischen Hospitäler ihr reiches Material für den klinischen Unterricht hergeben, ist bei der großen Zahl der Mediciner in Berlin nur wünschenswerth. Die städtischen Behörden würden diesem Bedürfnis vielleicht Rechnung tragen und in ihren Krankenhäusern Unterricht erteilen lassen, wenn ihnen der Fiscus durch Erbauung von Hörsälen u. s. w. entgegenkommt. Der Staat würde selbst bei einem solchen Entgegenkommen finanziell noch sehr gut fahren. Denn in einem fertigen, gut eingerichteten Krankenhause einen Hörsaal erbauen und eventuell unterhalten, ist eine geringe Ausgabe im Vergleich zur Unterhaltung einer selbständigen Klinik. Der Fiscus hätte also bei einer solchen Neuordnung nur Vortheile. Ob aber die Stadt so selbstlos ist, dem sparsamen Fiscus die Erhaltung einer Klinik abzunehmen? Wenn sie glaubt, daß es dem Unterrichtsminister mit seinem neuen Vorschlag darauf ankommt, für die eingehende III. medicinische Klinik einen billigen Ersatz auf Kosten der Stadt zu schaffen, dann wohl sicherlich nicht! Es wäre aber dringend zu erstreben, daß die bisherigen drei inneren Kliniken in der alten Weise erhalten bleiben, und daß außerdem noch in den städtischen Hospitälern klinischer Unterricht erteilt würde. M.

Kleine Mittheilungen.

— Experimentelle **Beiträge zur Eisentherapie** veröffentlicht MÜLLER („Deutsche med. Woch.“, 1900, Nr. 51). M. hat seine, die Wege und den Effect der Resorption von Eisensalzen betreffenden Versuche an Hunden angestellt, die durch wiederholte Aderlässe anämisch gemacht waren. Die Hunde erhielten, sobald dieser Zustand erreicht war, 4—10 Mgrm. organischen Eisens pro Körperkilo mit der Milch längere Zeit hindurch, dann wurde ihr Gesammthämoglobin durch Verblutenlassen und Extraction des im Körper zurückgebliebenen (auch des im Knochenmark steckenden) bestimmt, ebenso auch das von gleichgehaltenen Controlthieren. — Es fand sich eine Steigerung der Hämoglobinmenge bei den Eisenthieren. Bezüglich des Resorptionsweges wurde an Katzen mit Ductus thoracicus-Fistel festgestellt, daß das Eisen nicht auf dem Lymphwege resorbirt wird; es muß also vom Magendarmcanal aus in die Blutbahn eintreten. Um zu entscheiden, wie das resorbirte Eisen für die Hämoglobinbildung wirke, wurden Zählungen der kernhaltigen rothen Blutzellen des Knochenmarkes (an dünnen Paraffinschnitten) sowohl bei den Eisen-, wie bei den Controlthieren vorgenommen. Das Eisen scheint einem formativen Reiz für die Blutzellenbildung im Knochenmark abzugeben.

— Bei **Erysipel** bepinselt DESESQUELLE („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 1) die erkrankten Stellen und deren Umgebung mit folgender Mischung:

Rp. Olei camphorati	30 0
Guajacoli cryst.	1 0
Mentholi	1 0
M. D. S. Aeußerlich.	

— Als **Herzmittel** empfiehlt GOLUTININ das Extr. aquos. cannab. indicae („Klin. therap. Woch.“). Er reicht 3—4mal täglich je 5 Tropfen und hat davon selbst bei schweren Herzerkrankungen gute Erfolge gesehen, bei welchen die anderen Herzmittel wirkungslos geblieben sind. Die Herzthätigkeit wird verlangsamt, der Blutdruck erhöht, die Herzrhythmie nimmt wesentlich ab. Die Diurese steigt plötzlich an, die eventuell vorhandene Albuminurie schwindet. Unangenehme Erscheinungen werden nicht beobachtet, zuweilen stellt sich eine leichte Magenreizung ein, die nach Aussetzen des Mittels verschwindet und die man leicht vermeiden kann, wenn man das Extr. aquos. Apocyni Cannabin. mit einer gleichen Dosis Tinct. cannab. indicae vereinigt.

— Einige **Diuretinvorschriften** führt die „Pharm. Ztg.“ an:

1. Rp. Diuretin. (Knoll)	10 0—15 0
Ol. Cinnamom. gtt. II,	
Aqu. dest.	ad 200 0
D. S. In 2 Tagen zu verbrauchen.	
2. Rp. Infus. fol. Digital.	1 0—12 0
Diuretin. (Knoll)	12 0
Aqu. Ment. pip. ad	200 0
D. S. 3stündlich 1 Eßlöffel zu nehmen.	
3. Rp. Fol. Digital. pulv.	0 1
Diuretin. (Knoll)	1 0
Sacch. alb.	0 3
M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X.	
S. 3mal täglich 1 Pulver in Oblaten zu nehmen.	

— Bei **Pachydermia laryngis** hat LUBLINSKI Salicylsäure versucht („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 1), und zwar in folgender Form:

Rp. Acidi salicylici	1 0
Spirit. vini rectific.	
Aquae destillatae	aa. 5 0

seltener in der Verbindung mit Glycerin:

Rp. Acidi salicylici	1 0
Spirit. vini rectific.	5 0
Glycerini	10 0

Diese Medication ist bei den dünnen zarten Flecken der Zunge (Leukoplakie) und auch der Wangenschleimhaut von guter Wirkung, wenn das Mittel täglich 2—3—4mal mit einem weichen Pinsel aufgetragen wird. Nothwendig aber ist, daß die erkrankten Stellen vor der Einwirkung der Arznei mit entfetteter Wolle vollkommen getrocknet werden. Ueberträgt man diese Methode der Behandlung auf den Kehlkopf, so zeigt sich, daß der Eingriff ebenso gut vertragen wird, wie in den obersten Wegen. Dagegen ist es nicht möglich, dem Pat. so oft das Mittel zu appliciren, wie auf Zunge,

Wangen- und Lippenschleimhaut, wo er es sich selbst machen kann. Außerdem ist das Abtrocknen der Kehlkopfsehleimhaut ein zu großer Reiz, als daß es ebenso gründlich wie an den erwähnten Stellen stattfinden könnte.

— EKLUND empfiehlt gegen **Blutspeien** („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 8):

Rp. Chinin. sulfur. 4·0
Ergotin. 2·0
Mf. pill. Nr. 40 Consp.
D. S. 3—4mal täglich 2 Pillen zu nehmen.

— Die **Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mittelst Petroleummassage** beschreibt HECTOR SARAFIDIS („Rev. d. Thèr.“ — „Ther. Monatsh.“). Die rumänische Bevölkerung behandelt seit langer Zeit den Gelenkrheumatismus mit Compressen, welche mit den Destillationsrückständen des Petroleums (Păcura) oder mit dem im Handel vorkommenden Petroleum durchtränkt sind. Seit 3 Jahren hat S. dieselbe Behandlungsmethode im Militärlazareth und in der Privatpraxis angewendet und ausgezeichnete Resultate erzielt. Petroleum enthält einen in fettiger Masse eingehüllten Desinfectionsstoff. Beim Einreiben wird dadurch die Einführung des heilsamen Princips in das erkrankte Gelenk erleichtert. 50 Heilungen, die Verf. im Laufe von 3 Jahren erzielte, haben in ihm die Ueberzeugung hervorgerufen, daß die Petroleumbehandlung den Vorzug vor allen anderen Methoden verdient, weil die Genesung schneller (in 5—7 Tagen) eintritt und jede innerliche Verabreichung von Arzneimitteln überflüssig wird. Was die Technik anlangt, so massirt man das erkrankte Glied, indem man dem Laufe der venösen Circulation folgt. Es genügt jeden Tag eine Sitzung von 10 Minuten Dauer. Wenn nach der dritten Massirung einige erythematöse Knötchen auftreten (was in der Hälfte der Fälle geschieht), so sind die Einreibungen für einen Tag oder zwei Tage zu unterlassen und dann wieder aufzunehmen. Zunächst werden die erkrankten Theile des im Bette liegenden Patienten langsam gerieben, bis die Haut sich zu röthen beginnt; alsdann wird ein Watteverband angelegt, und am folgenden Tage von Neuem massirt. Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus, Neuralgien oder Muskelrheumatismus wurden durch Petroleumreibungen niemals gebessert.

— Ein überaus **hartnäckiger Fall von Fußschweiß** ist von LEPOUX („Phil. med. Journ.“, 1901, Nr. 1) durch tägliche Bäder in Nußblätterabkochung und die folgende Einpinselung geheilt worden:

Rp. Glycerin 10·0
Liqu. ferri sesquichlorat. 30·0
Ol. Bergamott. gtt. XX
MDS. Aeußerlich.

— Zur **Behandlung des Ileus** empfiehlt MORITZ („St. Petersb. med. Woch.“, 1901, Nr. 5) die Combination von Opium mit Belladonna. Er gibt nach Darreichung einer starken Opiumdosis 4stündlich eine Pille, welche 0·25 Grm. Extractum Belladonnae enthält, bis Flatus abgehen; dies geschieht meist schon nach der 6. Pille. In den meisten Fällen tritt dann auch bald eine Kothentleerung auf. Sobald dies geschehen, hört man mit Belladonna auf, da sonst Intoxicationerscheinungen sich zeigen. Die Belladonnabehandlung paßt für alle Fälle von Darmsperre und schadet nie. Bisweilen führt sie allein zum Ziel, stets schafft sie Erleichterung und erhöht die Chancen einer späteren Operation.

— Schuppene, papulöse und auch vesiculöse **Kinderekzeme** behandelt LEISTIKOW mit folgender Paste („Monatsschr. f. prakt. Dermatologie“, Bd. 31, Nr. 5):

Rp. Adipis lanae,
Zinci oxydati,
Amyli aa. 5·0
Vasellini flavi 10·0
Hydrargyri oxydati flavi 0·25—0·5
M. f. pasta

Nässende und Krustige werden mit Zinkichthylsalbenmull (BEIERSDORF) verbunden. Gegen hartnäckig recidivirende Ekzeme ist Pyrogallol das beste Mittel, in acuterer Fällen in $\frac{1}{2}$ —1%iger, später in 2—3%iger Salbe, am besten in Unguentum Cascini (BEIERSDORF). Erzeugt dieses Röthung der Haut, so ist zwischendurch Salbenmull anzuwenden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse.“)

II.

SMITH (Schloß Marbach): Die Functionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte.

S. macht auf die Wichtigkeit der Herzgrenzen, spec. der Herzerweiterung für die Beurtheilung der Herzfunction aufmerksam. Alle herzerweiternden Reize sind schädlich und müssen schon vom gesunden, noch mehr aber vom herzkranken Menschen gemieden werden. Dahin gehören Ruhe, untrainirte Anstrengungen, Hitze-stauung; von chemischen Reizen besonders Alkohol, Aether, Chloralhydrat, deren Anwendung am Krankenbett den tödtlichen Ausgang beschleunigen kann. Von besonderer Wichtigkeit ist demnach die Ueberwachung der Herzgrenzen beim sportlichen Training, für die Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Recruten, für die Lebensversicherung. Bei einer Reihe sogenannter functioneller Störungen, wie gewisser Formen der Neurasthenie, melancholischer Verstimmung, Hypochondrie, Angst- und Beklemmungszustände, fand Vortr. als directe Ursache oder verschlimmernde Begleiterscheinung Herzerweiterung, nach deren Beseitigung die Krankheit völlig wich oder sich wenigstens bedeutend besserte.

HOFMANN (Schloß Marbach): Ueber die objectiven Wirkungen innerer moderner Herzmittel auf die Herzfunction.

II. bespricht an der Hand einer Anzahl von Curven die Wirkungen herzalterirender Arzneien auf das normale Herz. Die Functionsprüfungen des Herzens wurden mittelst der SMITH'schen Modification des BIANCHI'schen Phonendoskopes und des GÄRTNER'schen Tonometers angestellt. In der ersten Gruppe fanden sich 6 herzcontrahirende Mittel: Kampher, Digitalis, Strophanthus, Cocaïn, Belladonna und Strychnin. Die 2. Gruppe, die der herzerweiternden Mittel, vereinigt zunächst 7 Narkotica (Chloroform, Chloralhydrat, Dormiol, Trional, Sulfonal, Brom und Morphinum). Dabei scheint die eintretende Herzvergrößerung und das Sinken des Blutdruckes in causalem Zusammenhange mit der psychischen Wirkung des Schlafes zu stehen. Diesen herzerweiternden Mitteln schließen sich an: Der Aether, Plumb. acet. und Alkohol. Vortragender warnt vor dem Aether, der das Herz nur vergrößert, nicht anregt! Hierauf folgen Coffein und Liquor kali acet. am normalen und künstlich dilatirten Herzen. Den Schluß bilden Bromkali und Salpeterpapier beim herzkranken Asthmatiker. Im Schlußwort weist Redner darauf hin, daß die gegenseitigen Antidota, die sich unter den Versuchsmitteln finden, auch in Beziehung auf das Herz ihre antagonistische Wirkung anzeigen.

SCHOTT (Nauheim): Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten.

Vortragender hat an einer großen Reihe von Herzkranken während einer balneologisch-gymnastischen Behandlung Blutdruckuntersuchungen mittelst des GÄRTNER'schen Tonometers unternommen. Es hat sich ergeben, daß, sobald es sich um solche Herzleiden handelt, bei welchen diese Behandlungsmethode indicirt ist, eine Blutdrucksteigerung stattfindet. Ganz anders aber sind die Resultate, wenn es sich um solche Herzerkrankungen handelt, bei welchen sehr hochgradige Arteriosklerose oder zu weit vorgeschrittene Myocarditis, ferner Aneurysmen des Herzens oder der Aorta sich vorfinden, die S. als Contraindicationen für die genannte Behandlungsmethode ansieht; hier läßt sich eine Blutdruckerniedrigung sowohl nach Bad wie Gymnastik constatiren. Wenn durch Anämie oder wie beim CHEYNE-STOKES'schen Phänomen ein abnorm hoher Blutdruck statthat, wird durch Regulirung der Circulation eine Erniedrigung der tonometrischen Zahl während der balneologisch-gymnastischen Therapie beobachtet.

MENDELSON (Berlin): Ueber die Erholung des Herzens als Maß der Herzfunction.

Jedes Organ ist um so leistungsfähiger, je prompter es den bei seiner Thätigkeit stattfindenden Stoffverbrauch durch Stoffersatz alsbald wieder zu decken vermag. Den Ersatz seiner verbrauchten Substanz besorgt das Herz in den Ruhepausen zwischen den einzelnen Contractionen, in der Diastole. Wie die Ueberanstrengung des Herzens infolge gesteigerter Inanspruchnahme sich durch gesteigerte Frequenz, die Erschöpfung durch subnormale Pulszahl documentirt, so bedeutet die Rückkehr zur Normalzahl der Schlagfolge des Herzens, daß der erhöhte Stoffverbrauch in ihm nun ersetzt ist, daß seine vollkommene Erholung eingetreten ist. Um aber diese Rückkehr zur Norm diagnostisch zu verwerthen, ist es nöthig, zunächst die individuelle Normalzahl der Herzthätigkeit feststellbar zu machen. Es ist ein ganz gesetzmäßiges Verhalten, daß die Pulsdifferenz beim sufficienten Herzen im Liegen eine Verlangsamung, oft bis zu 20 Schlägen in der Minute, zeigt, daß sie bei drohender Insufficienz kleiner und kleiner wird und mit dem Eintritt von Compensationstörungen ganz aufhört. Die „Liegezahl“ ist also die individuelle Normalzahl: sie ist in gewissen Grenzen constant im Gegensatz zu den verschiedenen Pulsfrequenzen im Stehen, und sie ist der Ausgangspunkt für die Bestimmung der Erholungszeit des Herzens. Vortr. bestimmte nun, bis zu welchem Grade ein Herz fähig ist, verbrauchten Stoff sofort wieder zu ersetzen; und ferner, wie sich diese Erholung, dieser Stoffwechsel gestaltet bei größeren Leistungen, als sie dem Herzen sofort auszugleichen möglich sind. Es ergaben sich folgende Gesetze: 1. Leistet man eine geringe Arbeit, bei Herzgesunden zwischen 100 und 200 Kgrm.-Meter, so weicht die während der Arbeit entstandene Erhöhung der Pulsfrequenz beim Aufhören der Arbeit sofort wieder der Normalzahl. 2. Bei einer größeren Arbeit (200 bis 500 Kgrm.-Linie bei Herzgesunden) sinkt die Pulsfrequenz danach bis unter die Normalzahl, um nach 2—3 Minuten wieder zu ihr emporzusteigen. 3. Bei noch größerer Arbeit behält das Herz danach eine größere Frequenz noch mehr oder minder lange bei, um dann, entweder direct oder nach einer Phase von Unterfrequenz zur Norm zurückzukehren. Bei der ersten Arbeitsgröße vermag das Herz in jeder Diastole schon während der Arbeit den Stoffverbrauch der vorhergegangenen Systole auszugleichen; bei der zweiten Arbeitsgröße nicht mehr ganz, so daß es nach Aufhören der Arbeit sich eine Verlangsamung mit vergrößerten diastolischen Zeiten schafft und hierin die Erholung vornimmt; bei der dritten bestehen die geschaffenen Widerstände im Capillargebiet auch nach Aufhören der äußeren Arbeit noch längere Zeit fort, so daß die Ueberanstrengung des Herzens ebenfalls noch fortbesteht und erst allmählig, wenn überhaupt, die Erholung eintritt. Diese drei Phasen im Stoffersatz bei größer und größer werdender Arbeit lassen sich an jedem Herzen unterscheiden; und die Functionstüchtigkeit eines jeden Herzens ist eine um so größere, in je weiteren Abständen die Uebergänge der einen in die folgende Phase liegen. Es ist höchst bemerkenswerth, wie bei Herzen, die klinisch anscheinend in vollster Leistungsfähigkeit sich befinden, bei juvenilen Herzstörungen, bei Klappenfehlern mit sehr geringem Befunde und anscheinender gänzlicher Compensation, die Arbeitsgröße, nach welcher noch Erholung eintritt, absinkt und äußerst gering wird.

Kraus (Graz) hält die Schlußfolgerungen nicht für einwandfrei. Die Wiederkehr der normalen Pulszahl nach der Arbeit beweist noch nicht, daß die Stoffwechselproducte weggeschafft sind. Die Regulation der Herzthätigkeit hängt vielmehr von mehreren Factoren ab, u. a. sind auch vasomotorische Einflüsse wirksam.

Baeltz (Tokio): Beweiskräftig wären solche Versuche erst, wenn dieselbe Arbeit nach geraumer Zeit ohne Schaden vom Herzen noch einmal geleistet werden kann. Das Herz kann sich an große Anstrengungen gewöhnen. Bei den japanischen Läufern z. B. kehrt die Pulsfrequenz in der Ruhe stets sehr schnell zur Norm zurück. B. berichtet ferner von sich selbst zwei Anfälle von acuter Herzasthenie infolge von Ueberanstrengung beim Bergsteigen, die eine abnorme Reizbarkeit des Herzens zurückgelassen haben, indem geringe Arbeit schon die Pulsfrequenz erheblich steigert. Bemerkenswerth war jedesmal die Cessation der Urinsecretion. Die Bluteindickung scheint auch eine Rolle dabei zu spielen. Alkohol bewährte sich als schnelles Heilmittel.

Notizen.

Wien, 11. Mai 1901.

Die Wiener Krankenhausfrage.

Diese seit mehr als einem Decennium in zahllosen Berathungen der interessirten Behörden, Corporationen etc. ventilirte Frage scheint nunmehr thatsächlich der endlichen Lösung entgegenzugehen. Die Errichtung eines neuen klinischen Krankenhauses mit Einschluß der pathologischen Institute auf der circa 220.000 Qm. umfassenden Area der derzeitigen Landes-Irrenanstalt und des Versorgungshauses und die Auflassung des derzeitigen Allgemeinen Krankenhauses sind die für uns wichtigsten Punkte des neuen Projectes. Wie nunmehr officiös verlautbart wird, sollen auf der erwähnten Grundfläche in mehr als 40 Pavillons Unterkunft finden: drei medicinische, zwei chirurgische, zwei oculistische, zwei psychiatrisch-neurologische, zwei dermatologisch-syphilitologische, zwei gynäkologische, eine otiatrische und eine laryngologische Klinik, ferner zwei Gebärkliniken (für Aerzte), die erforderlichen Betten für Infectionskranke, sowie einige Abtheilungen, im Ganzen Belegräume von etwa 2000 Betten, weiter alle nöthigen Administrations-, Wirthschafts- und Wohngebäude und ein neues, für mehrere Institute bestimmtes Pathologicum. Damit wird die erste Meldung von der vollständigen Trennung der Kliniken und Abtheilungen richtiggestellt.

Das neue, der Realisirung nunmehr entgegengehende Project besitzt den Charakter einer Compromissaction, welche vom Standpunkte des medicinischen Unterrichtes durchaus begrüßt werden muß. Sie findet auch in den Kreisen der Kliniker und Institutsvorstände fast einstimmige Billigung. Vor nunmehr 3 Jahren haben wir bezüglich der „Krankenhausfrage“ eine Art publicistischer Enquête veranstaltet und die Wohlmeinung hervorragender klinischer Vorstände und Institutsleiter veröffentlicht. Mit einer einzigen Ausnahme haben sich damals die Interpellirten gegen die Verlegung des Allgemeinen Krankenhauses an die äußerste Peripherie mit der Motivirung ausgesprochen, es würde hiedurch für die medicinische Facultät der Zusammenhang mit der Universitas litterarum verloren gehen und die erstere zu einer Fachschule herabsinken.

Das Compromissproject, welches alle Aussicht hat, die Zustimmung der interessirten Stellen zu erhalten, trägt diesem Standpunkte Rechnung, indem es die Errichtung eines großen akademischen Krankenhauses nebst Pathologicum im „Quartier latin“, in unmittelbarer Nähe der Universität und ihrer Institute (Anatomicum, Physiologicum, Chemicum, Bibliothek etc.), plant und dem Bedürfnisse der stets zunehmenden Bevölkerung nach einem großen, allzeit erweiterungsfähigen Krankenhause durch den Ausbau des Wilhelminenspitals Rechnung trägt. Die Belassung des akademischen Krankenhauses inmitten dicht bevölkerter Stadtbezirke, welche eine reiche Ambulanz sichern, sowie einzelner Krankenabtheilungen im Rahmen der neuen klinischen Pavillonstadt garantirt reiches Unterrichtsmaterial. Das medicinische Wien sowohl, wie die große Oeffentlichkeit haben daher allen Grund, das Compromissproject zu begrüßen, aber auch Anlaß zu wünschen, daß dessen Realisirung im Hinblick auf die Zustände im Allgemeinen Krankenhause, welche den Anforderungen der Hygiene und den Voraussetzungen moderner Forschung Hohn sprechen, mit thunlichster Beschleunigung erfolge.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Hofr. Prof. Dr. NEUMANN ein 14jähriges Mädchen mit Chylorrhoe vor. Die Kranke hat an der inneren Fläche des linken Oberschenkels seit Jahren eine circa 5 Qcm. große braunrothe, gefurchte und drusig unebene Geschwulst, aus welcher eine milchartige Flüssigkeit, Chylus, hervorsiekt. Die gleiche Flüssigkeit entleert sich auch aus Bläschen in der Vulva und Vagina. Es ist chirurgische Behandlung in Aussicht genommen. — In der Discussion berichteten Prof. v. EISELSBERG und Prof. WEINLECHNER über analoge, von ihnen beobachtete Fälle, Prof. BIEDL wies auf eine einschlägige Publication aus der BILLROTH'schen Klinik i. J. 1870 hin und Hofr. Prof. KAPOSI betonte den

Unterschied zwischen Lymphorrhoe und Chylorrhoe. — Hierauf demonstrieren Dr. HOLZKECHT Roentgenbilder von Osteochondritis syphilitica bei neugeborenen Kindern und Dr. KIENBÖCK Radiogramme von entzündlicher Halisterese und von Inaktivitätsatrophie der Knochen. — Schließlich hielt Dr. S. FEDERN seinen angekündigten Vortrag „Ueber Influenza“. Vortr. hat bei sämtlichen Formen von Influenza niedrigen Blutdruck beobachtet und führt diese differentialdiagnostisch wichtige Erscheinung auf primäre Schädigung des Herzens durch die Krankheitsproducte zurück. Antineuralgia und Antifebrilia wirken bei Influenza deshalb, weil sie durch Erweiterung der Gefäße in der Peripherie die Arbeit des Herzens erleichtern. Der niedrige Blutdruck spielt vielleicht auch bei foudroyant verlaufenden Influenzafällen eine Rolle. — An die Ausführungen Dr. FEDERN's knüpfte sich eine lebhafte Discussion. Doc. Dr. EISENSCHITZ erklärte die Allgemeinercheinungen bei Influenza durch toxische Beeinflussung des gesammten Organismus; Dr. TELEKY wies darauf hin, daß jede Infectionskrankheit das Herz in Mitleidenschaft ziehe, und Reg.-Rath Prof. Dr. WINTERITZ stellte an den Vortr. die Anfrage, ob der Blutdruck im Verlaufe der Influenza keine Schwankungen aufweise. Dr. FEDERN erwiderte, daß solche Schwankungen sich erst bei längerer Dauer der Influenzaerkrankung geltend machen.

(Privat- und amtsärztliche Zeugnisse.) Der dem Abgeordnetenhaus vorliegende Entwurf des „Hausiergesetzes“ tangirt die ärztlichen Interessen. Nach § 3 dieses Gesetzes soll jedem Hausierer die Pflicht auferlegt werden, durch Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses den Nachweis zu erbringen, daß er mit keiner ansteckenden oder Ekel erregenden Krankheit behaftet ist, während dieser Nachweis nach dem Hausierpatente vom 4. September 1852 durch jedes ärztliche Zeugniß geliefert werden kann. Desgleichen haben nach § 17 des Entwurfes jene Hausierer, welche infolge physischer Schwäche oder irgend eines Leidens einen Waarenträger zur Ausübung des Hausierhandels benöthigen, diesen Umstand durch einen Amtsarzt bestätigen zu lassen. Die Präsidien der Aerztekammern von Wien, Niederösterreich und Mähren haben nun im Namen sämtlicher Aerztekammern Eingaben an das Ministerium und die beiden Häuser des Reichsrathes gerichtet, in welchen ausgeführt wird, daß in der von der Regierungsvorlage geforderten Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses eine Schädigung des Ansehens des ärztlichen Standes gelegen ist, da durch diese Bestimmung indirect ausgesprochen wird, daß dem privatärztlichen Zeugnisse jene Verlässlichkeit mangle, welche dem des Amtsarztes beigemessen wird. Gegen eine solche Annahme müßten die Aerztekammern entschiedene Verwahrung einlegen. In den erwähnten gesetzlichen Bestimmungen liege aber auch eine Einschränkung der privatärztlichen Berufsthätigkeit und daher eine materielle Beeinträchtigung des ärztlichen Standes. Die Petition schließt mit der Bitte, es möge die Forderung eines „amtsärztlichen“ Zeugnisses durch die Forderung eines „ärztlichen“ ersetzt werden.

(Personalien.) Der Stadtarzt in Postelberg Dr. IGNAZ STERN und der Districtsarzt in Lieboschitz Dr. JOSEF HOFFMANN haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Der Sanitätsconzipist Dr. OSCAR JAHN ist zum Bezirksarzte, der Sanitätsassistent Dr. KARL EHLICH zum Sanitätsconzipisten in Niederösterreich ernannt worden.

(Die oberösterreichische Aerztekammer contra VIRCHOW.) Wir haben unseren Lesern bereits mitgetheilt, daß ein Comité, dem ärztliche Vertreter aller civilisirten Länder der Erde angehören, zur Ehrung VIRCHOW's an dessen bevorstehendem 80. Geburtstag eine besondere Feier veranstalten will. Auf Einladung des dem Comité angehörenden Decans der Wiener med. Facultät, Prof. TOLDT, haben sämtliche österreichische Facultäten, Aerztekammern und medicinisch-wissenschaftlichen, sowie anthropologischen Vereine und Gesellschaften ihre Betheiligung an der Feier zugesagt, nur die oberösterreichische Aerztekammer hat sich der geplanten Feier nicht angeschlossen. Ihr Referent OBERMÜLLER hatte nämlich folgenden Antrag gestellt, der von der Versammlung der genannten Kammer angenommen wurde: „Da einerseits die Ehrung VIRCHOW's als Gelehrten, den wir als solchen

hoch verehren, nicht Sache der Kammer ist, die ja lediglich eine Standesbehörde ist, sondern mehr Sache der ärztlichen wissenschaftlichen Vereine genannt werden muß und weiterhin VIRCHOW s. Z. als Abgeordneter im deutschen Reichstage die Einführung der „Curirfreiheit“ — eine Maßregel, die die Aerzte sehr schädigt — wärmstens befürwortete und damit sicherlich nicht im Standesinteresse gehandelt hatte, und da endlich die Mittel der Kammer zunächst für Unterstützungszwecke der Collegen verwendet werden müssen, wird beantragt, von einer Betheiligung der Kammer an dieser Feier abzusehen.“

(Aerztestrike.) Nunmehr ist auch der Leipziger Strike in einer die Aerzte befriedigenden Weise beendet worden. Es wurde bestimmt, daß in Zukunft aus der Wahl von Cassenärzten eine Vertrauenscommission hervorzugehen habe, und daß alle Streitigkeiten zwischen Casse und Commission durch ein Schiedsgericht entschieden werden, das zu je drei Mitgliedern aus dem Cassenvorstande, den Bezirksvereinen und der Kreishauptmannschaft besteht. Die Competenzen desselben sollen unverzüglich ausgearbeitet werden.

(Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten.) Der soeben bei W. Braumüller in Wien erschienene, von der k. k. niederösterreichischen Statthalterei herausgegebene 7. Jahrgang (1898) des „Jahrbuchs der Wiener k. k. Krankenanstalten“ enthält wie alljährlich so auch heuer eine Fülle anregender und lehrreicher Angaben und Ausführungen. An erster Stelle des umfangreichen Werkes steht der Bericht WEICHELBAUM's über die Pestfälle in Wien im Jahre 1898. — Es folgt ein Referat über den damaligen Stand der Frage der Neugestaltung des Allgemeinen Krankenhauses, das mit Rücksicht auf die rasche Entwicklung dieser Frage in allerletzter Zeit von actuellem Interesse ist. — In den weiteren Abschnitten des „Jahrbuchs“ findet der Leser die Chronik, Personalstand und Krankenstatistik. Im zweiten Theile des Jahrbuches treten neben dem Berichte über besondere ärztliche Beobachtungen und Operationen viele ganz außerordentlich instructive und interessante Krankengeschichten wirksam hervor, auf welche zurückzukommen wir uns vorbehalten.

(Schulhygiene.) Aus Berlin erfahren wir: Ein kaiserlicher Erlaß bestimmt, daß die Anordnung des Stundenplanes in Zukunft mehr der Gesundheit Rechnung zu tragen habe, insbesondere durch angemessene Lage und wesentliche Verstärkung der bisher zu kurz bemessenen Pausen. Mit Bezug darauf wird verfügt: 1. Die Gesamtdauer der Pausen jedes Schultages ist in der Weise festzusetzen, daß auf jede Lehrstunde zehn Minuten Pause gerechnet werden. 2. Nach jeder Lehrstunde muß eine Pause eintreten. 3. Es bleibt den Anstaltsleitern überlassen, die nach 1. zur Verfügung stehende Zeit auf die einzelnen Pausen nach ihrem Ermessen zu vertheilen. Jedoch finden dabei zwei Einschränkungen statt: a) die Zeitdauer jeder Pause ist mindestens so zu bemessen, daß eine ausgiebige Lüfterneuerung in den Classenzimmern eintreten kann, und die Schüler die Möglichkeit haben, sich im Freien zu bewegen; b) nach zwei Lehrstunden hat jedesmal eine größere Pause einzutreten.

(Eine Sammelforschung über den MÉNIÈRE'schen Symptomencomplex) will unter Mithilfe der praktischen Aerzte G. HEEBMAN in Kiel zustande bringen, damit durch eine umfassende Casuistik umfangreichere klinische Erfahrungen gewonnen werden könnten. H. bittet die Collegen, entweder ihre Fälle selbst zu veröffentlichen oder ihm das Material mitzutheilen, und empfiehlt zu dem letzteren Zwecke ein Schema für Untersuchung und Bericht, welches er jedem Collegen auf Verlangen zur Ausfüllung übersendet.

(Die 3. Versammlung böhmischer Naturforscher und Aerzte) findet vom 25.—29. Mai d. J. in Prag statt.

(Die Verhandlungen des I. internationalen Congresses der medicinischen Fachpresse) sind bereits vom Secretär des Congresses BLONDEL in Buchform herausgegeben worden. Der II. Congreß findet im Herbst d. J. zu Brüssel statt.

(Ein Arbeiter-Unfallgesetz) ist nach jahrelangem Mühen und wiederholter Ablehnung nunmehr auch vom schwedischen Reichstage angenommen worden.

(Statistik.) Vom 28. bis inclusive 4. Mai 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7305 Personen behandelt. Hievon wurden 1583 entlassen; 190 sind gestorben (10·71% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 51, egypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 61, Scharlach 107, Masern 304, Keuchhusten 17, Rothlauf 41, Wochenbettfieber 9, Röheln 2, Mumps 51, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 704 Personen gestorben (+ 12 gegen die Vorwoche).

Med. univ. Dr. GOLDSCHMID, emerit. Assistent des k. k. allgemeinen Krankenhauses, ordinirt während des Sommers ausschließlich in Baden bei Wien, Neugasse 25, 3—4 Uhr.

Krapina-Töplitz in Croatien, eine Stunde von der Eisenbahnstation „Zabok-Krapina-Töplitz“ entfernt, ist sowohl durch seine südliche, gegen rauhe Winde geschützte Lage, als durch seine günstigen klimatischen Verhältnisse zu einer Frühjahrscure besonders geeignet. Die wasserreichen Quellen, deren Temperatur zwischen 30° und 35° R. liegt, sind bei Gicht und Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, Lähmungen, Folgezuständen nach Muskel- und Knochenverletzungen, bei chronischen Nieren- und Blasenkrankungen, sowie bei Frauenkrankheiten angezeigt. Die comfortabel eingerichteten Bäder und Wohnungen, der wohlgepflegte Park, die Curmusik und die gute und billige Restauration machen den Aufenthalt in Krapina-Töplitz zu einem behaglichen und angenehmen.

Die Wasserheilstätte **St. Radegund bei Graz** hat ihre Saison wieder eröffnet. Durch ihre prachtvolle Lage, modernen Einrichtungen und fachgemäße Leitung hat sich die Anstalt ein verdientes Renommée verschafft. Besonders für Nervenkrankheiten und Verdauungsstörungen bestens empfohlen. Leiter der Anstalt Dr. RUPPRICH.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Förster A., Die Preußische Gebühren-Ordnung. 4. Aufl., Berlin 1901, Richard Scholtz.
 Eulenburg A., Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 3. gänzlich umgearbeitete Auflage. 25. Band. Wien und Berlin 1900, Urban & Schwarzenberg.
 Baumgarten und Tangl, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen etc. 14. Jahrgang 1898, 2. Hälfte. Braunschweig 1900, Harald Bruhn. — M. 16.—
 Statistischer Sanitätsbericht der k. und k. Kriegsmarine. Wien 1900, W. Braumüller.
 Granier, Die Badehilfe. Berlin 1901, Richard Scholtz.
 Paul G., Die Entwicklung der Schutzpockenimpfung in Oesterreich. Wien 1901, Moritz Perles.
 Schmidt B. G., Kurzgefaßtes Lehrbuch der Chirurgie. I. Allgemeiner Theil. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke. — K 8.40.
 Eydam, Ozon und seine Beziehungen zur Influenza. Leipzig 1901, B. Koenigen. — M. 1.—
 Finger E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Mit 7 lithogr. Tafeln. 5., wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke. — M. 7.50.
 Ruhemann J., Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberculose. Mit 13 Curventabellen. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 2.50.
 Chiari H., Die pathologische Anatomie im XIX. Jahrhundert. Jena 1900, Gustav Fischer. — M. 1.—
 Bouchard Ch., Traité de Pathologie générale. Tome V. Paris 1901, Masson & Cie.
 Möbius P. J., Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. 2. Aufl. Halle a. S. 1901, Carl Marhold. — M. 1.—
 Sänger M. und Herff O. v., Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel.
 Pappenheim A., Grundriß der Farbenchemie. Berlin 1901, A. Hirschwald.
 Dorssen J. M. H. van, Die Lepra in Ostindien während des XVII. und XVIII. Jahrhunderts. Berlin 1901, A. Hirschwald.
 Wasiliew M. A., Die Traumen der männlichen Harnröhre. II. Theil. Berlin 1901, A. Hirschwald.
 Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. 17. Band. Berlin 1900, Julius Springer. — M. 15.—
 Guttman H., Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Berlin 1901, S. Karger. — M. 2.80.

Verantwortlicher Redacteur: Docteur Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Bäduren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.



NAFTALAN

findet infolge hervorragend günstig. Heilerfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen — Erfrierungen — Wunden — Geschwüre — Decubitus — Entzündungen — Hämorrhoidalleiden — rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen — Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme — Frauenkrankheiten — Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie NEU!
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: Unguentum Naftalani cum Zinco — Collemplastrum Naftalani compositum — Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani — Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Literatur und Muster für Ärzte stets kostenlos. **Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.**

Steiermärk.

POHITSCHER

SAUERBRUNN Sempel-Styria Quelle

WELTBERÜHMTES Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Somnal- Radlauer, vorzügl. Schlafmittel, ohne schädliche Nebenwirkung. Dosis 2—4 Gr. in Milch oder Bier. 10 Gr. = 60 Pf.

Radlauer's Bandwurmmittel rühmlichst tausendfach anerkannt, besteh. aus 18 Capsules mit Extract. filicis. aeth. Kussin und Ol. Ricin., sichere Wirkung in 1/2 St. Schachtel 3 M. Kronen-Apotheke. Berlin W., Friedrichstr. 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8.
En gros bei G. & R. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheker Josef v. Török.

Kufeke's

Kindermehl

Verhüte und beseitigt  **VON ERSTEN AUTORITÄTEN EMPFOHLEN.**

BESTER ZUSATZ ZUR MILCH!

Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc.
Arztl. Litteratur u. Proben gratis u. franco

Bergedorf- FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL in Wien
Hamburg. R. KUFKE I., Nibelungengasse 8.

Medicinisher Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Soeben erschienen:

Handbuch
der
physikalischen Therapie.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter
herausgegeben von
Prof. Dr. **Goldscheider** und Priv.-Doc. Dr. **Jacob**.
Theil I. — Band 1.
Ladenpreis: 15 Mark.

Sanatorium 1423

für Nervenranke u. Morphinisten
in **Wien-Hacking** (Westbahn).

Geistesranke ausgeschlossen.
Docent Dr. **Hölländer** Dr. Ph. **Oesterreicher**
ärztlicher Leiter. Anstaltsarzt.

Bacillo **Klinisch und sanitätshehördlich**
wegen hoher baktericider Kraft und Billigkeit **empfohlen**.
Vgl.: Arbeiten „Aus der I. chirurg. Abtheilg. des Wiener
k. k. allg. Krankenhauses“. Wr. Klin. Rundschau, 1900, Nr. 5.
Proben und Literatur:
S. Kreisler, Wien, IX., Porzellangasse 45.

Statt Leberthran! Jod! Eisen!
Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kali jod. 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05.
Hervorragendes, wohlgeschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes
Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthrane und künstlichen
Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei
Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose, Drüsen- und Knochengeschwüren.
Tagesdosis: Kindern 2-4 Stück, Erwachsene 6-9 Stück.
Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.
Erhältlich in den meisten Apotheken.
Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei
Carl Jahr, Apotheker, Krakau.
Man ordne gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

Baden-Baden. Sanatorium Dr. Ebers.
Für interne und Nervenranke,
Erholungsbedürftige und Reconval-
escenten. — Das ganze Jahr geöffnet.
Dr. PAUL EBERS
früherer zweiter Arzt des Sanatoriums Martinsbrunn b. Meran.

Franzensbad.
Natalie-Quelle.

Kohlensäurereichste Lithionquelle,
Heilquelle, vorzügliches diätetisches Tafelwasser.

Bewährt sich in allen Fällen d. harnsauren Diathese, bei mangelhaft.
Ausscheidung der Harnsäure aus dem Blute, bei Harngries u. Sand,
bei Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Rheumatismus, Podagra etc.

Von ärztlichen Autoritäten mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet.

Angenehmer Geschmack. Harntreibende Wirkung. Leichte Verdaulichkeit.

Zu haben in den meisten Apotheken, Mineralwasserhandlungen, eventuell bei
der **Brunnenverwaltung des Kaiserbades in Franzensbad.**

Ichthyol

Die Ichthyol-Präparate werden
von Klinikern und vielen Aerzten
auf's Wärmste empfohlen und
stehen in Universitäts-, sowie
städt. Krankenhäusern in ständi-
gem Gebrauch.

wird mit Erfolg angewandt:

bei **Frauenleiden** und **Chlorose**, bei **Gonorrhoe**,
bei **Krankheiten der Haut**, der **Verdauungs-** und
Circulations-Organen, bei **Lungentuberculose**,
bei **Hals-, Nasen- und Augenleiden**, sowie bei **ent-**
zündlichen und **rheumatischen Affectionen** aller
Art, theils infolge seiner durch experimentelle und klinische
Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und anti-
parasitären Eigenschaften, andertheils durch seine die Resorption
befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Wissenschaftliche Abhandlungen nebst Rezeptformeln versenden
gratis und franco die alleinigen Fabrikanten

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.,
Hamburg.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie * Massage
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System
Doc. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung. * Kohlensäure- u. elektrische Bäder.
Dr. Anton Bum Doc. Dr. **Max Herz**
Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
CURSE FÜR ÄRZTE.

Empfehle zur geeigneten Beachtung meinen bei den Herren Aerzten sehr
beliebten und gern verordneten

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran mit PHOSPHOR

(Bestandtheile: 0,2 FeJ und 0,01 P in 100 Th. Thran.)

Nur in Originalflaschen 100,0 = K 1.60, 250,0 = K 3.—.
Das beste und vollkommenste Leberthran-Präparat. Wegen seiner prak-
tischen Zusammensetzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den
Stoffwechsel im Blut einwirkend und appetitanregend) bei

Scrophulose * Tuberkulose * Rhachitis * Anämie
Geschmack unübertroffen fein, daher ohne Anstand von Gross und Klein
genommen. Besonders für die **Kinderpraxis** geeignet. Unbegrenzt
haltbar, kann Sommer u. Winter genommen werden. — Der Ordin. setze
man den Namen Lahusen-Bremen hinzu, da sonst keine Garant. f. Echth.

Zu haben in allen Apotheken Oesterreichs, Ungarns etc.
Hauptniederlage in **Wien**: Carl Erady's Apotheke zum König v. Ungarn,
Fleischmarkt 1; in **Gmunden**: Salzkammergut-Apotheke von J. & C.
Obertsaller; in **Budapest**: Jos. v. Török's Apotheke, Königsgasse;
Egger'sche Apotheke, Waitzner Boulevard 17; in **Prag**: B. Fragner's
Apotheke zum schwarzen Adler, Kleinseite; in **Bielitz**: A. Frankl's
Adler-Apotheke, Ring 13.

Ausführliche Broschüren und Proben verlange man zur besseren Orientirung
gratis vom Fabrikanten **Apotheker Lahusen in Bremen.**

Kathreinners

Malzkaffee, ärztlich erprobt und be-
währt als zuträglichstes Kaffee-
getränk, besonders bei **Blutarmuth**, bei **Nerven-** und
Magenleiden, dann für **Kinder** vom zartesten Alter angefangen.

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für
Nerven- und Gemüthskranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.

Aerztliche Leitung: Professor Dr. E. Redlich und Dr. E. Fries.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beitrag zum klinischen Studium der Deviationen und Contracturen neurotischen Ursprungs der Wirbelsäule (mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Skoliose). Von Prof. Dr. ERASMO DE PAOLI. — Ein forensischer Trugschluß. Von Privatdocent Dr. LUDWIG BRAUN in Wien. — Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium FÜRTH in Wien. Zur Pathologie der Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier. Von Dr. ROBERT KIENBÖCK. — **Referate.** ERNST KUNIK (Leipzig): Ueber die Functionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung. — O. JACOBSON (Berlin): Zur Behandlung von Bronchialerkrankungen durch Lagerung. — FRANKE (Halle a. S.): Ueber die Behandlung complicirter Fracturen. — J. SOBOTTA (Würzburg): Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppel(miß)bildungen mit besonderer Berücksichtigung der menschlichen Zwillingsgeburten. — Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (v. EISELSBERG). VICTOR E. MERFENS: Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefecten. — M. KATZENSTEIN: Ueber Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung. — LIEBERMANN (Wien): Verwachsung der Zunge mit der Wangenschleimhaut. — GLATZEL (Berlin): Ein bemerkenswerther Fall von Influenzalaryngitis. — SCHWARZ (Agram): Zur Frage der medullaren Narkose. — FICKER (Leipzig): Ueber den von NAKANISHI aus Vaccinesteln gezüchteten neuen Bacillus. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Von Dr. OTTO ZUCKERKANDL, Privatdocent an der Universität Wien. — Pathologie und Therapie der Herzneurosen. Von Dr. AUGUST HOFFMANN. — Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Von Dr. HERMANN ROHLER. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) V. — **Kleine Mittheilungen.** Triferrin. — Beitrag zum Studium der Cascarine und der Kakodyl-Präparate. — Europhen. — Aspirin. — Eine kurze Mittheilung über das Hedonal. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congreß für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) III. — 30. *Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) IV. — *Wiener medicinischer Club.* (Officielles Protokoll.) — **Notizen.** Die Meisterkrankencassen und die Regierung. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction** und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beitrag zum klinischen Studium der Deviationen und Contracturen neurotischen Ursprungs der Wirbelsäule (mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Skoliose).

Von Prof. Dr. Erasmo De Paoli.*

Es ist bekannt, daß der Hysterismus in seinen mannigfachen, proteusartigen Manifestationen verschiedene Krankheitsformen zu produciren vermag. Wenn daher ein offenbar hysterisches Individuum Organsymptome irgend welcher Natur aufweist, wird man in jedem Falle mit Fug und Recht zunächst an eine Manifestation der Neurose ohne materielle Grundlage denken.

Die Praktiker haben sich daher daran gewöhnt, in solchen Fällen vorsichtig in ihrem Urtheile zu sein und stellen die sich darbietenden Symptome auf Rechnung der Hysterie. Begehen sie dann einen Irrthum, dann besteht derselbe zu meist darin, daß der genannten Krankheit Symptome zugerechnet werden, die in der That von ihr unabhängig sind.

Es kann aber auch andererseits geschehen, daß ein Irrthum in entgegengesetztem Sinne platzgreift und hysterische Symptome nicht in ihrem wahren Sinne qualificirt werden. Dies trifft besonders dann zu, wenn männliche oder sehr jugendliche Individuen vor uns stehen, die man für gewöhnlich als gegen Hysterie immun betrachtet. Ich könnte eine

große Zahl von einschlägigen klinischen Beobachtungen anführen, will mich jedoch auf ein umschriebenes und weniger bekanntes Gebiet beschränken, auf jenes der Deviationen und Contracturen der Wirbelsäule hysterischen und neurotischen Ursprungs.

Ich hatte Gelegenheit, in den letzten zwei Jahren einige typische Fälle dieser Art zu beobachten, unter einander verschieden und insbesondere mit Rücksicht auf die Diagnosestellung von besonderem Interesse.

Es scheint mir, bevor ich kurz über meine Beobachtungen referire, zweckmäßig, in knappen Zügen die Literatur dieses Gegenstandes zu berücksichtigen.

Die Deviationen der Wirbelsäule hysterischen und neurotischen Ursprungs sind noch nicht viel studirt worden, wiewohl bereits vor langer Zeit manche Autoren über einige Fälle dieser Art berichtet haben. So weist schon ESMARCH in seiner classischen Arbeit über Gelenksneurosen auf die Häufigkeit der Localisation dieser Neurosen an der Wirbelsäule hin. Nach seiner Ansicht gehört eine Reihe von Fällen, die gewöhnlich als Spinalneuralgien aufgefaßt werden, dieser Classe von Neurosen an; aber auch bei genauerer Untersuchung lasse es sich nicht entscheiden, ob der Schmerz in den Intervertebrallöchern localisirt sei oder in einer der kleinen Articulationen, welche die transversalen Apophysen dieser und der Rippen verbinden. Die Schmerzen zeigen den gleichen irradiirenden Charakter, den gleichen intermittirenden Typus, werden in gleicher Weise schwächer bei Ablenkung der Aufmerksamkeit und weichen oftmals plötzlich nach tonischen Medicationen oder nach energischen psychischen Einflüssen. Die vertebrale Neurose begleitet nicht selten Gelenksneurosen anderer Art. Oftmals entstehen sehr rasch

*) Vortrag auf dem Congresso Medico Umbro, 1900.

schwere laterale Deviationen (hysterische Skoliose), daran zu erkennen, daß sie sich während der Untersuchung zu ändern pflegen, wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken ablenkt, und daß sie oftmals bei tonischer Medication in wenigen Wochen verschwinden können (LITTLE). ESMARCH berichtet schließlich über zwei Beobachtungen von hysterischer Neurose der Wirbelsäule, von SKEY erhoben, bei denen jedoch laterale Deviation nicht bestand.

Auch HIRSCH und LITTLE berichteten über Spinalneurosen und zumal der letztere hat auf Verbiegungen der Wirbelsäule neurotischen Ursprungs hingewiesen.

JÜRGENSEN beschrieb gleichfalls einige Fälle. In einem Falle handelte es sich um ein 16jähriges Mädchen, bei dem nach einer schweren Ermüdung eine Skoliose der Lumbalgegend mit compensirender Krümmung in der Brustregion auftrat, Druckschmerzhaftigkeit der oberen Brustwirbel, unteren Lendenwirbel und der Symphysis sacro-iliaca beiderseits bestand. Die Lendenmuskulatur war atrophisch; zudem bestand Neurose der Hüft- und Kniegelenke. Die Behandlung bestand in Suspension und Gewichtsextension, sowie in Gehübungen. Die Kranke wurde geheilt.

Ein zweiter Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, das über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und Gürtelschmerz am Bauche klagte, doch keinerlei Deformität und Deviation der Wirbelsäule aufwies. Die Behandlung bestand in kalten Douchen der schmerzhaften Partien und war von Erfolg begleitet.

HALLION hat zuerst in eingehendem Maße die neuropathische Skoliose als hysterische Contractur dargestellt und erkannt, daß alle vorausgegangenen Publicationen von LANDRY, GRACHER, DURET, HIRT dieser Krankheitspecies angehören. Er citirt auch einen Krankheitsfall JASINSKI's, einen jungen Mann betreffend, der neben choreiformen Bewegungserscheinungen eine rechtsseitige Skoliosis cervicalis aufwies.

In einem anderen Falle sah PRAVAZ nach einer heftigen Aufregung Contractur des rechten Musculus trapezius auftreten mit rechtsseitiger Skoliose und starkem Hervortreten der Scapula, den Angulus inferior nach außen und hinten. Die Difformität trat plötzlich auf und verschwand auch plötzlich nach einem Jahre.

VIE fügt diesen Beobachtungen zwei hinzu, die eine von LANDOIS, die andere von BOURDON. In dem einen Falle bestanden neben der Skoliose Contracturen verschiedener Gelenke. Die Genesung wurde durch suggestive Therapie herbeigeführt.

Auch MIRALLIÉ betont die Nothwendigkeit, die hysterische Skoliose von neuropathischen Skoliosen anderer Art zu unterscheiden. In seinem Falle war eine hochgradige totale Skoliose vorhanden, von bemerkenswerthem ätiologischen Verhalten. Die Deformität war nämlich aufgetreten, während die Aerzte in Gegenwart der Kranken die Möglichkeit besprachen, daß ein hysterischer Blepharospasmus sich mit Vertebralcontractur vergesellschaftete und sie eine solche Deformität an der Wirbelsäule der hysterischen Patienten producirt. Acht Tage darauf bestand nun diese Deformität in vollem Maße.

GERMANT berichtete über einen einschlägigen Fall aus der Privatklinik MENDEL'S.

VEGNER theilte eine Beobachtung an einer anscheinend völlig gesunden 26jährigen Frau mit. Dieselbe hatte jedoch zehn Jahre vorher hysterische Stigmen gezeigt und litt seit 1½ Jahren an Retroflexio uteri. Die Deviation war nach rechts gerichtet; es bestanden keine Schmerzen. Nach 14 Tagen schwand die Verbiegung. Einige Monate nachher trat sie wieder auf, doch diesmal mit der Convexität nach links. Die Deviation war bei horizontaler Lagerung der Kranken geringer, doch blieb sie auch dann noch bestehen. Während der Suspension schwand die Verbiegung regelmäßig, um nachher immer wieder aufzutreten. Erst nach achttägiger Behand-

lung trat Besserung ein. Hysterische Stigmen anderer Art bestanden nicht; doch trat nach jeder Suspension ein Anfall von spasmodischem Schluchzen und starke Tachypnoe auf.

Ich lasse nun meine eigenen Beobachtungen folgen:

1. Beobachtung: Hysterische Skoliose bei einem 12jährigen Mädchen.

Die Kranke hatte wegen einer starken Verbiegung der Wirbelsäule, die seit einigen Monaten bestand und von heftigen Schmerzanfällen begleitet war, die Spitalspflege aufgesucht. In der ersten Kindheit hatte sie an Vereiterung der Halsdrüsen gelitten. Sie ist von kleiner Statur, doch kräftig gebaut und intelligent. Die Menstruation trat im 11. Lebensjahre zum erstenmale auf und war dann immer unregelmäßig. — Vor vier Monaten trat nach starker Uebermüdung plötzlich ein Schmerz im rechten Hypochondrium auf, der die Kranke zwang, das Bett aufzusuchen; der Schmerz trat dann immer anfallsweise auf und allmählig entstand zugleich die Deviation der Wirbelsäule nach der Seite des ursprünglichen Schmerzes hin.

Die Kranke ist klein, doch kräftig gebaut; sie hat einen leidenden Gesichtsausdruck und klagt über sehr heftigen Schmerz im rechten Hypochondrium und in dem 6., 7. und 8. Intercostalräume, der bei der leichtesten Bewegung exacerbirt und durch leisesten Druck gesteigert wird. Die Wirbelsäule zeigt bei horizontaler Lagerung der Kranken eine leichte Kyphose, entsprechend dem 11. Brustwirbel, und bloß in der Lendengegend eine Abbiegung nach links. Das Abdomen ist gespannt und speciell im rechten Hypochondrium druckschmerzhaft, doch nirgends ist ein pathologischer Befund objectiv nachweisbar. Bei Druck auf die unteren Brustwirbel kann vom Abdomen her weder Schmerzhaftigkeit noch eine Deformität nachgewiesen werden. Bei aufrechter Haltung der Kranken wird die Deviation deutlicher, das Maximum der Convexität in der unteren Brustwirbelsäule nach links gerichtet; die Processus spinosi sind hier druckempfindlich. Die rechte Schulter steht höher, die linke Hüfte zeigt einen stärkeren Bogen nach außen, das rechte Bein erscheint kürzer. An dem SAYRE'schen Apparate corrigirt sich (in Suspension) die Deviation fast vollständig; von der Anlegung eines Mieders in corrigirter Stellung mußte wegen heftiger Beschwerden Abstand genommen werden.

Der Widerspruch zwischen der angeblichen Höhe der Schmerzen und dem guten Allgemeinzustande der Kranken, der Mangel an topischer Uebereinstimmung zwischen der Richtung der neuralgischen Schmerzen und den betroffenen Wirbeln, die offenbare Schmerzzunahme bei Beaufsichtigung der Kranken, das Fehlen jeglicher Schmerzhaftigkeit und spontaner Schmerzäußerungen während der Nacht, das Ausbleiben der Wirkung eines immobilisirenden Apparates machte die Diagnose Intercostalneuralgie bei Skoliosis hysterischer Natur überaus wahrscheinlich.

Ich verordnete ein Vesicans für die schmerzhaften Partien und Brom in großen Dosen. Die Schmerzen am Thorax und im Hypochondrium besserten sich rasch, doch traten in der Halsregion neue Schmerzen auf. Die linken Querfortsätze des 4., 5. und 6. Halswirbels sind überaus druckempfindlich und während spontaner Schmerzanfälle an denselben neigt sich der Hals nach vorne und links. Fortsetzung der Bromtherapie bewirkte allmählig das Schwinden der Schmerzen und der Deformitäten. — Vor 15 Monaten trat bei dem Mädchen auch eine indolente Anschwellung des rechten Daumens ein, die fälschlich als Absceß aufgefaßt worden war.

Betrachtet man nun die Gesamtheit der Symptome, die Thatsache, daß in früher Jugend Drüseneiterungen bestanden haben, die Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze, die leichte Kyphose, die plötzlich zugleich mit Intercostalneuralgien entstandene Skoliose, so muß man sagen, daß die Diagnose auf Malum Potti mit raschem Verlaufe eigentlich recht naheliegend gewesen wäre. Der Habitus der Kranken, die Steigerung der Empfindlichkeit, wenn man ihr Aufmerksamkeit schenkte, das völlige Verschwinden der Deviation bei Suspension, die Zunahme der Schmerzhaftigkeit bei Immobilisirung u. s. w., ließen die Diagnosestellung „Hysterie“ zu. Das Verschwinden der Symptome bei geeigneter

tonisirender und antispasmodischer Behandlung bestätigte die Richtigkeit der Diagnose.

Die Beobachtung erscheint mir wichtig:

1. weil die hysterische Deviation der Wirbelsäule bei einer jugendlichen Kranken als erstes Zeichen der Neurose aufgetreten war, u. zw. ohne Begleitsymptome, die auf ihre wahre Natur hinwiesen;

2. weil die Schmerzen anscheinend sehr heftig, neuralgisch und intermittierend waren;

3. weil die Contractur brüsk von der Lendengegend auf die Halsregion übergang.

2. Beobachtung: Hysterische Contractur der Halswirbelsäule mit Schmerz Anfällen nach leichtem Trauma bei einem 8jährigen Mädchen.

Die kleine Patientin hatte vor mehreren Jahren in der Schule trotz wiederholter Ermahnung während des Unterrichtes den Kopf in die Hand gestützt. Die Lehrerin versetzte ihr darauf einen leichten Schlag auf den Nacken. Das Kind beugte im selben Augenblicke den Hals noch mehr und konnte ihn nicht mehr strecken; der Kopf wurde krampfhaft gegen die Brust angedrückt gehalten. Man trug das Kind nach Hause und der sofort herbeigerufene Arzt Dr. TACCHI fand eine starke Verkrümmung der Halswirbelsäule nach rechts vor. Zwei Stunden später gelang es ihm, den Kopf der Kranken ohne jede Reaction von Seite der Wirbelsäule wieder in normale Lage zu bringen. Das Mädchen schien geheilt, doch sechs Monate später traten dieselben Symptome wieder auf und hielten bis zur Stunde an. Durch mehrere Monate hat das Kind einen starren Verband getragen.

Die Pat. ist leicht reizbar, nervös, weint und schreit sehr bald. Die Contractur tritt nach den leichtesten Veranlassungen, wie Mückenstich oder Berührung mit einer kalten Messerklinge, auch selbst ohne Veranlassung wieder auf; sie hält im Schlafe an. Es besteht auch Contractur der Unterkiefermuskeln und der das rechte Schultergelenk umgebenden Musculatur.

Ich untersuchte die kleine Pat. mehr als ein Jahr nach dem ersten Insulte und fand die Bewegungen der Halswirbelsäule nur für die Beugung ein wenig eingeschränkt. Die Dorn- und Querfortsätze des 4. und 5. Halswirbels und der rechte Kopfnicker sind druckempfindlich.

Einige Zeit darauf ist abermals nach einer Periode psychischer Irritabilität die Contractur eingetreten.

Ich untersuchte die Kranke ein Jahr darauf wieder einmal und fand abermals weder Difformität noch Deviation, auch keinerlei Muskelatrophien. An den Dornfortsätzen und rechten Querfortsätzen des 4. und 5. Halswirbels bestand Hyperästhesie. Ich stellte die Diagnose abermals wie im Vorjahre auf Contractur der Halsmuskulatur mit Beugung und Inclination der Wirbelsäule auf kindlich-hysterischer Grundlage. Zwei Jahre nach der ersten Attaque sind allgemeine hysterische Convulsionen mit Prävalenz auf der rechten Körperhälfte aufgetreten.

Die verordnete Brombehandlung ist in jeglicher Hinsicht von Erfolg begleitet gewesen.

Dieser Fall ist von besonderem Interesse, weil sich die Affection scheinbar im Anschluß an eine körperliche Strafe eingestellt hat. Es war von besonderer Wichtigkeit, mit Rücksicht auf die Responsabilität der Lehrerin die Diagnose richtigzustellen, umsomehr, als dieselbe ursprünglich auf traumatische recidivirende Subluxation der Halswirbelsäule gelaute hatte.

Das Interessante an dieser Beobachtung lag in der Thatsache, daß die Manifestationen an der Halswirbelsäule als Symptoma praecox der hysterischen Neurose zu betrachten waren. Die richtige Diagnosestellung ist in solchen Fällen natürlich auch für Prognose und Therapie von Wichtigkeit.

Das Studium der beiden geschilderten Beobachtungen hat mich auch darauf geleitet, ein Mädchen wieder zu untersuchen, das ich vor zwei Jahren zugleich mit dem Primararzte SANTORECCHI untersucht hatte, und das für die ver-

schiedensten Diagnosen der untersuchenden Aerzte Veranlassung gewesen war.

Ich fand nun Folgendes:

A. R., 35 Jahre alt, Vater und Geschwister gesund, Mutter an Tuberculose gestorben. Die Kranke war in der Kindheit immer gesund; die Menstruation trat im 12. Lebensjahre zum erstenmale auf und ist immer regelmäßig gewesen. Seit dem 17. Jahre bestehen Weinkrisen und vorübergehende Zustände von convulsiven Bewegungen ohne Bewußtseinsverlust, wahre hysterische Anfälle, die immer von heftigem Kopfschmerz, Oedem der Augenlider, seltener von Schwindelgefühl gefolgt waren.

Vor fünf Jahren fiel die Kranke von einer Stiege herab und schlug hiebei mit Hinterkopf und Kreuz auf. Sie that sich dabei sehr weh, doch erschrak sie weder über den Unfall, noch über seine Folgen, zwei Rißquetschwunden, die in 20 Tagen heilten, sonderlich. Es blieben aber leichte diffuse Neuralgien in Kopf, Abdomen und Wirbelsäule und ein gewisser Grad von Schwäche seither zurück. Zwei Jahre später war die Kranke bei der Pflege ihrer an Typhus erkrankten Schwester heftigen körperlichen und geistigen Anstrengungen ausgesetzt; die Schmerzen nahmen zu, es trat heftige Ovarie auf, der Bauch wurde hart und gespannt, die Wirbelsäule, zumal die Dornfortsätze der unteren Brustwirbel und die untere Thoraxapertur, waren druckschmerzhaft. Es traten abendliche Fieberbewegungen auf. Der behandelnde Arzt dachte an tuberculöse Peritonitis, stellte die Prognose ungünstig und führte eine 6 Monate dauernde, erfolglose Behandlung durch. Die Beschwerden der Kranken nahmen zu, zumal während der Menstruation, nur das Fieber verschwand wieder. Während einer Schmerzexacerbation zur Zeit der Menstruation fand man bald darauf heftige Schmerzhaftigkeit der Dornfortsätze der unteren Brustwirbel und Skoliose der Lendenwirbelsäule nach links. Die Diagnose wurde auf Malum Potti gestellt und man applicirte zwei mächtige Cauterien zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule, hierauf ein Gypsmieder. Die Kranke soll in diesem Mieder die heftigsten Schmerzen gelitten haben, ihr Allgemeinzustand nahm zu-

sehends noch weiter ab. Man nahm ihr das Corset daher wieder weg; sie trug dann ein mechanisches Corset und fühlte sich dadurch ein wenig erleichtert. Seither sind nun angeblich die Erscheinungen allmählig wieder so geworden, wie sie vor der Cauterisation gewesen waren. Die Schmerzen in der Wirbelsäule sind erträglich, die Kranke ermüdet nur leicht und empfindet nach einigem Gehen Schmerzen in der Wirbelsäule, die jedoch bei horizontaler Ruhelage bald verschwinden; sie hat dann nur ein wenig Schmerzen im Rücken; die Schmerzhaftigkeit im Bauche, zumal in der unteren Bauchgegend sowie im rechten Beine ist manchmal ziemlich beträchtlich.

Die Kranke ist kräftig gebaut, doch mager und anämisch; sie schaut leidend, aber nicht kachektisch aus; die inneren Organe erscheinen normal. In der Lendenwirbelsäule besteht Skoliose nach links; der Gipfel der Convexität entspricht dem dritten Lendenwirbel und ist circa 2 Cm. von der Mittellinie entfernt. Kyphose besteht nicht, in der Gegend der Brustwirbelsäule findet sich eine geringe compensatorische Krümmung. Die Lendenmuskulatur erscheint links stärker entwickelt und hervortretend, ist gespannter, rigider und druckempfindlicher als rechts. Bei Vorwärtsneigung des Rumpfes tritt die Skoliose stärker hervor, bei Extension verschwindet sie. Es besteht Druckschmerzhaftigkeit an den Dornfortsätzen des ersten Kreuzwirbels und des zehnten Brustwirbels. Die rechte Brusthälfte erscheint weiter als die linke, durch Druck auf die seitlichen Brustwände werden Schmerz anfälle ausgelöst, noch leichter jedoch in der Unterbauchgegend rechts und in der rechten Hüfte. Die Schmerzen strahlen in die gleichnamige untere Extremität bis in die Kniegegend aus. Der Ischiadicus ist nicht druckempfindlich. Die Kranke vermag alle Bewegungen der Wirbelsäule uneingeschränkt auszuführen.

Nach heftigeren Bewegungen bleibt ein Gefühl von Schwäche und Ermüdung zurück.

Die Prüfung der Sensibilität ergibt an der Hand hyperästhetische Zonen mit hypästhetischen gemischt, nirgends complete

Anästhesie; auch die Schmerzempfindung verhält sich in den verschiedenen Hautbezirken verschieden. Längs der Wirbelsäule besteht Hyperästhesie, in den unteren Extremitäten und in der rechten Hüfte Hypästhesie.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier in Anbetracht der ovariellen Schmerzen, der Hypästhesie, der Anfälle von Convulsionen, der Schmerzanfalle während der Menstruation mit einem hysterischen Individuum zu thun haben.

Zweifelhaft erscheint nur, ob die Schmerzen längs der Wirbelsäule und die Difformität auf die gleiche Grundlage zurückzuführen sind und nicht vielmehr auf eine organische Erkrankung der Wirbelkörper hinweisen.

Die Todesursache der Mutter der Kranken könnte als Stütze für die letztere Annahme herangezogen werden. Doch das Fehlen von kyphotischen Veränderungen, die vollständige Bewegungsfreiheit der Wirbelsäule, die Thatsache, daß die schmerzhaftesten Punkte topisch nicht mit der Skoliose zusammenfallen u. a. m., lassen mich den Morbus Potti ausschließen und die Diagnose auf einfache hysterische Skoliose stellen. Prof. DURANTE, der die Kranke vor zwei Jahren zu untersuchen Gelegenheit hatte, hat dieselbe Meinung ausgesprochen. Zwei Punkte sind geeignet, diese Annahme noch zu bestärken: 1. daß der Hauptproceß an der Wirbelsäule, gerade während die Kranke am meisten darniederlag, zum Stillstande kam; und 2. daß die Difformität gerade zu dieser Zeit abzunehmen begann und heute geringer ist als vor zwei Jahren.

In diesem Falle könnte die lange Dauer der Krankheit befürchten lassen, daß bereits bleibende Veränderungen der Wirbelform der Bänderlänge und der Fascienstructur zustande gekommen seien, die nur schwer wieder gänzlich zum Schwinden gebracht werden können. Der Umstand jedoch, daß Contracturen neurotischen Ursprungs auch nach jahrelangem Bestehen doch wieder plötzlich verschwinden können, läßt auch in diesem Falle die Hoffnung auf vollkommene Heilung vollauf zu Recht bestehen.

Ich will schließlich über einen letzten Fall berichten, den ich in Gemeinschaft mit Dr. MATTOLI untersucht habe und der mit den früheren Beobachtungen Einiges gemein hat.

M. N., 40 Jahre alt, ein kräftiger Mann, hat vor 6 Monaten beim Uebersetzen eines Grabens plötzlich einen überaus heftigen Schmerz in der Lendenwirbelsäule empfunden. Der Schmerz wurde allmählig geringer, doch schwand er nicht gänzlich, und der Kranke begann in aufrechter Haltung das Gefühl zu haben, als hinge er nach rechts über und müsse eine Anstrengung machen, um sich gerade zu erhalten. Ungefähr einen Monat später traten Schmerzen entlang der Ischiadici ein, die Beine des Kranken wurden schwach und ermüdeten leicht. Bei Ruhelage schwand die gewohnte Schmerzhaftigkeit, doch traten bei etwas brüskeren Bewegungen Schmerzen im rechten Beine auf. Die Krankheitserscheinungen nahmen nun durch 5 Monate allmählig immer zu; es bildete sich in der rechten Lendengegend eine Anschwellung, die als Absceß bei Malum Potti gedeutet und erfolglos explorativ punctirt wurde.

Gegenwärtig findet man linksseitige Skoliose der Lendenwirbelsäule, in der rechten Lumbalgegend eine von leicht verdickter Haut bedeckte Schwellung mit Andeutung von Fluctuation, anscheinend durch Hervortreten der Lumbalmusculatur bedingt. Druck auf den 3., 4. und 5. Lendenwirbel löst Schmerz aus. Die Dorsalregion der Wirbelsäule ist ein wenig nach rechts deviiert. Es besteht Schmerzhaftigkeit längs der Ischiadici, Schwäche der Beine, wiewohl die Musculatur derselben kräftig entwickelt ist. — Die digestiven Functionen erscheinen normal. Die Diagnose lautete: Skoliosis neurotica, bedingt durch leichtes Trauma, mit schmerzhaften Irradiationen längs der Wirbelsäule; Malum Potti wurde in Anbetracht des blühenden Ernährungszustandes ausgeschlossen, die Prognose günstig gestellt.

Der weitere Krankheitsverlauf bestätigte die Diagnose. Meerbäder und leichte Körperübungen führten rasche Besserung herbei.

Die Skoliose ist fast vollkommen corrigirt, die spontanen und die Druckschmerzen sowie die Schwellung sind geschwunden.

Es hat sich — wie ich glauben möchte — auch in diesem Falle um eine nach Trauma entstandene Contractur gelandelt; die ischiadischen Schmerzen dürften den Intercostalneuralgien in den früher beschriebenen Fällen zu vergleichen sein. Die Literatur notirt verschiedene Fälle von Skoliosis ischiadica, d. h. laterale Deviationen nach Neuralgia ischiadica, doch findet sich bisher noch kein Fall von localer traumatischer Neurose der Wirbelsäule mit secundärer bilateraler Ischialgie.

Es sei mir nun gestattet, die Resultate meiner klinischen Beobachtungen, die ich im Anschlusse an die Darstellungen der Literatur mitgeteilt habe, zusammenzufassen und einige allgemeine Bemerkungen über die noch so wenig bekannten Deviationen und Contracturen der Wirbelsäule hysterischen oder neurotischen Ursprungs hinzuzufügen.

An prädisponirten Individuen kann nach einem leichten Trauma, auch spontan, langsam oder plötzlich, eine Fixation der Wirbelsäule eintreten entweder in abnormer lateraler Deviation (Skoliose) oder seltener als Flexion mit Inclination.

Die Fixirung erfolgt durch spastische Contraction, häufiger noch durch wirkliche Contractur der Muskeln auf einer Seite der Wirbelsäule.

Frische Deviationen schwinden bei Suspension, ältere werden dadurch geringer, ohne vollständig zu verschwinden. Aenderungen können durch den Willen der Kranken erfolgen.

Diese Veränderungen an der Wirbelsäule gehören der Gruppe der hysterischen Contracturen an, sowie der Pes equinus, die gebeugte Hand, die Contracturen im Kniegelenke und die ESMARCH'schen Contracturen. Allen gemeinsam ist der transitorische Charakter, sie erscheinen wie diese ohne jede Veranlassung oder nach geringfügigen Veranlassungen, zumal nach Traumen von geringer Bedeutung, pflegen spontan zu schwinden, ihren Sitz häufig zu wechseln und mit anderen Manifestationen der Neurose abzuwechseln.

Sie vergesellschaften sich häufig mit schmerzhaften Sensationen, deren Sitz hauptsächlich die Wirbelsäule ist, irradiiren jedoch ebenso häufig in Nervenbahnen, welche zu den deviierten Wirbeln nicht direct in Beziehung stehen. Die schmerzhaften Irradiationen betreffen häufig das Gebiet der Intercostalmuskeln, den Ischiadicus, die Ovarien. Die Schmerzen kommen oder verstärken sich anfallsweise. Manchmal besteht überaus starke Hyperästhesie der oberflächlichen und tiefen Theile, in anderen Fällen keine Spontanerregbarkeit.

Die erwähnten Symptome stellen in der Regel vorzeitige Manifestationen der Neurose dar und werden daher am häufigsten an Kindern und heranwachsenden Individuen beobachtet. Die Betroffenen gehören der großen Mehrzahl nach dem weiblichen Geschlechte an.

Während die Diagnose der Gelenksneurosen gewöhnlich nicht allzuschwer zu sein pflegt, da der offenbare Mangel von Veränderungen der Gelenksconstituentien, das Bestehen von circumscripten Anästhesien an den betreffenden Gliedmaßen und das Verschwinden der Rigiditäten in Narkose die Ausschließung anderer Krankheiten gestattet, ist die Diagnose: Neurose der Wirbelsäule, eine sehr schwierige und ihre Phänomene können leicht als Symptome von Rachitis oder Tuberculose gedeutet werden.

In der großen Mehrzahl der Fälle geht dem Beginne der Krankheit unmittelbar ein Trauma zuvor, das speciell die betreffende Partie der Wirbelsäule ergriff. Das Trauma war nicht immer von eingreifender Bedeutung, oftmals nichts anderes als eine einfache Contusion oder eine Gewalteinwirkung auf die Weichtheile. Zwischen dem Zeitpunkte der Einwirkung des Trauma und dem Zutagetreten der Neurose können Monate und Jahre vergehen. In seltenen Fällen kommt die Affection ganz spontan zustande. Hat das Trauma als Gelegenheitsursache gewirkt, dann können wir von einer localen traumatischen Neurose im Sinne STRÜMPFEL's sprechen;

auch hier handelt es sich ja um eine Art von functionellen Störungen ohne materielle Läsion. Es manifestirt sich so die traumatische Hysterie, wie sie CHARCOT beschrieben hat. Man kann mit STRÜMPPELL die Meinung aussprechen, daß die betroffene Partie ihre normalen Beziehungen zur Psyche verloren hat und abnormen Einflüssen unterworfen wird, welche von den Willenscentren für die Bewegung ausgehen. Die Schmerzen sind nichts anderes als abnorme spontane Hallucinationen der Centren des Bewußtseins. Der Sitz der Krankheit wäre somit als ein centraler aufzufassen.

Wie bei anderen Manifestationen neurotischer Natur prävaliren auch hier die subjectiven Symptome über die objectiven; die Schmerzen treten anfallsweise auf und sind in der That außerordentlich heftig. Die Kranken sind in immerwährender Bewegung, unruhig und scheinen Gefallen daran zu finden, die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung zu erregen; ihre Nachtruhe ist gewöhnlich ungestört. Zwischen der langen Dauer des Processes und der Intensität der Leiden scheint jedoch immer ein Mißverhältnis zu bestehen, indem trotz der langen Dauer des Processes die materiellen Veränderungen geringfügiger Natur bleiben und der Ernährungszustand ein guter ist.

Die Druckschmerzhaftigkeit an den Dornfortsätzen und der Sitz der schmerzhaften Irradiationen stimmen in der Regel weder mit der Difformität noch mit den anatomischen Verhältnissen der betroffenen Nerven überein.

Die Bewegungsstörungen der Wirbelsäule stehen mit dem Sitz und der Form der Deviation nicht im Einklang; ihr Bild ist ein häufig wechselndes.

Antiphlogistische Therapie, Immobilisirung, Ruhe und Bandagen vermehren in der Regel die Leiden der Patienten, während Antispasmodica, Uebung und suggestive Therapie zumeist von Erfolg begleitet sind. Oftmals ist es auch von Nutzen, den Kranken begreiflich zu machen, daß man die wahre Natur ihrer Leiden erkannt habe, und daß es sich sicherlich nicht um eine schwere oder unheilbare Krankheit handle. Dies pflegt als eine Aufdeckung ihres unbewußten Betruges rasch bessernd und beruhigend zu wirken.

Neben transitorischen Formen gibt es auch hartnäckigere und dauernde. Bei solchen ist man wohl geneigt, zu glauben, daß so wie bei Gelenksneurosen trotz langen Bestehens derselben keine materiellen Veränderungen auftreten, auch bei ihnen immer wieder die normale Function an Stelle der Contractur treten könne. Die experimentellen Erfahrungen über den Effect prolongirter Immobilisirung auf articulare und periarticulare Gewebe sowie einige klinische Beobachtungen, wiewohl noch nicht durch anatomische Daten bestätigt, haben mich jedoch gelehrt, daß bei Deviationen der Wirbelsäule älteren Datums nicht nur die weichen articulären und periarticulären Theile ihre Beschaffenheit ändern, sondern auch die knöchernen Elemente in ihrer Form und Consistenz Veränderungen eingehen, so daß mit der Zeit die Deviation eine permanente und unheilbare werden kann.

Literatur: ESMARCH, Ueber Gelenkneurosen. Kiel 1862. — HIRSCH, Beiträge zur Kenntniß und Heilung der Spinalneurosen. Königsberg 1843, pag. 82. — LITTLE, On Spinal Weakness and Curvature. London 1868, pag. 82. — JÜRGENS, Zur Pathogenese und Casuistik der Gelenkneurosen. Kiel 1882. — HALLION, Des déviations vertébr. neuropath. Nouv. Iconographie de la Salp., tom. V, 1892. — VIE, De la Skol. hyst. Thèse de Paris, 1892. — MIRALLIÉ, „Revue d'orthopéd.“ 1896. — GERMANT, Ueber hysterische Skoliose. Dissert. Berlin 1897. — VEGNER, Ein Fall von hysterischer Skoliose. „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 50, 2. — STRÜMPPELL, Ueber die traumatischen Neurosen. „Berliner Klinik“. III. — OPPENHEIM, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.

Ein forensischer Trugschluß.

Von **Privatdocent Dr. Ludwig Braun** in Wien.

In den „Therapeutischen Monatsheften“¹⁾ findet sich unter der Rubrik „Toxikologie“ die Beschreibung eines Falles von Opiumvergiftung von Prof. Dr. G. EDLEFSEN in Hamburg. In dem geschilderten Falle war folgender Thatbestand aufgenommen worden:

Ein bis dahin gesundes, 7 Monate altes Kind erkrankte in der Nacht vom 12. zum 13. Juli 1899 an Brechdurchfall. Der am Morgen des 13. Juli gerufene Arzt verordnete 5 Calomelpulver, stündlich eines zu nehmen, und eine Mixtur, die in 80 Grm. einige Tropfen Kreosot und 1 Grm. Tinct. opii simpl. enthielt, mit deren Anwendung 2stündlich (1 Theelöffel voll) indeß erst nach Verbrauch der Pulver begonnen werden sollte. Da die ersten 3 Pulver wieder ausgebrochen wurden, begab sich die Mutter des Kindes Mittags 1½ Uhr zu dem in einem benachbarten Dorfe, einer Eisenbahnstation, wohnenden Arzte, der jetzt auf ihren Bericht hin „Tinctur. thebaic. 5·0, halb-stündlich 3 Tropfen in einem Theelöffel Wasser“ verschrieb und mündlich die Bestimmung hinzufügte, daß diese Dosis sechsmal zu geben und dann zu der am Morgen verschriebenen Mixtur überzugehen sei. Er gab diese Vorschrift, wie er später geltend machte, in der sicheren Erwartung, daß das Opium zum größten Theile durch Erbrechen und Durchfall wieder aus dem Körper entfernt werden würde, hat es aber nicht für nöthig gehalten, um sich darüber Gewißheit zu verschaffen, das Kind wieder zu besuchen.

Das Kind erhielt die ersten 3 Tropfen um 3½ Uhr Nachmittags, die folgenden Dosen, wie vorgeschrieben, in halbstündlichen Zwischenräumen, die sechste also um 6 Uhr. Die drei ersten Dosen behielt es bei sich, die vierte (um 5 Uhr) spuckte oder brach es aus, die fünfte und sechste blieben wieder stehen. Später am Abend wurde noch zweimal und im Laufe der Nacht zum drittenmal ein Theelöffel der Mixtur gegeben. Erbrechen trat nach 5 Uhr Nachmittags sicher nicht wieder ein. Durchfall erfolgte seit dem Beginn der Opiumbehandlung nur noch einmal Nachmittags 5 Uhr in — soweit der Mutter erinnerlich — nicht erheblicher und ein zweitesmal in der Nacht, etwa um 3 Uhr, zweifellos in nur sehr spärlicher Menge. Ob um 5 Uhr Nachmittags nur die dargereichte Opiumtinctur wieder ausgespuckt oder noch einmal leichtes Erbrechen eingetreten war, ließ sich nicht sicher ermitteln; es schien jedoch nur das erstere der Fall gewesen zu sein. Jedenfalls aber mußte man annehmen, daß um diese Zeit die vorher gegebenen Dosen der Opiumtinctur bereits zur Resorption gelangt waren, da schon nach den ersten 3 Tropfen eine auffallende Beruhigung des Kindes und dann bald ein schlafähnlicher Zustand eintrat, während es vorher noch ganz klar und aufgeweckt gewesen war und nicht nur auf die Zusprache der Mutter reagirt und immer eifrig nach der ihm gereichten Flasche gegriffen, sondern sich auch noch mit einem Spielzeug beschäftigt hatte. Am Morgen des 14. Juli, etwa um 9½ Uhr, also 18 Stunden nach Verabfolgung der ersten Opiumdosis trat der Tod des Kindes ein. — Während dieser 18 Stunden hatte sich der Verlauf wie folgt gestaltet: Schon nach den ersten 3 Tropfen wurde das Kind ruhig, fielen ihm die Augen zu, brach Schweiß aus. Die Betäubung nahm allmähig zu; die Pupillen waren schließlich ad minimum verengt, die Athmung sehr oberflächlich, verlangsamt, aussetzend, Puls klein, Haut kühl.

Aus dem Sectionsbefunde sei hervorgehoben: Pupillen äußerst eng, Magen und Dünndarm fast ganz leer, das Herz fest contrahirt, von der Größe einer Kinderfaust, beide Ventrikel leer. . . . Die chemische Untersuchung des Magens und Darms ergab ein negatives Resultat.

EDLEFSEN wirft nun in diesem Falle die Frage auf, „ob mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, daß der Tod

¹⁾ April 1901.

des Kindes durch Opiumvergiftung veranlaßt wurde, oder ob der Brechdurchfall, an dem es zweifellos gelitten hat, als Todesursache zu betrachten war.“

Der negative Ausfall der chemischen Untersuchung der Leichentheile schließt die Möglichkeit einer Opiumvergiftung naturgemäß nicht aus, umso mehr als sich herausgestellt hat, daß das Kind in der That eine für sein Alter sehr große Dosis Opiumtinctur (0.70 Grm.) erhalten haben mußte. Allerdings sind auch schon Kinder nach Vergiftung mit verhältnißmäßig noch größeren Dosen von Morphium und Opium wieder genesen. JUST berichtet „Therap. Monatsh.“, April 1901, pag. 192 über zwei glücklich verlaufene Fälle; in einem derselben hatte ein siebenmonatliches Kind 12 Tropfen Opiumtinctur auf einmal erhalten.

Das Verhalten des Kindes während seiner letzten 18 Stunden entsprach dem Bilde der Opiumvergiftung gewiß so sehr, daß wohl Niemand sich besinnen würde, auch den tödtlichen Ausgang derselben auf Rechnung zu schreiben, wenn nicht feststände, daß das Kind an Brechdurchfall gelitten hatte.

EDLEFSEN sucht nunmehr nach einem sichereren positiven Merkmale der Opiumvergiftung und findet ein solches in dem Verhalten des Herzens in der Leiche: „Daselbe war fest contrahirt, die Herzhöhlen waren leer, die Hohladern in der Nähe des Herzens enthielten wenig flüssiges Blut.“

In unserem Falle — sagt EDLEFSEN (pag. 213) — hat offenbar im Augenblick des Todes noch eine relativ kräftige Contraction der Herzkammern stattgefunden, der keine Erweiterung mehr folgte, ein Vorgang, der als Schlußact bei Brechdurchfall kaum denkbar, bei Opiumvergiftung dagegen nicht nur möglich erscheint, sondern wahrscheinlich sogar häufig zu beobachten sein wird.

Zur Erklärung des Contractionszustandes des Herzens zieht EDLEFSEN zwei Möglichkeiten in Betracht. Die erste sieht er darin, daß das Herz bei der Opiumvergiftung weniger leidet als das Athemcentrum, und daß der Tod bei der Opiumvergiftung durch Athemstillstand erfolgt, nicht selten bei noch kurze Zeit fortschlagendem Herzen. Die zweite Möglichkeit liegt seiner Meinung nach in dem Umstande, daß es sich in solchen Fällen nicht um einen systolischen Herzstillstand im Momente des Todes handelt, sondern um eine im letzten Augenblick, vielleicht sogar erst nach dem Tode, durch Athmungslähmung, noch eingetretene tetanische Herzcontraction. Die feste Contraction des Herzens in seinem Falle scheint EDLEFSEN für diese Annahme zu sprechen.

Mag nun, fährt er dann fort, die eine oder die andere Erklärung die richtige oder — was wohl am wahrscheinlichsten ist — in dem einen Falle ein Herzstillstand in der Systole, in dem anderen eine tetanische Contraction als Ursache zu betrachten sein, jedenfalls wird ein derartiges Verhalten des Herzens in der Leiche unter Umständen eine große Bedeutung für die Diagnose der Opiumvergiftung gewinnen können.

Und auf dieses Ergebnis der Betrachtung des vorliegenden Falles glaubt er nun das Hauptgewicht legen zu dürfen.

Gewiß würde es nicht erlaubt sein, meint er, in einem Falle, wo sonst alle Anhaltspunkte fehlen, wo etwa wegen Mangels einer genaueren Kenntniß des Verlaufes und der zur Anwendung gekommenen Dosis überhaupt noch Zweifel in Betreff des Vorliegens einer Opiumvergiftung bestehen, aus dem nachgewiesenen Contractionszustande des Herzens nun den Schluß zu ziehen, daß es sich thatsächlich um eine solche gehandelt habe. Wo aber, wie hier, nur zwei Möglichkeiten in Frage kommen: entweder Tod durch eine zur Schwächung des Herzens führende Krankheit oder Tod durch Opiumvergiftung, da kann allerdings wohl dieser Befund am Herzen den Ausschlag geben und allenfalls dazu dienen, die letzten sich etwa noch aufdrängenden Zweifel zu beseitigen.

Und doch gibt es noch eine dritte Möglichkeit. Sie lehrt uns, daß ein derartiger Contractionszustand des Herzens auf keinen Fall ein positives Argument ist, und daß aus dem Sectionsbefunde allein die Diagnose „Opiumvergiftung“ auch in diesem Falle nicht zu stellen war.

Ich will mich jeder weiteren Kritik enthalten und einen Anderen sprechen lassen, dessen Erfahrungen die Argumentation EDLEFSEN's ad absurdum führen.

Man muß mit der Deutung des contrahirten Leichenherzens vorsichtig sein, sagt ROTHBERGER²⁾ („Arch. Internat. de Pharmacodynamie et de Thérapie“, Vol. VIII, Fasc. V und VI), besonders mit Rücksicht auf den Umstand, daß die Leichen fast nie ganz frisch zur Section kommen. ROTHBERGER hat sich nämlich durch besondere Versuche davon überzeugt, daß die Todtenstarre das Herz zur Contraction bringt, und daß mit der Lösung der Starre nicht immer eine entsprechende Dilatation des Herzens erfolgt. Außerdem tritt die Starre am Herzen früher auf als an der Skelettmusculatur und löst sich später als an dieser; die Abwesenheit der Starre an den Körpermuskeln gestattet daher keinen Schluß auf den Zustand des Herzens.

Dies wäre auch im beschriebenen Falle zu erwägen gewesen. Dann hätte unmöglich das Vorhandensein eines Contractionszustandes des Herzens als vollwerthiger Beweis für den Tod durch Opiumvergiftung gelten können.

Wenn somit feststeht, daß, gleichgiltig ob der Tod durch primären Herz- oder primären Athmungsstillstand erfolgt und unabhängig von dem Zustande des Herzens unmittelbar nach dem Tode des Individuums, durch die sich entwickelnde Todtenstarre eine Contraction des Herzens zustande kommt, dann wird hiedurch gleichzeitig jeder Schluß ins Wanken gebracht, der aus dem Vorhandensein einer solchen Contraction auf die Todesursache gezogen wird.

Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium Fürth in Wien.

Zur Pathologie

der
Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung
bei Mensch und Thier.

Von **Dr. Robert Kienböck.**

(Fortsetzung)

Es empfiehlt sich nun, an die Mittheilung der Beobachtungen am Menschen, unsere Beobachtungen an Thieren anzureihen; die Versuche sind auch geeignet, unsere Kenntnisse von der Wirkung des Roentgenlichtes auf die Haut der höheren Thierclassen überhaupt zu ergänzen, was für die allgemeine Biologie von Interesse ist. Wir begannen die Versuche mit der Bestrahlung von Säugethieren; bei denselben konnte das Eintreten ganz ähnlicher Veränderungen erwartet werden wie beim Menschen.

I. Versuch.

Zunächst wurde im Februar, März und April 1900 ein junges graues Kaninchen derart in zahlreichen Sitzungen mit Roentgenlicht behandelt, daß jedesmal die Röhre über die Rückseite des auf dem Bauche liegenden Thieres angebracht wurde, und daß der Focus der Röhre 10 Cm. über dem Nacken stand; es fanden tägliche Sitzungen statt, von denen jede 15 Minuten dauerte. Zu Beginn wurde eine sehr harte Röhre (d. i. eine solche, welche nur sehr spärlich Roentgenstrahlen, aber viele elektrische Entladungen aussendet) verwendet; 22 Sitzungen obiger Art (bis zum 17. März) hatten mit derselben keinen Erfolg; im unmittelbaren Anschlusse daran (vom 18. März an) wurde mit einer guten, auf „den mittelweichen“ Zustand regulirten Roentgenröhre (von der Firma Müller in Hamburg), welche intensives Roentgen-

²⁾ „Ueber die Kreislaufverhältnisse bei der Phosphorvergiftung.“

licht gab, weiter behandelt; nach der 35. Sitzung mit der guten Tube zeigte sich am Scheitel des Thieres Ausfall der Haare, bald trat hier Nässen ein, die Haare konnten (zum Theil im Zusammenhang mit Stücken der obersten Epidermisschichte) abgehoben werden, und allmählig dehnte sich innerhalb des bestrahlten Gebietes ein progressiver Haarschwund nach der Peripherie aus: der Nacken, die Stirne, Oberseite der Löffel und ein großer Theil des Rückens wurden kahl; die nässende Dermatitis blieb auf die Stelle beschränkt, wo das Effluvium zuerst aufgetreten war, nämlich auf den Scheitel. Diese Stelle war dem Roentgenstrahlen aussendenden Focus am nächsten gewesen und erlitt daher die Veränderungen am schnellsten und hier erreichten dieselben auch den höchsten Grad. In der Folge wurde fleckige Pigmentirung an den kahlen Stellen sichtbar, und 4 Wochen nach Beginn des Effluvioms begannen sich die Veränderungen zurückzubilden: ganz langsam wuchsen die Haare von der Peripherie zum Centrum fortschreitend nach.

Am Scheitel blieb die Haut dauernd atrophisch und schuppig, die Ohren blieben kahl und pigmentirt, der Nacken bedeckte sich mit stets ganz lichtbraun bleibenden Haaren, und der Rücken erhielt nach Monaten sein normales Fell wieder. Jedoch wurde $5\frac{1}{2}$ Monate, vom Zeitpunkte des beginnenden Effluvioms an gerechnet, ein Recidiv der Veränderung beobachtet, obwohl zu dieser Zeit keine neuen Bestrahlungen stattfanden: das Haar am Rücken lichtete sich wieder, die vordere Partie desselben wurde wieder kahl, ebenso der Nacken, und es bildete sich am Scheitel ein Geschwür; — wahrscheinlich hatte sich das Thier an dieser Stelle verletzt, wo auch die Haut durch heftige Roentgenstrahlenwirkung besonders leicht verwundbar geworden war. Allmählig begann wieder Verheilung des Ulcus einzutreten. (In dem entsprechenden Zustande war das Kaninchen zur Zeit der Demonstration im Wiener medicinischen Club am 14. November 1900; insbesondere wurde bei dieser Gelegenheit auf die Alopecie am Nacken und Rücken, ferner auf die seit 7 Monaten unverändert bestehende Kahlheit an der Oberseite der Ohren aufmerksam gemacht; dieser Haarmangel dürfte also ein dauernder sein.⁵⁾

⁵⁾ Zu derselben Zeit, zu welcher die Bestrahlung dieses Thieres vorgenommen wurde, war ich in der Lage, therapeutische Bestrahlungen am Menschen (an Fällen von Lupus, Hypertrichosis etc.) vorzunehmen und machte bei denselben an dem gleichen Tage beim Uebergang von der Verwendung der harten zur weicheren Roentgenröhre dieselbe Erfahrung wie an unserem Kaninchen; es reagierten, wie im genannten Vortrage ausgeführt wurde, alle Individuen erst auf die Bestrahlung mit der ein intensives Roentgenlicht aussendenden Tube heftig, indem nach einer Serie von Sitzungen die Erscheinungen von bedeutender Dermatitis auftraten. Um den Unterschied in der Wirksamkeit der harten und der mittelweichen bis weichen Röhre noch anschaulicher nachzuweisen, wurden die oben folgenden Versuche II und III angestellt. Einige Versuche an der menschlichen Haut unterstützten ferner, wie im citirten Vortrage ausgeführt ist, die Ansicht, daß die Wirkung auf die Haut durch die Roentgenstrahlen hervorgebracht wird, indem sie zeigten, daß auch thatsächlich die wirkenden Kräfte geradlinig vom Focus der Vacuumröhre ausgehen, also vom Ausstrahlungspunkte der Roentgenstrahlen. Es konnte demnach auf Grund eigener Versuche mit Recht behauptet werden, daß bei der Bestrahlung des Organismus mit der Roentgenröhre nicht die von derselben abgegebenen elektrischen Entladungen, sondern die Roentgenstrahlen wirksam sind. Daraus ergab sich die technisch wichtige Lehre, daß zur Erzeugung von Hautveränderungen — sei es an Menschen in therapeutischer Absicht bei Hautkrankheiten und Anomalien (Hypertrichosis), sei es an Thieren zum Studium der Roentgenlichtwirkung — nicht unregulirbare „harte“ Röhren zu verwenden seien, sondern Röhren mit regulirbarem Vacuum, welche auf den „mittelweichen“ oder „weichen“ Zustand regulirt werden. — Denn die hochevacuirte „harte“ Röhre gibt ausschließlich elektrische Entladungen ab oder außer solchen noch Roentgenstrahlen von großem Penetrationsvermögen. Diese stark penetrirenden Strahlen wirken nur wenig auf die Haut ein, wie es übrigens auch leicht a priori verständlich ist; denn sie durchdringen die Haut allzu leicht, um genügend absorbirt und in chemische Energie umgewandelt zu werden. Die mittelevacuirte „mittelweiche“ Tube wirkt am stärksten, die niedrig evacuirte „weiche“ Röhre etwas weniger; die Strahlen der letzteren haben endlich bei einem besonders niederen Grade der Evacuation nicht mehr genügendes Penetrationsvermögen, um in die Cutis überhaupt einzudringen. Von beiden Mängeln sind die aus der mittelweichen Tube stammenden Roentgenstrahlen frei, sie sind es also, welche gemäß der theoretischen Erfahrung und auch der praktischen Erfahrung auf das Hautorgan am kräftigsten einwirken. In Bezug auf Versuche mit Büschelentladungen (Potentladungen ohne Gebrauch der Roentgenröhre) verweise ich auf meine Bemerkungen in dieser Zeitschrift, pag. 420 I. J.

II. Versuch.

An einem jungen, weißen Kaninchen wurden in der zweiten Hälfte September durch 12 Tage täglich beide Flanken bei circa 10 Cm. Entfernung vom Focus durch je eine halbe Stunde bestrahlt, und zwar auf der rechten Seite mit einer sehr harten, kaum mehr Roentgenstrahlen aussendenden, aber starke, elektrische Entladungen abgebenden Röhre, auf der linken Seite aber mit einer sehr guten, regulirten Tube. Nun wurde die Wirkung abgewartet; gemäß der Voraussetzung trat an der rechten Seite des Thieres keine Veränderung auf, auf der linken Flanke aber circa 9 Tage nach dem Aussetzen der Sitzungen ein sich durch Haarlockerung auszeichnender fünfkronestückgroßer Fleck, welcher etwa eine Woche später ganz kahl wurde. (Demonstration am 19. October in der Gesellschaft der Aerzte.) Im Verlaufe weiterer 3 Wochen nahm das Gebiet der Alopecie — zuerst rasch und dann langsam — an Ausdehnung bis zu Handgröße zu, und in der Mitte des Herdes, wo die Entfernung zum Focus am kleinsten gewesen war, trat nässende Entzündung mit seröser, dann serös-hämorrhagischer Secretion auf (Fig. 1). Um Mitte November

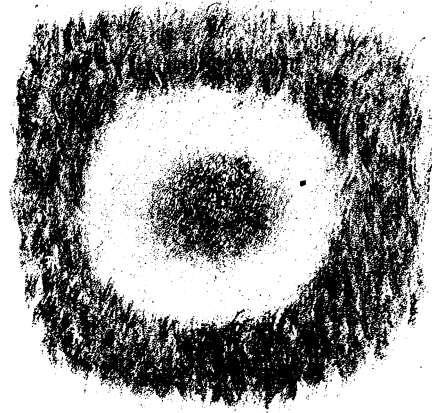


Fig. 1.

trat die Veränderung in das regressive Stadium; anfangs December begannen die Haare am Rand wieder zu wachsen und die in der Mitte aufgetretene Dermatitis ging aus dem nässenden in den schuppigen Zustand über.

III. Versuch.

An dem grauen Kaninchen von Versuch I wurde ein analoges Experiment gemacht wie am weißen Kaninchen, indem die eine Gesäßfläche (die linke) mit einer harten Röhre, die schwaches, aber stark durchdringendes Roentgenlicht gab, in 12 Sitzungen (vom 5.—16. October 1900) von je 30 Minuten an aufeinanderfolgenden Tagen bestrahlt wurde, die andere Seite aber (die rechte) mit einer guten, regulirbaren Röhre im Zustande zwischen weich und mittelweich, und zwar ebensolange bei der gleichen Unterbrechungsgeschwindigkeit und gleicher Röhrendistanz (11 Cm. vom Focus zur Haut); dagegen wurde ein Strom von größerer Intensität durch die Primärspule geschickt⁶⁾, der Inductionsstrom war also von höherer Spannung, daher waren auf der einen Seite die elektrischen Entladungen der harten Röhre kräftiger, und auf der anderen Seite war das Roentgenlicht der weicheren Röhre viel intensiver als bei Versuch II.

Auf der linken Körperseite des Thieres traten keine Erscheinungen auf, an der rechten Seite aber war am 31. October (15 Tage nach der letzten Bestrahlung) ein — vielleicht schon vor wenigen Tagen entstandener — fünfkronestückgroßer kahler Fleck sichtbar. (Demonstration am 2. November in der k. k. Gesellschaft der Aerzte von Wien.) An den folgenden Tagen wurde der Herd etwas größer und begann in der Mitte dunkelbraune Schuppung zu zeigen.

⁶⁾ Ich verwende ein von Reiniger, Gebbert & Schall (Erlangen) fabricirtes Roentgeninstrumentarium — Inductorium von 40 Cm. Funkenlänge — im Anschlusse an eine Gleichstromlichtleitung (110 Volt) mit Motor-Quecksilberstrahl-Unterbrecher (Turbine, A. E. G. Berlin).

Am 13. November begann am Rande Nachwuchs der Haare, anfangs December aber Nassen von serös-hämorrhagischer Beschaffenheit und einige Tage später zeigte sich, daß nun die Haut der ganzen angrenzenden Unterbauchgegend in großer Ausdehnung in eine profus eiternde, bis zur Musculatur dringende Geschwürsfläche verwandelt war, während die linke Hinterextremität zum großen Theile kahl wurde. Das Thier vermied sorgfältig Bewegungen, insbesondere mit dem rechten Hinterbein, offenbar um heftige Schmerzen zu vermeiden. Mitte December ging das Kaninchen zugrunde.

Wenn wir nun auf die Beobachtungen an den Kaninchen zurückblicken, finden wir, daß das Roentgenlicht auf die Haut derselben in ganz ähnlicher Weise wirkt, wie es beim Menschen der Fall ist. Wir sehen, daß es auch beim Säugethier ein beträchtliches Latenzstadium (es verstrichen wie beim Menschen etwa 2 Wochen bis zum Auftreten der Alopecie) und dieselben Grade der Roentgendermatitis gibt, speciell vorübergehende (mit baldigem normalen Nachwuchs einhergehende) Alopecie, ferner Haarausfall, auf welchen Nachwuchs lichter und zeitweise lockerer Haare folgt; weiters andauernde, von vorneherein fast uncomplicirte Alopecie, ferner oberflächlich erkennbare Dermatitis mit Exsudation und darauffolgender Schuppung mit Ausgang in schwere Atrophie, und schließlich Nekrose mit acuter Ulceration und Ausgang in Vernarbung. Die schwere Atrophie geht mit hochgradiger Vulnerabilität einher, so daß sich daraus eine subacute Geschwürsbildung entwickeln kann.

Auch die beiden Formen der Hyperpigmentation können am Kaninchen wie an der menschlichen Haut nach Roentgenbelichtung auftreten; endlich kann auch bemerkt werden, daß verschiedene Regionen auf verschiedene Weise reagieren, so kommen z. B. oberflächlich sichtbare Entzündungserscheinungen an der straff angehefteten Haut des Ohres nicht so leicht zustande wie an der locker angehefteten Haut des Rückens (auffallend ist, daß bei unserem Versuch I. Kahlheit nicht auch auf der Innenseite des Kaninchenohres, welches doch eine sehr geringe Dicke hat, auftrat. Offenbar waren die Roentgenstrahlen hier zu wenig intensiv gewesen; bei intensiverem Roentgenlichte (resp. Annäherung der Röhre an den Löffel) wäre gewiß eine Wirkung auf die ganze Dicke des Organs aufgetreten. Als eigenthümlich für das Thier könnte nur hervorgehoben werden, daß sich die Haare an manchen Stellen, an welchen geringes Nassen besteht, im Zusammenhang mit größeren Oberhautplaques abheben, welche an Moosrasen erinnern, wie sie von der Walderde abgezogen werden können.

An den Thierversuchen ist auch zu erkennen, daß zur Erzeugung von Roentgendermatitis eine stärkere Bestrahlung erforderlich ist als beim Menschen, und daß bei sonst gleichen Umständen der Grad der Dermatitis wie beim Menschen von der Stärke der „Roentgenbeleuchtung“ an der betreffenden Stelle abhängt, denn die Entzündung tritt ebenfalls auf der unter dem Focus der Röhre gelegenen kreisförmigen Hautpartie auf, und zwar in der Mitte derselben heftiger und früher als am Rande, wo die auftreffenden Roentgenstrahlen schon einen größeren Weg zurückgelegt haben und unter kleinerem Winkel einfallen, daher entsprechend abgeschwächt, respective spärlicher sind.⁷⁾

⁷⁾ In diesem Falle war also die Exposition nur darum nicht allenthalben die gleiche, weil die Entfernung und Stellung der einzelnen Abschnitte der Hautoberfläche zum Focus der Röhre eine verschiedene war. Die Gesamtexposition eines Herdes hängt außer von der an der Hautoberfläche bestehenden Intensität (und Qualität) des Roentgenlichtes — wobei von den Strahlen nur der Antheil für die Wirkung maßgebend sein kann, welcher in die Cutis eingedrungen, dort absorbiert wurde — während der penetrirende Antheil wirkungslos sein muß — selbstverständlich noch von der Gesamtdauer der Exposition ab! Diese Gesamtexpositionszeit im engeren Sinne (Gesamtbelichtung) setzt sich aus der Summe der einzelnen Roentgenlichtschläge zusammen und muß unterschieden werden von der Gesamtexpositionszeit im weiteren Sinne, i. e. Gesamtsitzungsdauer, da die Zahl der in der Secunde stattfindenden Lichtschläge willkürlich durch raschere oder langsamere Unterbrechung des Primärstromes variiert werden kann. Nicht nur durch längere Ausdehnung und ofte Wiederholung einer Sitzung, sondern

Es läßt sich nun daraus die praktisch höchst wichtige Frage beantworten, in welchem Verhältnisse z. B. die von der Haut absorbirten Roentgenlichtmengen zu einander stehen, welche einerseits eben einfache vorübergehende Alopecie, und welche andererseits nässende, dann schuppige und zu Atrophie führende Dermatitis zu erzeugen vermögen.

Wir haben nur die Weglänge und den Einfallswinkel der Roentgenstrahlen, welche auf die wenn auch nicht vollkommen scharfe äußere Grenze der scheibenförmigen Partie mit nässender Dermatitis (resp. Hautatrophie) und auf die äußere Grenze des Gebietes mit Haarausfall auffallen, zu messen und finden dann durch Rechnung das Verhältniß der Roentgenlichtmengen auf beiden Linien (vergl. Fig. 1).

Bei ebener Hautfläche hat man es mit zwei rechtwinkligen Dreiecken zu thun, bei welchen die Höhe gemeinsam ist (nämlich die vom Focus gefällte Senkrechte), die Basis ist in dem einen Falle der Radius des Gebietes mit nässender Dermatitis, in dem anderen Falle der Radius des Gebietes mit vorübergehender Alopecie; die Hypothenusen der beiden Dreiecke bedeuten dann die Weglänge der Roentgenstrahlen in beiden Fällen. Dazu ist der Cosinus des Einfallswinkels an beiden äußeren Grenzlinien zu berücksichtigen.

So findet man, daß die Stärke der Beleuchtung am äußersten Punkte mindestens 10mal schwächer ist als an der Peripherie der nässenden Entzündung. Dieses beiläufige Resultat müßte erst durch wiederholte ähnliche Versuche, u. zw. wieder an möglichst flachen Regionen, controlirt werden — stärker gewölbte Partien sind ungeeignet, da auf denselben die Affection ohnehin bis zu den Grenzen der Roentgenbelichtung auftritt, nämlich bis zu den Punkten, wo die vom Focus gezogenen Tangenten die Wölbung berühren; unser durch Rechnung gewonnenes approximatives Resultat kann ferner auch darum keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen, weil die Beschaffenheit, „Disposition“, des Organismus dabei eine Rolle spielen muß. Jedoch entspricht es der beiläufigen Berechnung am Menschen, an dem ebenfalls etwa die zehnfache Menge der „normalen Exposition“ (welche eben Alopecie erzeugt) zu nässender Entzündung und Atrophie der Haut führen würde. In analoger Weise ließe sich beiläufig berechnen, welche Ueberexposition die schweren Veränderungen der Haut, die Ulcerationen von kurzem und dann von langem Bestande erzeugen dürfte.

Wir haben oben nur die Hautveränderungen unserer Kaninchen besprochen, nicht aber Erscheinungen von Seite tiefer gelegener Organe berücksichtigt, weil wir solche nicht beobachten konnten. Was den Tod des grauen Kaninchens in Versuch III betrifft, erklärt er sich ungezwungen aus der Entwicklung der umfangreichen, tiefgreifenden Ulceration, welche zu Wundinfection geführt haben dürfte. Doch möchten wir hier — ohne daran Kritik zu üben — erwähnen, daß andere Forscher bei dem Studium der Roentgenlichtwirkung an kleinen Säugethieren auch unabhängig von der Hauterkrankung aufgetretene pathologische Erscheinungen mittheilten; so berichtete JUTASSY, daß ein Kaninchen durch 10stündige Belichtung, nach Vorausgehen von Paresen an den dem Lichte direct ausgesetzt gewesenen Extremitäten, zugrunde ging; er beobachtete auch an bestrahlten Meerschweinchen Paresen. RODET und BERTIN, Paris, erzeugten ferner außer den bekannten Hautveränderungen bei Thieren Lähmungen und Krämpfe mit tödtlichem Ausgang nach 8—14 Tagen, worauf die anatomische Untersuchung Myelomeningitis ergab, die nicht auf Sepsis zurückgeführt wurde, weil die bacteriologische Untersuchung des Blutes, der Peritonealflüssigkeit und des

auch durch rascher aufeinanderfolgende Inductionsströme kann also die Exposition vermehrt werden. Die Gesamtexpositionszeit im engeren Sinne könnte im einzelnen Falle genau berechnet werden, wenn die Dauer eines Roentgenlichtschlages constant und bekannt wäre, was nicht der Fall ist. (Man hat berechnet, daß ein Roentgenlichtschlag etwa ein Tausendstel bis ein Millionstel-secunde andauern dürfte [?].) In der Praxis werden wir also zur Bestimmung der Gesamtbelichtungszeit einfach die gesammte Zahl der Roentgenlichtschläge berücksichtigen.

Rückenmarks ein negatives Resultat gab. — Dagegen konnte ich selbst bisher bei Meerschweinchen nach 8stündiger, ziemlich intensiver Bestrahlung keine ähnlichen Symptome hervorrufen. — Endlich mögen hier noch die Untersuchungen LÉCERCLE's über den Einfluß der Durchleuchtung auf die Bluttemperatur, Wärme- und Wasserabgabe der Haut bei Thieren erwähnt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

ERNST KUNIK (Leipzig): Ueber die Functionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung.

In den letzten Jahren ist die von NICOLADONI angegebene Methode der Sehnenüberpflanzung zur Behandlung von paralytischen Deformitäten zu ausgedehnterer Anwendung gelangt. Es gibt verschiedene Modificationen dieses Verfahrens, deren einfachstes in der Durchschneidung der Sehne eines gesunden Muskels und der Implantation des centralen Theiles in die Sehne des gelähmten Muskels besteht. Der Nachtheil dieser Methode besteht in der Aufopferung der Function eines gesunden Muskels. Ein anderes Verfahren besteht in der Durchtrennung der Sehne eines gelähmten Muskels und der Anheftung des peripheren Sehnenstumpfes an einen functionsfähigen Muskel. Weiter kommt die Spaltung der Sehne eines gesunden Muskels und Anheftung einer Hälfte an die Sehne des gelähmten Muskels in Correctionsstellung. Dieses gegenwärtig besonders gebräuchliche Verfahren wird als absteigende oder active Transplantation bezeichnet. Als vierte Modification ist die periostale Sehnenüberpflanzung zu erwähnen („Münch. med. Woch.“, 12. Februar 1901). Bei schweren Deformitäten ist es angezeigt, wenn auch nicht unbedingt erforderlich, das Redressement schon einige Wochen vor der Sehnenüberpflanzung vorzunehmen. Contracturen der Antagonisten werden nicht durch Tenotomie, sondern durch Verlängerung der betreffenden Sehnen behandelt, was in der Weise geschieht, daß die Sehne treppenförmig durchschnitten und das periphere Stück an das centrale angenäht wird. Will man die Achillessehne verlängern, so legt man zwei parallele Längsschnitte an, von denen der eine um 1 Cm. höher steht, und macht vom oberen Ende des höher stehenden und vom unteren Ende des anderen in entgegengesetzter Richtung je einen Querschnitt. Von großer Bedeutung für die Erzielung von Dauererfolgen ist die mit der Transplantation combinirbare Sehnenverkürzung, die bei passiver Dehnung noch functionsfähiger Muskeln angezeigt erscheint. Die Verkürzung wird entweder durch Excision eines Sehnenstückes mit folgender Sehennaht oder Durchtrennung mit Verschiebung der durchtrennten Theile gegeneinander und seitlicher Naht ausgeführt. Von besonderem Werthe ist die Sehnen transplantation eventuell in Combination mit Sehnenverkürzung oder Sehnenverlängerung bei den im Gefolge der spinalen Kinderlähmung auftretenden Functionstörungen und Difformitäten, ferner bei den spastischen Lähmungen im Gefolge der cerebralen Kinderlähmung. Als weitere Indicationen kommen traumatische Muskel- und Sehnen defecte, ferner postapoplectische Deformitäten in Betracht. An der oberen Extremität bietet Radialislähmung die häufigste Indication zur Sehnenüberpflanzung. Die functionellen Erfolge der Sehnenüberpflanzung sind nach den an der Leipziger Klinik gewonnenen Erfahrungen sehr günstige, indem dadurch Stützapparate überflüssig werden und der Ernährungszustand der betreffenden Gliedmaßen sich wesentlich bessert. Die Operation ist nur dann indicirt, wenn jede Aussicht auf spontane Besserung geschwunden ist; so lange eine solche besteht, begnüge man sich mit Massage, Elektrizität und Bädern. Nach der Operation wird die Extremität in übercorrigirter Stellung auf eine Gypsschiene fixirt, welche in ihrer Stellung durch Kautschuk-Heftpflasterstreifen erhalten wird. Vier Wochen nach der Operation wird nach Beseitigung der Hautnähte ein circulärer Gypsverband angelegt. Nach 6—8 Wochen nach der Operation wird mit Massage, activen und passiven Bewegungen begonnen.

M. K.

O. JACOBSON (Berlin): Zur Behandlung von Bronchialerkrankungen durch Lagerung.

Die erste Indication bei Behandlung der bronchitischen Prozesse ist die Entfernung des von den Bronchien abgesonderten pathologischen Secretes. Dies stößt jedoch besonders bei den chronischen Processen auf Schwierigkeiten. Den physiologischen Reiz, der bei der Berührung des Secrets mit normaler Schleimhaut entsteht, ersetzen dann chemische Reizmittel, die auf die Schleimhaut ausgeschieden werden, die sogenannten Expectorantien. Durch diesen Reiz, der auf den gesamten Bronchialbaum nicht nur local ausgeübt wird, tragen dieselben jedoch gleichzeitig wieder zur Erzeugung neuen Secretes bei, — ganz abgesehen davon, daß die Wirksamkeit eines großen Theils gerade der üblichen Expectorantien noch vielfachem Zweifel unterliegt. QUINCKE hat eine Entfernung des Bronchialsecretes auf mechanischem, nicht operativem Wege gelehrt, indem er die Entleerung der Eitermassen aus den Bronchien ihrer eigenen Schwere überläßt, d. h. diese an Stelle der zugrunde gegangenen, respective atonischen Musculatur der Bronchien setzte. Zu diesem Zwecke verlegt er den tiefsten Punkt des Bronchialbaums nach seinem Stamm, der Trachea, und erreicht dies durch Flachlagerung des Patienten und gleichzeitige Erhöhung des Fußendes des Bettes.

Eine geringe Verschiebung des Secretes genügt, um dasselbe in Berührung mit nicht erkrankter, noch reizempfindlicher Schleimhaut zu bringen und so den Hustenstoß auszulösen.

Durch dieses Verfahren können wir die Expectoration erleichtern und regeln. Der Bronchiektatiker entleert normaler Weise nur immer eine der zahlreichen Bronchiektasien. Sobald das Secret in einer solchen Höhle soweit gestiegen ist, daß es aus dem Bereich der atonischen Schleimhaut in die Zone der noch reizempfindlichen gelangt, kommt es zur Expectoration. Nur am Morgen pflegen zu gleicher Zeit größere Mengen ausgeworfen zu werden. Durch die Tief Lagerung wird in sämtlichen erweiterten Bronchien zugleich das Secret mit relativ gesunder Schleimhaut in Berührung gebracht, in die peripheren Theile sämtlicher Bronchiektasien, in die Alveolen vermag Luft einzudringen. So kommt es zur schnellen Entleerung des gesammten Sputums, die sich sonst auf den ganzen Tag vertheilt und den Patienten andauernd belästigt. Mit dieser Reinigung der Lunge ist die einzige Möglichkeit gegeben, die Schleimhaut wieder reizempfindlich zu machen und der Progressivität des Processes vorzubeugen. Andererseits ist auf diese Weise der naheliegenden Gefahr der Aspiration des eiterigen Secretes in gesunde Lungenpartien, broncho-pneumonischen Processen und der putriden Zersetzung zu begegnen. Besteht aber schon eine fötide Bronchitis, so hat man es in geeigneten Fällen in der Hand, den Kranken innerhalb verhältnißmäßig kurzer Zeit von seinem Tagesauswurf zu befreien und ihn so seinem Berufe und dem menschlichen Verkehre zurückzugeben. Damit ist die Hauptindication für das QUINCKE'sche Verfahren gegeben. Es kann seine Wirkung nur bei chronischen bronchitischen Processen entfalten, bei denen die Bronchialschleimhaut mehr oder weniger ihre Reflexerregbarkeit, die glatte Musculatur der kleineren Bronchien ihren Tonus verloren hat. In diesen Fällen übernimmt das Verfahren die Beförderung des angesammelten Secretes an einer Stelle, von der aus noch Hustenreflex ausgelöst werden kann. Bei acuten Processen, wo die Schleimhaut sogar übererregbar ist, und kleine, frisch abgesonderte Secretmengen genügen, um Hustenreiz hervorzurufen, ist die Lagerung contraindicirt, da der andauernde Reizhusten bei Tief Lagerung des Kopfes quälender ist und das Ausspeien des Secretes in dieser Stellung immerhin Schwierigkeiten macht.

J. hat die Patienten im Allgemeinen Morgens und Abends je eine Stunde, zur Zeit der geringeren Secretion nur Morgens eine Stunde tief lagern lassen. Der Erfolg zeigt sich dann spätestens nach einer Viertelstunde. Entleert sich bis dahin kein Auswurf, so hat J. später keinen Erfolg mehr eintreten sehen. Er begann regelmäßig mit einfacher Flachlagerung und fügte dann erst, allmählig steigend, die Erhöhung des Fußendes des Bettes hinzu.

B.

FRANKE (Halle a. S.): Ueber die Behandlung complicirter Fracturen.

Auf Grund der Beobachtungen der letzten 3 Jahre theilt F. die an der Klinik BRAMANN übliche Methode der Behandlung complicirter Fracturen mit („Lang. Arch.“, Bd. 62, H. 4).

Während früher als Regel galt, bei jeder complicirten Fractur die Wunde zu erweitern und ausgiebig zu desinficiren, wurde in den letzten Jahren in vielen Fällen davon Abstand genommen. Die Art des Vorgehens richtete sich darnach, ob es sich um eine bloße Durchstechungsfractur, oder eine Fractur mit ausgedehnten Verletzungen des Knochens und der Weichtheile, oder endlich um eine nicht mehr frische, septisch inficirte Fractur gehandelt hat. Bei den Durchstechungsfracturen unterließ man, wenn man sicher sein konnte, daß in die Wunde keine Fremdkörper hineingelangt sind, jede Erweiterung der Wunde, die Umgebung der Wunde wurde rasirt, mit Seife und Bürste gehörig gereinigt und dann mit Sublimat desinficirt, die Wunde selbst mit einem Sublimattupfer kurz abgetupft und dann mit einem aseptischen aufsaugenden Verband bedeckt. Natürlich wurde auf genaue Adaptation der Fragmente und vollständige Ruhigstellung derselben das größte Gewicht gelegt. Die Erfolge waren bei dieser Behandlung sehr günstig.

Schwieriger gestaltete sich die Aufgabe, wenn es sich um große, gequetschte Weichtheilswunden und Splitterung des Knochens handelte. In Chloroformnarkose wurden nach genauer Desinfection der Umgebung die gequetschten Hautränder umschnitten, die Fremdkörper und die ganz losgelösten Knochen- und Perioststücke entfernt, hingegen größere Knochenstücke, deren Entfernung auf die Länge der Extremität von Einfluß hätte sein können, versuchsweise in der Wunde belassen, wobei jedesmal für vollständige Deckung dieser herausgeschlagenen Stücke mit Weichtheilen gesorgt wurde, wenn auch zu diesem Zwecke Entspannungsschnitte manchmal nothwendig wurden. Die Wunde wurde dann mit Gaze gehörig tamponirt und drainirt. Wenn die Knochenfragmente eine Tendenz zur Verschiebung zeigten, wurde nach Anfrischung der Knochenenden die Knochennaht angelegt.

Wenn die Fracturen in inficirtem Zustande in die Behandlung kamen, so wurden ausgiebige Spaltungen bis in alle Taschen und Winkel der Wunde vorgenommen und die Wunde mit 2%iger Lösung von essigsaurer Thonerde verbunden; sank die Temperatur am nächsten Tag noch nicht herunter, dann wurden weitere ausgiebige Spaltungen ausgeführt.

Die Ruhigstellung der Extremität wurde entweder durch Gypsverbände, oder wenn die Schwellung der Extremität einen Gypsverband gefährlich erscheinen ließ, weiters bei complicirten Fracturen des Oberschenkels und Oberarmes durch Extensionsverbände besorgt. Die Gypsverbände wurden auch bei vollständig normalem Wundverlauf nach 14 Tagen erneuert, da um diese Zeit die Schwellung bereits ganz zurückgegangen war und die Verbände daher die Bruchstücke nicht ganz tadellos fixirten.

Das Princip der Umgestaltung der Wunde zu einer aseptischen wurde auch bei der Behandlung der complicirten Fracturen des Schädels durchgeführt. Die Umgebung der Wunde wurde rasirt und desinficirt, die Wunde selbst mit trockenen Tupfern gereinigt, die gequetschten Ränder wurden abgetragen, die Blutung sorgfältig gestillt. In fast allen Fällen hat sich die Nothwendigkeit ergeben, die Knochenwunde zu erweitern, sei es zur Entfernung aller auf die Dura drückender Knochensplitter, sei es zur Entfernung von Fremdkörpern und eingeklemmten Haaren. In den Fällen von nicht septisch inficirten Wunden wurde der Versuch gemacht, die Knochenwunde sofort knöchern zu verschließen, und zu diesem Zwecke wurden die entfernten Knochenstücke in Borsäure gehörig abgespült, dann von den scharfen Kanten befreit und in die Wunde eingelegt, nachdem sie zuvor so zugeschnitten wurden, daß sie knapp aneinander zu liegen kamen; darüber wurde die Haut genäht. In Fällen, wo der primäre Verschuß wegen Infection der Wunde nicht angezeigt war, wurden die Splitter in Borsäurelösung aufbewahrt und nach 10—14 Tagen, nachdem inzwischen die Wunde granulirte, im Wasser gehörig ausgekocht und eingelegt. Einigemal wurde auch die Deckung des Defectes durch Knochen-

platten, die aus der vorderen Fläche der Tibia herausgemeißelt wurden, mit gutem Erfolge vorgenommen; ein anderesmal, als die Knochensplitter so zertrümmert waren, daß man nicht daran denken konnte, dieselben in die Wunde wieder einzulegen, wurden von der Tabula externa des Schädels in nächster Nähe der Knochenwunde dünne Lamellen abgemeißelt und in die durch das Trauma gesetzte Knochenlücke eng aneinander gefügt eingelegt. Die Haut und das Periost wurden über dem Knochen zusammengenäht.

Die Erfolge dieser Behandlung waren so zufriedenstellend, daß Verf. dieselbe auch anderwärts angewendet sehen möchte.

ERDHEIM.

J. SOBOTTA (Würzburg): Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppel(miß)bildungen mit besonderer Berücksichtigung der menschlichen Zwillingengeburt.

Die Geburtshelfer unterscheiden schon seit altersher zwei Arten von Zwillingen, die fälschlich so benannten Zwillinge, d. h. Mehrfachgeburten in Zweizahl und die echten, sogenannten eineiigen Zwillinge. Die letzteren sind dadurch charakterisirt, daß sie stets gleichen Geschlechtes und einander außerordentlich ähnlich sind, ferner gemeinsame oder wenigstens größtentheils gemeinsame Eihäute besitzen. Ueber die Entstehung dieser echten Zwillinge sucht man sowohl in den Lehrbüchern der Geburtshilfe, als in denen der Entwicklungsgeschichte vergeblich nach befriedigenden Angaben. S. verwirft (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin, I. Bd., 4. Heft) die älteren Anschauungen der Spaltung und der Verwachsung, auch die neueren Theorien der Polyspermie und der zweikernigen Eizellen. Auch die Möglichkeit der Entstehung der eineiigen Zwillinge aus isolirten ersten Blastomeren, welche aus der neuen Entwicklungsmechanik oder Entwicklungsphysiologie hervorgegangen sind, wird, von anderen Bedenken abgesehen, schon durch den Umstand hinfällig, daß die eineiigen Zwillinge fast immer gemeinsame Eihäute haben.

S. nimmt nun als Entstehungsursache der echten Bigemini, sowie der ihnen gleichwerthigen Doppelbildungen die Ausbildung einer doppelten Embryonalanlage (eventuell Gastrulation) auf einer Keimblase an, wofür auch ein thatsächliches Substrat aus Beobachtungen an Säugethieren vorliegt. Die letzten Ursachen für die doppelt entstehende Embryonalbildung entziehen sich freilich unserer Kenntniß. Der Autor verkennt nicht den hypothetischen Charakter seines Erklärungsversuches, der insbesondere die Bildung der Eihäute (doppeltes Amnion, einfaches Chorion) dunkel läßt. Gründliche Untersuchung junger, eineiiger Zwillinge in Bezug auf Geschlecht, Gestalt, eventuelle Mißbildungen, in Bezug auf das Verhalten der Eihäute, namentlich des Dottersackes, fortgesetzte Beobachtungen an frühen Entwicklungsstadien von Säugethieren und genaue statistische Erhebungen könnten uns weitere Anhaltspunkte in diesem schwierigen Gebiete geben.

FISCHER.

Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (v. Eiselsberg).

VICTOR E. MERTENS: Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefecten.

Zur knöchernen Deckung von Schädeldefecten eignet sich nach Versuchen, welche M. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 57, H. 5/6) anstellte, absolut nicht entkalkter Knochen, besser geglähter Knochen, der aber langen Spitalsaufenthalt und Tragen einer lästigen Schutzkappe verlangt, sehr gut aber gekochter Knochen. Demnach können Splitter, die groß genug sind, secundär, nachdem sie gekocht sind, zur Deckung benutzt werden. Ersatzmaterial kann jeder menschlichen Leiche entnommen werden. Die gekochten Knochenplatten müssen möglichst fest eingefügt werden, so daß sie den Defectrand möglichst eng berühren; um Blutansammlung hinter dem Fragment zu vermeiden, macht man ein bis zwei bohnen große Ausschnitte.

R. L.

M. KATZENSTEIN: Ueber Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung.

Ein in seiner Praxis beobachteter Fall von Fremdkörpern im Kniegelenk läßt K. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 57, II. 3/4) folgende Sätze aufstellen:

1. Ein im Anschluß an ein Trauma entstandener und trotz entsprechender Behandlung lange bestehender Hydrops eines Gelenks muß auf eine besondere im Gelenk bestehende Anomalie hinweisen.

2. Die Entfernung von Fremdkörpern aus Gelenken ist, wenn sie Erscheinungen machen, dringend geboten und muß eventuell durch breite Eröffnung des Gelenkes mit Durchschneidung der Bänder und systematischer Absuchung des Gelenkes ausgeführt werden.

3. Die Voraussetzung dazu ist eine sichere Beherrschung der Asepsis (Operiren mit Instrumenten und nicht mit den Händen) und der Technik (exacte Naht).

4. Bei der traumatischen Ablösung des Semilunarknorpels von der Unterfläche ist seine Annäherung an die Gelenkkapsel als die Normaloperation zu bezeichnen.

R. L.

LIEBERMANN (Wien): Verwachsung der Zunge mit der Wangenschleimhaut.

Eine 62 Jahre alte Frau kommt ins Krankenhaus und gibt an, weder feste noch flüssige Speisen schlucken zu können. — Pat. kann den Mund nicht ganz schließen, die Zungenspitze ist zwischen den Lippen sichtbar und kann weder vor- noch rückwärts bewegt werden. Sobald Pat. den Mund öffnet, was nur in geringem Grade möglich ist, sieht man, daß die Zunge beiderseits mit der Wangenschleimhaut stark verwachsen ist. Die Verwachsung beginnt gleich am Mundwinkel und erstreckt sich bis zu den vorderen Gaumenbögen. Die Zunge ist verdickt und fühlt sich gleichmäßig hart an, sie bedeckt die Zahnreihe des Unterkiefers und liegt so fest der Unterlippe an, daß es unmöglich ist, einen Finger behufs Untersuchung der unteren Zähne unter dieselbe zu schieben. Die Zunge ist absolut unbeweglich.

Der Kranken müssen behufs Ernährung Flüssigkeiten mittels eines kleinen Löffels eingegossen werden. Es besteht starker Speichelfluß. Auf Zunge, Mundschleimhaut und Gaumenbögen sind nirgends Geschwüre oder umschriebene Knötchen zu finden. Die Sprache ist unverständlich.

Das Leiden entwickelte sich seit einem halben Jahre. Im Beginne bestanden Schmerzen in der Mundhöhle, welche später schwanden. Pat. erscheint beim Arzte wegen der Schluckbeschwerden. Im Organismus ist sonst nichts nachweisbar („Gazeta lekarska“ — „Wien. zahnärztl. Monatsschr.“, 1901, Nr. 2).

Nähere Ursachen des Zustandes sind nicht festzustellen. Es wäre anzunehmen, daß vollständige Unbeweglichkeit der Zunge, Geschwürsprocesses derselben und der Mundschleimhaut zu den Verwachsungen führten. Eine eitrige Glossitis dürfte im Beginne neben Geschwüren bestanden haben. Lues, Tuberculose, Scorbut oder chemische Aetzungen waren in diesem Falle nicht nachzuweisen.

Die Operation wurde unter Cocaïn ausgeführt; die Verbindungen zwischen Zunge und Mundschleimhaut wurden mittels Scalpell durchtrennt, die Wundränder der Zunge beiderseits durch je vier Nähte vereinigt. Die ganz lockeren unteren Schneide- und Backenzähne wurden extrahirt. Die Pat. konnte die Zunge nach der Operation gut bewegen und den Mund ausspülen; nach zwei Wochen verließ sie geheilt das Krankenhaus.

G.

GLATZEL (Berlin): Ein bemerkenswerther Fall von Influenzalaryngitis.

Die der Influenza eigenthümlichen Veränderungen des Kehlkopfes hat zuerst B. FRÄNKEL beschrieben. Die eigenthümliche Veränderung betrifft die Stimmlippen. In der Hälfte aller Fälle

konnte F. auf sehr erheblich gerötheten und geschwellenen Stimmlippen in der Mitte derselben oder etwas von der Mitte schmutzigweiße Stellen bemerken, die meist 14 Tage bis drei Wochen lang sichtbar blieben. Eine wesentliche Niveaudifferenz zwischen den beiden so verschieden gefärbten Partien war nicht vorhanden. Im weiteren Verlauf bildete sich um die weißen Stellen ein mehr oder minder deutlich markirter Hof und in einzelnen Fällen waren später über denselben epitheliale Substanzverluste zu sehen; die Schleimhaut hörte auf, deutlich zu spiegeln, und es konnten dann manchmal auch kleine Niveaudifferenzen wahrgenommen werden. Zu pathologisch-anatomischen Untersuchungen derartig veränderter Stimmlippen bot sich keine Gelegenheit; F. sprach seinerzeit, auf den ganzen Verlauf der Affection und theoretische Erwägungen gestützt, die Vermuthung aus, daß es sich um eine fibrinöse Infiltration in die Stimmlippen handle. Der Verlauf zeigt jedenfalls, daß man es mit einer besonderen Form der Laryngitis zu thun haben mußte. 5—8 Wochen vergingen, ehe die Stimmlippen wieder ihr normales Aussehen zeigten; zunächst wurden die weißen Stellen kleiner und kleiner, bis schließlich nur rothe Stimmlippen sichtbar blieben; dann trat meist zunächst an den früher rothen Partien die normale weiße Farbe wieder ein und schließlich waren an den Stimmlippen bloß dort noch Röthungen zu sehen, wo früher die weiße Infiltration beobachtet wurde. G. beschreibt einen im wesentlichen analogen Fall („Berliner klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 11).

L.

SCHWARZ (Agram): Zur Frage der medullaren Narkose.

Verf. war bemüht, die Nebenerscheinungen, die sich im Anschluß an die subarachnoideale Injection von Cocaïn einzustellen pflegen, als Ueblichkeiten, Erbrechen, Temperatursteigerungen und die unausbleiblichen heftigen Kopfschmerzen zu vermeiden, ohne der Methode die Wirksamkeit zu nehmen. Versuche, die er mit Eucain B. anstellte, fielen nicht zu seiner Zufriedenheit aus, hingegen fand er („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 9) im Tropicocain ein Ersatzmittel des Cocaïns, das bei subarachnoidealer Injection keine Nebenerscheinungen verursacht und in Dosen von 0.03—0.05 eine vollständige, stundenlang anhaltende Anästhesie erzeugt. Die Schmerzlosigkeit tritt 10 Minuten nach der Injection ein.

ERDHEIM.

FICKER (Leipzig): Ueber den von NAKANISHI aus Vaccinopusteln gezüchteten neuen Bacillus.

NAKANISHI hat bekanntlich in jüngster Zeit aus Vaccinoproben verschiedener Kälber und Rinder einen neuen Bacillus gezüchtet, den er Bacillus variabilis lymphae vaccinalis nannte und von dem er annimmt, daß er der Erreger der Vaccine, beziehungsweise der Variola sei. Wie vorauszusehen stand, war aber diesem Bacillus nur eine kurze Lebensdauer beschieden. Nachdem ihn inzwischen NAKANISHI selbst auf der normalen Haut von Kindern gefunden hatte, konnte ihn Verf., wie er in der vorliegenden kurzen Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 17) berichtet, auch auf der normalen Kälberhaut nachweisen, so daß somit ein Zusammenhang zwischen diesem Bacillus und der Impfwirkung vollkommen auszuschließen ist.

Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Von Dr. Otto Zuckerkandl, Privatdocent an der Universität Wien. Mit 40 farbigen Tafeln und 278 Abbildungen im Texte. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. München 1901, J. F. Lehmann.

Das Buch, dessen Vorzüge wir von der ersten Auflage kennen, ist durch Vermehrung der farbigen Tafeln und Abbildungen ver-

bessert worden. Im Texte wurden an zahlreichen Stellen Ergänzungen angebracht und einige neuere, werthvolle Operationen fanden Aufnahme. Die Ausstattung des Buches ist eine gute. Das Buch kann allen, die sich über die chirurgische Technik rasch orientieren wollen, wärmstens empfohlen werden.

ERDHEIM.

Pathologie und Therapie der Herzneurosen. Von Dr. August Hoffmann. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

Das neueste Buch H.'s beschäftigt sich mit den functionellen Kreislaufstörungen, die in den gebräuchlichen Lehrbüchern über Herzkrankheiten nur in ungenügendem Maße Berücksichtigung gefunden haben. Man könnte es ein „modernes“ Buch nennen, denn es trägt den neuesten Publicationen und Arbeiten auf dem Gebiete der Herzpathologie Rechnung. So sind die Analysen des unregelmäßigen Pulses von WENCKEBACH darin bereits eingehend dargelegt, und soweit es die Praxis erfordert, denn „für den Praktiker ist das Werk geschrieben“, auch in complicirteren Krankheitsbildern nachgewiesen worden. Mag auch Vieles in dem H.'schen Buche in Zukunft nicht unwidersprochen bleiben, sein eigentlicher Werth bleibt dadurch sicherlich unberührt. Und dieser ist darin

zu suchen, daß der Verf. die nervösen Herzaffectionen in übersichtlicher Form dargestellt, ausführlich besprochen und ihre Literatur in wahrhaft eingehendem Maße in sein Buch aufgenommen hat.

Br.

Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Von Dr. Hermann Rohleder. Berlin 1901, Fischer's med. Buchhandlung.

Im vorliegenden Werke ist eine Reihe von Einzeldarstellungen enthalten, deren Bedeutung für den ärztlichen Praktiker auf der Hand liegt. Die Darstellung ist kurz, präcis und wissenschaftlich, was besonders hervorgehoben zu werden verdient, denn der hier behandelte Stoff verleitet nur allzuleicht zur Popularisirung und zur Erwerbung billigen Ruhmes. Viele Vorgänger R.'s sind nicht so enthalten und allerdings auch minder wissenschaftlich gewesen, als er. Das Werk zerfällt in drei Bände, deren erster den normalen und anomalen Geschlechtstrieb umfaßt, der zweite die normale und anomale Cohabitation, der dritte die natürliche und künstliche Conception.

St.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

V.

Die von der Budapester Aerzteliga eingeleitete und zielbewußt geführte Bewegung ist endlich in das richtige Fahrwasser gerathen. Das zu neuem Leben erwachte Zusammengehörigkeitsgefühl der hauptstädtischen Aerzteschaft hat ihr zum Schutze ihrer Standesinteressen ausgerüstetes Fahrzeug über die gefährlichen Klippen und Sandbänke hinweggeholfen. Sämmtliche Aerzte, Mann für Mann, haben auf Anregung der Aerzteliga die bindende Erklärung abgegeben, keiner noch so verlockenden Berufung seitens des Krankenunterstützungsvereins der Beamten vor der endgiltigen Lösung der strittigen Fragen Folge zu leisten. Angesichts dieses solidarischen Vorgehens zur Wahrung der Standesinteressen haben sich auch die im Dienste des Vereins bereits stehenden Aerzte bemüssigt gesehen, ihren Vertrag mit dem in Rede stehenden Verein unter Vorbehalt der vertragsmäßigen Kündigungsfrist zu lösen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß auch die Provinzärzte sich ohne Widerrede dieser Bewegung anschließen und den verlockenden Rufen des Vereins keine Folge leisten werden. Somit wäre auch das Schicksal dieses Krankenunterstützungsunternehmens besiegelt. Hoffentlich wird sich die hauptstädtische Aerzteliga mit diesen Erfolgen nicht begnügen und wird, gestützt auf die Einigkeit des Aerztecors, eine Bewegung gegen alle Krankenunterstützungsvereine einleiten, welche den von der Liga aufgestellten Forderungen nicht entsprechen. Wie dringend geboten ein solches Vorgehen auch diesen gegenüber wäre, zeigt die allgemein anerkannte Thatsache, daß viele Vereine für Administrationszwecke viel größere Summen widmen, als für ihre eigentlichen Zwecke: die Behandlung und Unterstützung ihrer kranken Mitglieder. Wir wollen nur auf den soeben erschienenen Bericht der ungarischen Krankencassen hinweisen, aus dem ersichtlich ist, daß ihre Administration einen Betrag von zwei Millionen verschlungen hat, während kaum mehr als eine Million für die Behandlung und Unterstützung ihrer kranken Mitglieder verwendet worden ist. Die meisten Vereine entziehen der ärztlichen Privatpraxis das wohlhabende Element der Bevölkerung, ohne sie von ihrem Einkommen für diesen nicht unbedeutenden Eintrag in gebührender Weise zu entschädigen. Im Wege der angebahnten Organisation nach Bezirken wird es der Liga ein Leichtes sein, auch die übrigen Vereine zur Respectirung der Standesinteressen zu zwingen. Die nächste Aufgabe der Liga wäre dann auch, die Berücksichtigung der Standesinteressen auf allen Gebieten des öffent-

lichen Lebens anzustreben. Sie wurden bisher nicht immer und nicht überall ins Auge gefaßt.

Im Interesse der im Argen liegenden ungarischen Curorte haben Balneologen, Badeärzte und Curortbesitzer im Vereine mit dem balneologischen Verbands des elften balneologischen Congress einberufen, um die neuen Errungenschaften der Balneologie und jene Frage zu erörtern, deren Lösung im Interesse der ungarischen Curorte angestrebt werden müßte. Bevor die Arbeiten des Congresses aufgenommen wurden, fand die Generalversammlung des Balneologischen Vereins statt. Universitätsprofessor Dr. W. TAUFFER eröffnete die Sitzung mit einer Rede, in der er die Mitglieder aufmunterte, die Pflege und Förderung der balneologischen Wissenschaften und die Unterstützung der wirthschaftlichen Factoren der Balneologie ins Auge zu fassen. Generalsecretär Dr. S. LÖW erstattete hierauf den Jahresbericht, dem wir folgende bemerkenswerthe Daten entnehmen: Der Directionsrath hat der Regierung im abgelaufenen Jahre in Angelegenheit eines Bädergesetzes, der obligatorischen Einführung des Celsius-Thermometers, der künstlichen Mineralwässer etc. Unterbreitungen gemacht. In Angelegenheit der von den Mineralwasserunternehmungen beanspruchten Begünstigungen wurden aus Anlaß der bevorstehenden Erneuerung des Zollbündnisses eingehende Studien gemacht. Der Directionsrath steht auf dem principiellen Standpunkte, daß den natürlichen Mineralwässern, sowie den aus diesen verfertigten Salzen und Drogen Zollfreiheit gesichert werden sollte. Der Minister für innere Angelegenheiten hat die Bäder- und Quellenbesitzer zu einer Enquete einberufen und aus deren Mitte die Landescommission für Bäder- und Quellenwesen constituirt. Diese Landescommission beschäftigte sich in erster Reihe mit dem Entwurfe eines Bädergesetzes, der auch textirt und in Anwesenheit der Vertreter sämmtlicher interessirten Ministerien verhandelt wurde.

Der XI. Congress für ungarische Balneologie wurde mit einem Vortrage des Prof. A. ONODI über die Erkrankung der oberen Luftwege eröffnet, worauf Abgeordneter VALER SMIALOVSKY über „Fremdenverkehr und Bäderwesen in unserem Vaterlande und im Auslande“ eine eingehende Studie verlas. Am nächsten Tage wurden die Arbeiten fortgesetzt, von denen erwähnt zu werden verdienen: Dr. G. L. RUSSAY (Szobráncz) über die ungarischen Bäder in volkswirtschaftlicher Bedeutung; Privatdocent Dr. D. ZUTHY über Hydrotherapie in Tuberculosen-Sanatorien; Dr. E. ROTTENBILLER (Tr.-Teplitz) über die balneotherapeutische Behandlung der Rachitis; Dr. E. WAGNER über die Balneotherapie der Hautkrankheiten; Dr. M. FÁJ (Uj-Tátrafüred) über die Wintercur von Lungenkranken.

Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ein empfehlenswerthes Eisenpräparat nennt G. KLEMPERER („Therapie der Gegenwart“, April 1901) das **Triferrin**. Die neue Eisenverbindung enthält rund 9% N, 2.5% P und 22% Eisen; sie ist leicht und klar löslich in schwacher Natriumcarbonatlösung, unlöslich in verdünnter Salzsäure von der Concentration des menschlichen Magensaftes. In physiologischer Beziehung zeichnet sich die Eisenverbindung dadurch aus, daß sie, innerlich verabreicht, bei Thieren eine starke Vermehrung des Eisens in den Organen, resp. der Leber bewirkt. Es gelang, den normalen Eisengehalt der Leber durch das neue Eisenpräparat auf etwa das Dreifache zu steigern, während die Thiere sich im Uebrigen ganz normal verhielten, zum Theil an Gewicht zunahm. Neben dem 5. Theil seines Gewichtes an Eisen enthält Triferrin noch 2 1/2% an Phosphor, von dem wir ja nun sicherer als früher wissen, daß er die Eiweißassimilation unterstützt. Die neue Verbindung ist ein Eiweißabkömmling, das Salz einer Nucleinsäure; zu ihrem sehr geringen Theil mag sie also auch der Ernährung nützen; schädigen durch Vermehrung der Harnsäurebildung kann sie nicht, denn die Paranuclaine sind in dieser Beziehung nachgewiesenermaßen indifferent. K. hat 21 chlorotische Patienten mit dem neuen Mittel behandelt; täglich wurden dreimal 0.3 Grm. gegeben. Von allen ohne Ausnahme wurde es gern genommen und sehr gut vertragen. In keinem Falle wurde über Magenschmerzen oder Verdauungsbeschwerden danach geklagt, obwohl unter den Patientinnen mehrere einen empfindlichen Magen, zwei ein zweifelloses Magengeschwür hatten. Die Chlorose besserte sich in allen Fällen zusehends unter dem Gebrauch des Triferrin; natürlich wurden, wie ja bei anderen Eisenmitteln auch, die für den Einzelfall nothwendig erscheinenden hygienischen und diätetischen Maßnahmen nicht vernachlässigt. Die Besserungen waren an der Abnahme der subjectiven Beschwerden wie an der Zunahme des Blutfarbstoffes zu erkennen; der Hämoglobingehalt stieg in einem Falle von 35 auf 85%, in einem anderen von 30 auf 90%, in einem dritten von 25 auf 85% u. dgl. m.

— Einen Beitrag zum Studium der **Cascarine und der Kakodyl-Präparate** liefert LÉPRINCE. Die Dosirung der Cascarine wurde von verschiedenen Praktikern sorgfältig erforscht und ist heute genau festgestellt. Bei Kindern über 2 Jahren ist die Dosis je nach dem Alter 0.01—0.05 Grm. Es hat sich erwiesen, daß in der Kinderbehandlung mit Cascarine die besten Erfolge erzielt werden. Bei Erwachsenen ist die Dosis für Behandlung hartnäckiger Constipation 0.1—0.3 Grm. und soll während wenigstens 10 Tagen fortgesetzt werden. Bei der infolge von Verdauungsstörungen herrührenden Constipation nimmt man vor jeder Hauptmahlzeit je eine Pille (jede Pille enthält 0.1 Grm. Cascarine), eine dritte vor dem Schlafengehen, Dosen, welche man nach Belieben erhöhen oder verringern kann. Cascarine wird nämlich gewöhnlich in Form von Pillen, die sich im Magen leicht auflösen, eingenommen. — Die für die Phthiseotherapie so wichtigen Kakodylpräparate werden am besten hypodermatisch verabreicht. DALCHÉ verschrieb in den meisten Fällen Pillen à 0.025 Grm. Per os verordnet DANLOS das Natrium cacodylicum in Einzeldosen von 0.1. Die Tagesdosis soll bei Männern 0.4, bei Frauen 0.3 Grm. während der ersten 14 Tage nicht überschreiten. Für die Rectalinjectionen verwendet RENAULT zwei Lösungen.

I. Schwache Lösung:

Rp. Aq. dest. 200.0
Natr. cacodyl. 0.25

II. Starke Lösung:

Rp. Aq. dest. 200.0
Natr. cacodyl. 0.4
S. Den Inhalt einer 5 Ccm. haltigen Spritze
2mal täglich zu injiciren, während 6 Tagen;
3mal täglich während zehn weiteren Tagen;
dann läßt man eine Pause von 3—5 Tagen
eintreten, um wieder von vorne zu beginnen.

Zu subcutanen Injectionen verwende man 0.02—0.05 Grm. Kakodylsäure in einem Cubikcentimeter. Doch überschreite man nicht die Dosis von 0.1 pro die für hypodermatische Application. Abwechselnd 8 Tage lang injiciren und wieder 8 Tage lang Pause.

— Indicationen und Anwendungsweise des **Europen** erörtert LEDERMANN. Europen, seiner chemischen Constitution nach ein Isobutylorthokreosoljodid, zeigt ähnliche, wenn auch schwächere, antibacterielle Eigenschaften als das Jodoform, hat aber den Vorzug der Ungiftigkeit und besonders der Geruchlosigkeit. Die Indicationen seiner Anwendung sind analog denen des Jodoforms. In einzelnen Fällen werden geringe Reizerscheinungen auf der Haut beobachtet. Dieselben sind vermeidbar, wenn man die die Wunde umgebende Haut mit Vaseline einfettet oder mit Borsäure Talcum aa. bepudert. Das Europen läßt sich sowohl in Pulver- als in Salbenform anwenden. Es ist viermal so theuer als Jodoform, jedoch specifisch ebensoviel leichter, so daß es genügt, eine geringere Menge als vom Jodoform aufzupulvern. Es ist wohl das beste Ersatzmittel des Jodoforms:

Rp. Europeni 5—10.0
Lanolin. anhydr. 5.0
Talc. venet. q. s. ad 100.0
Mf. pulv.

S. Bei Intertrigo der Kinder (SAALFELD).

Rp. Europen 1.0
Collodi. elastic. ad 10.0
MDS. Bei kleinen Schnitt- und Hautwunden.

Rp. Europeni 1.5
Ol. olivar. 3.5
Vasellini 30.0
Lanol. anhydr. 15.0
Mf. ung.

D. S. Brandsalbe.

Rp. Europen 3.0
Acid. boric. pulver. 7.0
Mf. pulv.

S. Bei Ulc. cruris.

— Das von WITTHAUSER in die Praxis eingeführte **Aspirin** hat sich nach Angabe von ROTHE („Med.-Chir. Central-Bl.“, 1901, Nr. 3) in kurzer Zeit einen wohlverdienten Ruf als willkommenes Ersatzmittel des Natr. salicylicum erworben. Vortheilhaft ist es, die gewöhnlich drei- bis viermal täglich verabreichten Grammdosen erst Nachmittags und Abends zu geben, um ihre die Hautthätigkeit anregende Wirkung durch die Bettwärme zu steigern. Die besten Erfolge sah R. bei Muskelrheumatismen und rheumatischen Neuralgien, Lumbago-, Sacral- und Intercostal neuralgien. Nach MANASSE („Inaug.-Dissert.“, Würzburg 1901) sind die Vorzüge des Aspirin: Seine leichte Darreichung. Während Salicyl wegen seines süßlich-faden Geschmackes oft nur ungerne genommen wird, ja mitunter Widerwillen und sogar Ekel erregt, ist der säuerlich-herbe Geschmack des Aspirins durchaus angenehm. Der Mangel an Nebenerscheinungen. Das bei fortgesetzter Darreichung von Salicyl so lästige Ohrensausen tritt bei Aspirin selbst nach längerem Gebrauche nicht auf; ebenso fehlen die beim Salicyl oft mißlich empfundenen Belästigungen des Magens fast gänzlich. In seiner Wirkung steht nach den zahlreichen bisher gemachten Erfahrungen das Aspirin dem Salicyl vollkommen ebenbürtig zur Seite. Es wirkt als Antirheumaticum specifisch und prompt; als Antineuralgicum läßt es zwar zuweilen im Stich, dürfte jedoch auch als solches in manchen Fällen mit Erfolg zu verwerthen sein.

— Eine **kurze Mittheilung über das Hedonal** veröffentlicht STAHR („Psych. Woch.“, 1901, Nr. 47). Das Hedonal wurde von ihm bisher in 26 Fällen angewandt, bei 16 Frauen und 10 Männern. Die Kranken waren ohne Rücksicht auf die Dauer und Form ihrer Psychosen ausgewählt worden und bekamen außer Hedonal, in der Dosis 2 Grm., keine anderen Medicamente. In der Mehrzahl der Fälle trat nach Gebrauch des Mittels ziemlich schnell ein erquickender, etwa 6—7 Stunden dauernder Schlaf ein. Unangenehme Nebenwirkungen, cumulative Wirkung hat S. bei der Anwendung des Mittels bisher nicht gesehen. Einzelne Kranke hoben rühmend hervor, daß sie im Gegensatz zu anderen Schlafmitteln nach Gebrauch von Hedonal keine Beschwerden hätten. Vermehrung der Diuresis wurde nicht beobachtet. Fast alle Kranken klagten lebhaft über den sehr schlechten Geschmack, ein Uebelstand, der durch die Verabfolgung in Oblaten- oder Tablettenform nur wenig gemildert wird.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse.“)

III.

BIER (Greifswald): Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken.

B. gibt zunächst eine Schilderung der Stauungshyperämie, welche zweifellos eine reine Hyperämiewirkung auf die erkrankten Theile darstellt. Er erzeugt diese an den Gliedern durch eine abschnürende Gummibinde, welche den venösen Rückfluß beschränkt.

Die Wirkungen dieser Stauungshyperämie sind folgende:

1. **Bacterientödtende oder abschwächende Wirkung.** Es gelingt dadurch, tuberculöse und andere infectiöse Krankheiten, gonorrhoeische und pyämische Gelenkerkrankungen, Erysipel, dadurch günstig zu beeinflussen. Ja, man kann in einzelnen Fällen beginnende Phlegmonen damit coupiren. Die einzig wirksame Form der Stauung ist hierbei die „heiße Stauung“, wobei das Glied warm bleibt, anschwillt und roth bis blauroth aussieht. Niemals darf man bei acut entzündlichen Processen die „kalte Stauung“ anwenden, wenn infolge zu starken Anziehens der Binde das Glied tiefblau wird und sich kalt anfühlt. Diese Art der Stauung ist sehr gefährlich. Sie vermehrt auch die Schmerzen, während im Gegensatz dazu die heiße Stauung schmerzlindernd wirkt. Mit diesen klinischen Erfahrungen stimmt vollständig der bacteriologische Versuch überein (NÖTZEL'S Untersuchungen).

2. **Bindegewebswucherung und Vernarbung.** Es ist bekannt, daß chronische venöse Stauung zu Bindegewebswucherung führt. Ist schon das erste Stadium der Bindegewebsentwicklung, kleinzellige Infiltration und Granulationsbildung vorhanden, wie bei entzündlichen Krankheiten, so geht dasselbe schnell in Schwielenbildung und Vernarbung über. Das kann bei der Abkapselung entzündlicher Herde eine Rolle spielen.

3. **Auflösende Wirkung.** Bei chronischen Gelenkversteifungen allerlei Art, besonders beim chronischen Gelenkrheumatismus, bringt die Stauungshyperämie eine Auflösung der Exsudate etc. hervor. Dies beruht auf der auflösenden Wirkung des Blutes, seines Serums und seiner Leukocyten, die sich in größerer Menge um Krankheitsherde ansammeln. Da die Stauungshyperämie die Resorption der gelösten Theile beeinträchtigt, so empfiehlt es sich, das Oedem mindestens einmal täglich, besser zweimal, durch Massage zu verdrängen und dann von Neuem Stauung einzuleiten. Diese Behandlung ist von vortrefflicher Wirkung, besonders beim chronischen Gelenkrheumatismus.

Wahrscheinlich ist auch die traumatische Entzündung, die Circulationsstörung und das Oedem, welche sich um Blutergüsse einstellen, ein Lösungsmittel für die letzteren. Da auch hier die Resorption vermindert ist, muß Massage und Hochlagerung für die letztere sorgen.

4. **Schmerzstillende Wirkung.** Die Stauungshyperämie hat bei all den Krankheiten, wo sie nützt, eine auffallend schmerzstillende Wirkung. Ruft sie mehr Schmerzen hervor, so liegt dies in der Regel an Fehlern in der Technik.

Active Hyperämie erzeugt B. durch Wärme, besonders durch heiße Luft, wozu er die von ihm construirten Heißluftkästen benutzt. B. weist nach, daß bei dieser Behandlung in der That die Hyperämie das Wirksame ist. Die heiße Luft wird ein, höchstens 2 Stunden täglich angewandt, und zwar so heiß, wie sie vertragen wird. Active und passive Hyperämie wirken in vielfacher Hinsicht völlig gleichartig. So hat auch die active Hyperämie

1. eine auflösende Wirkung bei allerlei chronischen Gelenkversteifungen. Sie ist ebenfalls gut zu verwenden zur Beschleunigung der Demarcation,

2. eine schmerzstillende Wirkung bei denselben und anderen Krankheiten.

Dagegen hat die active Hyperämie im Gegensatz zu der passiven

3. eine stark resorbirende Wirkung, was besonders auch durch den Thierversuch bewiesen wird. Deshalb läßt sich die active Hyperämie durch heiße Luft vorzüglich verwenden zur Resorption von Blut- und anderen Ergüssen und ist hier in vielen Fällen der Massage überlegen. Vor allen Dingen benutzt sie B. zur Beseitigung von Oedemen.

4. Die bacterientödtende Wirkung der active Hyperämie ist sehr zweifelhaft.

Die heiße Luft ist ein sehr gutes Mittel gegen Neuralgien. Ob hier die Hyperämie das Wirksame ist, will B. nicht entscheiden.

Eine bessere Ernährung und Kräftigung rein atrophischer Körpertheile konnte B. weder durch active noch durch passive Hyperämie erzeugen.

Mit gutem Erfolge hat B. die heiße Luft zur Uebung und Kräftigung krankhafter und versagender Gefäße benutzt.

Zum Schlusse schildert B. die Technik der Erzeugung von passiver und activer Hyperämie.

Müller (Würzburg) berichtet über die Ergebnisse von Blutuntersuchungen bei künstlich erzeugter Hyperämie. Die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt beträchtlich zu bis zu 6 Millionen, dementsprechend auch der Hämoglobingehalt, während das Serum abnimmt, weil es in die Lymphspalten hineingepreßt wird. Auch chemische Veränderungen folgen. Der Sauerstoffgehalt des Blutes sinkt, der Kohlensäuregehalt steigt. Auch findet eine Umlagerung der chemischen Bestandtheile zwischen rothen Blutkörperchen und Serum statt, namentlich der Kalium- und Natriumsalze, wahrscheinlich auch ein Austausch organischer Stoffe, worauf die Heilwirkung vielleicht zurückzuführen ist.

Schuster (Aachen) fragt, wie lange die Stauung bei chronischem Gelenkrheumatismus fortgesetzt werden muß.

Bier. In einem Falle hat er sie seit vier Jahren dauernd angewendet.

AUGUST HOFFMANN (Düsseldorf): Ueber paroxysmale Arrhythmie.

Der dauernden Arrhythmie, welche sonst als Folge der Entzündung des Herzmuskels aufgefaßt wird, stellt Votr. die anfallsweise eintretenden Störungen des Herzrhythmus gegenüber. Neben leichten derartigen Störungen, die im Auftreten einzelner Intermittenzen bestehen, kommen wohlumschriebene, plötzlich eintretende und plötzlich endende Anfälle vor, die sich über Stunden und Tage hinziehen. Die Entstehung der Störung ist nach der Analyse der Pulscurven, wie auch nach dem Ergebnis der Auscultation, als durch Auftreten von Extrasystolen bedingt anzusehen. Als Ausgangspunkt derselben sind die venösen Ostien wegen Verkürzung der Intermittenzen auf weniger als das Doppelte der normalen Pulsperiode anzusehen.

Es gelang dem Votr., den innigen Zusammenhang der Anfälle von Herzjagen mit den Anfällen von Arrhythmie festzustellen. Erstere müssen deshalb auch an den venösen Ostien ihren Angriffspunkt haben. Durch kurze elektrische Reizung des isolirten Sinus des Froschherzens oder der großen Venen desselben, ließen sich ganz analoge Anfälle auslösen, bei denen die rhythmische Frequenz, wie beim Anfall von Herzjagen, auf genau das Doppelte der ursprünglichen Frequenz stieg.

Gerhardt (Straßburg) konnte durch Registrirung des Venenpulses beim Menschen die von E. HERING bei Thierversuchen erhaltenen Resultate bestätigen, daß beim Pulsus bigeminus der Vorhof bald deutlich vor dem Ventrikel schlägt, bald erst mit oder nach dem Ventrikel, und daß hier Beziehungen zu der Zeitdauer des Bigeminus existiren.

HEINTZ (Erlangen): Die Wirkung äußerer (thermischer und chemischer) Reize auf die Gefäßvertheilung in der Tiefe.

Votr. berichtet über thermoelektrische Messungen in der Pleurahöhle: Auf die Haut wirkende Kälte- wie Wärmereize pflanzen sich durch die Brustwand bis zur Pleura fort und können dort Temperaturänderungen von mehreren Graden hervorrufen. — Alkohol, Jodtinctur, Senfspiritus, auf die Haut applicirt, rufen eine bis in die Pleura gehende Hyperämie hervor, die sich durch Temperatursteigerungen von einigen Hundertstel- bis Zehntel-Graden zu erkennen gibt.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

IV.

HEIDENHAIN (Worms): Ueber Exstirpation von Hirntumoren. (Mit Krankenvorstellung.)

H. referirt über vier Fälle von Hirntumoren, von denen drei operabel waren. Ein Mann erkrankte mit Lähmung im Bein, JACKSON'scher Epilepsie, Paranoia mit Verfolgungsideen und Stauungspapille. Die Operation bestätigte die Diagnose eines Tumors im Beincentrum und die Exstirpation förderte einen Solitär tuberkel von Walnußgröße zutage. Zurückgeblieben sind noch Krampfanfälle mit Bewußtseinsverlust, Krämpfe im Arm ohne Bewußtseinsverlust und unvollkommene Lähmung des Beins. Der zweite Fall betraf ein cystisches Sarkom von Hühnereigröße im rechtem Armcentrum; es fanden sich Kopfschmerzen, Par- und Anästhesien auf dem Gebiete der rechten Hand und Stauungspapillen, kein Erbrechen, kein Druckpuls. Es wurde daher ein cystischer Tumor angenommen. Bei der Exstirpation mußte die Hirnrinde in Thalergröße mit fortgenommen werden. Die Kopfschmerzen und die Stauungspapille schwanden, und es blieben nur sensible Störungen und kleine Störungen der Motilität der rechten Hand zurück.

Der 3. Fall betraf einen Arbeiter mit Erscheinungen von schwerem Hirndruck, Druckpuls und doppelseitiger Stauungspapille. Die Operation ergab einen ausgedehnten Hydrops des rechten Unterhorns und in diesem einen kohlschwarzen Tumor, ein melanotisches Carcinom der Tela chorioidea. Es wurde der ganze rechte Schläfenunterlappen exstirpirt. Interessant waren die Beobachtungen, die durch die Folgen der großen Operation entstanden oder vielmehr nicht entstanden sind, indem sowohl das Wortgefühl wie das musikalische Gefühl erhalten blieb. Der Patient starb nach einiger Zeit im apoplektischen Insult und die Section ergab viele kleine Tumoren im Gehirn.

Der 4. Fall betraf einen Jungen von 12 Jahren, bei dem man, obgleich das ganze Hinterhauptbein plastisch entfernt wurde, keinen Tumor fand. Die Obduction förderte ein großes, median-sitzendes, erweichtes Sarkom zutage.

BARTH (Danzig): Operative Behandlung der eitrigen Meningitis. (Mit Krankenvorstellung.)

Ein junger Mann hatte einen Messerstich in den Rücken in der Höhe des neunten Wirbels bekommen. Nach 7 Tagen trat Fieber, dann Meningitis mit Opisthotonus auf. Die Punction ergab reichlich Staphylokokken. Es wurde Laminektomie gemacht und ein extraduraler Eiterherd im Wirbelcanal freigelegt. Die Wunde wurde tamponirt. Der Kopfschmerz ließ nach, doch die Temperatur stieg weiter in die Höhe. Eine Lumbal-punction ergab Eiter. Es wurde eine weitere Laminektomie des 2. und 3. Lumbalwirbels gemacht und nach Spaltung der Dura quoll reichlich Eiter zutage. Der Duralsack wurde drainirt, die Drainage nach 7 Tagen entfernt. Es trat eine Lähmung beider Beine, der Blase und des Mastdarms ein, die aber zurückging. Darauf vollständige Heilung. Trotz Corset hat sich ein beträchtlicher Gibbus über der laminektomirten Partie herausgebildet. Zurückgeblieben sind: Schwäche in den Beinen, Parästhesien und einige Anästhesien sowie Schwäche des Detrusor vesicae.

HONSELL (Tübingen): Ueber die wissenschaftliche Begründung der Carbolsäuretherapie bei inficirten Wunden.

An Experimenten hat H. nachgewiesen, daß die reine Carbolsäure durchaus unschädlich ist, wenn sie auf Wunden oder ins Gewebe gebracht wird. Beim Menschen findet eine tödtliche Vergiftung bei innerlicher Darreichung von concentrirter Carbolsäure erst bei einer Dosis von 8 Grm. statt, während die diluirte Lösung schon bei 2—3 Grm. tödtlich wirkt. Vortr. hat bei Hydrocele 1—6 Grm. Carbolsäure ungestraft eingespritzt. Als Maximaldosis für die ausgedehntesten Wundflächen hat er daher auch 6 Grm. angenommen.

Dennoch blieb die einverleibte Menge stets unter 4 Grm., weil im Tupfer etc. wohl vieles hängen blieb. In keinem Falle trat Vergiftung ein. Eine Tiefenwirkung kam nur bei längerer Einwirkung zur Geltung. Die Applicationszeit war 1 Minute, dann folgte die Auswaschung mit absolutem Alkohol, der schon von den Amerikanern als ein Antidot gegen die Carbolsäure gepriesen wurde. Daß er eine Schorfbildung verhindert, ist nicht richtig, sicher aber ist, daß die Gewebe an den Alkohol mehr Carbolsäure abgeben als an das Wasser. H. betont dann noch die Dauerwirkungen der Carbolsäure gegenüber dem Sublimat. Er ist weit entfernt, das Carbolsäureverfahren als das normale für jede septische Wunde hinzustellen, aber bei schweren inficirten septischen Wunden ist es am Platze.

HAEGLER (Basel): Ueber Ligatureiterungen.

Vortragender demonstirt Zeichnungen von mikroskopischen Schnitten durch eine aus dem Gewebe abgestoßene Ligatur, ebenso Schnitte durch Seide, die im Dampf sterilisirt war, aber schon nach 48 Stunden eine bedeutende Keimwucherung in ihren Interstitien zeigte. Dagegen zeigten Catgutschnitte nur am Rande eine Keimwucherung, nie in der Mitte. H. ist nach seinen Untersuchungen der Ueberzeugung, daß, wo eine Catguteiterung auftritt, auch eine inficirte Wunde vorgelegen hat. Catgut ist der Seide stets vorzuziehen. Für versenkte Nähte ist wohl der Silkworm das beste Material, allein er ist zu spröde. Auch die imprägnirten Materialien (Celluloidzwirn etc.) sind nicht besser als die anderen. Am besten wären noch mit Paraffin oder Wachs imprägnirte Fäden.

BLUMBERG (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über Quecksilberäthylidiamin in fester Form als Desinfectionsmittel für Hände und Haut.

Nach Beleuchtung der Nachteile der üblichen Sublimatdesinfection, die in Reizung der Haut und in der geringeren Tiefenwirkung bestehen, berichtet er, daß er auf seiner Suche nach einer Quecksilberverbindung, die diese Nachteile nicht besitzt, das Quecksilbercitrat mit Aethylendiamin in 2 bis 3%ige Lösung als ein brauchbares Desinfectiens gefunden hat. Dies allein war nur flüssig herzustellen, wohingegen das Quecksilbersulfat mit Aethylendiamin auch in fester Form gewonnen werden konnte. Die Versuche, die B. mit Mikrooccus tetragenus angestellt, sind zur vollsten Zufriedenheit ausgefallen.

KRÖNLEIN (Zürich): Beiträge zur operativen Hirnchirurgie.

K. demonstirt ein wundervolles Präparat eines Gehirntumors von Hühnereigröße, den er zwar richtig diagnosticirt, aber bei der Operation nicht gefunden hat.

MERKENS (Berlin): Encephalitis des Schläfenlappens sowie andere Hirncomplicationen nach Otitis.

Die Encephalitis des Schläfenlappens ist seltener als der Absceß, und man kann sie verwechseln, wie ein Fall aus dem Krankenhause Moabit, dessen Krankengeschichte Vortragender gibt, beweist. In einem anderen Falle von Hirncomplicationen nach Otitis fanden sich nach temporärer Resection Verwachsungen des Knochens mit der Dura.

SCHJERNING (Berlin): Die Schußverletzungen der modernen Feuerwaffen.

An zahlreichen Roentgenbildern und Photographien macht Vortragender die großen Zerstörungen klar, welche die modernen Feldgeschütze, vor Allem die Feldhaubitze anrichtet, und zeigt, daß kleinste Partikelchen, auch unter einem Gramm, schwerste Verletzungen erzeugen können. Besonderes Interesse erregten seine Ausführungen über die Bauchschußwunden und ihre Behandlung. Die größten Zerstörungen machte die große Ausschußöffnung. Wenn aber trotz aller schwersten Verletzungen der Knochen heute unsere Verwundeten mehr Chancen auf Heilung haben als früher, so ist dies einerseits den weniger schweren Weichtheilwunden, insbesondere aber der modernen Wundbehandlung und der vorzüglichen Organisation des Heeresanitätsdienstes zu danken.

Wiener medicinischer Club.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 24. April 1901.

Vorsitz: Doc. Dr. MAX HERZ.

Dr. JOS. SORGO bespricht den Erfolg von **Gelatineinjectionen bei Aortenaneurysma** an der Hand eines Präparates. Dasselbe stammt von einer 51jähr. Pat., bei welcher intra vitam Symptome eines Aortenaneurysmas bestanden: Dämpfung über dem oberen Antheile des Sternum, Pulsation in der rechten Fossa supraclavicularis, diastolisches Geräusch, welches im zweiten Intercostalraume links vom Sternum am deutlichsten war, pulsirende Vorwölbung der Trachealwand, einseitige Pulscelerität. Es wurden im Ganzen 13 Injectionen von 4—5% Gelatinelösung in Zwischenräumen von 3—4 Tagen gemacht. Nach der vierten Injection verschwand die Pulsation in der Supraclaviculargegend und in der Trachea, das diastolische Geräusch nahm an Intensität ab und war am lautesten rechts vom Sternum zu hören, die Trachealstenose wurde geringer. Nach der ersten Injection verschwand das diastolische Geräusch. Die Obduction ergab eine beträchtliche Dilatation der Aorta ascendens, des Bogens und eines Theiles der A. descendens, Atheromatose der Aorta, ferner ein gänseeigroßes Aneurysma im Beginne der A. anonyma mit einer zweiten Ausbuchtung gegen die Trachea. In der cylindrischen Erweiterung der Aorta fanden sich keine Gerinnsel, dagegen waren solche reichlich im Aneurysma der Anonyma; sie sind als Effect der Gelatineinjection anzusehen. In fünf anderen vom Verf. beobachteten Fällen hatten Gelatineinjectionen keine Wirkung.

Dr. MARC. LAUTERBACH berichtet über einen Fall von **Orchitis parotidea ohne Parotitis**.

Im Jahre 1890 beschrieb KOVÁCS 2 Fälle von Orchitis parotidea ohne Parotitis, und L. ist in der Lage, über einen ähnlichen Fall, den er jüngst beobachtet hat, Mittheilung zu machen. Solche Fälle sind oft, wenn sie nicht zur Zeit einer Epidemie vorkommen, schwer zu deuten, wengleich Mumpsfälle mit geringfügigen Affectionen der Ohrspeicheldrüse oder selbst Intactbleiben der Parotis und Schwellungen der Sublingual- oder Submaxillardrüsen sowohl sporadisch als auch zur Zeit von Epidemien vorzukommen pflegen. So verweist L. z. B. auf die Mumpsepidemie mit Schwellung der Submaxillardrüsen, deren Beschreibung wir J. HOPPE verdanken. BOUCHUT will sogar während größerer Ziegenpeter epidemien solche Fälle, die mit Ausschluß anderer Symptome nur mit „katarhalischem oder gastrischem Fieber“ einhergehen, der Parotitis epidemica zuzählen. Diese Beobachtungen BOUCHUT's sind der Meinung des Vortr. nach nicht ganz einwandfrei. Endlich sei hier diejenige Form erwähnt, welche sicher zu Mumps zu zählen ist und ziemlich selten auftritt, es ist dies die Orchitis parotidea. Solche Fälle wurden häufiger von französischen Beobachtern mitgeteilt, so daß es vielleicht nicht unwahrscheinlich ist, daß sie in Frankreich weniger selten vorkommen als bei uns. Von den bisher beschriebenen Fällen seien hervorgehoben diejenigen von KOCHER, FEHR, LEVY, KOVÁCS, PFANNENSTIEL, BÉCLÈRE, EDWARDS, PRAGER und SWINBURNE. Ferner erwähnt Votr. eine noch nicht publicirte Beobachtung von Doc. Dr. KATZ, der vor circa 11 Jahren einen jungen Mann unter Symptomen einer schweren Infectiouskrankheit erkrankt sah. Patient hatte auch leichte Hodenschwellung und Druckdolenz der Testikel. Hervorragende Wiener Kliniker konnten in diesem Falle keine Diagnose machen. Erst als nach Wiedergenesung des Kranken dessen Schwester an typischem „Ziegenpeter“ erkrankte, ward es klar, worum es sich gehandelt hat.

Votr. geht nun zur Krankengeschichte des von ihm beobachteten Falles über:

Am 22. Januar 1901 erkrankte W. S., Incassant, Vormittags im Bureau, wobei er von Schwindelgefühl und Ueblichkeiten befallen wurde. Auf dem Heimwege fühlte er einen Stich im linken Testikel, und zu Hause angelangt, klagte Pat. über Schüttelfrost. Gonorrhoe konnte Votr. ausschließen. Pat. mittelgroß, Knochenbau kräftig, Musculatur gut entwickelt, Panniculus adiposus erhalten. Temp. 39.9, Conjunctiva nicht injicirt, Zunge feucht, grau belegt, Pharynxschleimhaut etwas geröthet. Lunge und Herz normal. Pulsfrequenz 108. Leber nicht vergrößert. Milz vergrößert, leicht palpabel. In der Ileocöcalgegend Gurren und Druckdolenz. Der linke Hode stark vergrößert, sehr schmerzhaft.

Beide Nebenhoden und rechter Hoden normal. Harn spärlich. Spec. Gew. 1034, keine abnormen Bestandtheile enthaltend. Am nächsten Tage nach Darreichung von Antipyrin Temp. 39.7. Harn wie Tags vorher. Zwei flüssige Stühle. Pat. klagt über heftige Kopfschmerzen. Am folgenden Tage Temp. 39.7. Linker Hoden bedeutend abgeschwollen, Druckdolenz herabgemindert. Einen Tag später Temp. 38.9. Linker Hoden fast normal, rechter vergrößert und sehr stark druckempfindlich. Am 5. Tage Temp. 37.5. Rechter Hoden kaum merklich vergrößert, wenig empfindlich, am 7. Tage Pat. afebril. Harn und Stuhl normal. Beide Hoden normal groß und nicht schmerzhaft.

Die Krankengeschichte läßt deutlich erkennen, daß es sich in diesem Falle um eine Orchitis parotidea handelte. Der Patient erkrankte nach vorangegangenen Prodromalerscheinungen unter dem Bilde einer schweren Infectiouskrankheit, hatte heftiges Fieber, eine große Milz und diarrhoische Entleerungen. Der Kranke fühlte einen stechenden Schmerz im linken Hoden, der am 2. Tage der Krankheit stark anschwellen und sehr empfindlich wurde, um nach Ablauf von 3 Tagen einer ähnlichen Affection, jedoch in schwächerem Grade, des rechten Hodens Platz zu machen. Auch die Erscheinungen des rechten Hodens gingen nach 2 Tagen zurück. Als charakteristisch für die Mumpsorchitis sei hervorgehoben, daß die rechte Hodenerkrankung hinter der zuerst befallenen der linken Seite an Intensität zurückblieb. Nach Ablauf der Krankheit blieben die Hoden normal. Mehrere Beobachter sahen Atrophie der Testikel als Folge von Mumpsorchitis eintreten. So gibt LAVERAN an, daß auf 163 Mumpsorchitiden 103mal Atrophie der Hoden eingetreten sei. CHARCOT und LEREBOUILLET sahen nach Ablauf von Mumpsorchitis Atrophie der Hoden mit Hypertrophie der Brustdrüsen auftreten, was als ein seltenes Vorkommniß bezeichnet werden muß. OLIVIER empfiehlt zur Verhütung der Atrophie auf Grund von Erfahrungen einer Epidemie in St. Etienne nach Ablauf der wesentlichen Entzündungsercheinungen die Anwendung des Inductionsstromes.

Solche schwere allgemeine Störungen, welche bei uncomplirter Parotitis sehr selten beschrieben werden, werden von allen Beobachtern bei Mumpsorchitiden angegeben. Warum in manchen Fällen nur geringfügige oder wie in diesem gar keine Veränderungen der Parotis vorkommen, ist nicht ganz aufgeklärt. Manche machen hiefür gewisse anatomische und sonstige Anomalien der Ohrspeicheldrüse verantwortlich. Für das Ergriffensein der Hoden in Fällen von Parotitis wollen Manche, wie DESPRÈS, körperliche Anstrengungen und Reizungen der Genitalien als veranlassendes Moment aufgefaßt wissen, Andere machen hiefür — es scheint mit Unrecht, wie THÉDENAT — das Alter des Kranken insofern geltend, als sie behaupten, die Orchitis parotidea befallt Erwachsene und gehöre zu den größten Seltenheiten bei Knaben.

Doc. Dr. JULIUS WEISS: Zur Pathogenese der Anorexie.

Die Wirkung der als Stomachica bekannten Arzneistoffe beruht theilweise auf der Annahme einer Substitutionswirkung (Pepsin, Salzsäure, Papain), einer antifermentativen Wirkung (Menthol) oder einer Reizwirkung auf die Magenschleimhaut im Sinne einer Hyperämie (Gewürze und alle ätherische Oele enthaltenden Arzneistoffe). Die Beziehungen der pharmako-dynamischen Wirkung zu den biologischen Vorgängen in der Magenschleimhaut lassen sich nur durch das Thierexperiment lösen. Votr. hat bei Hunden, die kurz nach der Darreichung von eiweißhaltigen Nährstoffen getödtet wurden, eine deutliche Reaction des gesammten Lymphgefäßapparates und Lymphoidgewebes im Magen-Darmcanale (Schwellung und Injection der Lymphgefäßbahnen und Lymphfollikel) beobachtet, obwohl die Nahrungsstoffe im Magen der Thiere noch unverändert gefunden wurden. Diese Reaction bezeichnet Votr. als Lymphofluxion, resp. Lymphostase. Klinische Erfahrungen haben den Votr. weiters darüber belehrt, daß Eiweißstoffe (rohe, weichgekochte Eier, Nährpräparate, Somatose) eine deutliche Steigerung des Appetits, resp. Beseitigung der Anorexie zu erzeugen vermögen. Der Werth der Nährpräparate hängt im Gegensatz zu der im Wiener medicinischen Club von Dr. OFFER kürzlich dargelegten Anschauung nicht von der Quantität der zur Resorption gelangenden Stoffe, sondern wesentlich von ihrem Werthe als Stomachica ab. Auch die klinische Erfahrung hat den Werth von Eiweißpräparaten (Somatose) als Stomachica hinlänglich festgestellt. Sämmtliche der als Stomachica verwendeten

Nährpräparate wirken im Sinne einer Lymphofluxion. Zieht man nun weiter die Thatsache der Verdauungsleukocytose und die Befunde der Leukocytose nach der Darreichung von Bitterstoffen in Betracht, so ergibt sich, daß eine Reihe von Stomachica im Sinne einer Lymphofluxion auf die Magen-Darmschleimhaut einwirken. Andererseits erklärt sich die Pathogenese einer Reihe von Anorexieformen dadurch, daß durch den Krankheitszustand der normale Antrieb zur Lymphofluxion fehlt.

Doc. Dr. Max Herz zweifelt daran, daß das Eiweiß an und für sich bei den Versuchen des Vortr. appetitanregend gewirkt hat, sicherlich hat dabei der Geruch der eiweißhaltigen Speisen eine größere Rolle gespielt. Er erinnert an die einschlägigen Versuche von PAWLOW, welcher nachgewiesen hat, daß Secretionsvorgänge im Magen auf reflectorischem Wege ausgelöst werden. Es ist eine bekannte Thatsache, daß zum Beispiel durch den Geruch von Speisen der Appetit geweckt wird. In den Ausführungen des Vortr. fehlt der Hinweis auf den sensiblen Angriffspunkt der die Anorexie bekämpfenden Mittel; bei Amaris liegt er sicher nicht im Magen selbst, da sie die Magenverdauung hemmen.

Doc. Dr. L. Braun erinnert an die Versuche PAWLOW's, der experimentell nachwies, daß verschiedenen Speisen die Secretion eines verschiedenen Magensaftes entspreche; auch schon der Anblick oder der Duft der Speisen rege beim Gesunden die Secretion des „Appetitsaftes“ an. Fehlt der Appetit, dann wird wahrscheinlich auch kein „Appetitsaft“ secretirt; das Gleiche gilt vermuthlich für Anorexie. Es ist nun möglich, daß die Secretion durch Einfuhr kleiner Nahrungsmengen in den Magen befördert wird, und zwar je nach der Beschaffenheit der zugeführten Speise die Absonderung eines specifischen Secretes. Anorexie besteht aber zumeist in Widerwillen gegen Fleisch; zu ihrer Bekämpfung und zur Secretion des „Fleischsaftes“ mag in solchen Fällen allerdings die Zufuhr von Eiweißstoffen beitragen können.

Dr. M. Teleky weist darauf hin, daß nach den Versuchen von PAWLOW das Nervensystem beim Zustandekommen des Appetits und bei der Anregung der Magensaftsecretion eine große Rolle spielt. Bei Anorexie infolge Ermüdung wäre zuzugeben, daß durch Genuß von Eiweiß der Appetit angeregt wird. Ob das aber zum Beispiel bei der Anorexie infolge Magenkatarrhs oder einer organischen Erkrankung des Magens der Fall sein könne, ist zu bezweifeln.

Doc. Dr. Jul. Weiß erwidert, daß die von ihm angegebenen Stoffe unabhängig von der Magensaftsecretion auf die Lymphgefäßbahnen eine Wirkung ausüben; die Frage, wie dieselbe zustande kommt, ob durch Reflex oder durch directen Einfluß, möchte er vorläufig noch offen lassen. Die Eiweißstoffe werden zur Anregung des Appetits in geringer Quantität, gleichsam in Form von Medicamenten, gegeben.

Administrative Sitzung.

Als neue Mitglieder wurden gewählt: Dr. ALFRED FUCHS und Dr. HUGO GOLDMANN (Brennberg).

Notizen.

Wien, 18. Mai 1901.

Die Meisterkrankencassen und die Regierung.

Am 31. März 1897 wurden in der Plenarversammlung der beiden Sectionen der Aerztekammer von Böhmen folgende Beschlüsse gefaßt: „1. Eine Pauschalirung, sowie Uebnahme einer fixen Anstellung bei den Meisterkrankencassen ist unzulässig; 2. die Behandlung der einzelnen Cassenmitglieder darf nur nach dem ortsüblichen Tarife stattfinden. Wer diesen Beschlüssen entgegen handelt, verstößt gegen die Würde und das Ansehen und schädigt die berechtigten Interessen des ärztlichen Standes und verfällt der ehrenrährlichen Behandlung.“

Am 25. April d. J. — also nach mehr als vier Jahren — hat die böhmische Statthalterei diese Beschlüsse sistirt und deren Vollzug untersagt. Diese Maßregel wird damit begründet, daß die Meisterkrankencassen in der Gewerbeordnung und im Hilfscassengesetze ihre gesetzliche Grundlage haben, daß im letztgenannten Gesetze, respective im Musterstatute, die cassenärztlichen Functionen ausdrücklich vorgesehen sind, und daß die Aerztekammer als gesetzliche Institution durch ihre Stellungnahme gegen die Meisterkrankencassen ihren Wirkungskreis überschritten habe.

Diese Enunciation der Statthalterei in Böhmen verfehlt nicht, in der österreichischen Aerzteschaft das peinlichste Aufsehen zu erregen. Die böhmische Kammer hat sofort die Einberufung eines außerordentlichen Kammertages vorgeschlagen, ein Antrag, der in der dieswöchentlichen Vollversammlung der Wiener Kammer nach erregter Debatte abgelehnt wurde, und zwar dirimirte der Präsident bei Stimmgleichheit gegen die Einberufung des Kammertages.

Man hält den Zeitpunkt für eine von allen Kammern inscenirte Demonstration gegen den Erlaß des Statthalters von Böhmen, dessen Bestätigung durch die im Recurswege anzurufende Regierung noch abzuwarten sei, nicht für geeignet.

Als vor Kurzem die Advocatenschaft Oesterreichs durch die Kunde von den vorbereitenden Schritten der Regierung zur Erlassung eines neuen Tarifes überrascht wurde, legten sämtliche Advocatenkammern ihre Mandate nieder, und wenige Tage nach Bekanntwerden der Regierungsaction gab der Justizminister im Abgeordnetenhaus Erklärungen ab, die geeignet waren, die Advocatenschaft vollständig zu beruhigen. Der Tariferlaß war begraben. Wir sind sehr neugierig auf die Haltung der österreichischen Aerztekammern im Falle der Abweisung des Recurses der böhmischen Aerztekammer gegen den citirten Erlaß der Statthalterei in Böhmen, der geeignet ist, die Aerzte den Meistercassen preiszugeben und sie wirtschaftlich vollständig zu vernichten. Es will uns scheinen, daß der Blitzstrahl, der von der hohen Landesregierung des Königreiches Böhmen so plötzlich auf die Aerzteschaft geschleudert wurde, die Situation in der That auf das Grellste beleuchtet. Die Entscheidung der Regierung im Recurse der dortigen Kammer wird gleichzeitig die Frage entscheiden, ob die gesetzlich gewährleistete Vertretung der Aerzte Oesterreichs imstande ist, die berechtigten ethischen und wirtschaftlichen Interessen der Aerzteschaft zu schützen und zu wahren oder nicht. An den Kammern aber wird es sein, die Consequenzen aus dieser Entscheidung zu ziehen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Reg.-A. Dr. J. FEIN eine 24jährige Patientin vor, welche seit ihrem 17. Lebensjahre an Heiserkeit leidet. Als Ursache der Aphonie wurde eine congenitale Membranbildung zwischen den vorderen Hälften der Stimmbänder aufgefunden; es ist die Entfernung der Membran auf operativem Wege in Aussicht genommen. Doc. Dr. ROTH bemerkte, daß schon vor 25 Jahren 2 analoge Fälle nach der vom Vortr. in Aussicht genommenen Methode operirt worden seien; in einem dieser Fälle war die Membranbildung auf ein Trauma (Selbstmordversuch durch Halsdurchschneiden) gefolgt. — Hierauf demonstirte Prof. Dr. WEINLECHNER einen 37jährigen Mann, bei welchem er eine Struma substernalis unter Cocainanästhesie erfolgreich operirt hat. — Sodann erwähnte Hofr. Prof. Dr. NEUMANN im Anschlusse an seine Demonstration in der vorigen Sitzung (Chylorrhoe), daß die Literatur bisher bloß 18 Fälle von Chylorrhoe aufweise; nur 16 davon seien chemisch untersucht worden. Prof. Dr. BIEDL erörterte in der Discussion die Differentialdiagnose zwischen Chylorrhoe und Lymphorrhoe. — Schließlich hielt Dr. RAIMANN seinen angekündigten Vortrag „Ueber Glykosurie und alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken“. Nach den Untersuchungen des Vortr. ist der Grad der Zuckerassimilation eines Organismus, von vereinzelt Ausnahmen abgesehen, der Ausdruck einer allgemeinen Function; er ist individuell verschieden und drückt eine bestimmte Veranlagung des Individuums aus, welche zu anderen Dispositionen des Organismus in Beziehung tritt. Die Zuckerassimilation wird durch verschiedene äußere und endogene Momente (Stoffwechsel, Krankheitsgifte) beeinträchtigt. R. hat 0.2% Zucker im Harn als Assimilationsgrenze angenommen und die gefundenen Werthe auf 1 Kilogr. des Körpergewichtes umgerechnet. Bei normalen Personen schwankt die Assimilationsgrenze in constanter Weise; bei acuten Geisteskrankheiten wird sie stärker alterirt als bei chronischen. Bei Idiotie, Manie, Paranoia, Epilepsie und Alkoholismus, nach Ablauf des Delirium, liegt die Grenze hoch, Degenerationspsychosen und depressive Zustände zeigen niedrige Werthe. Hohes Alter, Traumen, Fieber, Organerkrankungen (gewisse Hirntheile und Pankreas ausgenommen) scheinen die Assimilationsgrenze nicht zu beeinflussen, wohl aber Adipositas und harnsaure Diathese. — In der Discussion machte Dr. W. SCHLESINGER auf die mannigfachen Fehlerquellen einer so exclusiven Methodik aufmerksam.

(Neue Vorschriften für den Verkehr mit Infectionsstoffen.) Eine Verordnung des Ministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem Ministerium für Cultus und Unterricht

vom 11. Mai d. J. schreibt sanitätspolizeiliche Maßnahmen zur Verhütung von Infectionen anlässlich der fachtechnischen Untersuchung und Verwerthung von Objecten vor, welche Keime der auf Menschen allgemein übertragbaren Ansteckungskrankheiten enthalten. Die Vorschriften betreffen die Entnahme und die fachtechnische Verwerthung infectiöser Untersuchungsobjecte von Infectionskranken und Infectionsleichen, das Verhalten vor, während und nach der einfachen mikroskopischen Untersuchung, ferner eine Reihe von Maßregeln für den geschäftsmäßigen Privatbetrieb mikroskopisch-diagnostischer Untersuchungen. Solchen Betrieben ist es z. B. untersagt, mikroskopische Untersuchungen über die Erreger der Pest, Cholera, des Gelbfiebers, der Blattern und des Flecktyphus auszuführen. Cultur- und Thierversuche dürfen grundsätzlich nur in besonders eingerichteten Instituten vorgenommen werden; die Genehmigung hängt im speciellen Falle (bei Privaten) von einem Fachgutachten des Obersten Sanitätsrathes ab. In der Verordnung finden sich außerdem Instructionen für die Bediensteten derartiger Institute, für die Einrichtung und den Betrieb der Institute, für das Vorgehen bei Erkrankung des Anstaltspersonals u. s. w. Schließlich enthält die Verordnung Vorschriften über die Versendung von infectiösen Untersuchungsobjecten an Institute durch die hiezu berufenen Aerzte, bezw. Thierärzte, und den Modus dieser Versendung, sowie über den Verkehr mit Präparaten von nicht virulenten Mikroorganismen.

(Sanitätsausschuß im Parlamente.) In der Sitzung vom 7. Mai stellte der Abgeordnete Dr. KINDERMANN den Antrag, einen Sanitätsausschuß zu wählen, dem die Sanitätsangelegenheiten zuzuweisen seien. Dr. KINDERMANN wies dabei auf das Gesetz über die Aufhebung der chirurgischen Gremien und die Ueberweisung des Vermögens derselben an die Aerktekammern hin, welches nebst vielen Anderem diesem Ausschusse zuzuweisen wäre. Der Antrag wurde angenommen. Die Wahl des Sanitätsausschusses ist in der Sitzung am 13. d. M. erfolgt.

(Habilitationen.) Dr. FRIEDRICH PINELES hat sich für innere Medicin an der Wiener Universität, Dr. ALEXIUS PICHLER für Augenheilkunde an der Prager deutschen Facultät, Dr. STANISLAUS RUZICKA für Hygiene und Dr. LADISLAV SYLLABA für innere Medicin an der Prager böhmischen Facultät habilitirt.

(Preis Ausschreibung.) Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien schreibt neuerdings den von Med. Dr. MORIZ GOLDBERGER gestifteten Preis im Betrage von 2000 K für die beste Beantwortung der vom Präsidium gestellten Preisfrage: „Die infectiöse Natur der malignen Neubildungen“ aus; es ist hiebei zu bemerken, daß sowohl Arbeiten auf Grund klinischer Beobachtungen, als auch anatomischer und mikrobiologischer Untersuchungen concurrenzfähig sind. Um diesen Preis können Aerzte aus Oesterreich-Ungarn und ganz Deutschland concurriren. Berücksichtigung finden nur Arbeiten, welche, in deutscher Sprache verfaßt, bis längstens 15. Mai 1903 an das Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, mit einem Motto versehen, eingesendet werden. Dazu ist ein mit demselben Motto versehenes verschlossenes Couvert einzusenden, welches Name und Adresse des Autors enthält. Die Zuerkennung des Preises erfolgt in der ersten, im Monate October 1903 stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, die Ausfolgung desselben an den preisgekrönten Bewerber am 28. October, als dem Sterbetage des Stifters. Hat die preisgekrönte Arbeit mehr als einen Verfasser, so kann der Preis unter den Verfassern zu gleichen Theilen getheilt werden. Die Gesellschaft der Aerzte in Wien behält sich das Recht vor, die preisgekrönte Arbeit zu publiciren. Im Uebrigen behält der Autor alle Rechte an seinem geistigen Eigenthum.¹⁾

(Die Neuwahl der Aerktekammer für Niederösterreich.) Nach den Ergebnissen der Neuwahlen für die

Aerktekammer für Niederösterreich erscheinen zu Kammermitgliedern gewählt: Primarius Dr. ADOLF GORHAN (Mödling), Dr. FRANZ TRENNER (Baden), Dr. KARL KOUSCH (St. Veit an der Triesting), Dr. JOSEF STEINDL (Waidhofen), Dr. HANS HEIDRICH (Götzendorf), Dr. MORIZ SCHLESINGER (Floridsdorf), Dr. EDUARD WEISS (Purkersdorf), Dr. JOSEF LICHT (Retz), Dr. EDUARD WALLNER (Langenlois), Dr. GEORG STÖGER (Stockerau), Dr. JOHANN SAUER (Krems a. d. Donau), Dr. FRIEDRICH JANECEK (Herrnbaumgarten), Dr. WILHELM ANDRES (Neunkirchen), Primarius Dr. ARTHUR Ritter v. HOCHSTETTER (Wiener-Neustadt), Dr. JOHANN WOLFRAM (Traismauer), Dr. HERMANN SCHREDT (Wieselburg), Dr. EMIL BERGMANN (Kritzen-dorf) und Dr. KALMANN STREIT (Zwettl). Zu Stellvertretern wurden gewählt: Dr. BOGDAN BABCIY (Mödling), Dr. SIEGMUND BRÖSSLER (Vöslau), Dr. ANTON PROBST (Traiskirchen), Dr. ALEXANDER MAXYMOWICZ (Amstetten), Dr. RODERICH KORALEWSKY (Hennersdorf), Dr. ISIDOR UEBERALL (Matzen), Dr. FRANZ NIEDERMAYER (Preßbaum), Dr. KARL HAUENSCHILD (Oberhollabrunn), Dr. OTOKAR MARSHALL (Eggenburg), Dr. JOSEF REISENBERGER (Stockerau), Dr. WILHELM SEIFERT (Krems a. d. Donau), JONAS SCHLÄFRIG (Mistelbach), Dr. ODORICO SUSANI (Gloggnitz), WENZEL BAUER (Münchendorf), Dr. JOHANN RIESS (St. Egid), Dr. LEOPOLD SCHLEINZER (Gaming), Dr. JULIUS PLENK (Tulln a. d. Donau), Dr. R. SELIGMANN (Waidhofen a. d. Thaya) und OTTO HAAS (Altensteig).

(Medicamenten-Retaxation durch die Krankencassen.) Die Abgeordneten BERGER und Genossen haben dem Ministerpräsidenten eine Beschwerde unterbreitet, des Inhaltes, daß die Ueberprüfung der Apothekerrechnung der Krankencassen durch unbefugte Retaxatoren vorgenommen werde. Der Ministerpräsident erwiderte, daß nach den bestehenden Vorschriften die Krankencassen nicht dazu verpflichtet werden können, die ihnen gelegten Arzneirechnungen vor deren Begleichung durch amtliche Pharmaceuten überprüfen zu lassen, da ihnen die Wahl der Sachverständigen für die Prüfung der Arzneirechnungen freigestellt ist. Obwohl bisher dem Ministerium von keiner Seite diesbezüglich Klagen zugegangen sind, werden dennoch entsprechende Erhebungen angeordnet, damit nach Maßgabe des Ergebnisses derselben eventuell notwendige Verfügungen getroffen werden können.

(Favorisirung der weiblichen Mediciner.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Eine Verordnung des Bundesrathes stellt für die weiblichen Aerzte und Medicinstudirenden Vergünstigungen in Hinsicht auf die Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung und Staatsprüfung fest. So z. B. wird das schweizerische Reifezeugniß auf Antrag dem Reifezeugnisse eines deutschen humanistischen Gymnasiums gleichgestellt; darin liegt eine wesentliche Bevorzugung der weiblichen Studenten vor den männlichen. Dem „Aerztl. Vereinsbl.“ zufolge sind 23 Damen, die im Auslande medicinische Prüfungen bestanden haben, Vergünstigungen für die Zulassung zur deutschen ärztlichen Staatsprüfung gewährt worden.

(Statistik.) Vom 5. bis inclusive 11. Mai 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7176 Personen behandelt. Hievon wurden 1533 entlassen; 168 sind gestorben (9.87% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 62, egypt. Augentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 91, Scharlach 101, Masern 348, Keuchhusten 16, Rothlauf 57, Wochenbettfieber 4, Röheln 8, Mumps 61, Influenza 3, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 746 Personen gestorben (+ 42 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest der Professor der Psychiatrie Dr. KARL LAUFENAUER im Alter von 53 Jahren; in Berlin Dr. EDUARD GOLEBIEWSKI, einer der bedeutendsten Vertreter des Gebietes der Unfallheilkunde, 44 Jahre alt; in Leiden der Professor der Chirurgie daselbst J. E. von IBERSON im 59. Lebensjahre; in Erlangen der Director des Universitäts-Krankenhauses, Geheimrath Professor Dr. von HEINEKE, im 67. Lebensjahre; in Paris der Director der Assistance publique Dr. HENRI NAPIAS, 58 Jahre alt; in Turin Baron GAMBÀ, Director des Institutes für Rachitische, einer der größten Wohlthäter Italiens; in Helsingfors der dortige Professor der Anatomie Dr. GEORG ASP, im 67. Lebensjahre.

¹⁾ Anmerkung. Nach § 1 b des Statutes kann der Preis, falls die aus-geschriebene Preisfrage überhaupt keine oder keine befriedigende Beantwortung erfahren hat, dem Verfasser der besten im Laufe der letzten drei Jahre vor Schluß des Einreichungstermines erschienenen, oder ad hoc im Manuscripte dem Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte vorgelegten Untersuchungen aus dem Gebiete der medicinischen Wissenschaften, mit Einschluß der theoretischen Fächer, verliehen werden.

Frauenarzt Dr. J. FISCHER wohnt jetzt I., Salzthorgasse 1.

Ueber die Behandlung trockener Flechten und Scabies mit Chinisol schreibt Dr. med. Enrique Raab in Valparaiso der Chinisolfabrik Franz Fritzsche & Co. in Hamburg:

„Nachdem mir Ihr Chinisol bei Wundbehandlung, Stimmbänderentzündung etc. als antiseptische Lösung und Gurgelwasser schon sehr gute Dienste geleistet hat, kam ich auf den Gedanken, dasselbe bei Scabies und trockenen Flechten anzuwenden; in einem Falle war der Patient seit 2 Jahren an beiden Händen mit trockener Flechte behaftet, BILLKORN'sche Salbe, Salbe mit Acid. salicyl., Oxyd. zinc. und Lanolinae, mit warmen erweichenden Umschlägen abwechselnd, hatten keinen Erfolg.

Vor circa 22 Tagen gab ich nun dem Kranken folgende Salbe:

- Rp. Chinisol 1:0
- Benzin. pur. 10:0
- Lanolin. pur. 90:0
- Mf. ungt. moll.

ließ sie jeden Abend in ziemlicher Quantität auf die Hände auftragen, darauf eine Lage Watte legen und alsdann die Hände mit einer Cambriehinde umwickeln; mit diesem Verband verblieb der Kranke bis zum Morgen, unter Tag blieben die Hände ohne Salbe und wurden nur zweimal am Tage nach dem Waschen mit etwas Mandelöl eingerieben; überhaupt soll das Waschen so viel wie möglich eingeschränkt werden.

Nach 3 Tagen waren die Risse in der Haut verschwunden und die wunden Stellen geheilt; am 6. Tag festigte sich die Haut, ohne hart und brüchig zu werden, auch verschwand das Brennen und Jucken in den Handflächen; 4 Tage später waren die Hände normal und wurde die Salbe suspendirt, nur Mandelöl wird nach jedesmaligem Waschen noch aufgetragen; nachdem am 20. Tage keine neuen Risse und Abschälungen mehr auftraten, trotz Suspension der Medicin, konnte der Kranke als geheilt betrachtet werden.

Zwei weitere Fälle, nicht so schwer als der erste, wurden in 5 bis 6 Tagen geheilt, und bin ich nunmehr überzeugt, daß wir im Chinisol ein wirkliches Heilmittel für dermatologische Zwecke besitzen, und empfehle ich die von mir erprobte Formel allen Dermatologen.“

Aus Bädern und Sommerfrischen. Heuer sind es 100 Jahre, daß die berühmte Curanstalt Rohitsch-Sauerbrunn, das schöne „Steirische Karlsbad“, vom Lande Steiermark erworben worden ist. Zur Erinnerung an dieses denkwürdige Moment hat die rührige Anstaltsverwaltung eine typographisch brillant ausgestattete und auch inhaltlich anziehende und instructive Monographie der Perle der steiermärkischen Curorte, wie das liebliche Rohitsch-Sauerbrunn auch genannt wird, erscheinen lassen. Als Novum entnehmen wir dieser Publication, an deren Spitze schon das Project einer Bahnhofanlage zu sehen ist, daß zu der großen Fülle von Einrichtungen aller Art, über die Rohitsch-Sauerbrunn verfügt, heuer auch eine neue, mit allen molernen Behelfen versehene Kaltwasserheilanstalt sich gesellen wird.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Mai-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Ueber die Innervation der Blase mit besonderer Berücksichtigung des Tripperprocesses.“ Von Prof. Dr. Max v. Zeissl in Wien.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der Einbanddecken sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für MEDICINAL-MOORBÄDER im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Hussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“ für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.) Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER. (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie * Massage
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
Heisluft-Behandlung. * Kohlensäure- u. elektrische Bäder.
Dr. Anton Bum Doc. Dr. Max Herz
Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
CURSE FÜR ÄRZTE.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien: 151

Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre

bearbeitet von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C. A. Ewald. Ergänzungsheft 1901 zur dreizehnten Auflage. Auf Grundlage des Arzneibuchs für das Deutsche Reich IV. Ausgabe mit Berücksichtigung der neuesten Arzneimittel. Gr. 8. 1901. 2 M. 40 Pf. (Dreizehnte Auflage. Gr. 8. 1898. 20 M.)



Farbenfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,

Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

hedonal.

Neues Hypnoticum,

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spec. Ind.: nervöse Agrypnie (bes. bei Neurasthenie, Depressionszuständen etc.). Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten. Auch per clysm.

Creosotal.

Frei von jeder Aetz- und Giftwirkung. Dosis: 1/2—5 Theelöffel voll pro die.

Ind.: Lungentuberkulose, Bronchitis, Pneumonie, chron. Katarrhe, Influenza, Typhus, Scrophulose.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 1,0 gr. 3—5mal täglich (am besten im Laufe des Spätnachmittages).

Duotal.

Reinstes Guajacolderivat.

Dosis: 0,5 gr. steigend bis 6 gr. pro die.

Heroin. hydrochl.

Salophen

Trional

Duotal

Epicarin

Europen

Somatose.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Dormiol

Prompt
wirkendes
und billiges

Schlafmittel

In Dosen von 0,5–3,0 gr.

Dem Chloralhydrat an Wirkung gleich **ohne dessen Nachteile.**

Keine Nebenwirkungen beobachtet. Wird auch von Herzkranken vertragen, für welche besonders

Dormiolcapseln zu 0,5 gr.
empfohlen werden.

Ausführliche Litteraturberichte durch:

Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rh.

E. Merck

chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin.

Neues vorzügliches, in psychiatrischen Kliniken, Heilanstalten, als auch in der Privatpraxis bewährtes **Antiepilepticum** und **Sedativum**. Bester Ersatz für Bromalkalien und gänzlich frei von den unangenehmen Nebenwirkungen derselben. Vorzügliches Mittel bei nervösen Störungen, insbesondere geeignet für die Kinderpraxis.

Vgl. *Leubuscher*, Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1899, Bd. V; *Zimmermann*, Neurolog. Centralblatt, 1899, Nr. 11; *Schulze*, Dissertation, Göttingen, 1899; *Wulff*, Aertzliche Monatsschr., 1899, Nr. 11; *R. Laudenheim*, Therapie d. Gegenw. 1900, Nr. 7.

Dionin.

Neues Morphinderivat, ohne die gefährlichen Nebenwirkungen des Morphins und seiner Abkömmlinge. Bewährt bei allen Erkrankungen der Athmungsorgane. In subcutaner Anwendung Ersatzmittel f. Morphin bei Entziehungsuren, sowie bei melancholischer Verstimmung und bei decrepiden, gegen Morphin empfindlichen Patienten. Nach *Meltzer* Ersatz für Morphin und Hyoscin bei Erregungszuständen.

Vgl. *Ranschoff*, Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 20; *Meltzer*, Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 51; *Fromme*, Allgem. med. Centralztg., 1900, Nr. 24 u. 25; *W. Salzmann*, Wiener med. Presse, 1900, Nr. 24; *Bornikoeel*, Therapie d. Gegenwart, 1900, Nr. 4.

Literatur auf Wunsch gratis und franco.

DIE HEILGYMNASTISCHEN APPARATE
System Dr. Max Herz, Wien

PATENT.

FERTIGEN IN SOLIDER, ELEGANTER AUSFÜHRUNG

Rossel, Schwarz u. Co.
Dotzheim-Wiesbaden.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL, WIEN IX/3
UNIVERSITAETSSTR. 12

ELEKTR.-MED. APPARATE
ROENTGEN & ERLANGEN LICHTHEILAPP.

BERLIN-N. BUDAPEST-VI. MUENCHEN
FRIEDRICHSTR. 131-G. Ö-UTCZA 42. SONNENSTR. 13

ILL. KATALOGE GRATIS

SAPOLAN,

ein Naphthaprodukt, von Professor Mraček (vide Novemberheft des „Archiv für Dermatologie“), sowie von Dr. Lesser von der Poliklinik Prof. Max Joseph (vide Novemberheft der „Therapie der Gegenwart“) begutachtet und zur Anwendung bei **acuten und chronischen Ekzemen** wärmstens empfohlen.

Separatabdrücke und Proben zu Versuchszwecken kostenfrei durch **Jean Zibell & Co., Wien, XVI/1.**

Verkauf durch die Apotheken, respective Drogengrosshandlungen; wo nicht erhältlich, wende man sich direct an die Verkaufsstelle:

Philipp Röder, Wien, III/2.

Dr. Emmerich's Heilanstalt für Nervenranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphin- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphin und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphin und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geistesranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** 2 Aerzte.

ECHTER KEFIR LEHMANN'sche ANSTALT
Somatose-Kefir
WIEN. I., Lugeck 2. (Orendihaus.)

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Bchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Die Nervenerkrankungen durch Verletzung. (Traumatische Neurosen und Neurosen e traumate.) Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT. — Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium FÜRTH in Wien. Zur Pathologie der Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier. Von Dr. ROBERT KIENBÖCK. — **Aus der Praxis.** Beitrag zur Vergiftung mit Stechapfelsamen. Von Dr. RUDOLF BENESCH in Groß-Kadolz. — **Referate.** GUSTAV SPIESS (Frankfurt a. M.): Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des Keuchhustens. — KÖRTE und HERZFELD (Berlin): Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung). — AD. CZERNY (Breslau): Kinder neuropathischer Eltern. — A. NUSCH (Nürnberg): Weitere Mittheilungen über den therapeutischen Werth von Heroin und Aspirin. — WARNECK: Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauterin-gravidität. — ŠAMBERGER: Tabes dorsalis und die Herzfehler. — MAX FISCHER (Illenau): Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel. — JAWORSKI (Krakau): Ueber den Gebrauch der Aqua magnesia effervescens. — A. HIRSCH (Stuttgart): Zur Kenntniß der Wirkung des Morphins auf den Magen. — ALAPY (Budapest): Zur Frage der retrograden Sondirung der Narbenstricturen der Speiseröhre. — DANYSZ (Paris): Un microbe pathogène pour les rats et son application à la destruction de ces animaux. — CHRISTMAS: Contribution à l'étude du gonococque et de sa toxine. — **Literarische Anzeigen.** Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Von Prof. Dr. H. FAIRSCH, Geh. Medicinalrath, Director der Universitäts-Frauenklinik in Bonn. — Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente. Von Prof. Dr. FL. KRATSCHEMER und Mag. pharm. EM. SENFT. — Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittels der Uhr. Von Dr. E. PRAUN, Augenarzt in Darmstadt. — **Feuilleton.** Beiträge zur socialen Medicin. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. V. — **Kleine Mittheilungen.** Zur medicamentösen Behandlung des Diabetes mellitus. — Wundbedeckung mit der v. BRUNS'schen Airolpaste. — Behandlung des Unterschenkelgeschwürs. — Anorexie. — Heroin. — Somatosedarreichung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congreß für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) IV. — 30. *Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) V. — *Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900.* (Orig.-Ber.) XXIX. — *Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.* (Orig.-Ber.) — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Der neue gerichtsarztliche Gebührentarif. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Nervenerkrankungen durch Verletzung.

(Traumatische Neurosen und Neurosen e traumate.)

Von **Professor Dr. Moriz Benedikt.***)

M. H.! Vor allem möchte ich Ihnen sagen, warum diese Frage mich persönlich in mehrfacher Beziehung außerordentlich interessirt. Eine Autorität — der große englische Staatsmann GLADSTONE — hat seinerzeit den Ausspruch gethan: Die Aerzte werden in Zukunft die Führer der Menschheit in dem Sinne werden, daß sie in erster Linie berufen sind, jene Auffassung der Weltvorgänge und jene Weltanschauung zu vertreten, welche jene der Zukunft sein werden. Diesem Ziele stehen wir noch sehr ferne, da die Aerzte, von massenhafter Detailarbeit erdrückt, sich selten mit den großen Problemen der Erkenntniß beschäftigen.

Eines werden und sollen wir aber immer sein: Freunde der Menschheit. Wir sehen in unserem Berufe unendlich viel Trauriges, das uns elegisch zu stimmen geeignet ist, nämlich das Elend, und zunächst jenes, das aus Unfällen und aus Erkrankung hervorgeht.

Wenn ich mich zurückversetze in die Zeit, bevor wir ein Haftpflichtgesetz, bevor wir ein Unfallversicherungsgesetz hatten, so erinnere ich mich mit Schmerz an die peinlichen Scenen, als wir so viele Krüppel nach Unfällen sahen, die einfach ins Elend hinausgestoßen wurden und wir machtlos dem Unrechte gegenüberstanden.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctorencollegiums“ am 28. Januar 1901.

Noch heute stehen wir häufig solchem Elend hilflos gegenüber, weil noch eine große Lücke der socialen Gesetzgebung vorhanden ist, nämlich der Mangel eines richtigen Invaliditätsgesetzes für die arbeitenden Classen. Unsere Aufgabe als Aerzte und als Freunde der Menschheit und speciell der Elenden bleibt es, immer den ersten Hebel in philanthropischer Richtung anzusetzen und mit beizutragen, daß das Elend gemildert werde.

Das war das eine Motiv für mein Interesse für die „traumatischen Neurosen“ (auch als Shokneurosen, traumatische Hysterie oder traumatische Neurasthenie bezeichnet), speciell für die Unfälle durch Eisenbahnunglück, und ich habe mich bemüht, die Juristen dafür zu interessiren und sie in dieser Richtung zu instruiren. Denn ohne richtigen juridischen Beistand ist der social Schwächere immer im Nachtheile.

Das andere Interesse ist ein hochgradig wissenschaftliches und hat mich bei meinem Gedankenkreise besonders angeregt.

Seit dem Jahre 1866 wurde die Aufmerksamkeit auf das specielle Krankheitsverhalten bei Eisenbahnunfällen durch ERICHSON gelenkt. Es wurde anfangs als Railway brain oder als Railway spine defnirt, und erst von CHARCOT ist das richtige Schlagwort ausgegeben worden, es handle sich bei vielen dieser Fälle um eine traumatische Hysterie. Diese Auffassung hat merkwürdiger Weise anfangs viele Gegner gefunden, und in einem Briefe aus dem Jahre 1892 klagte noch CHARCOT, daß die deutschen Gelehrten darauf nicht eingehen wollten.

Ich begegnete mich damals mit CHARCOT in dem Sinne, daß es mir damals gelungen war¹⁾, das biomechanische Princip der Hysterie zu formuliren und in dem Satze aus-

¹⁾ S. Abhandlung: „Ueber Neuralgien und neuralgische Affectionen“. Klinische Zeit- und Streitfragen. VI. Bd., Wien 1891.

drücken zu können: die erhöhte Erschütterbarkeit des Nervensystems bilde das Wesen der Hysterie. Wir wissen bekanntlich, daß die Nerven des weiblichen Geschlechtes erschütterbarer sind als die des männlichen, und darum ist auch die Hysterie bei den Frauen viel häufiger als bei den Männern. Diese Erschütterbarkeit war nun sozusagen durch ein Experiment der Natur, als Wirkung des Eisenbahnshoks, gegeben.

Sobald dieses Grundprincip für die traumatischen Neurosen festgestellt war, konnte man sich eine große Zahl von Erscheinungen erklären, z. B. den außerordentlichen Einfluß der Proceßführung auf die Patienten. Besonders inquisitorische Untersuchungen durch die Vertrauensmänner der haftpflichtigen Eisenbahn- und der entschädigungspflichtigen Unfallversicherungs-Gesellschaften, die fortwährende Insinuation der Verstellung etc. etc. üben einen schädlichen Einfluß aus. Wohlwollenden Aerzten gegenüber fallen die Uebertreibungen viel mehr weg.

Außerdem weiß man aus weiterer Verfolgung der Biomechanik der Hysterie, daß eine ganze Menge paradoxer Erscheinungen auftreten, die wir bisher noch nicht verstanden haben, zum Theile vielleicht noch lange nicht verstehen werden. Es besteht aber bei vielen Aerzten die Neigung, alles ableugnen zu wollen, was sie nicht verstehen oder was sie beim gegenwärtigen Stande des Wissens nicht erweisen können.

Es muß uns aber der denkmethodische Satz immer vorschweben, Unverstandenes kann reell und Unerwiesenes kann vorhanden sein.

Mein Interesse an dieser quasi experimentellen Shok-erkrankung wuchs immer, und gerade die Beobachtung dieser paradoxen Phänomene waren mit Ursache, daß ich im Jahre 1897 auf dem Congresse in Moskau den Satz aussprechen konnte, daß die Nerven doppelte sind. Dadurch ist es erklärlich geworden, warum Irradiationen im motorischen Nervensystem vorkommen, daß von den Centren aus periphere Symptome hervorgerufen werden, ferner wieso trophische, vasomotorische Vorgänge in einer Weise erzeugt werden können, wie wir sie im gesunden Zustande nicht beobachten und in sonstigen typischen Fällen ähnlicher Krankheitsformen nicht auftreten sehen.

Man muß sich dessen bewußt sein, um nicht zu leicht anzunehmen, daß Simulation vorliege, wenn uns eine Erscheinung räthselhaft ist. Ich werde darauf später noch zurückkommen.

Wenn wir zunächst den Shok als rein seelischen beurtheilen, so sei vor allem bemerkt, daß es sehr eigenthümlich ist, daß derselbe Shok auf zahlreiche Individuen einwirken kann und in jedem Individuum eine andere Wirkung und bei vielen Leuten sogar keine Wirkung hervorrufen kann. Ein College ist bei einem schweren Eisenbahnunglück aus einem zertrümmerten Waggon ohne irgend eine Verletzung und ohne Shok herausgekrochen, während wir schwere Fälle von traumatischer Neurose bei demselben Unfälle gesehen haben. Ferner beobachtet man, daß starke Shokreize bei demselben Individuum einmal ohne Wirkung sind, ein anderes Mal schwere Erscheinungen hervorrufen.

Weiters ist noch zu bemerken, daß der psychische Shok gar nicht im ersten Augenblick wirksam sein muß, und daß erst kurz später, z. B. durch Erinnerung an die Schreckensscenen und aus dem nachträglichen Erkennen der Gefahr die Wirkung hervortreten kann. Alle diese Erfahrungsgesetze kann ich Ihnen aus meinem eigenen shokreichen Leben illustriren.

Als Knabe war ich in Gefahr, in der Donau zu ertrinken; dies blieb ohne jeglichen Eindruck auf mich; ich bin immer furchtlos im Wasser geblieben, trotzdem ich ein mittelmäßiger Schwimmer bin.

Bei meiner ersten Gletscherbesteigung im Jahre 1854 am Dachstein erlitt ich eine gefährliche Abrutschung, die ohne Shokwirkung blieb, und ich habe seitdem ohne Aufregung gefährliche Besteigungen mitgemacht. Als Militärarzt machte ich im August einen Dienstritt in Friaul, mitten in der

Ebene. Etwa 12 Kilometer vor der Station wurde mein Pferd plötzlich scheu und ging durch, setzte über Balken, durch Wasser und rannte durch mehrere Ortschaften mit gewundenen Gassen, ohne richtig eingesprengt werden zu können. Erst im Hofe des Palastes, in dem wir einquartiert waren, wurde es ruhig. Da erfuhr ich erst den Grund, weshalb das Pferd gescheut hatte. Es hatte einen Bären gewittert, der kurz nachher dort, wo ich vorbeiritt, erschlagen wurde.

Auch dieses Abenteuer hatte keinen Eindruck auf mich gemacht, obwohl ich kein routinirter Reiter war. Dieses sonderbare Abenteuer klärte mir nach Jahren ein bekannter Bärenjäger auf. Bären und Gamsen werden öfters — wahrscheinlich durch den Genuß von Tollkirsche — tobsüchtig und rennen dann in die Ebene, bis sie meist ermattet verenden. Nur wenn sie rechtzeitig zu sich kommen, kehren sie in die Berge zurück.

Ich will nun von einem kleinen Zufalle sprechen, der hingegen einen lange dauernden Eindruck hervorrief. Bei einer Fahrt im Engadin stürzte der Wagen an einen Eckstein anprallend, ich wurde herausgeschleudert und erlitt eine kleine Verletzung. Unmittelbar darauf verspürte ich gar keinen Eindruck und ich fuhr am 2. Tage auf dem Imperial eines Postwagens über den Schyn- und Julier-Paß. Aber nachträglich hat sich ein triebartiger Angstzustand herausgebildet und jahrelang konnte ich über keine schiefe Ebene fahren. Angstgefühle — ohne Furcht — hatte ich selbst in der Stadt bei einigermaßen geneigten Straßen.

Ein anderer bleibender Eindruck, den ich bis heute noch nicht ganz losbekommen habe, rührte von einem Abenteuer aus der ersten Kindheit her. Ich war damals nämlich in Gefahr, von einem Stiere gespießt zu werden und bis heute beklemmt mich noch die Nähe eines solchen Thieres. Durch solche Selbstbeobachtungen bekommt man den richtigsten Eindruck von dem Wesen des Shoks.

Wie nachträglich Shokerscheinungen auftreten, beobachtet man in lehrreicher Weise bei Conducteuren oder Locomotivführern. Es stellt sich oft nachträglich Fahragst und Locomotivfurcht ein. Sie sind noch kurze Zeit imstande zu fahren. Das Angstgefühl steigert sich aber derart, daß die Fahrfähigkeit für lange Zeit oder für immer schwindet.

Wir werden später noch erörtern, ob der psychische Shok allein die Symptome der traumatischen Neurosen erzeugt; ich will hier die constantesten Symptome, besonders bei Eisenbahnunfällen, erörtern.

Eine hervorragende Rolle spielt: 1. Der statische Schwindel, besonders beim Stehen mit geschlossenem Auge. Er kann sich langsam entwickeln und sich in den nächsten Wochen nach dem Unfälle allmähig steigern. Zunächst folgt (2.) an Häufigkeit Adynamie der Extremitäten.

Ich muß hier theoretisch etwas ausholen.

Wir verstehen unter Adynamie (Schwäche, Kraftlosigkeit) die Muskelunfähigkeit, bei willkürlichen Bewegungen Widerstände zu überwinden oder starke Zugkraft auszuüben, während die Fähigkeit, den Muskel in normaler Weise zu verkürzen, erhalten ist. Die Adynamie wird häufig mit Parese, i. e. mit unvollständiger Lähmung verwechselt; allein Parese bedeutet unvollständige Fähigkeit zur willkürlichen Verkürzung, während die völlige Unfähigkeit dazu Lähmung (Paralyse) ist.

Die Dynamisierung der Muskeln erfolgt auf dem Wege durchs Kleinhirn, während die willkürliche Verkürzung Leistung einer anderen Bahn ist.²⁾

Daß zwei so eminent cerebellare Symptome, wie statischer Schwindel und Adynamie, besonders bei Eisenbahnunfällen so constant sind, beweist die hohe Erschütterbarkeit des Kleinhirns.

Ich will hier bemerken, daß die Constatierung der Adynamie — mit Ausschluß von Simulation — dadurch er-

²⁾ S. die ausführliche Erörterung dieser Verhältnisse in der Abhandlung: „Tabesfragen“ (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin 1901).

Soeben hat im Verlage von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien zu erscheinen begonnen:

DIE
DEUTSCHE KLINIK
AM EINGANGE
DES ZWANZIGSTEN JAHRHUNDERTS

IN AKADEMISCHEN VORLESUNGEN
UNTER MITARBEIT VON 172 DER HERVORRAGENDSTEN KLINIKER DEUTSCHLANDS,
ÖSTERREICHS UND DER SCHWEIZ

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ERNST v. LEYDEN

O. Ö. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BERLIN, GEH. MEDICINAL-RATH

UND

DR. FELIX KLEMPERER

PRIVATDOCENT AN DER UNIVERSITÄT BERLIN (FRÜHER STRASSBURG I. E.)

MIT ILLUSTRATIONEN UND TAFELN.



Erscheinungsweise:

Das Werk erscheint in etwa zehn Bänden im ungefähren Umfange von je 40 Bogen. Bei Ueberfülle des Stoffes werden die Bände auch in mehreren Abtheilungen erscheinen.

Die Ausgabe findet in gleichmässigen Lieferungen von circa 4 Druckbogen statt und zwar in der Weise, dass — um das Erscheinen des Werkes zu beschleunigen und gleich ein möglichst vielseitiges Bild des ganzen Unternehmens darzubieten — nicht der Reihe nach zuerst die Lieferungen des ersten Bandes und nach dessen Abschluss die der folgenden Bände ausgegeben werden, sondern indem sämtliche Bände möglichst gleichzeitig begonnen und in Lieferungen je nach Maassgabe des vorliegenden Materials unter entsprechender Bezeichnung durcheinander weiter erscheinen werden.

Monatlich sollen etwa 3—4 Lieferungen zur Ausgabe kommen: das ganze Werk dürfte demnach in etwa 2—3 Jahren vollständig sein.

Der Preis für die Lieferung beträgt 1.60 Mk. = 1.90 K. Etwa 10 Lieferungen werden zu einem Bande vereinigt. — Einzelne Hefte und Bände werden nicht abgegeben.

Gesamt-Inhalt des Werkes:

I. Band. **Allgemeine Pathologie u. Therapie.**
II. Band. **Infectionskrankheiten.**
III. Band. **Constitutionsanomalien und Blutkrankheiten.**
IV. Band. **Erkrankungen der Athemwege, des Herzens und der Nieren.**
V. Band. **Erkrankungen der Verdauungsorgane.**

VI. Band. **Nerven- und Geisteskrankheiten.**
VII. Band. **Kinderkrankheiten.**
VIII. Band. **Chirurgische Vorlesungen (einschliesslich Ophthalmologie u. Otiatrie).**
IX. Band. **Geburtshilfliche und gynäkolog. Vorlesungen.**
X. Band. **Blasen- und Geschlechtskrankheiten. Dermatologie.**



Prospekt.



Die Klinik, die den Studierenden zum Arzte heranbildet, bewahrt mit diesem nicht mehr die Föhlung, welche für beide Theile erwünscht und erspriesslich ist; je länger der Arzt in der Praxis steht, umso mehr geht der Zusammenhang zwischen ihm und der Klinik verloren.

Den nothwendigen Contact zwischen den centralen Bildungsstätten und dem ärztlichen Praktiker zu erneuern und zu erhalten, ist die Aufgabe und Tendenz des gegenwärtigen Werkes. Dasselbe wendet sich vornehmlich an die Aerzte in Stadt und Land, denen die Ferien- und Fortbildungscourse, welche an vielen Universitäten abgehalten werden, die ärztlichen Vereine und Congresse, die Postgraduate Lectures des Auslandes u. s. w. — sämtlich Institutionen, die aus ähnlichem Bedürfniss hervorgegangen sind und in ähnlicher Richtung wirken sollen — aus äusseren Gründen nicht zugänglich sind. Diesen soll die »Deutsche Klinik« über alle wissenschaftlichen, diagnostischen, therapeutischen und technischen Fortschritte der Medicin, soweit sie für die Praxis von Bedeutung sind, Bericht erstatten.

Das neue Werk wird, dem genannten Zwecke entsprechend, keine systematische und vollständige, Capitel für Capitel aneinandergereihte Bearbeitung der Pathologie und Therapie darstellen; sondern in reger Abwechslung, frei und lebendig, wie der Unterricht im klinischen Hörsaal sich abspielt, wird sich Vortrag an Vortrag reihen; das Altbekannte, in allen Lehrbüchern Gesagte soll nur kurz angedeutet werden, soweit es der Zusammenhang nothwendig macht; das Hauptgewicht soll auf alles Neue, sofern es von Werth ist, auf das für den Arzt Brauchbare und Interessante gelegt werden.

Ein Werk dieser Art trägt natürlich, wie die Klinik selbst, den Keim beständiger Fortentwicklung in sich. Ohne eine spätere Weiterführung auszuschliessen, ist jedoch zunächst ein fester Abschluss für das Werk in Aussicht genommen. In etwa 10 Bänden werden alle praktischen Fächer der Medicin (Innere Medicin, Chirurgie, Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Syphilidologie und Dermatologie etc.) ausgiebig behandelt werden; Special- und General-Register am Schlusse der Einzelbände und des ganzen Werkes werden die verschiedenen Theile zur Einheit zusammenfassen und das Werk auch zum praktischen Gebrauch als Nachschlagewerk geeignet machen. Die umstehende Liste der Mitarbeiter und das Inhaltsverzeichniss lassen erkennen, dass das Werk halten wird, was sein Name verspricht: **ein getreues Bild zu geben der deutschen Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts, so lebensvoll und so gewaltig, wie es die Forschung und das Wissen der Gegenwart selbst sind.**

Die Verlagshandlung Urban & Schwarzenberg.

Inhalt der bisher erschienenen Lieferungen 1—12:

Lieferung 1

(Band I, Allg. Pathologie und Therapie S. 1—72)

v. Leyden, Zur Einleitung: Die deutsche Klinik im Beginne des 20. Jahrhunderts. — **Senator**, Die Autointoxicationen und ihre Behandlung. — **Dönitz**, Die Infection. — **v. Leube**, Ueber extrabuccale Ernährung.

Lieferung 2

(Band II, Infectionskrankheiten S. 1—64)

Baginsky, Ueber Diphtherie und diphtherischen Croup. — **Bäumler**, Der acute Gelenkrheumatismus.

Lieferung 3

(Band III, Constitutionsanomalien S. 1—64)

Naunyn, Diabetes melitus. — **Ewald**, Ueber Myxödem. — **Grawitz**, Die Chlorose.

Lieferung 4

(Band IV, 1. Abt., Erkrankungen der Athemwege S. 1—60)

Strübing, Husten und Auswurf. — **A. Fränkel**, Ueber Bronchialasthma.

Lieferung 5

(Band VI, 1. Abt., Nervenkrankheiten S. 1—64)

Eichhorst, Neuralgien. — **Erb**, Paralysis agitans. — **Edinger**, Kopfschmerz und Migräne.

Lieferung 6

(Band VII, Kinderkrankheiten S. 1—56)

Czerny, Ernährung der Kinder. — **Monti**, Affectionen der Mundschleimhaut und Mundpflege bei Kindern. — **Soltmann**, Scrophulose und Tuberculose der Kinder.

Lieferung 7 bis 9

(Band IX, Frauenkrankheiten S. 1—168)

v. Winkel, Ueber die Dauer der Schwangerschaft. — **Löhlein**, Diagnose der Schwangerschaft. — **Hofmeier**, Die Verhütung puerperaler Infectionen. — **Fehling**, Rückwärtslagerung der Gebärmutter. — **Veit**, Gebärmutterkrebs. — **Martin**, Schwangerschaft ausserhalb des Uterus. — **Ahlfeld**, Behandlung der Nachgeburtsperiode. — **Landau**, Symptome und Behandlung der Myome.

Lieferung 10

(Band X, 2. Abt., Dermatologie S. 1—64)

Unna, Diagnose und Behandlung der Hautkrankheiten durch den praktischen Arzt. — **Neisser**, Jucken und juckende Hauterkrankungen. — **Kaposi**, Dermatomykosen.

Lieferung 11

(Band I, Allg. Pathologie und Therapie S. 73—144)

v. Behring, Die experimentelle Begründung der antitox. Diphtherie-Therapie. — **Mendelsohn**, Krankenpflege. — **Buttersack**, psychische Therapie.

Lieferung 12

(Band II, Infectionskrankheiten S. 65—128)

Fürbringer, Influenza. — **Rumpf**, Cholera nostras und Cholera indica. — **Kolle**, Die Pest.

Im Druck, resp. Vorbereitung für die folgenden Lieferungen befinden sich aus:

Band I, Allg. Pathologie und Therapie:

Dönitz, Ueber Immunität. — **G. Klemperer**, Das Fieber und seine Behandlung. — **Rosenbach**, Morphinum als Mittel der Kraftbildung (eine energetotherapeutische Studie).

Band II, Infectionskrankheiten:

Hoppe-Seyler, Dysenterie und Amöben-Enteritis.

Band III, Constitutionsanomalien:

Ebstein, Gicht. — **Ehrlich-Lazarus**, Anämien. — **D. Gerhardt**, Diabetes insipidus.

Band IV 1. Abt., Erkrankungen der Athemwege:

Matterstock, Untersuchung der Lungen. — **Unverricht**, Pneumothorax.

Band IV 2. Abt., Erkrankungen des Herzens:

Martius, Herzuntersuchung. — **Schrötter**, Arteriosklerose. — **Michaelis**, Endocarditis.

Band IV 3. Abt., Erkrankungen der Nieren:

Blumenthal, Chem. Untersuchung der im Harn vorkommenden klinisch wichtigen Substanzen. — **Rosenstein**, Ueber acute Nierenerkrankung. — **v. Strümpell**, Chronische Nephritis.

Band V, Erkrankungen der Verdauungsorgane:

Rosenheim, Oesophagostenosen. — **Fleiner**, Geschichte und Klinik der Magenspülungen. — **Leo**, Funktionelle Erkrankungen des Magens. — **Hoppe-Seyler**, Schleimkolik und häutiger Darmkatarrh. — **Kraus**, Neubildungen der Leber und der Gallenwege. — **Oser**, Pankreaserkrankungen. — **Riegel**, Magenerweiterung.

Band VI 1. Abt., Nervenkrankheiten:

Geigel, Gehirnblutung und Embolie. — **Wernicke**, Aphasie.

Band VI 2. Abt., Geisteskrankheiten:

Sommer, Allg. Diagnostik der Geisteskrankheiten. — **Binswanger**, Progress. Paralyse der Irren. — **v. Krafft-Ebing**, Sexuelle Perversionen.

Band VII, Kinderkrankheiten:

Henoch, Pneumonie der Kinder und ihre Behandlung. — **Hoffa**, Cerebrale und spinale Kinderlähmung. — **Falkenheim**, Mumps.

Band VIII, Chirurgische Vorlesungen:

v. Mikulicz, Antiseptik und Asepsis. — **Schleich**, Locale Anaesthesia. — **Sonnenburg**, Perityphlitis. — **Gluck**, Plastische Chirurgie im 19. Jahrhundert. — **Ledderhose**, Folgen der Unfallverletzungen. — **Schmidt-Rimpler**, Die Behandlung der wichtigeren Augenerkrankungen durch den praktischen Arzt. — **Kehr**, Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit.

Band X 1. Abt., Blasen- und Geschlechtskrankheiten:

Posner, Katheterfieber. — **Nitze**, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Cystoskopie. — **Neisser**, Diagnose der Syphilis. — **Lesser**, Vererbung der Syphilis.

Band X 2. Abt., Dermatologie:

Caspary, Erythema. — **Lassar**, Haarverlust und seine Behandlung.

u. a. m.

==== *Allmonatlich gelangen möglichst weitere 3—4 Lieferungen zur Ausgabe.* ====

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ahlfeld**, Marburg — Geh. San.-Rat Dr. **Em. Aufrecht**, Magdeburg — Prof. Dr. **Adolt Baginsky**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Bäumler**, Freiburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. **Behring**, Marburg — Prof. Dr. **M. Benedikt**, Wien — Prof. Dr. **Bernhardt**, Berlin — Prof. Dr. **Bier**, Greifswald — Hofrat Prof. Dr. **Binswanger**, Jena — Privatdocent Dr. **Blumenthal**, Berlin — Prof. Dr. Ernst **Bumm**, Basel — Privatdocent Dr. **Buschke**, Berlin — Stabsarzt Dr. **Buttersack**, Berlin — Prof. Dr. **J. Caspary**, Königsberg — Privatdocent Dr. **L. Casper**, Berlin — Prof. Dr. **Georg Cornet**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Curschmann**, Leipzig — Prof. Dr. **Adalb. Czerny**, Breslau — Geh. Hofrat Prof. Dr. **V. Czerny**, Heidelberg — Geh. Med.-Rat Prof. **W. Dönitz**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **W. Ebstein**, Göttingen — Prof. Dr. **Edinger**, Frankfurt a. M. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ehrlich**, Frankfurt a. M. — Prof. Dr. **Eichhorst**, Zürich — Prof. Dr. **A. Freiherr v. Eiselsberg**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **W. Engelmann**, Berlin — Geh. Hofrat Prof. Dr. **W. H. Erb**, Heidelberg — Prof. Dr. **Escherich**, Graz — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Eulenburg**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ewald**, Berlin — Prof. Dr. **Hugo Falkenheim**, Königsberg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fehling**, Halle — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Flehsig**, Leipzig — Hofrat Prof. Dr. **Fleiner**, Heidelberg — Prof. Dr. **A. Fraenkel**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **B. Fraenkel**, Berlin — Prof. Dr. **W. A. Freund**, Strassburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fritsch**, Bonn — Hofrat Prof. Dr. **Fuchs**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fürbringer**, Berlin — Hofrat Prof. Dr. **Fürstner**, Strassburg — Prof. Dr. **Geigel**, Würzburg — Prof. Dr. **D. Gerhardt**, Strassburg — Prof. Dr. **Th. Gluck**, Berlin — Prof. Dr. **Goldscheider**, Berlin — Prof. Dr. Ernst **Grawitz**, Berlin — Prof. Dr. **E. Grunmach**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Gusserow**, Berlin — Dr. **Gutzmann**, Berlin — Prof. Dr. **Hansemann**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hefferich**, Kiel — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Henoch**, Dresden — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heubner**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hirschberg**, Berlin — Prof. Dr. **A. Hoche**, Strassburg — Prof. Dr. **A. Hoffa**, Würzburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hoffmann**, Leipzig — Prof. Dr. **Max Hofmeier**, Würzburg — Prof. Dr. **Hoppe-Seyler**, Kiel — Prof. Dr. **Hueppe**, Prag — Privatdocent Dr. **Jacob**, Berlin — Prof. Dr. **E. Jacobi**, Freiburg i. B. — Prof. Dr. **J. Jadassohn**, Bern — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Jaffé**, Königsberg — Prof. Dr. v. **Jakach**, Prag — Privatdocent Dr. **Jansen**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Jolly**, Berlin — Prof. Dr. **J. Jarsael**, Berlin — Prof. Dr. **Th. v. Jürgensen**, Tübingen — Hofrat Prof. Dr. **Kaposi**, Wien — Dr. **F. Karewski**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Kast**, Breslau — Prof. Dr. **Kehr**, Halberstadt — Prof. Dr. **E. H. Kisch**, Prag — Privatdocent Dr. **F. Klemperer**, Berlin — Prof. Dr. **G. Klemperer**, Berlin — Prof. Dr. **Th. Kocher**, Bern — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **F. König**, Berlin — Prof. Dr. **A. Kohls**, Strassburg — Prof. Dr. **Kolle**, Berlin — Hofrat Prof. Dr. **R. Freih. von Krafft-Ebing**, Wien — Prof. Dr. **Kraus**, Graz — Prof. Dr. **A. Krehl**, Greifswald — Prof. Dr. **Kroenig**, Berlin — Prof. Dr. **Kronecker**, Bern — Prof. Dr. **Landau**, Berlin — Prof. Dr. **O. Lassar**, Berlin — Privatdocent Dr. **A. Lazarus**, Berlin — Prof. Dr. **Hans Leo**, Bonn — Prof. Dr. **Edm. Lesser**, Berlin — Prof. Dr. v. **Leube**, Würzburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. v. Leyden**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Lichtheim**, Königsberg — Prof. Dr. **Karl v. Liebermeister**, Tübingen — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Liebreich**, Berlin — Prof. Dr. **M. Litten**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Loeffer**, Greifswald — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Löhlein**, Giessen — Prof. Dr. **A. Martin**, Greifswald — Prof. Dr. **F. Martius**, Rostock — Prof. Dr. **Natterstock**, Würzburg — Prof. Dr. **Mendel**, Berlin — Prof. Dr. **M. Mendelssohn**, Berlin — Prof. Dr. **Freih. von Mering**, Halle — Privatdocent Dr. **Michaëlis**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **J. v. Mikulicz**, Breslau — Prof. Dr. **Minkowsky**, Strassburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Moell**, Berlin — Prof. Dr. **A. Monti**, Wien — Prof. Dr. **F. Moritz**, München — Prof. Dr. **Fr. Müller**, Basel — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Naunyn**, Strassburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Neisser**, Breslau — Hofrat Prof. Dr. **Neusser**, Wien — Prof. Dr. **Nitze**, Berlin — Prof. Dr. **Carl v. Noorden**, Frankfurt a. M. — Hofr. Prof. Dr. **Nothnagel**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Olshausen**, Berlin — Reg.-Rat Prof. Dr. **Oser**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Pelmann**, Bonn — Prof. Dr. **Franz Penzoldt**, Erlangen — Prof. Dr. **Posner**, Berlin — Hofrat Prof. Dr. **Pribam**, Prag — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Quinke**, Kiel — Prof. Dr. **L. Rehn**, Frankfurt — Ober-Stabs-Arzt Prof. Dr. **Renvers**, Berlin — Dr. **P. Fr. Richter**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Riegel**, Giessen — Prof. Dr. **Gust. Riehl**, Leipzig — San.-Rat Prof. Dr. **L. Riess**, Berlin — Prof. Dr. **Rosenbach**, Berlin — Prof. Dr. **Rosenheim**, Berlin — Prof. Dr. **Rosenstein**, Leiden — Privatdocent Dr. **Rosin**, Berlin — Prof. Dr. v. **Rosthorn**, Graz — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rubner**, Berlin — Prof. Dr. **Rumpf**, Hamburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Max Runge**, Göttingen — Prof. Dr. **Fr. Schauta**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Schatz**, Rostock — Prof. Dr. **C. L. Schleich**, Berlin — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Schmidt-Rimpler**, Göttingen — Hofrat Prof. **L. v. Schroetter**, Wien — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **B. S. Schultze**, Jena — Staatsrat Prof. Dr. **Schultze**, Bonn — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Senator**, Berlin — Prof. Dr. **Siemerling**, Tübingen — Prof. Dr. **Felix Skutsch**, Jena — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Soltmann**, Leipzig — Prof. Dr. **R. Sommer**, Giessen — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Sonnenburg**, Berlin — Prof. Dr. **R. Stern**, Breslau — Hofrat Prof. Dr. **Stintzing**, Jena — Privatdocent Dr. **Strasser**, Wien — Privatdocent Dr. **Strauss**, Berlin — Prof. Dr. **Strübing**, Greifswald — Prof. Dr. **Ad. v. Strümpel**, Erlangen — Prof. Dr. **Uhthoff**, Breslau — Dr. **G. P. Unna**, Hamburg — Med.-Rat Prof. Dr. **Unverricht**, Magdeburg — Prof. Dr. **Urbanitsch**, Wien — Prof. Dr. **J. F. Veit**, Leiden — Prof. Dr. **O. Vierordt**, Heidelberg — Privatdocent Dr. **Vulpius**, Heidelberg — Dr. **W. Weintraud**, Wiesbaden — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. Wernicke**, Breslau — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Winckel**, München — Reg.-Rat Prof. Dr. **Winternitz**, Wien — Prof. Dr. **O. Witzel**, Bonn — Prof. Dr. **Alfred Wolff**, Strassburg i. E. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **J. Wolff**, Berlin — Prof. Dr. **Th. Wyder**, Zürich — Geh. Hofrat Prof. Dr. **E. Ziegler**, Freiburg — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Zweifel**, Leipzig.

Dr. Lorenz begrüsst im Reichs-Med.-Anzeiger das Erscheinen des Werkes mit den folgenden Worten: „Ich gestehe, dass ich dem Erscheinen dieses Werkes etwas misstrauisch entgegenschah, obwohl der Name des Herausgebers wieder Grosses erwarten liess. Aber gründlicher und angenehmer bin ich noch nie enttäuscht worden. Fürwahr ein grossartiger Gedanke, ein bewundernswerter Entschluss von Herausgebern und Verlegern und ein die Kühnheit des Beginnens nur durch sein grossartiges, vollkommenes Gelingen überragendes, herrliches Werk!

Allerdings liegen mir erst die drei ersten Lieferungen vor, aber dennoch ist mein Urteil, bezw. Lob voll und ganz berechtigt, denn schon diese drei Lieferungen zeigen deutlich, wie grossartig das Ganze angelegt ist. Das ist kein trotz aller Gelehrsamkeit langweiliges Lehrbuch, in dem man nur ab und zu mal nachschlägt oder doch nur eben „studiert“, — nein, das ist lebendige Sprache, das packt, reisst hin und fesselt den Leser von der ersten Zeile an! Hier wird das Lernen zur Lust!

Die Sonne der medizinischen Wissenschaft konnte wahrlich im neuen Jahrhundert nicht schöner, strahlender, erwärmender und fruchtbringender über Deutschlands Aerztewelt aufgehen“.

BESTELL-SCHEIN.

Unterzeichneter bestellt hiermit mit der Verpflichtung zur Abnahme des ganzen Werkes
bei der **Buchhandlung**

**1 Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts
in akademischen Vorlesungen. Lieferung 1 und folgende.**

Genaue und deutliche Adresse:

leichtert wird, daß man den befohlenen Bewegungen Widerstand leistet, dann plötzlich ausläßt. Dabei schnellert der Körpertheil in der gegebenen Richtung weiter, während bei simulirter Schwäche dies nicht der Fall ist.

3. Ein drittes bemerkenswerthes Symptom der traumatischen Neurose ist die Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben und seltener für Weiß. Man wurde auf dieses Symptom bei den traumatischen Neurosen bald aufmerksam, nachdem man die Analogie mit der Hysterie, bei der diese Erscheinung häufig ist, erkannt hat. Wir haben darin ein sehr objectives Zeichen, ob eine Erkrankung vorhanden ist oder nicht. Mit dieser Einschränkung sind gewöhnlich eclatante Ermüdungscurven (v. REUSS) verbunden. Eine Täuschung in diesem Punkte wird wohl einem geschulten Augenarzte gegenüber Niemanden leicht gelingen.

Ein anderes (4.) fast constantes Symptom ist Tremor, und zwar meist kleinwelliges Zittern, besonders in den ausgestreckten Händen.

Wir kommen nun (5.) zu einer Erscheinungsgruppe, die mit verschiedenen Abwechslungen fast immer bei einigermaßen starkem Eisenbahnschok vorkommt, nämlich der Gehirnerscheinungen im engeren Sinne. Hierher gehören Angstgefühle, schlechter Schlaf, Unruhe, Aufregtheit neben Gemüthsdepression, Gedächtnißschwäche, echte Neurasthenie, d. i. Gefühl von Erschöpftsein bei Arbeitsversuch etc. Alle diese Symptome sind meist mit heftigen Kopfschmerzen verbunden und drücken sich in der Physiognomie, in der Haltung und im Benehmen des Kranken für den, der zu sehen und zu beobachten versteht, deutlich aus.

Die Klagen über diese Zustände können übertrieben sein und sind es oft. Aber der Beobachter wird sich bei einiger Unbefangenheit leicht über deren Vorhandensein oder deren Fehlen klar. Die Erscheinungen fallen auch oft der Laienumgebung drastisch genug auf und der Arzt und der Richter können und sollen sich durch Zeugenaussagen in schwierigen Fällen orientiren.

Wir kommen nun (6.) zu einem häufigen Symptome traumatischer Neurosen, zu den mannigfachen Schmerzen, die am meisten geeignet sind, Mißtrauen zu erregen, weil sie schwer zu objectiviren sind. Sehr viele Kranke mit Neuralgien gibt es, die kein Interesse haben, irgend eine Täuschung vorzunehmen, und wenn man darin Erfahrung besitzt und klinischen Blick hat, so wird man kaum in einem größeren Percentsatz einen halbwegs schwereren oder nur mittelschweren Fall verkennen. Es ist hier nicht der Ort, diese Zeichen: den physiognomischen Eindruck, die Haltung des Kopfes, des Rückens, der Extremitäten, den Athmungsrythmus etc., ausführlich zu erörtern. Man kann aus denselben objectiv nicht nur das Vorhandensein, sondern auch den Grad des Schmerzes beurtheilen, und zwar häufig auch in Pausen spontaner Schmerzhaftigkeit. Besonders bei Kephalgien, die bei den traumatischen Neurosen sehr häufig sind, ist der Gesichtsausdruck ein charakteristischer, der auch außerhalb des Anfalles vorhanden ist, und die Empfindlichkeit bei der Percussion des Schädels, bei der die Kranken, wenn man bestimmte Stellen trifft, zusammensucken, öfters betäubt werden, gibt uns ein wichtiges Hilfsmittel für die Objectivirung. Veränderlichkeit des Pulses, Pupillenreaction und Thränenfluß bei schmerzhaften Untersuchungen geben wichtigen Anhaltspunkt. Ob man aber bei Fehlen dieser Symptome auf Fehlen der angegebenen Schmerzen schließen dürfe, ist mehr als zweifelhaft, da Schmerzen auch ohne Schmerzhaftigkeit bei der Untersuchung häufig genug vorkommt. Rhachialgie, besonders sehr schwere, ist ebenfalls sehr häufig.

Ferner beobachtet man bei der traumatischen Neurose alle möglichen Formen von Lähmungen, Geistesstörungen, Coordinationsstörungen und spastische Erscheinungen, ferner Hyperästhesien, besonders bei der Percussion des Schädels und bei Druck auf die Wirbelsäule, ferners Anästhesien, und es gibt Fälle, die geradezu ein Compendium der Sym-

ptomatologie der Nervenpathologie darstellen. Aber selbst die schwersten Erscheinungen können sich da zurückbilden, so beispielsweise Neuroretinitis, Paralysis agitans etc.

Alle diese Symptome können sich auch nur allmählig einstellen, so daß es zu „Spätsymptomen“ kommt.³⁾ In Berücksichtigung dieses fortschreitenden Charakters vieler Fälle muß der Arzt die Betroffenen davor warnen, zu frühzeitig sich „auszugleichen“, weil sie bei Verzicht auf jede weitere Entschädigung oder auf Erhöhung der Rente schwer geschädigt werden können, wenn sie nachträglich zu Krüppeln werden, z. B. wenn Paraplegie, Tabes etc. sich nachträglich ausbilden.

Wir wollen nun auf die Erörterung eingehen, ob die Erscheinungen der traumatischen Neurose allein auf dem psychischen Shok beruhen. Es ist zunächst noch eine andere Skokwirkung vorhanden, und zwar die mechanische. Diese haben die älteren Aerzte wohl beachtet, indem sie die Thatsache, besonders die Gehirnerschütterung kannten, wenn auch die Symptome derselben etwas schwankend und deren Mechanismus ganz unklar blieb. Die alten Aerzte unterschieden wohl die moleculare Erschütterung des Gehirns und der Gewebe von den Folgen der anatomischen Läsionen durch das Trauma. Daß bei vielen Eisenbahnunfällen besonders starke mechanische Erschütterungen vorkommen, versteht sich von selbst. Wenn bei Zusammenstoßen Waggons aus dem Geleise herausgeschleudert oder zertrümmert werden, muß auch eine heftige mechanische Erschütterung der Fahrenden erfolgen, und die verschiedenen Organe werden verschieden stark erschüttert. Die schwereren Organe nehmen eine größere Flugkraft an, und daraus erklären sich viele Schmerzen, die durch Zerrung zustande kommen. Die Erschütterungen des Rückenmarks, des Herzens und der Gefäße haben natürlich sehr mannigfache Folgen.

Und nun kommen wir zu der klar zu legenden Frage, ob bei schweren Unfällen, speciell Eisenbahnunfällen anatomische Veränderungen auftreten? Vor der Zeit, als CHARCOT von Hysterie gesprochen hatte, haben wir uns bei fast jedem Trauma vorgestellt, daß eine Verletzung stattgefunden hätte, und thatsächlich hat man Schädelbrüche local oder z. B. an der entgegengesetzten Seite des Schädels, an der das Trauma eingewirkt hatte, ebenso Blutungen in die Meningen, Blutungen in das Innere des Gehirns, besonders in seine Höhlen, Pachymeningitis etc. beobachtet. Damals hat CHARCOT durch DURET sehr schöne experimentelle Untersuchungen über Schädelverletzungen vornehmen lassen, und damals hätte Niemand vorausgesetzt, daß ein schweres Trauma bloß hysterische Erscheinungen zur Folge haben könnte. Die Medicin hat aber auch ihre Moden, und von dem Momente der Anerkennung der Hysterie hat man das Moment der anatomischen Verletzung vernachlässigt.

Das, was durch Jahrhunderte bei mechanischen traumatischen Einwirkungen am Schädel, an den Wirbeln, am Gehirn und Rückenmark und anderen Organen beobachtet wurde, nämlich anatomische Läsionen — auch mit fortschreitenden Veränderungen — konnte und durfte nicht durch eine erweiterte Einsicht in die psychische Shokwirkung aus der Welt geschafft werden. Neuere Untersuchungen haben auch zahlreiche solche Läsionen bei Shok durch die Leichenuntersuchung nachgewiesen. Ich habe viel zu viel Respect vor den großen Geistern der Vergangenheit und viel zu wenig vor der einseitigen Ueberschätzung zeitgenössischer Errungenschaften, um mich durch ein zeitgenössisches Schlagwort irreführen zu lassen. Und deshalb habe ich zunächst die Roentgen-Durchleuchtung und die Roentgen-Lichtbilder benützt, um möglichst oft die anatomischen Veränderungen in vivo zu constatiren.

Es versteht sich von selbst, daß ein negativer Befund wenig bedeutet, wichtig aber sind die positiven. Ich verfüge jetzt schon über eine größere Reihe solcher positiver Befunde.

³⁾ S. meine Abhandlung: „Ueber Spätsymptome traumatischer Neurosen“. Berliner klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 52.

So z. B. wurde ich mit einem hervorragenden Chirurgen berufen, um über einen besonders schweren Fall von Eisenbahnshok ein Gutachten abzugeben. Der Chirurg erklärte: „Ich bin hier das fünfte Rad am Wagen und habe hier nichts zu thun.“ Ich habe den Patienten weiter beobachtet, und ich fand die Constanz von Schmerzen an einzelnen Stellen des Gesichtes auffallend; ich ließ deshalb eine Roentgenuntersuchung vornehmen, die das überraschende Ergebnis hatte, daß an den betreffenden Stellen, nämlich im Oberkiefer und Jochbogen, Sprünge gefunden wurden. Durch die Untersuchung mit Roentgenstrahlen gelang es mir auch, Sprünge in Wirbeln nachzuweisen. So habe ich einen Fall von hochgradiger Rhachialgie im obersten Theile der Halswirbelsäule nach einem Eisenbahnunfalle gesehen. Der Kopf war im ersten Momente unbeweglich zur Seite gestanden, und der Conducteur hatte den naiven Laienmuth, den Kopf, und zwar mit Erfolg wieder einzurichten. Die Roentgendurchleuchtung ergab Subluxation im Atlas, die durch einen Chirurgen bestritten worden war, und zeigte ein abgesprengtes Stück des Processus coronoideus, ferner einen Quersprung am Körper des 6. Halswirbels.⁴⁾

In einem Falle, den ich jüngst beobachtet, bestanden starke Schmerzen an der Halswirbelsäule und Druck von vorne auf die Körper. Die unteren Halswirbeln links waren enorm schmerzhaft.

Das Roentgerlichtbild zeigte dort — in der Copie eine helle — veränderte Stelle, die offenbar durch periostale und ostitische Veränderungen bedingt war.

In zwei Fällen von localer Erschütterung in der Umgebung des Auges, das in einem Falle Amaurose des Auges ohne positiven Spiegelbefund zur Folge hatte, während in dem anderen Auge bloß Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben und REUSS'sche Ermüdungsspirale bestand, zeigte das Lichtbild eine ungewöhnliche Durchleuchtung der das Auge umgebenden Knochen. In einem zweiten Falle, in dem nur die Knochen der einen Gesichtshälfte durch das Trauma betroffen und bei Percussion und spontan empfindlich waren und Sehnervenerschütterung auch nur einseitig sich vorfand, ließ ich Profilaufnahmen von beiden Seiten machen, und es zeigte sich eine hellste Durchleuchtung auf der kranken Seite.⁵⁾

A priori ist es wahrscheinlich, daß in vielen Fällen von mechanischem Shok bei Eisenbahnunfällen Pachymeningitis und Meningitis entsteht, und es fragt sich, ob dies durch Roentgenphotographie nachweisbar ist. Mein verstorbener Sohn hat zwei Fälle aus meiner Clientel demonstriert, in denen ein solches Exsudat am Hinterhaupte nachgewiesen wurde. Bei beiden Kranken war die Percussion des Hinterhauptes enorm empfindlich, daselbst heftiger spontaner Schmerz vorhanden und durch die Percussion waren ausstrahlende Er-

⁴⁾ In einer Arbeit: „Weitere kathetometrische Studien“ („Archiv f. Anatomie u. Physiologie“, Anatom. Abtheilung, 1899) habe ich für einzelne Gelenke (Knie- und Hüftgelenk) erwiesen, daß die Bewegung in den Gelenken in einer gezahnten Bahn stattfindet, und zwar so, daß jede Theilbewegung in einem bestimmten Zahne vor sich geht. Wird durch ein Trauma der eingreifende Theil eines Zahnes in die Höhlung (Mutter) eines anderen Zahnes hineingedrängt, so besteht eine interne Verrenkung — richtiger Entgleisung des Gelenkes. Eine solche Entgleisung hat in dem Falle stattgefunden. Es sei hier bemerkt, daß man durch Betrachtung und Betastung die allgemeine Giltigkeit des mechanischen Principes der gezahnten Bewegungsvorrichtung aller Gelenke constatiren kann.

⁵⁾ Ich will hier eine theoretische Frage berühren. Wenn man Bilder von beiden Seiten aufnimmt und sich von der einen — z. B. verletzten — Seite ein verändertes Bild zeigt, so könnte man auf eine zufällige Verschiedenheit durch die Dauer der Exposition, Empfindlichkeit der Platten, Fehler beim Copiren denken, trotz scheinbarer gleicher Behandlung. Man kann sich den Einwurf machen, daß es gleichgiltig sei, ob das Licht durch die durchgängigere Seite eintrete oder durch die „dichtere“, allein dies ist offenbar nicht der Fall und bei dem Dunkel, das über die X-Strahlen, ihre Leitung etc. noch herrscht, läßt sich eine solche Behauptung nicht sicher aufstellen. Die persönliche Erfahrung lehrte mich, daß der traumatisirte Knochen heller erscheine, daß also für die Helligkeit die Durchgängigkeit fürs Licht an dem Theile, der auf der Platte aufliegt, entscheidend sei, als die Gesamtsumme. Ein Irrthum in dieser Richtung ist freilich noch nicht ausgeschlossen. Damit ein solcher Befund beweisend sei, müssen noch viele Beobachtungen gesammelt werden.

scheinungen nachweisbar. Man sieht in diesen Fällen die Contouren des Gehirnes sich nicht an jene des Knochens anschließen, sondern eine helle Stelle dazwischen. Das Exsudat in den beiden Fällen war ein bedeutendes.

In einem 3. Falle, den ich heuer beobachtete, war hochgradige Empfindlichkeit bei der Percussion des linken Scheitelbeines und der Gegend des Bregmas vorhanden.

Die Aufnahme gelang nur in der Profillage und daher kam nur — in der Copie — ein kleiner Theil des Exsudats in der Gegend des Bregmas — durch eine helle Trennung der Gehirncontour von der Knochencontour zum Vorscheine. Für solche Fälle ist es wichtig, eine Aufnahme durch die ganze Tiefenrichtung des Schädels zu machen. Ich bin eben mit solchen Versuchen beschäftigt. Es ist nach dem bisherigen Resultate mit unseren heutigen Hilfsmitteln möglich, solche Lichtbilder anzufertigen, und ich habe bereits zwei positive Resultate bei traumatischer Neurose. Es scheint in beiden Fällen ein Hämatom an der Innenfläche des Großhirns, entfernt von der Knochenhülle, vorzuliegen.

Ich habe diese positiven Befunde auch in Gutachten betont, und dieselben wurden von den Sachkundigen der anderen Seite bestritten. Es ist einerseits kein Wunder, da die Internisten meist noch nicht so geübt in der Beurtheilung von Roentgenbefunden wie die Chirurgen sind. War ich doch einer der ersten, der die Roentgenmethode aufgegriffen hat, und ich hatte zuerst in Wien dieselbe systematisch betrieben und ich beschäftige mich fortwährend intensiv damit. Da ich die Richter nicht zu Schiedsrichtern in der Streitfrage anrufen konnte und wollte, verzichtete ich vorläufig, meine Befunde als Sachverständigenbeweise anzusprechen. Ich that dies umsomehr, als diese Thatsachen nicht von entscheidender Bedeutung für die Prozesse waren.

Bei nicht kachektischen Menschen heilen nämlich bei traumatischen Neurosen diese anatomischen Läsionen so leicht und so schwer wie jene des Shoks.

Die Vulnerabilität ist bei gewissen kräftigen Individuen oft eine ungemein geringe. Es können bei schweren traumatischen Neurosen sogar Wirbelbrüche ebenso ausheilen wie die reinen Nervenerscheinungen. Ich erinnere gelegentlich an eine Beobachtung, betreffend einen Räuber — der mehrfache schwere Knochen-, darunter Wirbelbrüche bei einer gründlichen Prügelung erlitten hatte. Er war — früher eine Hünengestalt — „kleingeprügelt“ worden, was aber nicht hinderte, daß ich ihn später mit dem schweren Ambos die kräftigsten Hiebe in der Schmiede ausführen wieder sehen konnte.

Wir haben also in der Radiographie ein Mittel, in schwierigen Fällen objective Bilder der anatomischen Verletzungen herzustellen.

Von den „traumatischen Neurosen“ müssen zwei andere Formen von traumatischen Nervenkrankheiten unterschieden werden, nämlich zunächst die localen Nervenaffectionen e traumate. Durch eine Verletzung kann eine schwere localisirte traumatische Ischias, Rückenmarksläsion etc. entstehen.

Es können sich aber aus einem localen Trauma durch Ausstrahlung und Reflexe als 3. Form Ausbreitungs- und allgemeine Neurosen entwickeln, und diese sind oft seltsam. So sah ich beispielsweise folgenden instructiven Fall: Ein Photograph hatte sich in der Vola manus eine Verletzung durch einen Glassplitter zugezogen, die mit einer Narbe ausheilte. Für gewöhnlich blieb die Narbe unempfindlich. Zeitweilig wurde sie aber schmerzhaft und dann konnte man von der Narbe aus tetanoide Contractionen auslösen. Gleichzeitig war aber die ganze Haut des Körpers hyperästhetisch geworden und beim Kneipen traten von allen Stellen des Körpers aus allgemeine tetanoide Zuckungen auf. Bei Galvanisation dieser Stelle konnte man innerhalb einer halben bis einer Minute die Haut unempfindlich machen, und damit verschwand das gesammte Bild der Hyperästhesie und tetanoiden Erschütterbarkeit.

Ein großer Theil der Veränderungen bei Nervenverletzungen, z. B. an der Hand, sind als reflectorische trophoneurotische Störungen anzusehen, insbesondere an den Gelenken und in der Haut.

In einem Falle beobachtete ich eine trophoneurotische Störung in Form von gichtischen Schwellungen und Steifigkeit an den Fingern der Hand und des Carpusgelenkes und seidenartiger Veränderung der Haut bei einer Dame, die von einer Verletzung durch einen gesprungenen Lampencylinder eine Narbe an der Vola manus davongetragen hatte. Obwohl damals die Cellularpathologie in der vollsten Blüthe stand und trophoneurotische Auffassung als ein überwundener Standpunkt angesehen wurde, erklärte ich den Fall doch als trophoneurotische Reflexerkrankung, und durch die Galvanisirung der Narbe wurde die Gelenkbeweglichkeit freier.

Die Reflex- und Irradiationswirkung beschränkt sich jedoch nicht bloß auf die nächstgelegenen Gelenke. Ich sah öfters bei Narben an den Fingern auch Omalgie und Schwellung und Steifigkeit im Schultergelenke.

Es können auch entfernte Gelenke afficirt werden. Ein besonders interessanter Fall ist folgender:

Ein junges Mädchen hatte auf der Rückseite des Daumens eine Verletzung erlitten, welche mit einer Narbe ausgeheilt war. Es entwickelte sich im Anschlusse daran ein Brachial- und Schultergelenksschmerz, welcher ausgeheilt wurde. Nach anderthalb Jahren kam die Kranke zu mir mit leichter ödematöser Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Knies der anderen Seite in Beobachtung; sie konnte schwer stehen und nicht gehen. Die verschiedenartigsten Behandlungsmethoden wurden ohne Erfolg versucht. Da kam mir der Gedanke: Vielleicht ist die Erkrankung eine Irradiationserscheinung von Seite der Narbe? Ich galvanisirte dieselbe; die Pat. stand auf und sprang auf Befehl. Die definitive Heilung wurde rasch erzielt.

Ich erinnere weiters als allgemeine Neurose nach örtlicher Verletzung an die traumatische Reflexepilepsie. Auch ein großer Theil der hysterischen Symptomencomplexe rühren von örtlichen Verletzungen durch Krankheitsprocesse her und insoferne stehen sie den traumatischen Reflex- und Irradiationsneurosen sehr nahe.

Es seien hier einige Bemerkungen über Simulation am Platze.

Man kann bei der traumatischen Neurose manchmal im Zweifel sein, weil wie bei der Hysterie ganz ungewöhnliche Erscheinungen und Combinationen auftreten, welche bei den sonstigen typischen Erkrankungen sich nicht in gleicher Combination finden. Aber es ist ganz verfehlt, deshalb Simulation anzunehmen. Die Hysterie ist eben häufig eine Satire der Natur auf das wissenschaftliche Bewußtsein.

Da es im Wesen der Hysterie liegt, daß Aufregung, Angst, Aerger Steigerung und Hervorrufung von Erscheinungen bedingen, so ist „Uebertreibung“ eine natürliche Eigenschaft bei den traumatischen Neurosen, und es liegt die Gefahr nahe, daß Aerzte in solchen Fällen auf Simulantenfängerei ausgehen.

Ich hatte Gelegenheit, mich mit der Simulationsfrage seit 1859, seit meiner ersten Militärdienstzeit, zu beschäftigen. Man erfährt dabei, daß je dunkler ein Krankheitsgebiet ist und je weniger die jeweiligen Aerzte damit vertraut sind, desto häufiger fälschlicherweise Simulation diagnosticirt wird. Zweifellos gibt es — höchst ausnahmsweise — geriebene Simulanten, welche selbst tüchtigste Aerzte in Verlegenheit setzen können.

Es ist noch wichtig, eine andere fundamentale methodische Denkregel zu beachten. Wenn wir bei der Begutachtung eines Falles nichts Positives beweisen können, dann ist damit noch nicht bewiesen, daß nichts Pathologisches vorhanden ist. Wenigstens wir dürfen nichts ableugnen, dessen Nichtvorhandensein wir nicht beweisen können. Es ist richtig, daß nach Abschluß des Processes gewöhnlich eine wesentliche

Besserung eintritt. Ich kenne aber viele Fälle, die Krüppel geblieben sind, bei denen sich eine vorzeitige Senilität ausgebildet hat, und bei denen bleibend schmerzhaft Zustände, Verdüsterung des Gemüthes und des Intellects und vor Allem Energielosigkeit für jeden Kampf ums Dasein zurückgeblieben sind.

Wenn schon die juridischen Parteienvertreter den unethischen Standpunkt vertreten, daß vor Allem der Ausgang des Processes zu Gunsten der vertretenen Parteien maßgebend sei, den Aerzten solle es sich nur um die absolute Wahrheit handeln. Für uns darf nicht einmal die Souveränität des Elends für unser Gutachten maßgebend sein.

Ich möchte noch eine Schwierigkeit hervorheben, welche für die Sachverständigen besteht, und zwar die Stellung der Prognose. Wir werden oft überrascht, wie relativ günstig häufig schwerste Fälle verlaufen. Wir werden aber auch andererseits überrascht, wie schwere Formen sich langsam aus unscheinbaren Anfängen entwickeln. Wir müssen daher in der Stellung der Prognose sehr vorsichtig sein umsomehr, als vollständige Heilung selten ist und besonders in der seelischen Befähigung und im Allgemeinbefinden sehr häufig tiefe Störungen zurückbleiben.

Was nun die Therapie der traumatischen Neurose betrifft, so beobachtet man, daß in Proceßfällen, so lange dieser läuft, in der Regel unsere therapeutischen Maßnahmen nicht von großem Erfolg begleitet sind. Die Aufregung hindert das Abklingen der Erscheinungen. Besonders die skeptischen, quälenden Untersuchungen der Sachverständigen der Gegenpartei wirken sehr schädlich. Ich suche vor Allem eine wohlwollende Haltung anzunehmen und den Kranken auf die Gefahr aufmerksam zu machen, daß jeder Täuschungsversuch das Vertrauen zu ihm erschüttert und er sich schade. Wo die Erscheinungen vom Kranken tendentiös aufgebauscht werden und überhaupt nichts Wesentliches vorhanden ist, gelingt es mir in der Regel, die Kranken von aller Proceßführung abzuhalten und sie zu bewegen, ihrem Berufe nachzugehen. Wo letzteres möglich ist, ist die Thätigkeit das beste Heilmittel für die Shokerscheinungen im engsten Sinne. Für die cerebralen Symptome und für die Kephhalgien sind die elektrische Douche, Points de feu am Kopfe nach meiner Methode, i. e. mit Unterhaltung der Eiterung durch einige Zeit, ferner Antiphlogose, Jod- und Brompräparate etc. am Platze. Beruhigende psychische Einwirkung und Tröstung sind von großer Bedeutung.

Entfernung von den Geschäften und häufig auch eine örtliche Entfernung und daher Versendung in Curorte, Anwendung von hydropathischen oder thermischen Einwirkungen etc. sind von Bedeutung.

Bei Rhachialgien ist ebenfalls Cauterisation und Antiphlogose im weitesten Sinne angezeigt, i. e. Ruhe, örtliche Kälteanwendung und Schröpfköpfe; subcutane Injectionen mit etwa 2% Carbolsäure; und es sind ferner mechanische Unterstützung durch Gypsunterlagen, durch Mieder häufig nöthig.

Daß alle sonstigen symptomatischen Heilverfahren wie bei anderen analogen Erkrankungen angezeigt sind, ist selbstverständlich.

Die Nothwendigkeit, die Behandlung durch Jahre fortzusetzen, ist nicht selten, schon deshalb, weil sich eine wahre Curmanie ausgebildet und die Kranken höchst unglücklich sind, wenn man ihnen den Trost und die Erleichterung durch dieselben nicht verschafft.

Anhang.

Ich will einen höchst lehrreichen Fall, der jüngst zur Beobachtung kam, anfügen. Ein Zahnarzt hat durch einen Schlag auf die rechte Hand eine Verletzung erlitten. Seitdem soll er für seine Berufsarbeit untauglich geworden sein. Er gab an, daß er bei Arbeitsversuch rasch ermüde, „schwach“ werde und Schmerzen mit Schwellung bekomme. Mehrere

Untersucher hatten später äußerlich an der Hand nichts bemerkt, sie fanden keine objectiven Zeichen für die Schmerzhaftigkeit der Hand und des Armes und erkannten die Manöver des Kranken, hochgradige Schwäche des Armes vorzutäuschen, und ein Gutachten sprach sich direct für die völlige Berufsfähigkeit des Mannes aus. Als ich den Kranken sah, war wieder Schwellung und Cyanose in der Hand vorhanden und zweifellos hochgradige Schmerzhaftigkeit, besonders in den äußeren zwei Sehnen des *M. extensor communis*, außerdem in jenen an der Streck- und Beugeseite des Carpusgelenkes, ferner an jenen der Pronatoren und Supinatoren am Ellbogen und jener des *M. biceps* am Schultergelenke. Bei Druck auf diese Sehnen trat nicht nur Schmerzäußerung, sondern auch Beschleunigung des Pulses, Pupillencontraction und Thränenfluß auf. Da der Kranke früheren Untersuchern gegenüber Schmerzhaftigkeit am ganzen Arme simulirt hatte, konnten diese natürlich bei Druck auf die gesunden Stellen keine objectiven Symptome wahrnehmen. Die Simulation absoluter Kraftlosigkeit, die er anfangs auch mir gegenüber übte, gab er bald auf, und ich konnte mäßige Adynamie ohne Lähmung feststellen. Da ich schon seit lange weiß, daß Hyperästhesie der Sehnen ein fundamentales initiales Symptom der coordinatorischen Beschäftigungs-Neurose ist und daß, wenn man diese Hyperästhesie z. B. durch subcutane Injection von Carbol-säure hebt, auch die Beschäftigungsneurose verschwindet, letztere also eine reflectorisch erzeugte Neurose von der gereizten Sehne aus ist, so war mir jetzt der Fall klar. Neben den Symptomen der RAYNAUD'schen Erkrankung und neben Adynamie bestand Ungeschicklichkeit und Erschöpfbarkeit für die feine Berufsarbeit, also eine atypische, complicirte coordinatorische Beschäftigungsneurose e traumate.

Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium Fürth in Wien.

Zur Pathologie

Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier.

Von **Dr. Robert Kienböck.**

(Fortsetzung)

Versuch IV.

Zwei Meerschweinchen A und B wurden in eine enge längliche Schachtel derart parallel nebeneinander gesetzt, daß der Kopf eines jeden Thieres an das Becken des anderen gedrückt war; die Schachtel wurde zur Hälfte mit einer Bleiplatte bedeckt, so daß Thier A nur die vordere Körperhälfte, Thier B nur die hintere Körperhälfte unbedeckt hatte. An vier aufeinanderfolgenden Tagen wurde je zwei Stunden von oben her intensiv bestrahlt. Circa zwei Wochen später war der exponirt gewesene Theil des Rückens bei jedem Thiere empfindlich (das Thier quetschte bei der geringsten Berührung daselbst), nach einigen Tagen begann Lockerung der Haare und schritt durch fast zwei Wochen an der Peripherie langsam fort. Bei Meerschweinchen A bildete sich auf dem Scheitel ein stark secernirendes Ulcus, herum schuppene Dermatitis und nach der Nase und nach der Rückenmitte zu reine Alopecie, die Ohren schrumpften zu vertrockneten Gebilden ein, an einem Auge (wo nach Oedem die Lider kahl wurden) trat vorübergehende Hornhauttrübung auf; bei Meerschweinchen B entwickelte sich über dem Kreuzbein ein Geschwür, herum schuppene, atrophirende Entzündung und zu äußerst wieder uncomplicirte Kahlheit.

Was erwartet worden war, trat nicht ein, nämlich Krämpfe und Lähmungen der vorderen Extremitäten bei dem einen, der hinteren Gliedmaßen bei dem anderen Thier; auch war der Allgemeinzustand nur zu Beginn der Dermatitis gestört, nachher waren die Meerschweinchen ganz munter und gefräßig.

Versuche V—X

bestanden in Roentgenbestrahlung von weißen Mäusen. Sechs Thiere wurden 14, respective 6, 4, 2, 1½ Stunden, respective

nur 1 Stunde vom Rücken her intensiv beleuchtet (z. Th. in Absätzen) und gingen — offenbar bevor es zu Ausfall der Haare kommen konnte — im Allgemeinen am 3. oder 4. Tage zugrunde. (Nur ein Thier verendete schon in der auf die abends unternommene Bestrahlung folgenden Nacht, wobei andere Umstände mitgewirkt haben dürften; von den nicht bestrahlten Controlthieren waren alle dauernd munter, nur ein einziges ging ein.) Am 2. oder 3. Tage verhielten sie sich, nach einem Latenzstadium mit normalem Verhalten, auffallend ruhig, hielten die Augenlider fast immerfort geschlossen, fraßen wenig — manche zeigten später spastische Parese der Extremitäten —, die Wirbelsäule wurde auch beim Laufen kyphotisch gekrümmt gehalten, und endlich verendeten die Thiere unter ganz geringfügigen, rasch vorübergehenden Zuckungen; die Reflexerregbarkeit schien zu keiner Zeit erhöht zu sein, sondern es bestand ein somnolenter Zustand, zuweilen durch mehrere Tage.

Die größere Empfindlichkeit der Mäuse erklärt sich wohl durch das geringe Volumen und Gewicht dieser kleinen Säugethiere. Die Todesursache muß dahingestellt gelassen werden; vielleicht entstand in der Tiefe, etwa im Centralnervensysteme eine Entzündung oder es handelte sich um Toxinbildung, wie zum Schlusse der Arbeit ausgesprochen werden wird.

Um nun die Vermuthung, daß nicht nur Säugethiere, sondern auch Thiere anderer Classe auf Roentgenlicht mit derselben eigenthümlichen Hautveränderung reagiren, auf ihre Richtigkeit zu prüfen, wurde zunächst der meines Wissens bisher noch nicht unternommene Versuch angestellt, bei einem Vogel durch Roentgenlicht die Federn zum Ausfall zu bringen.

Versuch XI.

Eine junge Turteltaube erhielt in der zweiten Hälfte October 1900 sechs halbstündige Bestrahlungen in 24stündigen Intervallen mit einer guten, im „mittelweichen“ Zustande befindlichen Roentgenröhre, welche jedesmal über dem Rücken des in einer engen Schachtel ruhig sitzenden Thieres, und zwar in einer Distanz des Focus vom Gefieder 8—10 Cm., angebracht wurde. Das Roentgenlicht war intensiv und die Unterbrechungsgeschwindigkeit betrug 20—30 U. in der Secunde. Zwei Wochen nach der letzten Bestrahlung begann fast plötzlich ein ausgebreiteter Ausfall von Federn einzutreten. Es fielen bald nacheinander die Federn an der Oberseite des Rumpfes, dann an der Unterseite desselben, ferner ringsum am Halse und am Scheitel aus, dagegen nur theilweise an den Flügeln, an den seitlichen abschüssigen und hinteren Theilen des Rumpfes. (Die Taube wurde am 14. November 1900 im Wiener medicinischen Club demonstrirt und in dem damaligen, zum großen Theile entblößten Zustande gezeichnet, Fig. 2.) So



Fig. 2.

gingen die meisten Flaumfedern des Vogels, ein Theil der Schwung- und Steuerfedern und die zwischen den Federn zerstreuten Härchen aus. Jedoch sproßen, und zwar zunächst am Halse und an den Flügeln, schon 8 Tage nachdem die Kahlheit am Rücken eingesetzt hatte und circa 2 Tage, nachdem die Federn an jenen Stellen (am Halse und an den Flügeln) ausgefallen waren, neue Federn nach. (Diese neuaufgeschossenen Federn sehen wie kleine Stacheln

aus, vergl. Abbildung.) Im Verlaufe der folgenden Wochen war zu bemerken, wie allmählig noch immer einige Federn namentlich an den seitlichen Theilen ausfielen und sich an anderen Stellen zugleich neue Federn bildeten. So war einen Monat nach Beginn der Erscheinungen das Federkleid am Bauche und am Halse vollkommen wiederhergestellt, an den übrigen Regionen, insbesondere am Rücken und am Scheitel war selbst sechs Monate später der Nachwuchs ein unvollständiger und fielen sogar manche neugebildete Federn wieder aus. Was das Aussehen der Haut zur Zeit des Defluvium betrifft, war an der Rückseite leichte Hyperämie, an der Bauchseite — außer Federnausfall — gar keine Veränderung zu sehen.

Das Thier war selbst zur Zeit der Kahlheit stets munter, nur schien es an Kälte etwas zu leiden, es fraß bedeutendere Futtermengen, es secernirte auch abnorm reichlich und flüssig, vielleicht infolge einer etwa durch Roentgenlicht erzeugten Hyperämie des Darmes, möglicherweise auch der Nieren und des ganzen Blutgefäßsystems. (Diese Angaben über die gestörten vegetativen Functionen des Vogels können als verlässlich gelten, da im selben Käfig zu gleicher Zeit ein Controlthier beobachtet wurde, welches normale Futtermengen fraß und normale Darm- und Nierenabgänge hatte.)

Die große Tiefenwirkung der Roentgenstrahlen, wobei aber am Rücken des Vogels nicht etwa Dermatitis exfoliativa oder necrotica eintrat, muß besonders betont werden; zweifellos wirkte das Roentgenlicht nicht nur an der Oberseite, wo es direct auffiel und eindrang, sondern auch an der Austrittsstelle auf der Unterseite des Thieres; dies erklärt sich wohl aus dem durch großen Luftgehalt bedingten geringen Gewichte des Thieres (250 Grm.), so daß selbst die Strahlen von mäßiger Penetrationsfähigkeit ziemlich ungeschwächt durch den Rumpf des Thieres durchdringen konnten. Eine andere Erklärung für das Defluvium auf der Bauchseite des Vogels, als durch Wirkung der von oben kommenden und durch den Rumpf bis zur unteren Hautdecke durchgetretenen Roentgenstrahlen gibt es nicht, da das Thier während der Bestrahlung in der eng umschließenden Pappschachtel stille saß und sich nicht ausgiebig bewegen konnte. Es ist so auch leicht verständlich, daß die Wirkung unten später und schwächer auftrat als oben, ferner an den Seiten des Thieres am spätesten und nur unvollständig. Bezüglich der Zeit des Nachwuchses sehen wir, analog den Erfahrungen am Säugethier, den Beginn an den am schwächsten afficirten (seitlichen) Regionen, während der Nachwuchs am Rücken zuletzt und dabei nur unvollkommen auftrat. Im Ganzen ist die rasche Regeneration des Federkleides bemerkenswerth.

Wie man sieht, entspricht also die Hautveränderung am Vogel den Veränderungen, die am Säugethier zustande kommen, abgesehen davon, daß beim Vogel, der großen Durchlässigkeit desselben entsprechend, leichter größere Tiefenwirkungen entstehen.

Durch den positiven Ausfall dieses Versuches erschien es wahrscheinlich, daß alle Warmblüter in derselben Weise auf Roentgenlichtbestrahlung reagiren und namentlich die Keimstätten der verschiedensten verhornten Anhangsgebilde der Haut eine besondere Empfindlichkeit zeigen werden, also Ausfall von Stacheln, Schuppen u. dergl. Möglicherweise könnten auch die wechselwarmen Thiere und Kaltblüter ähnlich reagiren, was sich aus weiteren Versuchen, die im Gange sind, ergeben wird.⁸⁾

(Schluß folgt.)

⁸⁾ Bisher wurden Versuche an Igel, Schildkröte, Frosch, Salamander und Fisch ohne Erfolg angestellt, nur der (Versuch XII) Igel acquirirte im exponirten Gebiet (am Rücken) eine über 6 Wochen nach einer kurzen Periode intensiver Bestrahlungen plötzlich einsetzende, schmerzhaft, jauchig werdende Phlegmone, wobei zwar stellenweise die Haut mit den Stacheln abging, nirgends aber die Stacheln sich von der Haut lockerten; das Thier ging dann rasch an Pyämie zugrunde. Ueber die wechselwarmen Thiere und Kaltblüter können wir bereits soviel sagen, daß sie gegen Roentgenstrahlen weit weniger empfindlich sind als Warmblüter. So verträgt z. B. der Frosch ohne Reaction eine für die Maus tödtlich wirkende Bestrahlung. Die Mittheilung TARCHANOFF's, daß beim

Aus der Praxis.

Beitrag zur Vergiftung mit Stechapfelsamen.

Von **Dr. Rudolf Benesch** in Groß-Kadolz.

Während der verfloßenen zwei Jahre habe ich Gelegenheit gehabt, zwei schwere Vergiftungen mit den Samen von *Datura Stramonium* zu beobachten. Beide Fälle betrafen kleine Kinder. Die Krankengeschichte derselben ist folgende:

I. Marie G., 3 Jahre alt, Kaufmannstochter, in O. wohnhaft, hat am 28. September 1898 Vormittags die Samen von mehreren Stechapfeln über Anrathen ihres um ein Jahr älteren Bruders gegessen. Drei Stunden nach dem Genusse der Samen verlor das Kind das Vermögen zu stehen, taumelte wie betrunken herum, erfaßte die Mutter bei den Haaren und riß ihr ein ganzes Büschel aus. Das Gebahren des früher vollkommen gesunden Mädchens war ein wildes und tolles. Alle Personen, welche demselben in die Nähe kamen, wurden von ihm gebissen und geschlagen. Weinen und heftiges Schreien wechselten ab und waren von solcher Intensität, daß sich bald Heiserkeit einstellte. Da sich dieser angsterregende Zustand von Minute zu Minute verschlimmerte, wurde das Kind etwa 4 Stunden nach dem Genusse der Stechapfelsamen in meine Ordination gebracht.

Status praesens: Das kräftige, gut genährte Kind zeigt einen krampfhaften Bewegungsdrang. Sowohl die Muskulatur des Stammes, als auch die der Extremitäten sind von so heftigen Krämpfen erfaßt, daß zwei Leute nur mit Mühe das Kind halten können. Die Pupillen sind auf das Maximum erweitert und starr. Puls und Respiration sind sehr beschleunigt und die Haut des Körpers fühlt sich heiß an. Ein Exanthem ist nicht sichtbar. Der Bauch ist colossal aufgetrieben und die Bauchdecke enorm gespannt.

Auf eine Irrigation des Darmes mit 1 Liter lauwarmen Wassers gehen mit einer ausgiebigen Menge Fäces eine sehr große Menge, beiläufig ein Eßlöffel voll, Samen des Stechapfels ab. Die Wirkung des Klysmas war eine so fulminante, daß das Kind darauf ruhig wurde und nach einer Stunde in einen mehrstündigen Schlaf verfiel. 24 Stunden nach dem Genusse der Giftsamen ist Restitutio ad integrum eingetreten. Das Kind ist seither körperlich und geistig vollkommen gesund.

II. Josef M., 5 Jahre alt, Tagelöhnerskind, wohnhaft in Z., hat am 20. November 1900 Nachmittags über Anrathen eines gleichalterigen Spielgenossen bloß drei Samen vom Stechapfel genossen.

Vier Stunden nach dem Genusse der Samen verlangte das Kind, zu Bette gelegt zu werden. Dieses zur ungewohnten Stunde begehrte Verlangen zu schlafen, erfüllte die Mutter des Kindes mit Angst.

Von 6—7 Uhr Abends schlief der Knabe. Um 7 Uhr Abends erwachte er unter heftigem Schreien, sprang aus dem Bette und lief wie toll im Zimmer herum. Der Vater, ein sehr kräftiger Mann, wurde von dem Kranken gekratzt und gebissen und war kaum imstande, denselben zu halten. Das unausgesetzte Schreien und Rufen zog sehr bald Heiserkeit nach sich. Zähneknirschen und krampfhafter Verschluss des Mundes machten alle Bemühungen der Angehörigen, dem Kinde einige Tropfen Flüssigkeit einzufließen, unmöglich.

Gleichzeitig zeigte der Knabe nach der Decke des Zimmers, schrie, daß Vögel auf derselben sitzen, und jagte nach ihnen. Um 10 Uhr Nachts erfolgte einmaliges heftiges Erbrechen von Kaffee, welcher Nachmittags genossen worden war. In dem Erbrochenen waren keine Samen vom Stechapfel sichtbar.

Frosch nach Roentgenbestrahlung vorübergehende Erregung des Pigmentorgans der Haut — Dunkelfärbung — eintrete, konnten wir bestätigen. Wir erwähnen hier noch, daß SCHAUDINN den Einfluß des Roentgenlichtes auf Protozoen untersuchte; dieselben verhalten sich sehr verschieden; manche Arten ziehen sich unter der Roentgenbestrahlung zusammen und sterben, in Trümmer zerfallend, nach mehrstündiger Belichtung ab, besonders die mehrzelligen und sehr wasserhaltigen Arten.

Nach dem Erbrechen schlief das Kind ermattet ein, doch war der Schlaf ein unruhiger.

Um 4 Uhr Morgens erwachte der Kleine unter gellendem Auflachen, sprang aus dem Bette, lief unter andauerndem krampfhaften Lachen in der Wohnstube herum, eilte zur Thüre und verlangte ins Freie hinaus. Stuhl und Urin waren während der ganzen Zeit angehalten. 24 Stunden nach dem Genusse der Giftsamens bin ich zu dem Kranken gerufen worden und habe folgenden Status praesens gefunden. Der Knabe ist kräftig und gut genährt. Sein Gesicht sieht roth und aufgedunsen aus. Das Kind lallt mit heiserer Stimme, zeigt große Unruhe und krampfhaften Bewegungstrieb, so daß es nur mit Mühe zu halten ist. Beide Pupillen sind auf das Maximum erweitert und starr. Puls und Respiration sind sehr beschleunigt. Der Bauch ist enorm aufgetrieben und die Bauchdecke auf das Höchste gespannt.

Dem Kinde wird sofort eine Irrigation des Darmes mit lauwarmem Wasser applicirt und intern Chloralhydrat verordnet. Es erfolgt eine ausgiebige Stuhlentleerung, in welcher ich jedoch keine Samen von Datura Stramonium gesehen habe. Auf das Klysma tritt Beruhigung ein und nach dem Genusse eines Kinderlöffels der 2%igen Chloralhydratlösung stellt sich ruhiger, mehrere Stunden anhaltender Schlaf ein. Am Morgen des nächsten Tages ist das Kind wieder vollkommen gesund gewesen. Heute, also 3 Wochen nach der Vergiftung, habe ich an dem Knaben vollkommenes körperliches und geistiges Wohlbefinden constatiren können.

Beide Vergiftungen bieten keinen besonderen Symptomencomplex. Merkwürdig erscheint mir in beiden Fällen die verschiedene Menge der Stechapfelsamen, welche die Intoxication bewirkt hat. Nach NEVINNY haben bei Erwachsenen bereits 20 Samen heftige Erscheinungen verursacht und 15 bei einem Kinde, 100 bei einem Erwachsenen den Tod herbeigeführt. In meinem Fall I hat das Kind sämtliche Samen von mehreren Stechäpfeln genossen, denn als sicherer Beweis dafür dient außer dem Berichte der Kinder der Umstand, daß durch das Klysma Samen des Stechapfels in der Menge eines Eßlöffels, also mehrere hundert Samen, aus dem Darne abgegangen sind.

Trotz dieser colossalen, für einen Erwachsenen letalen Dosis hat das Kind die Vergiftung gut und ohne zurückbleibende Folgen überstanden.

Als Contrast zu der heroischen und trotzdem nicht letal wirkenden Dosis dieses Falles erscheint mir der Fall II, in welchem bloß drei Samen von Datura Stramonium genossen worden sind.

Daß hier nicht mehr Samen gegessen worden sind, bestätigt das vergiftete Kind selbst, sowie dessen achtjährige Schwester, welche selbst in Unkenntniß über die Giftigkeit der von ihrem Bruder nach Hause gebrachten Früchte beobachtet hat, wie derselbe drei Samen gegessen und dann mit der Erklärung, die Körnchen schmecken ihm nicht, sie seien nicht gut, nichts weiter davon genossen hat.

Das Eigenthümliche beider Fälle ist, daß in dem Falle I die colossale Giftmenge keine letale Wirkung ausgeübt hat, während in dem Falle II durch eine minimale Giftmenge trotzdem eine heftige Intoxication verursacht wurde.

Bezüglich der Füllung des Magens sei erwähnt, daß in dem ersten Falle 3 Stunden vor dem Giftgenusse, und zwar Morgens, bloß eine Tasse Kaffee und eine Semmel genossen worden sind, während in dem Falle II 4 Stunden vorher eine Mehlspeise und Suppe als Mittagmahl und eine Stunde vor dem Genusse der Samen eine Tasse Kaffee und ein Stück Brot genossen worden sind.

Zu dem zweiten Krankheitsfalle will ich noch erwähnen, daß weder die Eltern, noch die achtjährige Schwester des kleinen Knaben die Stechäpfel und deren giftige Wirkung gekannt haben.

Referate.

GUSTAV SPIESS (Frankfurt a.M.): Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des Keuchhustens.

Im Gegensatze zu den bei der Tabes auftretenden Crises laryngées, die aus einer centralen Reizung des N. laryngeus superior sich erklären dürften, handelt es sich beim Keuchhusten um die im Kehlkopf local, also peripher den Nerv erregenden Reizungen. Der die Versuche des Verf. leitende Gesichtspunkt bestand darin, die Schleimhaut in Kehlkopf und Luftröhre derart local zu anästhesiren respective zu hypästhesiren, daß reflectorisch der Krampf der Glottisschließer nicht zustande kommen konnte. Eine Anästhesie ist nicht erforderlich, nur eine Hypästhesie, eine Aufhebung der Reflexerregbarkeit. Das einzige für diesen Zweck zur Verfügung stehende Mittel ist das Orthoform, welches auch durch die unversehrte Schleimhaut leicht anästhesirend wirkt. Es läßt sich mit dem Cocaïn nicht vergleichen, da letzteres nach wenigen Minuten eine vollkommene Anästhesie erzeugt; es bietet aber im Gegensatze zum Cocaïn den Vortheil, zufolge seiner Schwerlöslichkeit seine Wirkung über Stunden auszudehnen, außerdem, die Fälle von Idiosynkrasie ausgenommen, ganz unschädlich zu sein („Münch. med. Woch.“, 9. April 1901). Zur Einbringung des Orthoforms in die Luftwege ist der Pulverbläser von RABIERSKI besonders geeignet. Das Orthoform (neu) kommt in Substanz, rein, ohne jeglichen Zusatz, in reichlichst feinsten Verpulverung in das Glasgefäß. Ein leichter Druck auf den Ballon genügt, um eine feinste Staubwolke hervortreten zu lassen. Es ist dann leicht, die Staubtheilchen durch eine tiefe Inspiration über den Zungenrand in den Kehlkopf und tief in die Luftröhre hineinzuziehen. Die Spitze des Instrumentes wird gerade zwischen die geöffneten Lippen gehalten und während des Austrittes der Pulverwolke tief inspirirt. Die Menge des inhalirten Pulvers ist so gering, so fein vertheilt, daß sie kaum einen Reiz im Kehlkopf auslöst, auch ein nicht zu unterschätzender Vortheil in der Kinderpraxis. Bei Kindern von drei Jahren aufwärts wird man 2stündlich 3—4 Inhalationen machen lassen, bei kleineren Kindern aber immer noch 3—4 Inhalationen im Laufe des Tages, erforderlichen Falles auch noch des Nachts. Säuglinge oder ängstliche Kinder wird man in der Weise insuffiren, daß man ihnen die Zunge herabdrückt, eventuell die Nase zuhält, um die Mundathmung zu erzwingen, und nun entweder bei der dem Schreien folgenden Inspiration einbläst oder wenn sie den Athem einhalten, die erste tiefere Einathmung dazu benützt. Man wird sich hier allerdings meist auf eine Insufflation beschränken müssen. Die Pulvereinathmungen werden am besten auch noch nach Ablauf des Stadium convulsivum in vermindertem Maße noch einige Zeit lang forzusetzen sein. Die gleichzeitige innerliche Verabreichung von Mitteln, welche die Reflexerregbarkeit herabzusetzen imstande sind, ist zweckmäßig, wenn auch nicht unbedingt erforderlich. Verf. gibt in solchen Fällen eine Mischung von Belladonna mit Chinin und Antipyrin in Pulvern.

M. K.

KÖRTE und HERZFELD (Berlin): Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung).

Die Erfolge, die K. u. H. mit der chirurgischen Behandlung von 38 Fällen von Magengeschwür erzielten, sind insofern als sehr günstig zu betrachten, als es sich durchgehends um schwerere Fälle gehandelt hat, die längere Zeit auf internem Wege in ausgiebigster Weise erfolglos behandelt und auf operativem Wege zum größten Theil (29 Fälle) geheilt wurden. Die operativen Eingriffe, die vorgenommen wurden, waren entweder Pylorusresectionen oder Resection des Geschwürs, 29mal wurde die Gastroenterostomie und einmal die Pyloroplastik ausgeführt.

Auf Grund von langjährigen Erfahrungen stellen die Verf. für die operative Behandlung des Magengeschwürs und seiner Complicationen folgende Indicationen auf („Langenb. Arch.“, Bd. 63, H. 1):

. In erster Linie erfordern die durch Vernarbung eines Magengeschwürs entstandenen Stenosen des Pylorus und nach-

folgende Magenerweiterungen die Operation. Sobald die Diagnose Stenose gestattet ist, darf mit der Operation nicht lange gezögert werden, da der Erfolg derselben von dem Kräftezustand des Pat. in hohem Grade abhängig ist. Als Normaleingriff gilt die Gastroenterostomie, seltener die Resection.

In zweiter Linie können andauernde und hochgradige Ulcusbeschwerden, die der internen Behandlung widerstehen — also Schmerzen und häufige kleine Blutungen — die Operation erfordern. Die Resection ist da, wo sie ausführbar ist, das radicalere, aber auch eingreifendere Verfahren. Häufig kommt auch die Gastroenterostomie in Frage, welche die Behandlung mächtig unterstützt. In den Fällen, wo Hyperacidität weiter besteht, sind Recidiven von Ulcus im Magen und Jejunum nicht ganz auszuschließen.

Die acute, copiöse Magenblutung eignet sich weniger für die chirurgische Therapie; hingegen ist die sofortige Operation bei Perforation des Geschwüres angezeigt. In diesem letzteren Falle kommt die Resection des ganzen Geschwüres oder die einfache Uebernähung desselben in Frage. ERDHEIM.

AD. CZERNY (Breslau): **Kinder neuropathischer Eltern.**

Die Prophylaxe bei Kindern neuropathischer Eltern hat Folgendes anzustreben („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 10):

Diesen Kindern soll möglichst viel Gelegenheit geboten werden, mit gleichalterigen Kindern zu verkehren. Dadurch, sowie durch Beschäftigung und Spiel muß die Aufmerksamkeit von der Beobachtung des eigenen Körpers und krankhafter Zustände Erwachsener abgelenkt werden.

Alle entbehrlichen prophylaktischen Heilprocedures, sowie jede ärztliche Behandlung „ut aliquid fiat“ sind zu vermeiden; ebenso alle Maßregeln, welche beim Kinde das Bewußtsein, krank zu sein oder eine Sonderstellung einzunehmen, hervorzurufen geeignet sind.

Neuropathische Eltern dürfen vor ihren Kindern weder über eigene, noch über fremde Krankheitszustände sprechen.

Die Kinder sind nur in thatsächlich dringenden Fällen vom Schulbesuche zu befreien.

Die Eltern sind ärztlicherseits auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die sich bei der Erziehung eines einzigen Kindes ergeben. G.

A. NUSCH (Nürnberg): **Weitere Mittheilungen über den therapeutischen Werth von Heroin und Aspirin.**

Das Heroin (Diessigsäureester des Morphins) wurde vor zwei Jahren als Ersatz für Codein und Morphin, speciell als Hustenmittel empfohlen. Die pharmakologische Wirkung des Mittels betrifft vorwiegend den Respirationsapparat, indem die Zahl der Athemzüge herabgesetzt, die Inspirationsdauer verlängert und das Volum der eingeathmeten Luft vergrößert wird. Ueber die klinische Verwerthbarkeit, sowie die Giftigkeit des Heroins lauten die Berichte verschieden; doch spricht die klinische Erfahrung zu Gunsten des Heroins. Die Dosirung des Heroins wurde vom Verf. in folgender Weise angegeben: Bei leichteren Fällen 0·005 Grm. 2- bis 3mal täglich; bei starkem Husten morgens und mittags 0·005 Grm.; Abends vor dem Schläfe 0·01 Grm. Ueber 0·01 Grm. pro dosi wurde fast niemals hinausgegangen. Die Verabreichung geschah fast ausschließlich in Pulverform. Das Heroin wurde in über 200 Fällen angewandt, insbesondere bei Tuberculosis pulmonum in den verschiedensten Stadien („Münch. med. Woch.“, 19. März 1901). Obenan steht zunächst die hustenstillende Wirkung des Heroins, die in weitaus den meisten Fällen von Hustenreiz bei Phthisikern eine prompte war. In dieser Hinsicht ist Heroin dem Morphin entschieden vorzuziehen. In gleicher Weise wird auch der Husten der Patienten mit Bronchiektasie und chronischer Bronchitis günstig beeinflußt. Als Mittel gegen dyspnoische Zustände hat das Heroin nur in leichteren Fällen gute Dienste geleistet. Mehrfach wurde günstige Beeinflussung der Respiration bei Aneurysmen beobachtet. Eine schlafherzeugende Wirkung kommt dem Heroin nicht zu; bezüglich der schmerzstillenden Wirkung des Mittels divergiren die Ansichten. Ueble Nebenwirkungen des Heroins wurden niemals beobachtet;

jedenfalls ist es nach den klinischen Erfahrungen nicht giftiger als das Morphin.

Das Aspirin, der Essigsäureester der Salicylsäure, ist gleichfalls als werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes zu betrachten. Das Mittel wurde in der II. med. Abtheilung des Nürnberger Krankenhauses in circa 500 Fällen angewendet und diente in erster Linie als Antirheumaticum. Als solches übertrifft es das Natr. salicyl. in mannigfacher Weise. Da das Aspirin erst im alkalischen Darmsaft gespalten wird, werden fast vollständig alle auf einer Reizung der Magennerven beruhenden Nebenerscheinungen ausgeschaltet, welche für die gebräuchlichen Salicylate als nahezu charakteristisch gelten, wie Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen etc. Bei Aspiringebrauch waren Nebenwirkungen sehr selten und geringfügig; wegen des angenehm säuerlichen Geschmacks wurde das Mittel gern genommen, Erbrechen wurde niemals beobachtet. Als Antirheumaticum wurde Aspirin sowohl bei acutem, wie bei chronischem Gelenkrheumatismus angewendet und entfaltete prompt eine günstige Wirkung. Die Dosirung wurde derart vorgenommen, daß die Patienten am ersten Tage 5 × 1 Grm., am zweiten Tage 4 × 1 Grm. und sofort in gleichem Verhältniß abfallend bis zu täglich 2 × 1 Grm. bekamen. Bei sehr hartnäckigen Fällen erscheint es zweckmäßig, mehrere Tage hindurch auf 4 Grm. pro die zu bleiben. Sind alle Schmerzen zurückgegangen, so empfiehlt sich noch während einiger Tage die Verabreichung einer Dosis von 2—3 Grm. pro die, wodurch Recidiven am sichersten verhütet werden. Auch als Antineuralgicum entfaltet Aspirin bei Ischias, Trigemineuralgie etc. günstige Wirkung. Bei Gicht ist das Antipyrin vorzuziehen. Vermöge seiner diaphoretischen Wirkung ist das Aspirin zur Einleitung der Resorption seröser Exsudate verwendbar. Nach den Beobachtungen des Verf. entfaltet das Aspirin gerade bei Pleuritis sicca eine fast specifisch zu nennende Wirkung. Auch als Antipyreticum, speciell bei Phthise, hat sich das Aspirin bewährt. Meist genügen 2—3 Dosen à 0·25 Grm. zu diesem Zwecke. Dort, wo Aspirin versagt oder Collapstemperatur herbeiführt, ist bei Phthise die Prognose infaust. Das Aspirin leistet als Antirheumaticum, Antineuralgicum und Antipyreticum sehr gute Dienste und ist durch das Fehlen der Nebenwirkungen den anderen Salicylaten vorzuziehen. Wegen des billigeren Preises empfiehlt sich die Verwendung der in der Fabrik hergestellten Tabletten, welche 10·5 Grm. Aspirin entsprechen. M. K.

WARNECK: **Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauterin gravidität.**

Es handelt sich in dem vom Verf. beobachteten Falle („Medicinskoe Obosrenie“, 1901, Bd. 55, H. 2) um eine Schwangerschaft mit Zwillingen, bei der die eine Frucht sich in der Gebärmutterhöhle, die andere in der linken Tube entwickelte. Die Tubenschwangerschaft endete mit frühzeitigem Abortus, während die Gebärmutterchwangerschaft sich weiter entwickelte. Der Fall des Verf.'s lehrt, daß der schwangere Uterus bisweilen außerordentliche Widerstandsfähigkeit zu entwickeln vermag. So haben in diesem Falle weder der mit großen Schwierigkeiten vor sich gehende Abortus nebst folgender, 1½ Monate anhaltender heftiger Gebärmutterblutung, noch die angewandten heißen Ausspülungen und sonstigen zur Stillung der Gebärmutterblutung angewandten Maßnahmen, noch schließlich die an der Patientin nach dem eingetretenen Abortus vorgenommene Laparotomie vermocht, den normalen Verlauf der Gebärmutterchwangerschaft zu unterbrechen; letztere endete mit normaler Geburt eines gesunden Kindes. L—y.

ŠAMBERGER: **Tabes dorsalis und die Herzfehler.**

In den letzten Jahren wurden auf der böhm. Poliklinik in Prag (Abth. d. Prof. THOMAYER) 10 Fälle von Tabes beobachtet, die zugleich mit einem Herzfehler behaftet waren. In 9 Fällen handelte es sich um eine Aorteninsuffizienz, im 10. um eine Mitralstenose. Diese Combination beider Krankheiten kommt also sehr oft vor. In 88, seit dem Jahre 1895 auf der böhmischen Poliklinik beobachteten Fällen waren 10 Fälle (d. i. 11%) mit einem Herzfehler combinirt. Aeltere Statistiken geben zwar ein nicht so großes Percentverhältniß,

doch diesen Umstand erklärt Verf. dadurch, daß früher, ehe die medicinische Welt über diese Combination instruiert war, eine von den beiden Krankheiten unbekannt blieb. LEYDEN'S Angabe daß diese Combination nur ein Zufall sei, da beide Krankheiten eben sehr oft vorkommende Krankheiten wären, kann dadurch widerlegt werden, daß die Lungentuberculose, eine noch öfters vorkommende Krankheit, nicht so oft mit Tabes combinirt ist. In den obigen 88 Fällen wurde sie nur zweimal vorgefunden.

Was die Aetiologie der Tabes anbelangt, glaubt Verf. jenen Recht geben zu können, die Syphilis, wenn auch nicht als die einzige, so doch als sehr häufige Ursache der Tabes bezeichnen. Die Aorteninsufficienz wird wieder durch Arteriosklerose verursacht, die letztere wiederum bei Tabetikern am Secirtische sehr oft constatirt. Wahrscheinlich wird die Arteriosklerose der Tabetiker auch durch Syphilis verursacht.

Weiters constatirt Verf. („Sbornik. klin.“, Bd. 2, H. 2), daß die Ataxie bei Tabetikern mit Aorteninsufficienz weniger entwickelt ist oder auch vollkommen fehlt, ein Umstand, der auch als Beweis dafür dienen kann, daß diese Combination keine zufällige ist. Denn es ist altbekannt, daß Tabetiker, bei welchen z. B. die Schmerzkrisen oder die Atrophie des N. opticus prädominirt, nicht eben allzu ataktisch sind. Diesen Umstand erklärt Verf. durch die Theorien von M. EDINGER (Ersatztheorie) und M. MOTT. STOCK.

MAX FISCHER (Illenau): **Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel.**

Bei der ärztlichen Verordnung der Hypnotica sollen folgende Gesichtspunkte leitend sein. („Deutsche Praxis“, 1900, Nr. 3 und 4.)

Nicht jeder Organismus verspürt von einem bestimmten Schlafmittel dieselbe Wirkung, sondern auf die einzelnen Schlafmittel reagiren verschiedene Personen durchaus verschieden. Es gilt also zuerst, für den einzelnen Patienten das wirksamste und zugleich unschädlichste, d. h. von Nebenwirkungen freieste Schlafmittel durch Versuche festzustellen.

Auch dann sollte nicht einfach die Anwendung dieses einen Mittels zur Norm erklärt werden, sondern es sollten verschiedene Mittel abwechselungsweise gebraucht werden. Man soll alle paar (2—3) Tage, etwa auf ebenso lange ein anderes Hypnoticum einschalten oder noch, besser, täglich mit demselben wechseln. Es müssen die betreffenden Patienten unter ärztlicher Beobachtung und Controle bleiben, damit etwaige Nebenwirkungen und Intoleranz- oder Vergiftungserscheinungen rechtzeitig entdeckt oder verhütet werden können. Nie soll es dem Patienten überlassen werden, sich die Fortdauer der bequemen Schlafmittelverwendung selbst zu bestimmen. Andererseits müssen aber auch die durch die wissenschaftliche Erforschung der einzelnen Hypnotica bekannt gewordenen und angerathenen Vorsichtsmaßregeln in der Anwendung dieser Mittel sorgfältig beachtet werden.

Bei der Abmessung der Dosis eines jeden Schlafmittels soll die Constitution des einzelnen Schlafbedürftigen in Betracht gezogen werden. Eine große aber kräftig gebaute Person wird stärkerer Dosen bedürfen als eine kleine oder schwächlich gebaute oder anämische. Männer gebrauchen im allgemeinen mehr als Frauen. Das Körpergewicht wird hiebei im allgemeinen wie auch bei der Dosierung anderer Arzneimittel einen brauchbaren Maßstab liefern.

Auch in dem Gebrauche verschiedener Schlafmittel in täglich abwechselnder Reihenfolge sollte nicht unausgesetzt Tag für Tag fortgefahren werden; man darf regelmäßig einmal ganz aussetzen und versuchen, ob nicht der gesunde Schlaf sich dauernd oder wenigstens vorübergehend ohne Mittel wieder einstellt. Ist dies auch nicht der Fall, so erträgt doch ein selbst geschwächter Organismus eine schlechte oder schlaflose Nacht zwischen zwei und mehr guten, dem Schlafmittel verdankten Nächten ganz gut ohne weitere Schädigung. Zum mindesten ist es aber auch nicht schlimm, wenn ein solcher Patient einmal eine Nacht schlecht schläft; im Gegentheil, es gehört mit zur Selbstzucht, daß er es psychisch ertragen lernt, einmal eine schlechte Nacht in Kauf zu nehmen, ohne sich gleich tödtlich unglücklich zu fühlen. In speciellen Fällen gelten folgende Regeln:

Das Trional soll, wo immer möglich, nur aufgelöst in heißer Flüssigkeit (Thee, Milch) oder in Sodawasser genommen werden; zum mindesten soll eine genügende Menge nachgetrunken werden. Gebrauch von alkalischen Mitteln, regelmäßiges Trinken von Karlsbader Wasser, kohlenensäurehaltigen Wässern während der Dauer der Trionalanwendung ist rathsam. Man könnte auch daran denken, das Trional überhaupt nur in Verbindung mit etwas Alkali (z. B. mit Natr. bicarb. vermischt) zu verordnen. Prophylaktisch ist des weiteren Controle der Excretionen zu empfehlen, Anregung der Diurese, warme Vollbäder, von Zeit zu Zeit Untersuchung des Urins. Auf die Regelung des Stuhlganges ist besonderes Gewicht zu legen, damit nicht unzersetzte Trionalreste oder Zerfallproducte des Trionals sich im Körper ansammeln und dann cumulativ wirken. Man achte ferner besonders auf eintretende Magenkatarrhe, Erbrechen, kolikartige Leibschmerzen, Unregelmäßigkeiten der Verdauung, wie sie sich besonders bei längerem Trionalgebrauche einstellen. Bei Leuten mit chronischen Verdauungsstörungen (Magendarmkatarrhen irgend welcher Art) sei man mit Trionalgaben besonders vorsichtig.

Man probire im Einzelfalle die wirksame Dosis mit Berücksichtigung der Constitution des Betreffenden erst aus; es kommen Dosen von $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1, $\frac{5}{4}$ und $1\frac{1}{2}$ Grm. in Betracht, zumeist allerdings $\frac{1}{2}$ und 1 Grm.; 2 Grm. und mehr wird man selten brauchen. Kommt man mit dem Trional nicht zum Ziel, so bietet sich als nächst empfehlenswerthes Hypnoticum das Paraldehyd dar, das man am besten mit etwas Rum, Limonadeessenz oder mit Succ. liquir. gibt. Man verordnet Dosen von 1—2—4—6 Grm. je nach der Constitution und Wirkung. Das Mittel darf als ebenso zweckmäßig wie unschädlich gelten. Auch das Amylenhydrat und Chloralformamidat sind in Gaben von 1—4 Grm. zu empfehlen, ebenso wie das Dormiol, eine chemische Verbindung zwischen Chloral und dem Amylenhydrat. Das Chloral erscheint Verf. für die Bekämpfung der einfachen Schlaflosigkeit als ein zu gewaltthätiges Mittel. Auch Combinationen der hier erwähnten Mittel werden sich oft als nützlich erweisen. B.

JAWORSKI (Krakau): **Ueber den Gebrauch des Aqua magnesia effervescens.**

J. gebraucht („Therap. Monatshefte“, 1901, Nr. 1) zwei Arten von Heilwässern, und zwar

I. Aqua magnesia effervescens mitior von folgender Zusammensetzung:

Magnesiae carbonicae	5·0
Magnesiae salicylicae	1·0
solve in aquae acido carbonico impregnatae	1000·0

II. Aqua magnesia effervescens fortior von folgender Zusammensetzung:

Magnesiae carbonicae	10·0
Natrii chlorati	5·0
solve in aquae acido carbonico impregnatae	1000·0

Das Magnesiawasser erfüllt folgende Indicationen: Dasselbe stumpft sowohl die Magensäure, als auch andere organische Säuren des Mageninhaltes ab, löscht den peinlichen Durst der an Hyperacidität des Mageninhaltes leidenden Patienten und wirkt abführend auf den Darm. Vor den Bitterwässern hat das Magnesiawasser den Vortheil, daß es ihren widerlich bitteren Geschmack nicht theilt, indem es fast wie Sodawasser schmeckt, und was am meisten in die Wagschale fällt, aus Mangel an Magnesiumsulfat und Magnesiumchlorid den Darm nicht reizt und lange Zeit gebraucht werden kann.

Das schwächere Magnesiawasser verwendet J. als Tafelwasser zu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Trinkglas $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nach jedem Essen (4—6mal täglich), um die Acidität des Mageninhaltes abzuschwächen oder dessen saure Fermentation anzuhalten, und zwar in Fällen, wo zugleich die Stuhlretardation mäßigen Grades besteht. Das stärkere Magnesiawasser verordnet er entweder allein oder neben dem schwächeren, welches letztere während des Tages, wie oben angegeben, gleichzeitig getrunken wird — behufs einmaliger Entleerung in Fällen hartnäckiger Obstipation. Zu diesem Zwecke wird das stärkere Wasser bloß einmal im Tage, morgens früh nüchtern oder nachts vor dem Schlafengehen, zu 1— $2\frac{1}{2}$ Trinkglas im Verlaufe von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde ausgetrunken.

Manche Kranken bekommen beim Gebrauch des schwächeren Magnesiawassers statt einer Entleerung im Tage mehrere kleinere tagsüber. Bei Kranken, welche längere Zeit drastische Mittel oder Bitterwässer mißbraucht hatten, wirkt das Magnesiawasser meist nicht eröffnend. L.

A. HIRSCH (Stuttgart): Zur Kenntniß der Wirkung des Morphins auf den Magen.

Morphin in einer Dosis von 0.01 Grm. pro Kilo Thier und darüber dem Hunde subcutan injicirt, bringt sofort eine völlige, stundenlang andauernde Sistirung der Expulsion des Mageninhaltes zustande.

Diese Hemmung der Magenentleerung ist durch einen stundenlang andauernden Pyloruskrampf bedingt. Mit diesem Pyloruskrampfe geht eine kräftige Peristaltik der Pars pylorica des gefüllten, eine schwächere des leeren Magens einher, während der Fundus in Ruhe bleibt.

Infolge der Morphinwirkung ist die HCl Secretion im Anfange herabgesetzt, später abnorm gesteigert. Der geschilderte Pyloruskrampf, sowie die antrale Peristaltik des gefüllten und leeren Magens sind durch eine Erregung der Contractionscentren für Pylorus und Pars pylorica in den Vierhügeln hervorgerufen. Die Hemmung der HCl-Secretion im Beginne der Morphinwirkung ist wahrscheinlich durch die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphins durch die Magendrüsen bedingt, während die sich später geltend machende Hypersecretion eine centrale Ursache haben dürfte.

Diese durch das Thierexperiment gewonnene Erkenntniß der Morphinwirkung läßt sich mit Vorsicht auf die menschliche Pathologie übertragen. Man findet in der That, daß durch die beim Menschen üblichen Morphindosen die Entleerung des Magens erheblich verzögert wird, die Salzsäuresecretion im Beginne der Morphinwirkung eine Abschwächung, im späteren Verlaufe eine abnorme Steigerung erfährt; die Beeinflussung nimmt mit steigender Dosis progressiv zu. Bei derselben Dosis ruft die Subcutaninjection die genannten Störungen der Magenverdauung stärker hervor als die Verabreichung des Morphins per os. Bei Verabreichung per os bewirkt die gleichzeitig verabfolgte Nahrung entsprechend der langsamen oder raschen Resorption ein schwächeres, respective stärkeres Auftreten der geschilderten Morphinwirkung. Es ist das Morphin demnach imstande, auch beim Menschen einen Krampfzustand des Pylorus zu erzeugen. N.

ALAPY (Budapest): Zur Frage der retrograden Sondirung der Narbenstricturen der Speiseröhre.

Wir wissen, wie schwer es bei Oesophagusstricturen — die vom Munde aus impermeabel sind und bei welchen theils zum Zwecke der Ernährung, theils zum Zwecke der retrograden Sondirung eine Magenfistel angelegt wurde — gelingt, die erste filiforme Sonde vom Magen aus durch die Strictur durchzubringen. Manchmal hilft das sogenannte Schrotverfahren, ein zweitesmal hat man es bloß dem Zufall zu verdanken, daß man mit einer Sonde durchkommt.

A. gibt nun ein Verfahren an („Lang. Arch.“, Bd. 62, H. 4), das ihm die retrograde Sondirung in einem Falle bedeutend erleichtert hat und geeignet erscheint, auch in anderen Fällen methodisch angewendet zu werden. Da das Passiren der Strictur, wenn auch das Auffinden der Cardia mit schwerer Mühe gelungen ist, meistens daran scheitert, daß beim leisesten Druck die dünne Sonde — mangels jeder Seitenstütze — sich umbiegt, hat A. folgenden Kunstgriff angewendet: Er führte eine elastische Bougie Nr. 15 mit olivenförmiger Spitze in die Cardia ein und schob sie bis zur Strictur vor. Nun wurde ein Seidenkatheter Nr. 20, ohne Seitenfenster über den Katheter wie über eine Leitsonde gestreift, und als die Spitze desselben an der Strictur angelangt war, wurde die Bougie zurückgezogen und an ihrer Stelle eine filiforme Bougie eingeführt. Als dieselbe die Strictur erreichte, gelang es, die Bougie mit überraschender Leichtigkeit durch die Strictur und bis in den Mund vorzuschieben. Verf. erklärt dies damit, daß der Katheter, in welchem die Bougie steckt, eine Seiten-

stütze gewährt und so das Umbiegen der Sonde verhindert. Die gewöhnlichen filiformen Urethralbougies sind zu kurz, um bis in den Mund vorgeschoben zu werden, es müssen daher Bougies von 60—70 Cm. Länge verwendet werden. ERDHEIM.

DANYSZ (Paris): Un microbe pathogène pour les rats et son application à la destruction de ces animaux.

Während wir in dem LÖFFLER'schen Mäusetyphusbacillus einen Mikroorganismus besitzen, der für graue Mäuse sehr pathogen, für andere Thiere aber und für den Menschen ganz unschädlich ist, und dessen Culturen daher bereits ziemlich ausgedehnte Verwendung zur Bekämpfung der Mäuseplage finden, besitzen wir Ratten gegenüber kein derartiges Mittel. Die Vertilgung der Ratten wird aber gegenwärtig, da ihre Bedeutung für die Verbreitung von Infectiouskrankheiten, so vor allem der Pest, erwiesen ist, ganz besonders angestrebt, und es wäre mit Freuden zu begrüßen, wenn ein Erreger einer Rattenseuche gefunden würde, durch welchen es — analog dem erwähnten Mäusetyphusbacillus — gelänge, die Ratten zu vernichten. D. ist es nun gelungen („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 193), bei einer Rattenepidemie einen Bacillus zu züchten, der für graue Ratten zwar nur wenig pathogen war, dessen Virulenz sich aber durch ein geeignetes Verfahren steigern ließ. Laboratoriumsversuche und Versuche im Großen (in Magazinen etc.), die Ratten zu vernichten, ergaben aufmunternde Resultate, so daß sich die Fortführung der Versuche des Verf. empfehlen würde. Dr. S.

CHRISTMAS: Contribution à l'étude du gonococque et de sa toxine.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen in der vorliegenden zweiten Mittheilung („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 331) zu folgenden Schlußfolgerungen:

Der Gonococcus bildet in geeigneten Nährsubstraten toxische Substanzen, die, in geringen Dosen und in das Gehirn eingebracht, den Tod der Versuchsthiere herbeiführen, indem sie charakteristische Vergiftungserscheinungen mit rapidem Verlaufe erzeugen. Das Toxin findet sich in den Culturen in Lösung und entsteht nicht durch Diffusion des in den Leibern todter Gonokokken enthaltenen Toxins; es ist vielmehr die Folge eines biologischen Vorganges, indem es sich nur bei ganz bestimmten Culturbedingungen bildet. Es ist nicht dialysirbar, widersteht einer Erwärmung auf 60° durch mindestens eine Stunde und beginnt erst bei einer Erwärmung auf 75° durch 15 Minuten sich zu ändern. Es läßt sich aus den Culturen durch eine gesättigte Ammonsulfatlösung ausfällen. Subcutane Injectionen erzeugen in dem Blute der Versuchsthiere ein Antitoxin, das in vitro das Gonokokktoxin neutralisirt und bei Einspritzung in das Gehirn (einige Zeit vor Einspritzung des Toxins) die Vergiftungserscheinungen aufhält. In gleicher Weise hält die Einspritzung des Antitoxins in das Blut die Wirkung des Gonokokktoxins im Gehirn auf. Diese Ergebnisse stehen in directem Widerspruch mit den von CANTANI schon vor einiger Zeit erhobenen und neuerdings („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, pag. 99) wieder bestätigten Befunden, da dieser die Existenz eines Gonokokktoxins im Sinne von CHRISTMAS in Abrede stellt. (Ref.) Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Von Prof. Dr. H. Fritsch, Geh. Medicinalrath, Director der Universitäts-Frauenklinik in Bonn. Mit 23 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Im III., 1889 erschienenen Bande des großen von P. MÜLLER in Bern herausgegebenen Handbuchs der Geburtshilfe lieferte H. FRITSCH, damals in Breslau, jetzt in Bonn, den Abschnitt über die gerichtliche Geburtshilfe. FRITSCH entschloß sich, diesen Abschnitt, den seitherigen Fortschritten der Wissenschaft ent-

sprechend umzuarbeiten, sowie zu vervollständigen und als selbstständige Schrift erscheinen zu lassen. Er hat sich ein sehr dankbares Thema gewählt und durch seine Schrift thatsächlich eine fühlbare Lücke ausgefüllt, da seit HOHL's Zeiten, demnach seit nahezu 50 Jahren, kein fachmännischer Geburtshelfer mehr seine Disciplin von der gerichtlichen Seite her bearbeitete, angenommen VON SAEXINGER, der für das große, VON MASCHKA'sche gerichtliche Sammelwerk den geburtshilflichen Abschnitt zur Bearbeitung übernahm. Da dem Vertreter der gerichtlichen Medicin, mag er in seinem Fache auch noch so bewandert sein, die Geburtshilfe stets ein mehr oder minder fremdes Gebiet bleibt, so ist nur der geburtshilfliche Fachmann der berufene Bearbeiter dieses Abschnittes der gerichtlichen Medicin. FRITSCH erfreut sich als Geburtshelfer eines ausgezeichneten Rufes; es nimmt daher nicht Wunder, daß das jüngste Product seiner Feder sich seinen früheren Publicationen würdig anreihet. Der praktische Geburtshelfer, der nicht selten betreffs einschlägiger gerichtlicher Fälle als Sachverständiger vor Gericht gerufen wird, wird den Werth des FRITSCH'schen Werkes doppelt zu schätzen wissen, da er in demselben Alles findet, was er zu wissen nöthig hat, und es ihn manchen Verlegenheiten entrücken wird. Für den Geburtshelfer und gerichtlichen Mediciner vom Fache wird der Werth des Buches ganz wesentlich durch die Beigabe des Literaturnachweises erhöht. Ref. zweifelt nicht daran, daß dieses Buch, das, wie oben erwähnt, eine fühlbare bisherige Lücke ausfüllt, gewiß eine große Verbreitung in den für dasselbe bestimmten ärztlichen Kreisen finden wird.

KLEINWÄCHTER.

Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente. Von Prof. Dr. Fl. Kratschmer und Mag. pharm. Em. Senft. Wien 1901, Josef Šafár.

In 13 Tafeln sind die wichtigsten mikroskopischen Formelemente des Harns wahrhaft naturgetreu dargestellt. Auswahl und Zusammenstellung der reproducirten Sedimentbestandtheile müssen als glücklich und instructiv bezeichnet werden; sie ermöglichen

zumal dem Anfänger eine rasche Orientirung. Die einleitenden Bemerkungen über Reagentien und Utensilien, sowie die speciellen morphologischen, physikalischen und chemischen Ausführungen sind kurz, präzise und vollkommen dem Zwecke des Buches entsprechend.
BR.

Tafel zur Bestimmung der Sehstärke mittelst der Uhr. Von Dr. E. Praun, Augenarzt in Darmstadt. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

Ein jeder College, welcher bei einem und demselben Pat. wiederholte Sehprüfungen vorzunehmen hat, wird oft das Bedürfnis nach Abwechslung der Sehprobentafeln gehabt haben, da der Untersuchte sehr bald die Buchstaben, Ziffern oder Zeichen aus dem Gedächtnisse herzusagen imstande ist. Diesem Uebelstande helfen allerdings die bereits in großer Anzahl vorhandenen verschiedenen Sehprobentafeln ab, so daß es wohl überflüssig erscheinen würde, diesen Tafeln noch eine neue hinzuzufügen. P. hat jedoch nicht eine neue Tafel nach alter Schabloae, nur mit anderen Buchstaben oder Ziffern, hergestellt, sondern ihm gebürt das Verdienst, eine wirklich praktische Idee aufgegriffen zu haben, indem er die Uhr zur Sehprobe benützt. Wie oft schon hat jeder College beim Aufnehmen der Anamnese eines Pat., bei welchem man eine seit frühester Kindheit bestehende Schwach-, resp. Kurzsichtigkeit vermuthete, die Frage gestellt, ob der Pat. die Uhr am Kirchturm ablesen konnte! Dem Laien gilt ja für gewöhnlich als Maßstab der Sehstärke für die Ferne das Erkennen der Kirchturmuhre etc.

Ein weiterer Vortheil dieser Sehprobentafel ist der, daß die Sehstärke in Zehnteln ausgedrückt wird, wie dies bereits bei anderen Sehprobentafeln, z. B. den SCHNABEL'schen, der Fall ist.

Endlich sei noch der großen Verschiedenheit in der Zeigerstellung gedacht, welche durch einfache Drehung der Quadrate der Uhrensehprobentafel hervorgerufen wird, indem 180 verschiedene Zeigerstellungen hergestellt werden können. Dr. BONDI, Igla.

Feuilleton.

Beiträge zur socialen Medicin.

Von Dr. Max Kahane in Wien.

V.

In den vorangehenden Ausführungen wurde darauf hingewiesen, daß die Frage der Vererbung und die damit zusammenhängenden Probleme der Belastung und Entartung gleichsam den Angelpunkt der socialen Medicin darstellen. Wenn wir nun die Vererbung als die Uebertragung von Eigenschaften der elterlichen Organismen durch den Zeugungsact verstehen, eine Uebertragung, welche die Wesenheit der Frucht in maßgebender Weise determinirt, so ergibt sich daraus, daß das Sexualeben der Menschheit, d. h. jene Function des Organismus, welche im Zeugungsacte in der Schaffung eines neuen Lebens gipfelt, gleichfalls ein Object der socialen Medicin darstellt. Die ungeheure Bedeutung des Sexuallebens nicht nur für das einzelne Individuum, sondern auch für die sociale Gemeinschaft liegt für den Denkenden klar zutage und auch der Volksinstinct ist sich derselben bewußt, aber auch hier müssen, sowie bei allen anderen Problemen der socialen Medicin, die exacten Grundlagen geschaffen werden, wobei aber außerdem noch die ungeheure Macht eines alteingewurzelten Vorurtheiles zu überwinden ist, welches sich darin äußert, daß die Erörterung der in dieses specielle Gebiet fallenden Fragen als gegen Sitte und Anstand verstößend betrachtet und daher nach Thunlichkeit vermieden wird. Es ist merkwürdig, daß sogar die Aerzte, welche doch in erster Linie berufen wären, Führer und Leiter der Menschheit auf diesem Gebiet zu sein, sich einer gewissen Prüderie zum großen Theil nicht entziehen können und sich des Unterschiedes zwischen der ersten Erörterung dieses Gegenstandes und der Ausschrottung desselben zu pikanten Anekdoten nicht immer klar werden. Wenn nun aber sowohl das instinctive Fühlen des

Unwissenden, sowie das exacte Denken des Forschers in gleicher Weise zu dem Ergebniß führen, daß das Sexualeben ein Problem von geradezu ungeheurer Tragweite ist, daß höchstes Glück und höchstes Leid, das die Menschenseele zu empfinden mag, darin ihre Wurzel haben, daß die Triebfedern für die erhabensten Thaten, sowie die scheußlichsten Verbrechen in gleicher Weise daraus entspringen, so wäre es doch hoch an der Zeit, mit den alten Vorurtheilen zu brechen und mit dem Rüstzeug der Wissenschaft an dieses Problem heranzutreten. Allerdings sind auf diesem Gebiete noch große Schwierigkeiten zu überwinden, aber dieselben müssen eben überwunden werden, wenn das Ziel der socialen Medicin erreicht werden soll, welches dahin geht, durch Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung des Menschengeschlechtes dasselbe für seine erhabene Aufgabe der fortgesetzten Vervollkommnung befähigt zu machen.

Der wesentliche Zweck der Sexualität ist die Schaffung neuer Individuen, die Fortpflanzung, und nur jene Sexualität ist als normal zu betrachten, welche im Dienste der Fortpflanzung, d. h. des zur Erhaltung der Gattung führenden Actes steht. Es ist dies der Fundamentalsatz, das Grundprincip des Sexualproblems nicht nur aus der Betrachtung der anderen Organismen, sondern auch aus der Geschichte des Menschengeschlechtes selbst geschöpft. Im Thierreich sehen wir die Sexualität durchaus in den Dienst der Fortpflanzung gestellt und nur in diesem Sinne bethätigt (wenn man von einzelnen höheren Thieren absieht), dieses Gesetz gilt gewiß auch für den höchsten Organismus der Thierreihe, den Menschen; aber hier sehen wir zu dem Trieb, der in der Thierwelt allein mächtig waltet, auch die Reflexion sich hinzugesellen, welche dazu führt, daß die Sexualität sich mit der Fortpflanzung nicht mehr vollständig deckt und zur Quelle all jener Abweichungen von der Norm führt, welche eine so verhängnißvolle Bedeutung für das Individuum wie auch für den socialen Organismus gewinnt. Jene Reflexion, welche die Thätigkeit des Sexualtriebes von dem Zwecke der Fortpflanzung zu trennen weiß, führt eben zu jenen Formen sexueller Bethäti-

gung, welche nicht im Dienste der Fortpflanzung stehen — Masturbation, Präventivverkehr in der Ehe und zu den widernatürlichen Formen der Befriedigung des Sexualtriebes, welche einerseits als Ausdruck andererseits als Quelle der Degeneration zu betrachten sind. Das Beispiel der Weltgeschichte zeigt uns, daß die lasterhaften, ausschweifenden Völker, mochten sie über noch so imponirende Machtmittel verfügen, von den sogenannten Barbarenvölkern, d. h. den Trägern einer natürlicheren Sittlichkeit, besiegt und unterjocht wurden.

Die Geschichte des römischen Weltreiches liefert hiefür ein unwiderlegliches Beispiel. Die rauhen, sittenstrengen Römer, denen die Heiligkeit der Ehe und des Familienlebens über alles hoch stand, die in der Erzeugung einer zahlreichen Nachkommenschaft den wesentlichen Inhalt des Daseins erblickten, wurden die Herren der Welt, indem sie die übercivilisirten, verweichlichten, entarteten Nationen des Ostens unterjochten. Als aber die Sieger allmählig die Laster der Besiegten sich aneigneten und in der grauenhaftesten Entartung, welche die Welt überhaupt kennt, überboten, wurde das Weltreich die Beute uncivilisirter, aber sittenreiner Barbarenvölker. Entartung des Sexuallebens, gekennzeichnet durch Furcht vor der Fortpflanzung, und Hinneigung zum Mißbrauch der Sexualität in Form von Ausschweifungen aller Art ist das sicherste Kennzeichen des Verfalles einer Nation. Auch hier gilt der Satz, daß die sexuelle Entartung eines Volkes nicht nur die Ursache, sondern auch die Folge seines Niederganges ist — als Ausdruck eines Circulus vitiosus. In der Weltgeschichte sehen wir bisher in geradezu verhängnißvoller Weise die Erscheinung walten, — daß, sowie eine gewisse Höhe der Civilisation erreicht ist und das Stadium der Ueberkultur beginnt, auch die Entartung des Sexuallebens sich fühlbar zu machen beginnt und die bis dahin productive Kraft einer Nation sich in Ausschweifungen aller Art erschöpft. Man fühlt sich veranlaßt, von Culturtoxinen zu sprechen, die, auf dem Nährboden der Civilisation sich entwickelnd, all die grünenden Aeste cultureller Entwicklung, die auf diesem Boden aufgeschossen sind, zum Welken und zum Verdorren bringen. Wenn wir sehen, daß Nationen, welche auf dem Gebiete wirthschaftlicher, politischer und geistiger Entwicklung führende waren, dieser Führung verlustig gehen und auf ein tieferes Niveau herabsinken, so zeigt es sich stets sexuelle Entartung im Bilde dieser Nation als wesentlicher Factor des Niederganges. Auch hier haben die Dichter mit ihren Seheraugen die Bedeutung dieser Thatsachen früher erkannt als die berufenen Vertreter der Wissenschaft, und das ungeheure Aufsehen, welches der Roman „Fécondité“ von ZOLA, dieser begeisterte Hymnus auf ein gesundes, zeugendes Sexualleben erregt hat, zeigt, wie tief die Empfindung all der ungeheuren Schädigungen, welche das entartete Sexualleben mit sich bringt, in den Gemüthern wurzelt. Die trockene Statistik gibt in dem Geburtenüberschuß einer Nation, in der auf natürlichem Wege sich vollziehende Zunahme der Bevölkerung den Maßstab für die einer Nation innewohnende Lebenskraft. Keine Macht der Erde kann eine Nation, welche abnorm geringe Zunahme, oder gar Stillstand, bezw. Abnahme der Geburtenziffer zeigt, vor der politischen, wirthschaftlichen und geistigen Ueberwältigung durch zeugungskräftigere Nationen bewahren.

In geradezu erhabener Eintönigkeit tritt immer wieder das Gesetz zutage, daß nur derjenige, der den Muth hat, sich fortzupflanzen, auch den Muth hat zu leben und Culturgüter zu schaffen. Allerdings scheint dieser Satz bei oberflächlicher Betrachtung nicht zu Recht zu bestehen, indem man die Schäden der Uebervölkerung, die Schaffung eines für den Dienst der Cultur nicht verwendbaren Proletariates durch unbeschränkte Zeugung im Auge hat. Aber es liegt der Schaden nicht in der Thatsache der Fortpflanzung und Vermehrung, sondern in anderen socialen Mißständen, welche nicht jedem Zweige am Baume der Menschheit die ungenhemmte Entwicklung gestatten, besonders dort, wo die Menschenmassen allzu dicht gedrängt sind, vor Allem in unseren Millionenstädten. Vor Allem ist aber die Thatsache zu betonen, daß überall dort, wo die Fortpflanzung aus derartigen Erwägungen eingeschränkt wird, Verfall die unausbleibliche Folge ist. Im socialen Leben läßt sich der innige Zusammenhang aller Grundlagen desselben nach-

weisen. Dort, wo die Hauptschädlinge der Menschheit, Tuberculose, Syphilis, Alkoholismus ihre mörderische Wirkung entfalten, zeigt sich eine Abnahme der Production neuer Individuen, oder es gehen die producirtten Individuen zum großen Theil rasch wieder zugrunde, bezw. führen die traurige Existenz der Belasteten und Entarteten weiter und produciren neuerlich Geschöpfe ähnlicher Art. Ein Werth für die culturelle Entwicklung kann nur der aus der Verbindung körperlich und geistig gesunder Individuen hervorgehenden gesunden Nachkommenschaft zugeschrieben werden, denn nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität des Nachwuchses ist für die Gestaltung der Zukunft einer Nation von wesentlicher Bedeutung. Diese Bürgerschaft gedeihlicher Menschheitsentwicklung für die Zukunft liegt nicht in einer Nivellirung aller Lebensverhältnisse, in Schaffung eines Zustandes, durch den jedem Individuum ein gewisses Quantum Luft und Nahrung, nicht mehr und nicht weniger, zugewiesen wird, sondern in der Hebung der Wohlfahrt des gesammten socialen Organismus, wobei Jedem freie Bahn für möglichst harmonische Entwicklung gewährleistet ist.

Es muß immer wieder betont werden, daß Armuth, Krankheit, Verbrechen in gleichem Sinne sociale Phänomene sind, ein Ausdruck des Ueberwucherns minderwerthiger Individuen im socialen Organismus. Die wirksame Heilung dieser Wunden am socialen Organismus kann — ganz sowie dies bei Wunden des Einzelindividuum der Fall ist — nur auf dem Wege der Regeneration geschehen. Diese Regeneration kann nur auf dem Wege sich vollziehen, daß ein vollkräftiger, körperlich und geistig gesunder Nachwuchs an die Stelle der minderwerthigen, entarteten Individuen tritt, gleichwie frische, kräftige Granulationen, die auf einer Geschwürsfläche emporsprossen, die Bedingung und das Zeichen der Heilung sind. Der einzige Ausgangspunkt dieses Regenerationsprocesses ist in einem gesunden Sexualleben zu suchen, welches seiner natürlichen Bestimmung gemäß in den Dienst der Fortpflanzung zu stellen ist, denn Fortpflanzung ist gleichbedeutend mit Erneuerung. Hier nun erwächst der socialen Medicin, dieser Wissenschaft, die sich — wenn auch noch nicht über die ersten Anfänge hinausgekommen — ihrer höchsten Ziele immer mehr bewußt wird die Aufgabe, das Sexualleben in seinen normalen, und pathologischen Erscheinungen objectiv und genau zu erforschen, um auf diese Weise die Mittel zur Verhütung und Bekämpfung aller krankhaften Phänomene zu erkennen.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **medicamentösen Behandlung des Diabetes mellitus** empfiehlt v. NOORDEN („Deutsche Praxis“, 1900, Nr. 11) statt des salicylsauren Natrons das Aspirin, weil es von den Diabetikern viel besser vertragen wird. Auch die Salicylsäure versagt manchmal vollständig, aber verhältnißmäßig oft sieht man doch, daß Diabetiker, wenn sie 1—3 Grm. Aspirin am Tage nehmen, eine erheblich höhere Toleranz erlangen als ohne die Droge. Die besten Erfolge sieht man von ihr bei Leuten, die eine gewisse Menge von Kohlehydraten noch vertragen (circa 60—150 Grm. Brot), ohne Zucker auszuschcheiden. Verordnet man diesen Leuten eine Diät, bei der sie in Bezug auf die Kohlehydrate sich ihrer Toleranzgrenze nähern, so besteht die Gefahr, daß doch hin und wieder Zucker ausgeschieden wird und die Toleranzgrenze allmählig tiefer rückt. Diese Gefahr wird durch die Beigabe der Salicylsäure wesentlich verringert; häufig steigt sogar die Toleranz noch um 30—60 Grm. Brot und mehr, und es läßt sich oft nicht verkennen, daß auch nach Aussetzen des Medicamentes der günstige Einfluß noch längere Zeit anhält. Ebenso scheint die für die meisten Diabetiker so außerordentlich günstige Einschaltung von 2—3wöchentlichen Perioden strenger Diät energischer und nachhaltiger auf die Erhöhung der Toleranz zu wirken, wenn die Pat. in jenen Perioden gleichzeitig Salicylsäure oder Aspirin (2—3 Tage) nehmen.

— Ueber die **Wundbedeckung mit der v. BRUNS'schen Airopaste** berichtet HONSELL („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3. — „Deutsche med. Woch.“) auf Grund mehrjähriger Erfahrungen in der Tübinger chirurgischen Klinik. Die Paste, welche

sich als vollkommen reizlos und ungiftig erwies, erscheint wegen ihres raschen Eintrocknens und zähen Festhaftens auf der Unterlage, ferner wegen ihrer hygroskopischen und antiseptischen Eigenschaften den sonst zum Wundabschluß benutzten Präparaten entschieden überlegen. Secretverhaltungen zwischen Haut und Paste, wie sie bei sehr dick aufgetragenen Pulvern nicht immer vermieden werden, sind auch bei reichlicher Absonderung der Wunde niemals beobachtet worden, ein Beweis für die bedeutende hygroskopische Wirksamkeit der Airolpaste. Endlich kommt noch der Vortheil hinzu, daß bei dieser Art des Verbandes ein Verschieben oder Lockerwerden unmöglich ist, und daß die Pastenbedeckung sich für sämtliche Stellen des Körpers in gleicher Weise eignet. Für die Herstellung der Paste gibt v. BRUNS folgende Vorschrift an:

Rp. Aiol. 50
Mucil. gumm. arab.,
Glycerin. aa. 10·0
Bol. alb.
q. s. ut f. pasta mollis.

Bei zu trockener, resp. nachträglich eingetrockneter Paste kann man Glycerin, bei zu flüssiger Paste Bolus alba zurühren. Da Wasser, Luft, Licht, sowie viele Metalle Jod aus dem Aiol abspalten, soll man die Paste ohne Zuhilfenahme von Metallinstrumenten herstellen und zur Verdünnung derselben nicht Wasser, sondern stets Glycerin verwenden. Die Aufbewahrung geschieht in gut verschließbaren Gefäßen aus Glas oder Porzellan; bei der Entnahme (mit Glas-, resp. Holzspatel) vermeide man unnötiges Offenstehen der Gefäße.

— Bei **Anorexie** verschreibt man („Centralbl. f. Therapie“, Mai 1901):

Rp. Tinct. rhei aquosi 15·0
Magnes carbon. 5·0
Aq. foeniculi 30·0
D. S. Umschütteln! Dreistündlich 1 Kaffelöffel;

oder

Rp. Rad. Ipecac. in pulv. 0·02—0·03
Rad. rhei in pulv. 0·1—0·3
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI.
D. S. Vor der Mahlzeit 1 Pulver zu nehmen;

auch

Rp. Extr. strychni 0·15
Rad. rhei 1·5
Pulv. aromat. 3·0
Mucil. gumm. arab. q. sat. ut f. pilul. Nr. XXX.
D. S. Dreimal täglich 1—2 Pillen vor den Mahlzeiten zu nehmen.
Rp. Orexini bas. 0·3—0·5
Dtr. tal. dos. Nr. X ad caps. amyl.
D. S. Vor den Mahlzeiten 1 Pulver zu nehmen.
Rp. Orexini mur. 3·0
Pulv. althaeae } aa. q. sat. ut f. pilul. pond. 0·1
Extr. gentian. } Nr. XXX.
D. S. Zweimal täglich 3 Pillen zu nehmen.
Rp. Decoct. cort. condurango e . . . 15·0:180·0
Resorcini resublim. 2·0
Syr. cort. aur. 18·0
D. S. Zweistündlich 1 Eßlöffel.

— Die **Behandlung des Unterschenkelgeschwürs** führt SCHLEICH in folgender Weise durch („Therap. d. Gegenwart“, 1901, Nr. 1): Die Extremität wird mit Seife und Wasser gründlich gereinigt und dann mit 3—5 Eßlöffeln der SCHLEICH'schen Peptonpasta (Pepton sicc. [WIRTE], Amyli tritic., Zinc. oxyd. aa. 20·0, Gummi arab. subtil. pulver. 40·0, Lysol gtt. XV, Ol. Melissae gtt. V. Aq. destill. qu. s. ut fiat pasta mollis.) von dem Zehensatz bis zum Knie und bis in die unmittelbare Nähe des Geschwürs in ziemlich dicker Schichte bestrichen. Das Geschwür selbst wird mit Glutolserum dünn bestreut und mit einem Bausch Krüllgaze bedeckt. Die Hauptsache ist die genaue Einwickelung der Extremität mit zwei Cambricbinden (10 Cm. lang, 8 Cm. breit) von den Zehen bis zum Knie in der Weise, daß die Touren vollständig faltenlos und ohne jede Lücke die Extremität decken; über diesen Verband werden zwei gestärkte Gazebinden unter ziemlich starkem Anziehen gewickelt. Dieser gleichmäßig comprimierende Verband verursacht eine Veränderung in der Configuration der Extremität, welche bald wieder die normalen Formen annimmt. Der Verbandwechsel wird nach Maßgabe der Secretion des Geschwürs jeden 5.—6. Tag oder früher vorgenommen. Der Verband

kann wie ein Verband aus gestärkten Binden mit der Scheere aufgeschnitten oder im Bade aufgeweicht und dann abgewickelt werden. Kommen Pyocyaneuspilze am Geschwür zum Vorschein, dann sind Umschläge aus essigsaurer Thonerde indicirt. Ist das Geschwür theilweise überhäutet, dann erfolge Transplantation nach THIERSCH. Ein Vortheil der Methode ist, daß sie den Patienten nicht an das Bett fesselt, was von Wichtigkeit ist, da das Ulcus cruris eine Krankheit armer Leute ist.

— Ueber **Heroin** berichtet PASTENA („L'arte medica“, 1900, Nr. 31 u. 32). Das Heroin wirkt als Beruhigungsmittel auf das Centralnervensystem in der gleichen Weise wie das Morphium und muß diesem vorgezogen werden, da es keine unangenehmen Nebenwirkungen verursacht, selbst wenn es längere Zeit hindurch angewandt wird. Neben seiner Brauchbarkeit bei Husten, Neuralgie u. s. w. ist es sehr von Nutzen bei Manie, in den Stadien der Erregtheit bei progressiver Paralyse und der Epilepsie sowie bei Schlaflosigkeit. Sehr wenig Erfolg wird damit erzielt bei sensoriieller Tobsucht. Keinen Werth zeigte es bei der Bekämpfung der Anzahl und Heftigkeit der epileptischen Anfälle. Die Anfangsdosis, subcutan, muß $\frac{1}{2}$ Cgrm. betragen, worauf zu 1 Cgrm. übergegangen wird. Man kann die Dosis bis auf 2 Cgrm. erhöhen, vorausgesetzt, daß dieselbe auf mehreremal vertheilt beigebracht wird.

— Der Werth der **Somatosedarreicherung** ist nach F. GOLDMANN („Ber. d. D. Pharm. Ges.“, 1901, Nr. 2) darin gelegen, daß Somatose erstens als Beikost verwendet werden und zweitens als ein die Secretion der Magenschleimhaut beförderndes Mittel gelten kann. Sie ist ein Roborans, ein Kräftigungsmittel, da sie dem Organismus ein Plus von Eiweiß zuführt und durch Anregung des Appetites die Aufnahme einer weiteren Menge von Nahrung vermittelt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

IV.

GUMPRECHT (Weimar): Bedeutung des Jods als Vasomotorenmittel.

Vortr. hat bei Versuchen an Kaninchen keinerlei Einwirkung des Jodnatriums auf den Blutdruck constatiren können. Weder Herz noch periphere Gefäße werden beeinflusst. Große Dosen wirken toxisch. Ebenso fielen Untersuchungen an Menschen mit dem RIVA-ROCCI'schen Apparat nach Joddarreicherung negativ aus, namentlich bei Arteriosklerotikern. Die klinisch oft betonte Jodwirkung könnte vielleicht noch andere Ursachen haben, wenn sie überhaupt besteht.

Asher (Bern) betont, daß das Jod nach BARBERA's Untersuchungen wesentliche Wirkungen auch auf den Vagus, den Depressor und den Accelerans hat, und zwar in entgegengesetzter Richtung zu dem Jodothyrim. Diese Prüfung wäre also auch anzustellen bei Beurtheilung der Jodwirkung.

Helntz (Erlangen): Es ist auch in Betracht zu ziehen, daß Jodkali auch die Durchlässigkeit der Gefäße vermehrt.

B. Lewy (Berlin): Die vasomotorische Wirkung des Jod ist in der Praxis bei Arythmie des Pulses sicher zu constatiren, wenn es längere Zeit gegeben wird.

STRASSBURGER (Bonn): Intestinale Gährungs-dyspepsie.

Die von AD. SCHMIDT zur Functionsprüfung des Darmes vorgeschlagene Methode der „Gährungsprobe“ in den Fäces ist von Sch. und St. seit mehreren Jahren weiter ausgebaut worden. Sie beruht darauf, daß bei einer bestimmten, leicht assimilirbaren Probediät nur unter pathologischen Verhältnissen aufschließbare Kohlehydrate mit dem Koth ausgeschieden werden. Die Anwesenheit letzterer lässt sich durch Nachgährung der Fäces sichtbar machen und erlaubt einen Schluß auf mangelhafte Function des Dünndarms.

Durch Ausnützungsversuche haben SCHMIDT und STRASSBURGER neuerdings gezeigt, daß bei den gährenden Stühlen die Verwerthung der Nahrung eine schlechtere ist als bei nicht gährenden. Ganz besonders gilt dies für die Kohlehydrate, so daß

man von einer Insufficienz der Stärkeverdauung sprechen kann. Besondere Sorgfalt wurde auf die bisher sehr vernachlässigten Kohlehydratanalysen in den Fäces verwendet und die Brauchbarkeit der Methodik durch ausgedehnte Vorversuche erprobt.

Eine dreijährige Beobachtungszeit lehrte, daß dem positiven Ausfall der Gährungsprobe eine bestimmte klinische Symptomen-Gruppe entspricht, deren objective Zeichen nur durch die eigenthümliche Beschaffenheit des Stuhles gebildet werden, während sich subjectiv gewöhnlich dyspeptische Beschwerden und Schmerzen in der Gegend des Nabels finden. Die Verf. schlagen den Namen „Intestinale Gährungsdyspepsie“ vor, welcher besagen soll, daß dyspeptische Erscheinungen vorliegen, die auf den Dünndarm im weiteren Sinne zu beziehen sind und durch Gährung der Fäces, event. des Darminhaltes, selbst charakterisirt sind. Die Verf. glauben mit Hilfe der Gährungsprobe in der Lage zu sein, bei gewissen Fällen ein Dünndarmleiden diagnosticiren zu können, bei denen anderweitige Anhaltspunkte objectiver Art für einen krankhaften Zustand entweder ganz fehlen oder doch nur so sind, daß eine nähere Localisation im Darm bisher nicht möglich war. Die Diagnose auf „intestinale Gährungsdyspepsie“ ergibt bestimmte therapeutische und prognostische Gesichtspunkte. Die Prognose des Leidens ist im Ganzen günstig.

Ewald (Berlin): Die Gährungsprobe gibt unsichere Resultate selbst bei ein und demselben Pat. Im positiven Fall findet man ja in den Fäces mikroskopisch die unverdauten Stärkereste reichlich, so daß es der umständlicheren Gährungsprobe nicht bedarf. Ebenso beweisen schon auch Muskelfibrillenreste in den Fäces mikroskopisch die mangelhafte Eiweißausnutzung.

Rosenheim (Berlin): So hoch auch der Werth der neuen Untersuchungsmethoden von **SCHMIDT** und **STRASSBURGER** anzuschlagen ist, so vermögen sie bisher die praktische Diagnose nicht wesentlich zu fördern. In den vorgelegten Tabellen sind die Differenzen in den unverdauten Kohlehydratresten zwischen gesunden und kranken Menschen zu gering, um pathologische Schlußfolgerungen daraus ableiten zu können. Uebrigens ist die Milch in der **SCHMIDT**-schen Probediät nicht zweckmäßig, weil sie von vielen Leuten schlecht vertragen wird und selbst schon Gährungserscheinungen hervorruft.

VOLHARD (Gießen): Ueber das fettspaltende Ferment des Magens.

Bisher nahm man allgemein an, daß die Fette vom Magen nicht verändert werden. Auf dieser Lehre basirt die v. **MERING**-sche Methode der Prüfung der Resorption im Magen mittels Bestimmung des Verhältnisses von Zucker zu Fett in einer Eigelbtraubenzuckeremulsion vor und nach dem Aufenthalt im Magen. Bei einer Nachprüfung dieser Methode fand V., daß eine Zerstörung der Einzelemulsion im Magen stattfindet, daß von dem fast neutral eingeführten Fett innerhalb $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden etwa 70% als Fettsäure im Magen abgespalten wurden.

Diese Fettspaltung, welche im Reagensglase weiter untersucht wurde, beruht auf einem neuen Fermente der Magenschleimhäute, welches in den Pepsin- und Labpräparaten nicht enthalten ist. Dieses Ferment läßt sich durch Glycerin aus der abpräparirten, zerhackten Schleimhaut des Schweinemagens extrahiren, und zwar liefert analog dem Pepsin und Lab nur der Fundustheil der Schleimhaut ein wirksames Glycerinextract, der Pylorustheil dagegen nicht.

Den sichersten Beweis, daß Bacterienwirkung nicht im Spiele ist, liefern Versuche mit bacterienfreien menschlichen, Magensäften, welche ein bakterienreiches Filter basirt haben.

Bezüglich des Wirkungsgebietes des Fermentes haben Untersuchungen mit dem Glycerinextract ergeben, daß die fettspaltende Wirkung sich auch auf künstliche Emulsionen erstreckt und weniger von der Natur des Fettes wie von seiner Emulgirbarkeit abhängig ist. Im Magen selbst wird sich aber die Fettspaltung auf die natürlichen präformirten Emulsionen beschränken, da die saure Reaction eine Emulgirung des Nahrungsfettes verhindert.

Versuchsreihen mit Variirung der Verdauungszeit beweisen eine große — nach dem Fermentreichthum des Magensaftes verschiedene — Schnelligkeit der Fermentwirkung, und einen unregelmäßigen, mit der Zeit nicht proportional anwachsenden Verlauf der Fettspaltung.

Bei Variirung des Fettgehaltes zeigte sich, daß die Fettspaltung stets unvollständig verläuft; das Maximum beträgt beispielsweise 60—70% beim Eigelb, gleichgiltig ob man wenig oder viel Fett dem Magensaft aussetzte.

Ellinger (Königsberg) bestätigt die Spaltung des Fettes im Magen, die in der vom Vortr. geschilderten Weise vor sich gehe, nicht etwa wie beim Lecithin durch Abspaltung von Glycerinphosphorsäure.

Albu (Berlin): Bei motorischen Functionsstörungen des Magens fällt, wenn man einige Zeit nach Milchgenuß aushebert, starke Fettsäureentwicklung auf, während sie bei Mägen mit guter Motilität kaum wahrzunehmen ist. Vielleicht kommt die Fettspaltung im Magen unter solchen Bedingungen stärker zur Geltung.

Bial (Kissingen): Das ist erklärlich, weil die Fette in solchen Fällen länger im Magen verweilen.

Naunyn (Straßburg): Die Fettspaltung im Magen sei von der Fettsäureentwicklung infolge von Gährung zu unterscheiden.

Volhard: Bei Säuglingen riechen die aufgestoßenen Gase stark nach Buttersäure, ein Beweis der Fettspaltung im Magen nach Milchgenuß.

REISSNER (Nauheim): Warum fehlt beim Magenkrebs die freie Salzsäure?

R. fand, daß bei Gesunden und Kranken nach Probefrühstück der Gesamt-Chlorgehalt des Mageninhalts mit der Salzsäure Hand in Hand geht, während die festen Chloride nur geringe Schwankungen aufweisen. Nur beim Magenkrebs besteht eine deutliche absolute und relative Vermehrung, eine Production von festen Chloriden, die zusammen mit dem Nachweis eines im Krebsmagen während und nach der Verdauung auftretenden Alkalis auf Geschwürsbildung hinweist und differentialdiagnostisch zu verwerthen ist. Die Ulceration verursacht sowohl Neutralisation abgechiedener Salzsäure, als eine Verminderung der Secretion.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

V.

KRÖNLEIN (Zürich): Gepaarte Projectile.

K. zeigt drei seltene Geschosse, die auf einem englischen Schießplatze aufgesammelt und die mehr oder weniger kreuzweise zusammengeschweißt sind, und fragt die Sachverständigen, wie und wo dies wohl zustande kommt. Hiezu wird aus der von **SCHJERNING** mitgebrachten Sammlung ein Doppelprojectil gezeigt, bei welchem das eine der Länge nach in dem anderen steckt. Nur der Mantel des äußeren Geschosses ist geplatzt.

REGER (Danzig): Die **KRÖNLEIN**'schen Schädelschüsse.

R. glaubt, daß ein großer Unterschied in der Wirkung der Schädelschüsse sich bemerkbar macht, wenn die Schüsse wie in den **KRÖNLEIN**'schen Fällen auf einen blutleeren Leichenschädel oder auf ein lebendes Individuum abgegeben werden. Die Wirkung auf den mit Flüssigkeit (Blut) gefüllten Schädel muß hier unbedingt eine andere sein.

Tilman (Greifswald) glaubt nicht, daß die Schwere der Verletzung, vielmehr die Wundcomplicationen die Heilung beeinflussen.

ZIEMSEN (Wiesbaden): Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Vortragender glaubt, daß die traumatischen Neurosen weniger dem Unfall als der Unfallgesetzgebung zuzuschreiben sind und wünscht, daß die Unfallverletzten zur Nachcur in die Badeorte geschickt werden.

V. BRUNS (Tübingen): Ueber die Castration bei Hodentuberculose.

Die Nothwendigkeit der Castration bei Hodentuberculose wird neuerdings wieder vielfach bestritten, die Doppelcastration gänzlich verworfen, und es hat die Anschauung platzgegriffen, daß es genüge, die Herde auszuschaben, da die Castration doch unzureichend sei, weil auch andere Theile des Urogenitalapparates ergriffen wären. Nach seinen Erfahrungen tritt die Hodentuberculose nicht selten bei vollständig intacten anderen Urogenitalorganen auf. Was nun die doppelte Castration anlangt, so wird hier die Frage maßgebend sein, welche Behandlung für den Erkrankten vortheilhafter ist, die operative oder die conservative. Zur Erklärung derselben hat er viele Untersuchungen über die Erfolge der verschiedenen Behand-

lungen angestellt und hat dazu das Material der Kliniken von 50 Jahren verwendet. Von im ganzen 105 Fällen sind 33 doppel-seitige Castrationen gemacht worden. Aus diesen Beobachtungen hat er gesehen, daß der Nebenhoden immer zuerst erkrankt, daß bei einfacher Resection desselben fast immer ein Recidiv aufgetreten ist, und daß die frühzeitige Castration doch als ein Schutz des anderen Hoden betrachtet werden muß. Die Endresultate der Operationen waren, daß bei einseitiger Castration 46% bis zu 34 Jahren, bei doppelseitiger 56% bis zu 30 Jahren dauernd geheilt sind. Kein Beobachter hat dabei von Veränderungen, Psyche und anderen Ausfallerscheinungen Mitteilung gemacht. Von den doppelseitigen sind nicht viel mehr als von den einseitigen an Urogenital-tuberculose gestorben, dagegen 25% an Tuberculose anderer Organe. Von den an Urogenitaltuberculose Erkrankten sind fast alle gestorben. Da so die Statistik bei der Castration im allgemeinen günstiger als bei der conservativen Behandlung ist, so ist das Verdammungsurtheil über erstere nicht gerechtfertigt.

v. BAUMGARTEN (Tübingen): Experimente über Hodentuberculose.

An Zeichnungen, die nach seinen Präparaten angefertigt wurden, demonstriert der Vortragende die Resultate seiner Experimente an Kaninchen, um zu erforschen, wie sich die Tuberculose im Urogenitalapparat ausbreitet. Da die Ansicht vorherrscht, daß in der Mehrzahl der Fälle die Tuberculose descendire, so hat er Versuche gemacht, von der vorderen Harnröhre aus Tuberculose zu inficiren. Niemals aber konnte er eine solche der Samenleiter oder der Hoden constatiren, obwohl sich eine Tuberculose der ganzen Harnröhre, der Prostata und des Trigonum entwickelt hatte. Auch in den Ureteren war nie eine Spur von Tuberculose zu entdecken gewesen. Umgekehrt aber waren seine Versuche, vom Hoden aus Tuberculose der Samenstränge und der Prostata zu bewirken, stets von Erfolg gewesen. Niemals jedoch ist die Tuberculose auf das Vas deferens oder den Hoden der anderen Seite hinübergewandert. Auch einen Uebergang von der Harnröhre und der Harnblase auf die Nieren konnte er nicht erzielen. Der event. Einwurf, daß die Lebensdauer der Thiere dazu nicht lang genug gewesen sei, käme nicht als wahrscheinlich in Betracht. Aus diesen Beobachtungen nun hat er das Gesetz abgeleitet, daß die tuberculösen Infectionen niemals gegen den Strom stattfinden, sei er Lymph- oder Gefäßstrom. Das ist auch plausibel, weil der Tuberkelbacillus keine Eigenbewegung hat und daher auf die Fortbewegung durch Secret- oder andere Strömungen angewiesen ist. Die Tuberkelbacillen sind auch keine Secretparasiten, sie vermehren sich nicht im Secret, sondern müssen in die Wandungen eindringen und von da aus können sie erst wieder in das Secret übergehen. Es kann allerdings die Hodentuberculose die einzige Tuberculose innerhalb des Urogenitalapparates sein. Bei vielfacher Tuberculose ist es häufig schwer, den primären Herd zu finden.

v. BÜNGNER (Hanau): Zur Behandlung der Tuberculose der männlichen Geschlechtsorgane.

Vortr. legt auf seine Methode der hohen Castration mit langsamem Vorziehen bis zum Abreißen des Samenstranges nachdrücklich Gewicht. $\frac{4}{5}$ des Samenstranges kann man so entfernen, so daß oft auch da noch eine Heilung erreicht wird, wo sie sonst nicht möglich erscheint. SCHEDE hat allerdings auf die Möglichkeit der Zerreißen des Peritoneums und die Infection desselben aufmerksam gemacht, und von anderer Seite ist eine Zerreißen des Samenstranges an fungösen Stellen und eine Zerrung der Gefäße eingeworfen worden, die bei dieser Evulsion des Samenstranges eintreten kann. Vortr. hat niemals solche Zufälle erlebt. Schwerwiegendere Bedenken sind von pathologisch-anatomischer Seite erhoben worden, daß sich nämlich die Tuberculose häufig discontinuirlich ausbreite. v. B. erläutert dann an Abbildungen die Ausbreitung und Localisation der Tuberculose im Urogenitalapparat. Bei ergriffener Prostata und vollkommener Samenstrangtuberculose müßte man natürlich die Prostata und den ganzen Samenstrang auf sacralem oder anderem Wege extirpiren; da aber dieser Eingriff groß, und die so erkrankten Pat. gewöhnlich sehr heruntergekommen sind, hat er Versuche gemacht, ob man nicht allen tuberculösen Stellen mit Jodoform-Glycerin-Injectionen beikommen

könnte und hat gefunden, daß man vom Vas deferens aus, nach unten sowohl wie nach oben, alles injiciren kann. Er hat erst einmal am Lebenden Gelegenheit gehabt, diese Methode anzuwenden, aber er glaubt, daß sie die Erkrankung günstig beeinflussen würde.

SIMON (Heidelberg): Zur Hodentuberculose.

Von 107 Fällen hat er von 92 wieder Nachricht erlangen und in 66% Heilung constatiren können. Von 29 doppelseitigen Fällen sind 8 gestorben, 21 Fälle bis 20 Jahre lang geheilt. In einem Falle hat er eine psychische Störung erlebt. Er empfiehlt die Castration.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Académie de médecine.

ROBIN: Die Erdphosphaturie bei Dyspepsie.

Es gibt eine Reihe von Fällen, wo ein milchig getrübtter Harn ausgeschieden wird, in welchem ein Ueberschuß von Calciumphosphat suspendirt ist. Man hat in solchen Fällen von Phosphaturie und Neurasthenie gesprochen, thatsächlich handelt es sich um periodische oder Dauerformen von hypersthenischer Dyspepsie. Man kann diese Kranken in zwei Gruppen eintheilen, je nach dem der Harn einfach milchig getrübt ist, oder ein kreibiges, gypsbreartiges Aussehen darbietet. In letzterem Falle ist die Ausscheidung des Harnes mit sehr schmerzhaften Blasen- und Harnröhrenkrisen verbunden. Neben dem Harnbefund werden am häufigsten Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, des Herzens, der Haut und der Muskeln beobachtet. Verbunden mit den Magensymptomen, welche bei diesen Kranken niemals fehlen, geben sie ein scharf umschriebenes, charakteristisches Krankheitsbild. Die Untersuchung des Magensaftes ergibt einen beträchtlichen Salzsäuregehalt, geringe Gährungsvorgänge, ausreichende Eiweißverdauung, dagegen schlechte Verdauung der Kohlehydrate. Der Stoffwechsel ist qualitativ nicht gestört, zeigt jedoch auffallende Verlangsamung. Man kann in diesen Fällen nicht von eigentlicher Phosphaturie sprechen, da die tägliche Gesamtposphorsäureausscheidung nicht gesteigert ist. Vermehrt sind nur die Erdphosphate, und es kommt bei der gleichzeitigen Verminderung des Säuregrades des Harns zur Ablagerung von Doppelt-Calciumphosphat in den Harnwegen. Im weiteren Verlauf kann sich dann Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis, Hämaturie entwickeln. Die zahlreichen weißen Blutkörperchen von Sediment weisen auf eine krankhafte Veränderung der Schleimhaut der Harnwege hin, auch sind Albuminurie und Anämie hier häufige Erscheinungen. Die Behandlung muß in erster Linie die hypersthenische Dyspepsie mit Hyperchlorhydrie, welche die Grundlage des ganzen Zustandes bildet, ins Auge fassen. Man unterwirft den Pat. zunächst durch eine Woche einer absoluten Milchdiät; gegen die Phosphaturie selbst empfiehlt sich die Darreichung einer alkoholischen Mischung von Schwefelsäure und Salpetersäure. Die schmerzhaften Krisen in den Harnwegen werden durch Darreichung indifferenten Mineralquellen, die Complicationen mit tonischen Mitteln (Arsen, Hypophosphit-, Eisenpräparate) behandelt.

Société de biologie.

LÉPINE: Beziehungen zwischen Glykämie und Glykosurie.

Die Glykosurie hängt nicht ausschließlich vom Zuckergehalt des Blutes, sondern auch von der Durchgängigkeit der Niere für Zucker ab. Wenn man auch nicht direct von renalem Diabetes sprechen kann, so kommt doch auch der Niere eine gewisse Rolle in der Pathogenese des Diabetes zu.

Wenn man Hunden die beiden Ureteren knapp über der Blase unterbindet und nach einigen Minuten intravenös eine Lösung von 8—10% reinem Zucker in 0.7% Kochsalzlösung injicirt, so kann man nachweisen, daß vier Stunden nach der Injection trotz der Ligatur der Ureteren der Zuckergehalt wieder normal wird. Wenn man dann die Ligaturen öffnet und den in den folgenden Stunden gelassenen Harn sammelt, so zeigt derselbe einen

Zuckergehalt bis zu 2%. Diese Beobachtung zeigt, daß der Niere selbst eine bestimmte Rolle bei der Entstehung der Glykosurie zukommt.

MAIRET und ARDIN DELTEIL: Ueber die Giftigkeit des Schweißes der Epileptiker und Paralytiker.

Aus einer Reihe diesbezüglicher Versuche geht hervor, daß der im anfallsfreien Intervall gesammelte Schweiß der Epileptiker dieselbe physiologische Wirkung besitzt wie der Schweiß des normalen Menschen, d. h. vollständig ungiftig ist, indem Injection von 135—326 Ccm. pro Kilogramm Körpergewicht von Kaninchen ohne jeden Schaden vertragen wurden. Der während des Anfalls gewonnene Schweiß wirkt dagegen auf Thiere letal, u. zw. handelt es sich um directe toxische Wirkung. Mit dem Schweiß von Paralytikern ließ sich keine constante toxische Wirkung erzielen, von 16 Versuchsthieren gingen nur 10 nach verschiedenen langen Zeiträumen zugrunde, 5 dieser Thiere zeigten im Anschluß an die Injection paralytische Symptome. Die anatomische Untersuchung der Versuchsthier ergab allgemeine Congestion der Hirnhäute und des Gehirns, Suffusionen und Hämorrhagien. Dem Schweiß der Paralytiker kommt eine gewisse Giftigkeit thatsächlich zu, doch kann dieselbe nicht als hochgradig bezeichnet werden.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

SOERENSEN: Ueber stenosierende Dünndarmtuberculose.

Vortr. berichtet über drei Fälle von Darmstenose auf Grund tuberculöser Erkrankung, die ein gewisses Interesse verdienen, weil sie in ihrem Befund von dem Bilde abweichen, welches die obturierende Darmtuberculose gewöhnlich zeigt, und weil bei ihrer Behandlung von der queren Resection des Darms im Gesunden Abstand genommen werden mußte. Die Tuberculose des Darms hat ihren Lieblingssitz in der Gegend der Ileocöcalklappe, viel seltener führt sie zur Bildung von Stricturen im Dünndarm, und diese Dünndarmstenosen, die als Endproducte der Aushellung tuberculöser Ringgeschwüre anzusehen sind, zeigen die Form einer schmalen, gürtelförmigen Narbe, unterscheiden sich also wesentlich von den tuberculösen, knolligen Verdickungen der Darmwand, wie sie in der Nähe der BAUHIN'schen Klappe auftreten, und wie sie KÖNIG als stricturierende Darmtuberculose geschildert hat. Am seltensten kommt es zur Ausbildung multipler Dünndarmstricturen. Von den in Rede stehenden Fällen war einer eine solitäre Stenose des Ileum, die zwei anderen wiesen neben einem typischen Ileocöcaltumor eine ganze Anzahl von ringförmigen Stricturen des Dünndarms auf.

Nur in dem ersten Falle war es zu einer vollständigen Verlegung des Darmlumens und zum Auftreten eines acuten Ileus gekommen, nachdem vier Jahre lang die Symptome unvollständiger Occlusion vorhanden gewesen waren. Als der Kranke schließlich zur Behandlung kam, konnte man aus den vorhandenen Symptomen lediglich eine Diagnose auf complete Darmverschluß durch Obstruction im Bereiche des Dünndarms stellen. Ein sicherer Schluß auf die Natur und den genauen Sitz des Hindernisses war unmöglich. Am meisten schien Alles bei dem Alter des Kranken für eine carcinomatöse Verengerung zu sprechen. In den beiden anderen Fällen ergab sich aus der Anamnese, dem Vorhandensein von Fieber und Durchfällen und aus dem Umstand, daß man in der Ileocöcalgegend einen Tumor fühlen konnte, leicht die Diagnose auf stenosierende Darmtuberculose. Daß sich über dem Ileocöcaltumor noch eine ganze Anzahl ringförmiger Stricturen im Bereich des unteren Dünndarms finden würde, dafür lag vor der Operation nicht das mindeste Anzeichen vor. Das Vorhandensein mehrerer solcher über einander gelegenen Narbenstenosen festzustellen, ist wohl ohne Eröffnung der Bauchhöhle überhaupt unmöglich, und dementsprechend ist auch niemals bei den Fällen der Literatur die Diagnose auf multiple tuberculöse Stricturen gestellt worden. Bei zweien der Patienten waren die Lungen intact.

Für die typischen tuberculösen Ileocöcaltumoren ist seit den Arbeiten von CZERNY und KÖNIG die quere Darmresection im Gesunden als das ideale Operationsverfahren anerkannt und ihre Resultate sind in neuerer Zeit immer besser geworden. Wesentlich ungünstiger sind die Resultate, wenn es sich um die Resection sehr großer Stücke erkrankten Darms handelt, wie bei dem zweiten und dritten Falle, wo jedesmal über 150 Cm. Darm hätten entfernt werden müssen. Dabei befanden sich beide Kranke in einem so außerordentlich schlechten Kräfte- und Ernährungszustand, daß man kaum hoffen durfte, sie würden einen schwereren Eingriff gut überstehen. Demnach wurde sowohl auf die Resection, als auch auf die Darm-ausschaltung nach der Methode von SALZER verzichtet und versucht, die erkrankte Darmpartie durch Anlage einer Anastomose ruhig zu stellen. Das Resultat ist wenigstens in dem einen der beiden Fälle ein außerordentlich günstiges. Die Stenosenerscheinungen, Fieber und Nachtschweiß sind sofort verschwunden und der Ileocöcaltumor hat sich schnell zurückgebildet. Jetzt, nach Verlauf von zwölf Monaten, ist die Kranke völlig gesund. Bei dem zweiten Fall mit multiplen Stenosen ist seit der Operation noch eine zu kurze Zeit verstrichen, um entscheiden zu können, ob der operative Eingriff zur dauernden Heilung führen wird. Der erste Kranke endlich, bei dem es sich um eine solitäre Stenose handelte, musste während eines acuten Ileusanfalls operirt werden. Man machte daher die Enteroanastomose als Palliativoperation mit dem Vorbehalt, in einer zweiten Sitzung die Resection des Erkrankten nachzuholen. Dazu ist es aber nicht gekommen, denn der Kranke ist seit der Operation völlig frei von Beschwerden geblieben. Jetzt sind seitdem fünf Jahre verstrichen, und man darf wohl annehmen, daß inzwischen eine völlige Ausheilung der erkrankten Darmpartie eingetreten ist.

NEUMANN: Zur operativen Behandlung der Dilatatio ventriculi bei Pylorospasmus und Hyperacidität.

N. bespricht die bisher geübte operative Behandlung der Magendilatation bei functioneller Pylorusstenose und bestehender Hyperacidität. Er widerräth — wenn überhaupt eine operative Therapie nicht zu umgehen ist — die Gastroenterostomie als erste in Frage kommende Operation, weil nach dieser Operation durch das weitere Durchpassiren der Speisen durch den Magen die Schleimhaut desselben immer wieder zu abnorm starker Absonderung von Salzsäure angeregt wird, und diese Salzsäure an der der Gastroenterostomie gegenüberliegenden Wand des Jejunum leicht zur Bildung eines Ulcus pepticum Anlaß geben kann. Als ein sehr interessantes Beispiel eines solchen Falles führt er die Krankengeschichte eines Patienten an. Er kommt zu folgendem Schlusse: Bei der Magendilatation wegen Pylorospasmus und mit Hyperacidität empfiehlt es sich, wenn jede innere Therapie versagt, die Jejunostomie auszuführen, als diejenige Operation, bei welcher der Magen eine Zeit lang vollkommen aus dem Verdauungsgeschäft ausgeschlossen wird. Die Jejunostomie ist hier die rationellere und einfachere Operation, und sie hindert nicht, dass, wenn nöthig, secundär unter günstigeren Verhältnissen die Gastroenterostomie hinzugefügt wird.

Notizen.

Wien, 25. Mai 1901.

Der neue gerichtsarztliche Gebührentarif.

Die Wiener Aerztekammer hat in ihrer Vollversammlung vom 14. d. M. den neuen Tarif für Gebühren der gerichtsarztlichen Sachverständigen im Strafverfahren einer eingehenden Berathung unterzogen und ist zu folgenden Beschlüssen gelangt:

1. Die Wiener Aerztekammer erklärt den neuen Tarif für gerichtsarztliche Verrichtungen für vollkommen unannehmbar, weil er nicht nur in vielen Ansätzen, sondern besonders in seiner Gesamtheit für die Aerzte noch viel ungünstiger ist als der alte vom Jahre 1855 und weil er durch die zahllosen Unklarheiten, durch die Dehnbarkeit seiner Bestimmungen die Aerzte bei der Adjustirung gerichtsarztlicher Gebühren der Willkür ausliefert. Die Kammer erhebt feierlichen Protest gegen den neuen Tarif,

weil er für das Ansehen des ärztlichen Standes geradezu beleidigende Ansätze enthält.

2. Die Wiener Aerztekammer beschließt daher, an das hohe k. k. Justizministerium in einer Eingabe das Ersuchen zu richten, dasselbe wolle diesen Tarif noch vor seinem Inkrafttreten, d. h. vor dem 1. Juli 1901 zurückziehen und bei der Ausarbeitung eines neuen Tarifes das Gutachten der Aerztekammern gemäß § 3 des Gesetzes vom 22. December 1891, betreffend die Errichtung von Aerztekammern, einholen, da der Tarif für gerichtsarztliche Verrichtungen eine Angelegenheit der gesammten Aerzteschaft deshalb darstellt, weil jeder Arzt nach dem Gesetze zu gerichtsarztlichen Verrichtungen bemüssigt werden kann, und somit die Aerztekammern nach dem obcitirten Paragraphen berufen sind, diesbezügliche Beschlüsse zu fassen, die Behörden aber ardererseits nach § 4 des obcitirten Gesetzes gehalten sind, „den Aerztekammern Gelegenheit zu geben, sich über in Verhandlung stehende, in den Geschäftskreis der Aerztekammern fallende Angelegenheiten gutächtlich zu äußern“.

3. Die Wiener Aerztekammer warnt alle Aerzte, sich auf eine Pauschalirung gerichtsarztlicher Gebühren einzulassen, da eine solche ja doch nur darauf ausgeht, die an und für sich niedrig bemessenen Ansätze des neuen Tarifes im Pauschalwege noch herabzumindern und da in Anbetracht der Ungleichartigkeit der gerichtsarztlichen Verrichtungen eine Pauschalirung jeder Grundlage entbehrt und nur zum größten Nachtheile der pauschalirten Aerzte ausfallen kann.

4. Diese Beschlüsse sind dem k. k. Justizministerium im Wege der k. k. n.-ö. Statthalterei mitzuthemen, und sind sämtliche Aerztekammern Oesterreichs zum Zwecke eines gemeinsamen Vorgehens von diesen Beschlüssen dringlich zu verständigen.

5. Es ist zu veranlassen, daß bezüglich des neuen Tarifes im Abgeordnetenhaus eine Interpellation eingebracht wird, und wird das Präsidium mit den dazu erforderlichen Maßnahmen betraut.

(Aerztekammertag.) Wir haben in der Vorwoche berichtet, daß die böhmische Aerztekammer im Hinblick auf die Sistirung ihrer in Angelegenheit der Meisterkrankencassen gefaßten Beschlüsse durch die Statthalterei in Böhmen die Einberufung eines Kammertages beantragt hat. Derselbe findet über Anordnung der derzeit geschäftsführenden Bukowinaer Kammer trotz der ablehnenden Haltung der Wiener Aerztekammer heute in Wien statt. Wir werden über den Verlauf des Kammertages, der sich auch mit dem neuen gerichtsarztlichen Tarife beschäftigen wird, berichten.

(Wiener Aerztekammer.) In der Versammlung vom 14. d. M. gelangten nebst den von uns bereits mitgetheilten Beschlüssen noch folgende Agenden zur Verhandlung. Der Vorsitzende, Präsident Dr. HEIM, verkündet zufolge Ehrenrathsbeschlusses vom 30. April 1901 ein ehrenrätliches Erkenntniß gegen den annoncirenden Dr. JONAS HARTMANN (I, Glückgasse 3), mit welchem derselbe wegen marktschreierischer Ankündigungen eines standesunwürdigen Verhaltens und einer fortgesetzten Nichtbeachtung der im Aerztekammerngesetz begründeten Anforderungen der Kammer schuldig erkannt und demselben die Strafe der dauernden Entziehung des activen und passiven Wahlrechtes für die Kammer auferlegt wird. — Eine vom Präsidium im Vereine mit den Präsidien der mährischen und niederösterreichischen Aerztekammer namens sämtlicher Aerztekammern an das Abgeordnetenhaus und an die Ministerien des Innern und des Handels gerichtete Petition um Aenderung jener Bestimmungen der §§ 3 und 17 des Hausier-Gesetzesentwurfes (s. „Wiener Med. Presse“, 1901, Nr. 19), mit welchen von den Hausierern anstatt des nach den bisherigen Vorschriften verlangten ärztlichen oder wundärztlichen Zeugnisses ein amtsärztliches Zeugniß gefordert wird, wird genehmigt. — Ueber einen von Dr. SCHMADA in der vorletzten Kammerversammlung gestellten Antrag wird der Beitritt der Wiener Aerztekammer zum „Wohlfahrtsvereine für Hinterbliebene der Aerzte Wiens“ mit dem Stifterbeitrage von 300 K beschlossen. — Die dieswöchentliche Kammerversammlung hat im

Hinblick auf den jüngsten Erlaß der böhmischen Statthalterei folgende Resolution beschlossen: „Die Wiener Aerztekammer ist der Ansicht, daß der Beschluß der Prager Aerztekammer ein Act der Nothwehr ist, da die Meisterkrankencassen die Existenz der Aerzte zu zerstören geeignet sind. Trotz der Entscheidung der böhmischen Statthalterei halten sich die Aerzte für allein competent, die Standeswürdigkeit oder Standesunwürdigkeit ärztlicher Handlungen zu beurtheilen, und werden einer Beeinträchtigung dieses Rechtes ihre Solidarität entgegensetzen. Die Aerzte Oesterreichs stehen nach wie vor unverrückbar auf dem Standpunkte, daß die Meisterkrankencassen ihren Mitgliedern nur ein Krankengeld bieten und ihnen die Besorgung ärztlicher Hilfe selbst überlassen sollen. Daß in diesem Sinne das Meisterkrankengesetz geändert werde, wird eine Forderung der Aerzte sein, von der abzulassen die Aerzte nichts vermögen wird.“

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung hielt Prof. Dr. ENGLISCH seinen angekündigten Vortrag „Cysten und Fisteln in der Raphe der äußeren Geschlechtstheile.“ Die ersteren entstehen — sagte Vortr. — durch unvollständige Vereinigung der Ränder der Genitalfalten, communiciren niemals mit der Urethra und sind stets mit der Haut verschieblich. Je nach der Auskleidung der Innenwand der Cysten unterscheidet man Schleimhautcysten mit Cylinderepithel und serös-schleimigen Inhalt, Dermoiden, deren Wand alle Bestandtheile der Haut besitzt und deren Hohlraum mit abgestorbenen Zellen gefüllt ist, ferner Atherome. Je nachdem die Vereinigung näher der Urethra oder der äußeren Haut ausbleibt, entstehen Schleimcysten oder Dermoiden; diese sind stets angeboren, bleiben lange bestehen, werden aber gewöhnlich erst im späteren Alter, oder wenn sie in Entzündung gerathen, bemerkt. Atherome können sich zu verschiedener Zeit entwickeln. Standorte der meist einfachen, manchmal auch multiplen oder mehrkammerigen Cysten, welche im unentwickelten Zustande als harte Knoten erscheinen, sind die Vorhaut, das Frenulum, die Raphe des Penis, des Scrotum und das Perineum. Die Haupteigenschaften dieser Cysten sind: Lage in der Raphe, freie Lage im Unterhautzellgewebe, keine oder undeutliche Verbindung mit der Umgebung, von der Größe abhängige Fluctuation. Dieselben Eigenschaften behalten auch die aus ihnen hervorgehenden Abscesse; der vorhandene Eiter ist immer serös-schleimig. Durch Gewaltwirkung auf solche Cysten oder Durchbruch von Abscessen entstehen Fisteln, welche immer unter der Haut in der Raphe liegen und Schleim secerniren. Die Kenntniß dieser Cysten und Fisteln ist wichtig, weil sie leicht inficirt werden können. Die Behandlung besteht bei nicht entzündeten Cysten und Fisteln in Exstirpation sammt den etwa vorhandenen angrenzenden Knoten und Verbindungssträngen, im Falle der Entzündung in Application von Kälte und nachheriger Exstirpation, bei Abscessen in Spaltung der Höhlen und Gänge. Die besprochenen Gebilde entsprechen jenen, welche überall dort vorkommen, wo embryonale Spalten zur Verwachsung gelangen, z. B. den angeborenen Cysten am Halse.

(Die Action der Hilfsärzte der k. k. Krankenanstalten Wiens) zur Verbesserung ihrer Lage, eine Action, welche in den ärztlichen Kreisen Wiens den lebhaftesten Sympathien begegnet, scheint — wenn auch nur zum Theil — von Erfolg begleitet zu sein. Wie officiös verlautbart wird, und wie der Statthalter den Delegirten der Hilfsärzte versicherte, „besteht die Absicht, spätestens vom 1. Januar 1902 an die baren Bezüge der Abtheilungsassistenten und Secundärärzte von 1400, bzw. 1000 K auf 1800, bzw. 1400 K zu erhöhen. (Die Petition der Hilfsärzte forderte eine Erhöhung der Bezüge auf 2400, resp. 1800 K.) Ferner sollen außer dem freien Quartier und der Beheizung auch die freie Bedienung, an Inspectionstagen die freie Verköstigung aus der Anstaltsküche und zum Selbstkostenpreise die Beleuchtung gewährt werden, die Electricitäts- oder Gasmesserrente hingegen würde vom Krankenanstaltenfonds getragen. Endlich soll den Assistenten und Secundärärzten auf Wunsch die volle Verköstigung aus der Anstaltsküche zum Selbstkostenpreise, daher wesentlich billiger als auswärts, geboten werden. Auf die erbetene Ver-

mehrerung der Secundararzesstellen um 42 kann jedoch auch nicht annähernd in dem gewünschten Maße eingegangen werden. Es ist beabsichtigt, die Vermehrung nur in jenen Anstalten und an jenen Abtheilungen eintreten zu lassen, wo sachliche Gründe dafür sprechen (!) und sich in Bezug auf die Bequartierung keine Schwierigkeiten ergeben!“

(Das Denkmal THEODOR MEYNER'S) ist am Sonntag den 19. d. M. im Arkadenhofe der Wiener Universität feierlich enthüllt worden. Die Festrede hielt Professor Dr. GABRIEL ANTON.

(Personalien.) Der Landes-Sanitätsreferent bei der Statthaltereirei in Zara, Statthaltereirath Dr. GUSTAV IVANICS hat den Hofrathstitel erhalten; Doc. Dr. EDUARD SPIEGLER in Wien ist zum correspondirenden Mitgliede der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie in Paris ernannt worden.

(KORÁNYI-Stiftung.) Der Budapester Internist FR. v. KORÁNYI hat anlässlich seines Jubiläums eine Stiftung von 5000 K begründet, mit deren 5jährigen Zinsen je eine preisgekrönte Publication zu betheilen sein wird, deren Gegenstand die Heilung der Tuberculose ist. Die erste Preisvertheilung wird im Mai 1906 stattfinden.

(Steiermärkische Aerztekammer.) In der letzten Aprilsitzung der genannten Kammer wurde ein Antrag, betreffend die Behandlung jener Aerzte, welche sich in den Dienst der die Naturheilmethoden betreibenden Laien stellen und Versammlungen veranlassen oder gar in solchen Vorträge halten, die mit den Grundsätzen der wissenschaftlichen Medicin sich nicht im Einklange befinden, oft sogar diese feindlich bekämpfen, dahin erledigt, daß der Ehrenrath in jedem einzelnen ihm zur Kenntniß gebrachten Falle der Verletzung der Standesordnung das ehrenrätliche Verfahren einzuleiten hat.

(Aerztestrike.) Ein neuerlicher Aerzteausstand steht bevor. Die Bamberger Ortskrankencasse beabsichtigt die Anstellung eines Naturheilkundigen zur Berathung der Mitglieder in concreten Fällen. Der ärztliche Bezirksverein, der den Vertrag zwischen den Aerzten und der Krankercasse abgeschlossen hat, erklärte, daß die bisherigen Cassenärzte ihre Stellen niederlegen, wenn der Naturheilkundige der Casse verpflichtet werden sollte.

(Journalistisches aus Rußland.) Aus Petersburg wird uns geschrieben: Die medicinische Wochenschrift „Wratsch“ wird am Ende dieses Jahres nach dem Willen ihres jüngst verstorbenen Redacteurs MANASSEIN aufgelassen. An ihrer Stelle soll vom nächsten Jahre an als Fortsetzung des „Wratsch“ ein neues Fachblatt unter dem Titel „Russischer Arzt“ erscheinen. Als Chefredacteur wird der Pathologe Prof. W. PODWYSSOTZKI in Odessa fungiren.

(Statistik.) Vom 12. bis inclusive 18. Mai 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7166 Personen behandelt. Hievon wurden 1633 entlassen; 158 sind gestorben (8.82% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereirei erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 42, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 64, Scharlach 107, Masern 368, Keuchhusten 16, Rothlauf 48, Wochenbettfleber 4, Röttheln 9, Mumps 49, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 702 Personen gestorben (— 44 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. FERDINAND FIEBRICH, 78 Jahre alt und Dr. SAMUEL ADLER, 25 Jahre alt; in Irritz der Districtsarzt Dr. MATTHIAS MIKISCHEK im 35. Lebensjahre; in Graz der praktische Arzt Dr. AUGUST KRAVANI im Alter von 34 Jahren.

Braun: chweiger Doppel-Schiffmumme aus der Bier- und Mumme-Brauerei Franz Steger in Braunschweig ist ein diätetisches, alkoholfreies Nähr- und Kräftigungsmittel, das sterilisirt zum Versandt gebracht wird und sich auch für den Transport und Gebrauch auf Schiffen selbst nach tropischen Ländern eignet. Von Christian Mumme im Jahre 1492 zuerst gebraut, haben wir in der dünnflüssigen Mumme gleichsam ein Extractum Malti fluidum vor uns, das neben 28 Stickstoffsubstanz 16.8% Eiweiß in leicht aufnahmefähiger und für die Ernährung zuträglicher Form enthält. Die therapeutische Anwendung der Mumme bei allgemeiner Körperschwäche, Bleichsucht, Katarrhen der Respirationsorgane hat sehr gute Erfolge aufzuweisen. Erwachsene nehmen täglich 3—4 Eßlöffel voll mit Wasser, Milch, Bier, Wein, Fleischbrühe oder anderen Getränken. Kinder trinken Mumme besonders gern. Bei diesen werden die Dosen entsprechend verringert. Ein besonders bevorzugtes und angenehm

schmeckendes Getränk ist Mumme mit Chocolate, die durch Mischen einer Tasse Chocolate mit einem Eßlöffel voll Mumme hergestellt wird. Es mag noch besonders hervorgehoben werden, daß sich die Mumme als ausgezeichnetes Vehikel für schlecht schmeckende Arzneien eignet. Dies gilt namentlich für stypische Eisenpräparate und schlecht schmeckende Mineralwässer, als Levico- und Roncegnowasser. Die Combination von Mumme mit verschiedenen Arzneistoffen, wie Eisen, Mangan, Chinin, Kalk, Jodeisen, Kreosot und Guajacol, ist als eine sehr glücklich gewählte zu bezeichnen. Die Indicationen für die Anwendung dieser Arzneicombination sind in den verschiedenen Constitutionserkrankungen der blutbildenden Apparate (Chlorose, Anämien), des Knochen-systems (Rachitis, Osteomalacie), des Drüsensystems (Scrophulose) gegeben, und wird das Gebiet seiner Verwerthung demzufolge ein ungemein ausge-dehntes sein. Die Doppel-Schiffmumme erscheint somit berufen, in der Therapie der Stoffwechselkrankheiten wie der constitutionellen Ernährungsstörungen eine wichtige Rolle zu spielen.

Als Ersatz des Moorbades empfehlen sich zum Gebrauche im Hause **Mattoni's Moorextracte**, wie sie von der Firma **Heinrich Mattoni** hergestellt und versendet werden. Sie werden unter behördlicher Controle hergestellt, ein trockenes Extract **Mattoni's Moorsalz** in Kisten à 1 Kgrm. und flüssiges Extract **Mattoni's Moorlauge** à 2 Kgrm. in Flaschen. Beide Mengen entsprechen der normalen Dosis für ein Vollbad, können auch combinirt, entsprechend weniger, gegeben werden. Das Salz löst man am besten in heißem Wasser und setzt die Lösung dem Badewasser unter Umrühren zu. Auch **Mattoni's Medicinalmooreerde** selbst wird auf Wunsch versendet. Normale Menge für ein Vollbad 50—75 Kgrm., die man mit heißem Wasser anrührt und mit dem Badewasser noch heiß vermengt. Während die Steigerung des Gehaltes eines Moorbades an der Voluminosität der Moorsubstanz ihre zeitige Grenze findet, gestatten die Extracte die Anwendung von Bädern von sehr hoher Concentration und die genaueste Regulirung dieser letzteren selbst, ein für die Praxis nicht zu unterschätzendes Moment.

Um keine Falsificate zu erhalten, empfiehlt es sich, stets ausdrücklich „**Mattoni's**“ **Moorextracte** zu verlangen.

Den Herren Aerzten, welche **Mattoni's** **Moorextracte** noch nicht kennen sollten, oder dieselben ad usum proprium und in der Armenpraxis in Verwendung zu nehmen beabsichtigen, stehen geeignete Quantitäten bei der Firma **Heinrich Mattoni** in Franzensbad, oder deren Filialen in Karlsbad, Wien und Budapest vollständig kostenfrei zur Disposition.

In den nächsten Tagen gelangt der von der Curcommission herausgegebene illustrierte Prospect über das „**Soolbad Ischl**“ zur Versendung, und ist die Curcommission über Wunsch alter und neuer Freunde Ischls mit Vergnügen bereit, denselben gratis und franko zuzusenden.

Für Sprachleidende. In der Sprachheilanstalt des bekannten Specialisten Dr. COEN werden nicht nur Stottern, Stammeln, Hörstummheit etc., sondern auch Sprechstörungen infolge von Wolfsrachen, sowie Fälle von amnestischer Aphasie mit Erfolg behandelt.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Pichler J.**, Die ärztliche Handapotheke. München 1901, M. Rieger. — M. 1.60.
- Wettendorfer A.**, Veröffentlichungen des Centralverbandes der Balmologen Oesterreichs. Wien 1900, Moritz Perles.
- Rumpe R.**, Wie das Volk denkt. Braunschweig 1900, Friedrich Vieweg & Sohn. — M. 1.50.
- Habart J.**, Eduard Albert Gedenkblatt. Wien 1900, Josef Šafař. — K 4. —
- v. Erlach und v. Woerz**, Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. Wien 1901, L. W. Seidel & Sohn. — K 4. —
- Bechat X.**, Anatomie générale. I. Partie. Paris 1900, G. Steinheil.
- Gedanken und Gespräche aus Schweningen's Aerzteschule.** Leipzig 1900, S. Hirzel, 1. Heft. — M. 1.50.
- Zollitsch**, Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zur Militärdienst-unbrauchbarkeit. Würzburg 1901, A. Stuber. — M. 60. —
- Praun E.**, Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittelst der Uhr. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 1.20.
- Zimmermann G.**, Die Mechanik des Hörens. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann. — M. 2.70.
- Tendeloo N. Ph.**, Ursachen der Lungenkrankheiten. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 2.70.
- Sonderegger L.**, Vorposten der Gesundheitspflege. Berlin 1901, Julius Springer. — M. 6. —
- Dubois und Couvreur**, Leçons de Physiologie expérimentale. Paris 1900, Carré et Naud. — Fr. 40. —
- Szymonowicz L.**, Lehrbuch der Histologie. Lieferung 6. Würzburg 1901, A. Stuber.
- Metnitz und Wunschheim**, CARL WEDL'S Pathologie der Zähne. I. Band. Leipzig 1900, Arthur Felix. — M. 5.60.
- Schrötter L. v.**, Erkrankungen der Gefäße. 1. Hälfte, 2. Abtheilung. Mit 21 Abbildungen. Wien 1900, Alfred Hölder. — M. 3.20.
- Bollinger**, Atlas der pathologischen Anatomie. Bd. 2, 2., stark vermehrte Auflage. München 1900, J. F. Lehmann.

Eingesendet.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Mit Rücksicht auf den gegenwärtig in der „Wiener Med. Presse“ erscheinenden Artikel des Herrn Dr. R. KIENBÖCK ersuche ich Sie höflichst, folgendem kurzen Berichte über einen Versuch, welcher über die Natur der in der Roentgentherapie wirksamen Factoren einige Aufklärung zu geben scheint, Raum in Ihrem geschätzten Blatte zu gönnen.

Ich behandelte im Institute für Radiographie und Radiotherapie in Wien eine Patientin, welche auf beiden Wangen und am Kinn überaus stark behaart war, in der Weise, daß die rechte Wange zunächst 20 Minuten mit den von meiner Elektrode ausgehenden stillen Entladungen behandelt wurde, danach aus 15 Cm. Entfernung durch 15 Minuten mit Roentgenstrahlen, welche von einer ganz weichen Röhre ausgingen, die man, ohne einen elektrischen Schlag zu erhalten, angreifen konnte. Die linke Wange wurde bloß dieser weichen Röhre durch 15 Minuten hindurch und in gleicher Distanz exponirt. Man könnte also kurz, wenn auch nicht ganz correct, sagen: Es wurde die rechte Wange mit X-Strahlen plus elektrischen Entladungen, die linke Wange bloß mit X-Strahlen behandelt. Dieses Verfahren wurde täglich eingeschlagen. Schon nach 6 Tagen zeigte die rechte Wange deutliche Spuren einer Reaction, die Haare fielen aus, es trat intensives Erythem u. dgl. auf. Auf der linken Wange war noch immer nichts zu bemerken; ich bestrahlte diese Wange noch 3mal, dann erst trat leichtes Erythem und Bräunung der Haut auf, und nach einer weiteren Woche fielen die Haare aus. Die Reaction auf dieser Seite verlief aber während der ganzen Zeit bedeutend schwächer als auf der rechten Seite. Diesen Versuch wiederholte ich bei zwei anderen Patientinnen mit demselben Resultate. Stets trat an der mit Spannungselektricität und X-Strahlen behandelten Seite in wenigen Tagen die Reaction und der Haaranfall ein, und zwar ist die Reaction ganz ausgeprägt und gleichsam graphisch an denjenigen Stellen am meisten sichtbar, welche von den Entladungen am intensivsten getroffen worden waren. Dieselben erscheinen lebhaft roth und von einem hellen Hof umgeben. Die übrige Haut zeigt das gewöhnliche, leicht pigmentirte und erythematöse Colorit der beginnenden Roentgenreaction. Die Combination beider Bestrahlungen beschleunigte auch bei lupösen Geschwüren den Eintritt der Reaction und des Ueberhäutungsprocesses.

Nach den Ergebnissen dieser Versuche erscheint es ebenfalls ungerechtfertigt, den Einfluß der Spannungselektricität auf das Zustandekommen der physiologischen Effecte durch die Roentgenbehandlung zu leugnen.

Genehmigen Sie, Herr Redacteur, den Ausdruck vorzüglichster Hochachtung Ihres sehr ergebenen

Dr. L. FREUND.

Wien, 22. Mai 1900.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect über das soeben erscheinende Werk: „Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts.“ Herausgegeben von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. v. Leyden und Privatdocent Dr. Felix Klemperer in Berlin. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).



Guajacetin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0,5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0,5 Grm. Guajacetin 8 K 30 h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel

Wohlschmeckend und leicht verdaulich

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik Actien-Gesellschaft, Berlin.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei Franz May, Wien, VII/2, Josefstädterstr. 64.

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc. in Inzersdorf bei Wien.

Aerztliche Leitung: Professor Dr. E. Redlich und Dr. E. Fries.

PRIVAT-HEILANSTALT für Gemüths- u. Nervenranke

in Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Kufeke's Kindermehl

Verhüte und beseitigt VON ERSTEN AUTORITÄTEN EMPFOHLEN. BESTER ZUSATZ ZUR MILCH!

Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc. Ärztl. Literatur u. Proben gratis u. franco

Bergedorf- FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL in Wien • Hamburg. R. KUFKE I., Nibelungengasse 8.

Schutzmarke:



Chinosol

in Tabletten à 1, 1/2, 1/4 Gramm und Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshilfliche Praxis, Geschlechts- u. Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- u. Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection d. Krankenzimmer, ferner bei Phthise, Tuberculose, Lepra etc.

Seitens der Vereine vom **Rothen Kreuz** bei der **Verwundetenpflege** im **Transvaalkriege** auf boerischer und auf englischer Seite mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

FRANZ FRITZSCHE & CO., Chemische Fabrik, Hamburg-U.

General-Depôt für Oesterreich-Ungarn für den Engros-Verkauf bei WILHELM MAACER, WIEN, III/3, Heumarkt 3.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Differentielle Symptome der Lipomatosis universalis bei Männern und Frauen. Von Prof. Dr. E. HEINRICH KISCH in Prag-Marienbad. — Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium FÜRTH in Wien. Zur Pathologie der Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier. Von Dr. ROBERT KIENBÖCK. — **Referate.** FRITZ KÜHNE (Marburg): Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach KÜSTNER. — A. ROTHSCHILD (Berlin): Zur Pathologie und Therapie der Narbenschlumpfbilase. — R. JEDLIČKA (Prag): Ueber subarachnoideale Injektionen. — FLEROW: Kumiß als Heilmittel. — METIN: Note sur l'élím ination des bactéries par les reins et le foie. — JOUKOWSKY: De l'influence de la toxine tétanique sur le système nerveux central. — BÄUMLER (Freiburg i. Br.): Ueber einen Fall von wachsendem Pigmentnaevus mit eigenthümlich hydropischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitiger Pleuraerguß). — RUMPEL (Hamburg): Ueber die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie. — SRÖWER (Witten): Ein Beitrag zur Pathologie der Thränenrüse. — Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (v. EISELSBERG). KIRSTEIN: Zur Casuistik der subcutanen Darmverletzungen. — **Literarische Anzeigen.** Die Tastpercussion. Von Prof. Dr. WILHELM EBSTEIN. — Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde. Von Doc. Dr. ALBERT BING in Wien. — Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. Von Prof. Dr. AD. SCHMIDT und Dr. J. STRASBURGER. — **Feuilleton.** Die Entwicklung und die Erfolge des Rettungswesens. Von Dr. HEINRICH CHARAS, Chefarzt der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. — **Kleine Mittheilungen.** Die locale Wirkung des Heroinum hydrochloricum. — Die Existenz perineuritischer Erkrankungen des Plexus sacralis. — Aethernarkose. — Extractum suprarenale bei Acne rosacea. — Behandlung von Unterschenkelgeschwären. — Morbus Basedowii. — Athyrosis im Kindesalter. — Schnupfenmittel. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congress für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) V. — 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) VI. — *Aus italienischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Der VI. österreichische Aerztekammertag. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Differentielle Symptome der Lipomatosis universalis bei Männern und Frauen.

Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch in Prag-Marienbad.

Die Entwicklung und Pathologie der als Lipomatosis universalis bekannten Stoffwechselstörung bietet beim männlichen und weiblichen Geschlechte manche bemerkenswerthe Differenzen, die wohl hervorgehoben zu werden verdienen.

Die Altersperiode, welche sich der excessiven Fettbildung im Organismus am günstigsten erweist, ist bei beiden Geschlechtern nicht dieselbe. Nach den von mir vorgenommenen Beobachtungen und statistischen Feststellungen an einer größeren Zahl (400) von Fällen ergibt sich, daß die Höhe der acquisite Fettentwicklung beim männlichen Geschlechte in das Alter zwischen 40 und 50 Jahren fällt, und daß bei ihm die geringste Fettbildung im Alter zwischen 15 und 20 Jahren statthat. Beim weiblichen Geschlechte hingegen ist die Fettentwicklung zur Zeit der Pubertät, im Alter von 15 bis 20 Jahren, eine weitaus größere als beim männlichen Geschlechte, ferner ist die Höhe der Fettentwicklung bei den Frauen fast gleichmäßig im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, wie zwischen 40 und 50 Jahren. Die hereditäre, in den frühesten Lebensjahren bereits zur Entwicklung kommende Fettleibigkeit ist in meinen Fällen beim männlichen Geschlechte größer als beim weiblichen. Bei den Frauen finden in der Norm während der verschiedenen Lebensphasen größere Schwankungen in dem Bestande der Körperfettdepôts statt als bei Männern; bei den ersteren stellt sich ein größerer Connex der Fettansammlung mit den

Sexualfunctionen heraus, indem die Menarche, das Puerperium und die Menopause sich als förderliche Momente für die Fettentwicklung nachweisen lassen.

Auf diese letztangeführte Aetiologie ist auch wohl meine Feststellung zurückzuführen, daß die Beschwerden, welche durch die Lipomatosis, speciell durch das Mastfett Herz verursacht werden, bei den Frauen im Allgemeinen viel geringer sind, und die Lebensbedrohung, welche hievon ausgeht, beim weiblichen Geschlechte eine weitaus seltenere ist als bei den Männern. Die Ursache scheint mir nämlich darin zu liegen, daß durch die Veränderungen im Fettbestande, welche die Menstruationsvorgänge, die Schwangerschaft, das Puerperium, die Lactationsperiode mit sich bringen, der Organismus des Weibes sich an breitere Schwankungen diesbezüglich gewöhnt, vor Allem aber das Herz gelernt hat, sich den wechselnden Ansprüchen an seine Betriebskraft zu accommodiren. Allerdings fällt bei dieser günstigeren Prognose auch der Umstand stark in die Wagschale, daß die so wesentlich verschlechternde Combination der Lipomatosis mit dem chronischen Alkoholismus bei Frauen zumeist entfällt, da Trinken immer noch vorwiegend eine männliche Bethätigung ist.

Was die Veränderung der Körperformen durch übermäßige Fettwucherung betrifft, so braucht nicht erst besonders hervorgehoben zu werden, daß die schönheitswidrige Umbildung der ganzen äußeren Configuration des Körpers vom weiblichen Geschlechte tiefer empfunden wird als von Männern. Als differirend tritt die zuweilen ganz enorme Fettentwicklung in den weiblichen Brüsten hervor, welche zu bedeutenden Beschwerden Anlaß bieten kann, und die bei hochgradig fettleibigen Frauen in manchen Fällen überaus mächtige Bildung von Fettmassen am Gesäße über dem Tuber ossis ischii, durch

welche die Gestalt der Nates an die unter dem Namen *Steatopygia* bekannte, am Kreuzbeine der Frauen der Hottentotten und Buschmänner befindliche Fettgeschwulst erinnert. Ich habe ferner die eigenthümliche Beobachtung gemacht, daß bei hereditärer und in sehr jungem Alter zum Ausdruck gelangter hochgradiger Fettleibigkeit weiblicher Individuen es verhältnißmäßig häufig zur Entwicklung kräftigen Barthaars an der Oberlippe, dem Kinne, auch an den Wangen kommt, während umgekehrt bei hereditär fettleibigen jungen Männern der Bartwuchs gewöhnlich ein auffällig schwacher ist oder gänzlich fehlt. Zuweilen ist die Hypertrichosis bei weiblichen hereditär fettleibigen eine allgemeine. Bei einem 16 Jahre alten Mädchen meiner Beobachtung, das, aus einer fettleibigen Familie stammend, das enorme Gewicht von 142 Kgrm. hatte, waren das Gesicht, die Brust, der Rücken, die Arme und Schenkel mit schwarzen, starken, stellenweise bis 2 Cm. langen Haaren bewachsen; die arme Person mußte jeden Morgen sich Lippen, Kinn und Wangen rasiren lassen, um unter Menschen erscheinen zu können. Bei fettleibigen Männern ist die erworbene Kahlheit des Kopfes häufiger zu beobachten als bei Frauen.

Während bei Männern der „vollsaftige blutreiche“ Typus des fettleibigen Individuums mit dem scheinbar von Gesundheit strotzenden Aussehen, der auffallenden Röthung des Gesichtes, der starken Injection der sichtbaren Schleimhäute ein so gewohntes Bild ist, daß hochgradige Lipomatosis und eine gewisse *Plethora vera* zumeist identificirt wurden, die anämische Form der Lipomatosis eine seltenere, weniger in Betracht kommende ist, ist hingegen beim weiblichen Geschlechte der anämische Typus sowohl bezüglich Häufigkeit des Vorkommens als auch Charakteristik der pathologischen Verhältnisse beachtenswerth. Und zwar ist die anämische Lipomatosis beim Weibe entweder der Folgezustand gewisser Vorgänge im Genitale oder hat ihren Grund in der vorhandenen Anämie. Chlorotische Mädchen zeigen zuweilen, wenn sie amenorrhöisch oder irregulär menstruiert sind, ein auffälliges Zunehmen des Fettgewebes im Körper. Hier treten dann auch schon bei geringen Graden der anämischen Lipomatosis die cardialen Beschwerden in den Vordergrund, und kommt es sehr zeitlich zu Oedemen, ohne daß diese Symptome eine wesentlich ungünstige Prognose rechtfertigen, wie sie bei vorgeschrittenen Fällen von plethorischer Form der Lipomatosis gegeben ist. Wenn frühzeitig und zielbewußt therapeutisch eingewirkt wird — eine energisch entfettende Methode ist nicht angezeigt — bietet die anämische Form der weiblichen Fettleibigen die Chancen einer Heilung durch Anwendung von diätetisch-hygienischen Maßregeln, vereint mit Eisenmitteln.

Blutuntersuchungen, welche ich bei 100 lipomatösen Individuen, 59 männlichen und 41 weiblichen Geschlechtes, vorgenommen habe, ergaben, daß bei den Männern in 88% der Fälle der Hämoglobingehalt des Blutes vermehrt, in 12 Procent der Fälle vermindert war, bei den Frauen hingegen war in 66% der Fälle der Hämoglobingehalt des Blutes vermehrt, in 34% vermindert (s. das Nähere in „Berliner Zeitschrift für klinische Medicin“, 1887). Das Fettgewebe selbst zeigt bei lipomatösen Männern vorwiegend eine derbe feste Beschaffenheit und bei der histologischen Untersuchung erweist sich eine äußerst pralle Füllung der Fettzellen mit fettigem Inhalte; die Fettläppchen sind groß, prall gespannt, wenig Zwischensubstanz übrig lassend; hingegen ist bei den weiblichen Fettleibigen meistens eine schlaffe, weiche, lockere Beschaffenheit des Fettgewebes vorhanden, es ergibt sich hier histologisch eine wenig vollständige Füllung der Fettzellen, die Fettläppchen sind klein, locker an einander gereiht und durch reichlich entwickelte Zwischensubstanz von einander getrennt.

Außer dem bereits erwähnten chronischen Alkoholismus sind Arthritis und Diabetes mellitus bei lipomatösen Männern ungleich häufigere Begleiterkrankungen als bei

Frauen. Beide Combinationen sind aber prognostisch ungünstig, weil durch die vereinte Wirkung solcher Stoffwechsellkrankheiten um so leichter Anlaß zu dilatativen Veränderungen des Herzmuskels, sowie zu arteriosklerotischen Alterationen der Gefäße gegeben wird. Gerade bei fettleibigen Gichtischen sind Hirnhämorrhagien verhältnißmäßig häufig und gehören plötzliche Todesfälle aus diesem Anlasse nicht zu den Seltenheiten. Unter 18 Fällen, in denen bei fettleibigen Individuen durch Haemorrhagia cerebri der plötzliche Exitus eintrat und von denen mir der Obductionsbefund zu Gebote stand, befanden sich dem Geschlechte nach 12 Männer und 6 Frauen, was ein auffälliges Prävaliren des männlichen Geschlechtes erweist. Hingegen ist bei Frauen der Einfluß außerordentlich hervortretend, welchen die Lipomatosis universalis auf Störung der sexuellen Functionen und Zustandekommen von Genitalerkrankungen übt; es sei diesbezüglich nur auf die Amenorrhoe und Sterilität, auf die so häufige chronische Metritis und Endometritis als Folge von Lipomatosis universalis hingewiesen.

Aus dem Roentgen-Institut im Sanatorium Fürth in Wien.

Zur Pathologie

der

Hautveränderungen durch Roentgenbestrahlung bei Mensch und Thier.

Von **Dr. Robert Kienböck.**

(Schluß.)

Nun wollen wir versuchen, aus den klinischen Erscheinungen einen Schluß auf die Vorgänge zu ziehen, die sich in der Haut des Menschen und der Säugethiere nach Roentgenbelichtung abspielen, wobei wir auf die bisher von anderen Forschern und von uns selbst erhobenen mikroskopischen Befunde nur wenig recurriren werden.⁹⁾ Es ist vor allem klar, daß das Eigenthümliche, das die Roentgenwirkung gegenüber Hautentzündungen durch andere äußere Kräfte, namentlich Lichtstrahlen, zeigt, auf dem Eindringen der Roentgenstrahlen in die Tiefe der Haut beruht. Welche Bestandtheile werden darin aber zunächst „direct“ angegriffen? Man könnte sich vorstellen, daß der durch Absorption der Strahlen bedingte Reiz die einen Bestandtheile mehr als die anderen betreffe, und so hat man denn auch schon von mancher Seite alle Vorgänge auf Affection der Blutgefäße, von anderer Seite auf Affection der Nerven der Haut zurückgeführt. Wir glauben jedoch, man könne mit demselben Rechte eine beträchtliche directe Einwirkung auf alle empfindlichen Bestandtheile des Hautorgans annehmen, und umgekehrt die Erklärung (von UNNA stammend) als höchst unwahrscheinlich bezeichnen, daß zunächst von den Roentgenstrahlen nur das Bindegewebe, der „indolenteste Theil“ der Haut, afficirt würde. Halten wir uns zunächst vor, daß es sich um Entzündung handelt, und daß daher selbstverständlich Blutgefäßveränderungen eine große Rolle spielen. Die Gefäßwandungen können in ihrem Tonus auch dauernd leiden und endlich — bei schwerer Einwirkung — degeneriren und atrophiren; in der That konnte GASSMANN durch histologische Untersuchung an dem Grunde eines Roentgenulcus eine eigenthümliche, mit Vacuolisation der Intima und Muscularis einhergehende Degeneration nachweisen. Würde sich nun auch dadurch die Entstehung der chronischen Ulcerationen erklären lassen, so kann man andererseits auch die Auffassung von OUDIN, BARTHÉLEMY und DARIER nicht unwahrscheinlich finden, daß jene

⁹⁾ Die folgenden Bemerkungen sind Schlußfolgerungen aus den klinischen Beobachtungen; die eigenen im Vereine mit Herrn Prof. EHRMANN angestellten histologischen Untersuchungen der Thierhaut nach Roentgenbestrahlung werden in einer besonderen Arbeit mitgetheilt werden.

den klinischen Charakter der trophischen Störung tragenden Ulcerationen auf Nervendegeneration — mit consecutiver Blutgefäßkrankung — beruhen. Wie dem auch sein mag, der Ausspruch der zuletztgenannten Autoren und DESTOT's, daß die Roentgendermatitis überhaupt eine Trophoneurose sei, dürfte sich schwer begründen lassen. Die während einer heftigen, exsudativen Dermatitis empfundenen Schmerzen weisen nur auf die bei jeder Entzündung vorkommende Beteiligung der Nerven hin, und nach Ablauf der Affection finden wir keine Anästhesie der Haut. Nebenbei bemerkt, vermißt auch JUTASSY in seinem histologisch untersuchten Falle eine Degeneration der feinen Nervenästchen der Haut.

Dieselbe Unsicherheit, an welchen Bestandtheilen der Angriffspunkt des Roentgenlichts liege, betrifft auch die für die Röntgenlichtwirkung charakteristischste Erscheinung, nämlich das Effluvium capillorum; dieses könnte ebenfalls auf Nerven- oder Blutgefäßläsion beruhen, insbesondere erscheint KAPOSI's Annahme recht plausibel, daß das die Haarpapillen umspinnende engmaschige Capillarengewebe einen guten Angriffspunkt für die Strahlen abgibt, und daß sich die Vorgänge an der Papille durch Circulations- und Nutritionsstörungen erklären. Die Roentgenstrahlen können in die Tiefe bis zur Lage der Haarpapillen fast ungeschwächt vordringen, und so könnten wir auch verstehen, warum bei der Roentgendermatitis schon Haarausfall eintritt, selbst wenn die Entzündung eine leichte ist. In diesem Punkte unterscheidet sich ja die Roentgenlichtwirkung von allen anderen Hautentzündungen, wie Erysipel oder Ekzem, wo erst bei sehr heftigem Grade und starker eitriger Exsudation Defluvium der Haare eintreten kann, also nur als Theilerscheinung einer sehr schweren Entzündung.

Wir halten es ferner auch für möglich, daß das Roentgenlicht auch auf die Matrixzellen des Haares direct einwirke, denn auch die Matrix ist ein höchst empfindliches Gewebe und kann wohl ebensogut wie die Blutgefäße durch die Wirkung, resp. die Absorption von Roentgenstrahlen direct beeinflußt werden. Die Frage muß noch offen bleiben. Dagegen fällt es weniger schwer, den Vorgang selbst zu erklären, der sich an der Haarpapille im acuten Stadium der Roentgendermatitis abspielen dürfte. Wenn an der Haut schon oberflächlich erkennbare Zeichen von Entzündung — leichte Röthung, Braunfärbung und Schwellung — erscheinen, verstreichen oft noch einige Tage, bis sich nennenswerthe Lockerung und dann Ausfall der Haare einstellt. Diese Thatsache und der Vorgang überhaupt läßt sich entweder, wie man es bisher gethan, dadurch erklären, daß allmählig der Druck des sich in dem Haarbalge anhäufenden Exsudates zur Anämisirung der Papille und Aufwärtsdrängung des Haares führt, oder, worauf wir hinweisen möchten, dadurch, daß die fluxionäre Hyperämie und vielleicht zugleich der directe Reiz auf die Matrix eine beschleunigte Proliferation der letzteren mit rascher Bildung zahlreicher junger Haarzellen erzeugt; diese würden nicht genügende Zeit zur Verhornung haben und eine Lockerung der Fixation des Haares an die Papille und Wand des Haarbalges hervorrufen. Auf dieses Stadium folgt ein Rückschlag, die Proliferation der Keimzellen sistirt vollkommen, es wird durch mehrere Wochen kein Haar mehr gebildet. Diese Hemmung dürfte nicht ganz so lange dauern, als das meist 6—8 Wochen währende Stadium der Alopecie, denn dieses endet im klinischen Sinne genommen erst mit dem Hervorsprossen der neuen Haare, aber das Haarwachsthum muß schon früher beginnen, nur brauchen die neugebildeten Haare eine beträchtliche Zeit, bis sie an der Oberfläche sichtbar werden.

Wir haben oben erwähnt, daß es bei der Roentgenlichtwirkung verschiedene Formen der Braunfärbung der Haut gibt; hier möchten wir versuchen, die zugrunde liegenden Vorgänge im Gewebe zu erörtern. Die eine Form ist diejenige, welche bei der acuten Roentgendermatitis des ersten Grades fast regelmäßig beobachtet wird, und zwar beginnend etwa zur Zeit der ersten Lockerung der Haare und dann meist

durch eine Woche andauernd. Diese intensive Braunfärbung beruht wohl — wie SEHRWALD es zuerst in seinem Falle erklärte — zum Theil darauf, daß die Zellen aus den tiefen Retezichten sammt ihrem Pigment an die Oberfläche gelangen; normaler Weise bleibt bekanntlich der größte Theil des Pigments, beziehungsweise der Pigmentzellen in der Tiefe und wird nicht mit den Zellen nach aufwärts befördert; bei der acuten Roentgendermatitis aber dürfte infolge der raschen Proliferation keine genügende Zeit zu der Abgabe des Pigmentes an die unten nachrückenden Zellen vorhanden sein. Nach dem Stadium der Braunfärbung folgt das der Schuppung; dieselbe vollzieht sich in wenigen Tagen und dann wird eine Haut von auffallend lichter Färbung und zarter, glatter Beschaffenheit sichtbar. Ganz allmählig nimmt dann im Laufe von Wochen die Haut wieder ihre normale Färbung an.¹⁰⁾

Bei der anfänglichen Bräunung dürfte aber auch eine Lockerung der obersten Epidermislage allein schon zur Verfärbung führen können, weil dadurch eine Vertrocknung der abgehobenen Zellen eintritt.

Ein anderesmal tritt die Braunfärbung der Haut, wie ich sie z. B. bei Epilation des Capillitiums durch Roentgenbestrahlung beobachtete, später auf, nämlich nach dem Effluvium der Haare, und zwar ganz langsam, und dauert durch mehrere Wochen an, worauf unter Schuppung die normale Farbe der Kopfhaut wieder erscheint. Die Erscheinung dürfte ebenfalls zum Theil auf einer durch die entzündlichen Veränderungen in der Tiefe erzeugte Abhebung und Austrocknung der obersten Epidermisschichten beruhen; nur kommen eben an der behaarten Kopfhaut die Erscheinungen an der Haut selbst später als an den Haarpapillen zustande. Außerdem könnte aber auch ein vollständiger Stillstand in der Proliferation des Stratum germinativum der Epidermis, also ohne Abhebung der obersten Lagen zum Vertrocknen derselben beitragen können; es entspräche dies also dem Stillstand in der Haarbildung durch die Papille; so würden denn auch die obersten Lagen der Oberhaut nicht zur gewöhnlichen Zeit abgestoßen werden, länger liegen bleiben und austrocknen, was mit einem Nachdunkeln derselben einhergehen muß. (Auf die Thatsache, daß überhaupt abnorm lange persistirende verhornte Oberhautschichten durch Austrocknung an der Luft nachdunkeln, machte KAPOSI mit Nachdruck aufmerksam.)

Eine vollkommen verschiedene Art der Bräunung der Haut nach Roentgenlichtwirkung ist echte Ueberpigmentierung, die nach längerem Bestande einer Hyperämie (bei der zweiten Stufe der acuten Roentgendermatitis und bei der zweiten Stufe der chronischen Veränderung mit Erweiterung der Hautgefäße und Verdickung der Haut) eintritt; diese Bräunung beruht auf Ablagerung von umgewandeltem Blutfarbstoff in der Umgebung der Blutgefäße in der Cutis (Hämosiderin) und wurde auch schon histologisch bei Roentgendermatitis nachgewiesen (GASSMANN). Diese Pigmentation kann die übrigen Veränderungen der Haut überdauern, pflegt aber endlich vollkommen zu schwinden. Endlich gibt es nach leichter, besonders aber nach schwerer Roentgendermatitis eine zweite Art der echten Hyperpigmentation, welche mit der ersten Art combinirt sein kann, nämlich Vermehrung des Pigments, resp. der pigmentirten Zellen der unteren Epidermisschichte; vielleicht handelt es sich dabei zum Theil um den Effect einer directen Reizung der Pigmentzellen zur vermehrten Pigmentbildung oder Wucherung durch das Roentgenlicht. Diese nicht aus umgewandeltem Blutfarbstoff bestehende Braunfärbung kommt besonders in Begleitung der schweren

¹⁰⁾ Es wurde beim Falle SEHRWALD's nachträglich von Seite anderer Autoren von Pigmentverschiebung gesprochen, obwohl es sich nur um eine im acuten Stadium der Entzündung stattfindende und (da die Röhre der Haut nahe gebracht war) von einem Centrum peripher fortschreitender Abstoßung dunkel gefärbter Oberhautlagen handelte („Deutsche medicinische Wochenschrift“, 1896, pag. 665). Der Vorgang ist natürlich von einer persistirenden Pigmentarmuth und von einer innerhalb des Gewebes stattfindenden Pigmentverschiebung verschieden. Die Retezellen bilden in Fällen wie in dem SEHRWALD's die abgegangene Quantität Pigment nachträglich wieder.

Atrophie der Haut und bei Narbenbildung vor. Dabei wechseln zuweilen Herde von Hyperpigmentation in fleckiger Anordnung mit Herden von Depigmentation ab. Vielleicht darf man in solchen Fällen Pigmentverschiebung im Gewebe annehmen, wie dies GOCHT in seinem Falle gethan. Alle die genannten Entstehungsarten von Bräunung der Haut sind, wie ersichtlich, nicht der Roentgenlichtwirkung eigenthümlich, sondern stimmen mit den Erscheinungen bei anderen Dermatitiden, namentlich bei der Lichtwirkung, überein und werden ebenfalls fast ausschließlich bei brünetten Individuen beobachtet.

Nach dem Gesagten dürfte das Roentgenlicht auf alle empfindlichen Bestandtheile des Hautorgans direct einwirken, also sowohl auf die in der Cutis gelegenen Gefäße und Nerven, als auch auf die Matrixzellen des Haares, wie auch auf die Matrix der Epidermis, der Nägel, auf die Pigmentzellen und auf die Zellen der Talg- und Schweißdrüsen; es ist wohl auch plausibel, daß ein Agens nicht ausschließlich auf einige wenige Bestandtheile der Haare und nicht ausschließlich auf die Epidermis oder auf die Cutis wirke, bilden doch naturgemäß beide Schichten, wie z. B. KAPOSÍ immer mit Vorliebe hervorhob, ein organisches Ganzes.

* * *

Endlich wollen wir die Frage erörtern, worauf die von den Roentgenstrahlen auf die Haut ausgeübte Wirkung beruhen dürfte. Die Antwort läßt sich im Anschluß an andere Autoren ungezwungen damit geben, daß man eine **chemische** Veränderung des Gewebes durch den absorbirten Theil der Roentgenstrahlen annimmt. Es beruht ja auch die so ähnliche, durch die ultravioletten Strahlen des Sonnen- und elektrischen Bogenlichtes hervorgerufene Dermatitis auf einer Umwandlung einer actinischen Energie in chemische Energie. Wir erinnern hier, daß beide Arten von Strahlen auch andere Fähigkeiten gemeinsam haben, so z. B. phosphorescenz- und fluorescenzfähige Substanzen (wie Bariumplatinocyanür) zum Leuchten zu bringen und Bromsilber zu zersetzen (photochemische Wirkung auf die photographische Platte), ferner die Auskeimung von Pflanzensamen zu beeinflussen¹¹⁾ und das Wachsthum der Bacterien zu hemmen.¹²⁾

Die Zersetzungs Vorgänge, welche nach Roentgenbelichtung in der Haut angenommen werden müssen, sind eigenthümlicher Art; zur Zeit der Bestrahlung bringen sie nämlich keine äußerlich sichtbare Veränderung der Haut hervor, sondern es treten Entzündungserscheinungen nach einem Latenzstadium fast plötzlich in überraschender Weise ein; diese können ferner im Laufe der folgenden Tage und Wochen oder sogar durch noch längere Zeit zunehmen. Man könnte sich vorstellen, daß die lange Latenz durch eine allmähliche Aufstapelung von schädlichen „giftigen“ Producten eines „unterwerthig“ gewordenen Stoffwechsels bedingt sei, deren Menge nach Ablauf einer beträchtlichen Zeit endlich eine zum (eigenthümlichen) Entzündungsreiz genügende Größe erreicht und auch weiterhin zunimmt. Die giftigen Substanzen könnten in abnormen oder in an sich normalen, jedoch abnorm lang persistirenden Producten der gestörten Assimilation oder Dissimilation bestehen, während z. B. bei normaler Function der lebenden Zellen derart entstehende, toxisch wirkende Substanzen beim Abbau von Eiweißkörpern bekanntlich sofort weiter zerlegt werden.

¹¹⁾ Einwirkung der Roentgenstrahlen auf den Stoffwechsel der Pflanze wurde von MALDINEY und THOUVENIN gefunden; sie beobachteten, daß Pflanzensamen (z. B. von der Ranke, Brunnenkresse und Hirse) durch wiederholte einstündige Roentgenbestrahlungen um mehrere Tage früher auskeimen als Controlkörner.

¹²⁾ Die hemmende Wirkung des Roentgenlichtes auf das Wachsthum von Bacterienculturen wurde vor einigen Jahren durch RIEDER nachgewiesen und läßt sich sehr leicht demonstrieren. Die negativen Resultate mancher Experimentatoren erklären sich einfach durch mangelhafte Technik derselben. Eine Abtötung von Bacterien im thierischen Organismus mittelst Durchleuchtung ist allerdings nicht mit Sicherheit gelungen (MÜHSAM).

Eine weitere Stütze für die Annahme einer Toxinbildung kann im Vorkommen von gewissen Begleiterscheinungen erblickt werden. Sowie bei der Insolation und bei der Verbrennung kommen nämlich auch bei der Roentgendermatitis, und zwar zu Beginn einer heftigen, bald mit Schwellung der Haut und Blasenbildung einhergehenden Entzündung Fiebererscheinungen vor; so können die Individuen durch mehrere Tage an Gefühl von Hitze und Kälte, Kopfschmerz, unruhigem Schlaf mit Phantasiren leiden, die Temperatur kann bis 38° und 40° ansteigen. Die Symptome sind wohl durch Bildung von Toxinen in dem Gewebe der lädirten Haut und Allgemeinintoxication des Organismus durch Uebertritt derselben in den Blutkreislauf zu erklären — „Resorptionsfieber.“

Somit wären wir auch zu einem neuen Erklärungsversuche für die auffallend lange Latenz der Roentgenlichtwirkung gekommen. Bisher wurden bekanntlich andere Erklärungen gegeben, die auch in weiten Kreisen acceptirt wurden; so wurde z. B. angenommen, daß das Roentgenlicht nur auf die Gerüstsubstanz der Haut, „den indolentesten Theil derselben“, wirke, wodurch nur langsam entzündliche Reactionserscheinungen auftreten könnten (UNNA), oder daß das Roentgenlicht zuerst auf die in der Tiefe liegenden Gefäße der Cutis wirke, so daß die Entzündung erst allmählich zur Oberfläche aufsteigen könne (KAPOSÍ), oder endlich, daß zunächst die Nerven der Haut afficirt werden, worauf ein Weiterschreiten der Veränderungen auf die Endästchen und Gewebszellen stattfindet und sich allmählich die Erscheinungen einer Trophoneurose einstellen (OUDIN, BARTHÉLEMY et DARIER). Unsere Auffassung unterscheidet sich, wie man sieht, von diesen Erklärungsversuchen, kommt aber den letzteren am nächsten. Um es zu wiederholen: wir sehen in der Roentgendermatitis eine Reaction der Gewebszellen bis in die Tiefe der Haut auf die durch absorbirte Roentgenstrahlen erzeugte Stoffwechselstörung. Mit der Annahme einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung der Zellthätigkeit durch Roentgenstrahlen stimmt auch die Beobachtung überein, daß Thiere mit lebhafterem Stoffwechsel, Warmblüter, bedeutender beeinflußt werden als Kaltblüter (man vergleiche Maus und Frosch), daß junge Individuen rascher und heftiger auf die Bestrahlung reagiren als erwachsene, und diese wiederum als senile; ferner daß jene Organe vor Allem pathologische Veränderungen erleiden, die, entsprechend ununterbrochener Zellproliferation, den lebhaftesten Stoffwechsel besitzen: die Haut und hier wieder die Haarpapillen, insbesondere der Kopf- und Barthaare. Zudem dürfte der Versuch, die Pathogenese der Roentgendermatitis und der consecutiven trophischen Störungen durch Annahme einer mit Toxinbildung einhergehenden Störung der Zellthätigkeit zu erklären, darum Anklang finden, weil man den Gedanken chemischer Veränderungen des Gewebes infolge Durchleuchtung schon wiederholt ausgesprochen hat und man sich nun die auffallend lange Latenzzeit und die vorübergehenden Erscheinungen von Allgemeinintoxication des Körpers nach Roentgenbestrahlung erklären könnte. Gewiß müssen wir aber zugeben, daß die Frage noch weiterer Forschungen, namentlich in chemischer und experimenteller Richtung, bedarf.

Literatur. ALBERS-SCHÖNBERG, Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, Bd. II, 1898—99, pag. 20. — BARDET, Comptes rendus ac. sc., 1897, 14. Juni 1897, pag. 1388. — FREUND, „Wiener med. Wochenschrift“, 1897, Nr. 10 u. 19. — GASSMANN, Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, Bd. II, 1898—99, pag. 199. — GILCHRIST, John Hopkin's Hospital Bulletin, VIII, 1897. — GOCHT, Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, Bd. I, 1897—98, pag. 14. — GOCHT, Lehrbuch der Roentgenuntersuchung, Enke, Stuttgart 1898. — JANKAU, „Internat. photogr. Monatschrift für Medicin“, Bd. V, Heft I. — JUTASSY, „Orvosi Hétlap“, 1898, Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, Bd. II, pag. 195. — KAPOSÍ, „Wiener klinische Wochenschrift“, 1897, pag. 73. — KIBBE, „New-York med. Journal“, 1897, I, pag. 71. — KIENBÖCK, „Wiener klin. Wochenschrift“, 1900, Nr. 50. — KIENBÖCK, „Wiener med. Presse“, 1901, pag. 420. — KÜMMEL, „Centralblatt für Chirurgie“, 1898, Nr. 26, Beilage pag. 52. — LECERCLE, Comptes rendus ac. sc., 1897, 16. VII, 4. X, 26. X. — MALDINEY et THOUVENIN, Comptes rendus ac. sc., 1898, 14. II, pag. 548. — MÜHSAM, „Deutsche Zeitschrift für

Dormiol

ein neues wohlbekömmliches und billiges
Schlafmittel

in Gaben von 0,5 bis 3,0 gr.

Die physiologische Wirkung des Dormiols (Dimethyl-aethyl-carbinol-chloral¹⁾ wurde von *Fuchs* und *Koch*²⁾ experimentell untersucht. Hierbei wurde gefunden, dass Thiere von gleicher Körperbeschaffenheit 24 % Chloral mehr vertragen, wenn es in der Form des Dormiols gereicht wurde. Der Schlaf trat nach 10 Minuten ein bei subcutaner Anwendung des Dormiols, nach 30 Minuten, wenn es per os gegeben wurde.

Dieses Resultat der relativen Unschädlichkeit sowie die prompte hypnotische Wirkung des Dormiols ist von sämtlichen klinischen Beobachtern bestätigt worden. Der Dormiolschlaf ist in keiner Weise verschieden vom normalen physiologischen Schlaf³⁾, und deshalb erwachen die Patienten nach 5—7—8 stündiger traumloser, erquickender Ruhe mit dem Gefühl des „Gutgeschlafenhabens“⁴⁾, frisch in Haupt und Gliedern ohne geschwächte Arbeitskraft.

Nach der Einführung des Dormiols in die Heilanstalten für **Geisteskranke** durch *Meltzer*⁵⁾ und *Schultze*⁴⁾ (normale Gabe 1,5 gr.) sind die günstigen

Resultate dieser Autoren von *Pollitz*¹⁰⁾, *Claus*¹¹⁾, *Franco da Rocha*¹³⁾ und *Dehio*¹⁵⁾ bestätigt und vervollständigt worden. Letzterer hat beobachtet, dass durch Chloralgebrauch erzeugte Conjunktivitis bei Ersatz desselben durch Dormiol schwindet und hat einzelne Kranken in einem Monat 120 gr. Dormiol verabreicht, ohne irgendwelche motorische Störungen wahrnehmen zu können.

*Dehio*¹⁵⁾ empfiehlt auch das Dormiol für Epileptiker mit vereinzelt und gruppenweise auftretenden Anfällen (2 mal täglich 2 gr.), weil bei dieser Behandlung die Anfälle seltener und schwächer wurden sowie die den Anfällen folgende Verwirrtheit entweder ganz ausblieb oder doch nur in viel milderer Form auftrat.

*Pollitz*¹⁰⁾ hat in Uebereinstimmung mit *Schultze*¹¹⁾ vorzugsweise bei Angstzuständen, Melancholie, Hypochondrie und Depression gute Erfolge gesehen, während *Claus*¹¹⁾ das Dormiol bei pathologischer Trunkenheit sowie acutem alkoholischem Delirium bewährt gefunden hat. Schliesslich hebt *Franco da Rocha*¹³⁾ neben der prompten Wirkung den billigen Preis und die Unschädlichkeit vor anderen Mitteln hervor.

Zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit bei **Geistesgesunden** ist das Dormiol zuerst von *Peters*⁵⁾ (Luisenhospital, Aachen, innere Abteilung *Professor Dr. Dinkler*) empfohlen worden, und zwar wurde hier das Dormiol bei funktionellen Neurosen mit hartnäckiger lang bestehender Schlaflosigkeit (Hemiplegie, Encephalopathia saturnina, Morbus Basedowii), vorgeschrittener Phthisis, Emphysema pulmon., Enteritis chronica, vitia cordis (im Anschluss an chronische Nephritis und Arteriosclerose) Pseudoleukaemie, Muskelrheumatismus, Abstinenzerscheinungen infolge von Abusus spirit etc. angewandt. Bei 84 % Erfolg sind in keinem Falle unangenehme Nebenwirkungen aufgetreten, selbst nicht bei Nephritis und Herzkranken.

Dieser günstigen Beurteilung schliessen sich *Moir*⁴⁾, *Frieser*⁸⁾, *v. Kétly*⁹⁾ (II. med. Klinik der königl. ungar. Universität, Budapest *Professor Dr. Karl v. Kétly*), *Professor Fasano*¹²⁾ und *Tendlau*¹⁴⁾

an, und sei hierbei bemerkt, dass *Kétly* besonders die prompte Wirkung und *Tendlau* (*Professor Goldscheider, Moabit*) vornehmlich die Unschädlichkeit des Dormiols bei Herzkranken betont.

Indicationen.

1) *Der Dormiolgebrauch bewährt sich bei allen Formen psychischer Erkrankungen bis auf flotte Manie und die stärkeren Erregungszustände der Paralyse, namentlich bei Angstpsychose, Melancholie, Hypochondrie und Depression.*

Auch bei Epilepsie mit vereinzelt und gruppenweise auftretenden Anfällen wird das Dormiol mit Vorteil angewandt.

2) *Bei Geistesgesunden wird Dormiol mit Erfolg verordnet in allen Fällen von Schlaflosigkeit, in welchen es sich nicht um Schmerzen auf organisch bedingter Basis handelt, vorzugsweise bei Neurasthenie, Hysterie und Agrypnie infolge chronischer oder acuter Krankheiten.*

RECEPTFORMELN:

- | | | |
|-------------------|-------------------|-------|
| 1). Sol. Dormiol. | 50% | 20,0 |
| Aqua destill. | | 180,0 |
| M. D. S. | | |
| 1–2 Esslöffel | vor dem | |
| | Schlafengehen. | |
| 2). Sol. Dormiol | 50% | 20,0 |
| Aqua destill. | | 80,0 |
| Syr. simpl. | | 20,0 |
| M. D. S. | | |
| Abends | 1–2 Kaffeelöffel. | |

Besonders bequem und billig ist die Darreichung von Dormiolkapseln à 0,5 gr. in Originalpackung zu 25 Stück:

- | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|
| 3). Dormiolkapseln | à 0,5 gr. | XXV. |
| | Preis M. | 2.– |
| D. S. | | |
| | 1-2-3 Kapseln, | je nach Bedarf. |

Literatur über Dormiol.

1. *Fuchs*, Zeitschrift für angewandte Chemie 1899, Nr. 49.
2. *Fuchs & Koch*, Münchener medizinische Wochenschrift, 1898, Nr. 37.
3. Aus der Königl. Landesheil- u. Pflegeanstalt zu Colditz. Königl. Anstaltsarzt *Dr. E. Meltzer*, Deutsche med. Wochenschrift, 1899, Nr. 18.
4. Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach von Privatdozent *Dr. E. Schultze*, Neurologisches Centralblatt, 1900, Nr. 6.
5. Aus dem Luisenhospital zu Aachen, innere Abt. (*Prof. Dr. Dinkler*) *Dr. Peters*, Münch. med. Wochenschr., 1900, Nr. 14.
6. *Professor Dr. Königshöfer*, Sanitätsrat, Stuttgart, Die opthalmologische Klinik 1900, Nr. 9.
7. *Dr. J. Moir*, Edinburg, Medical Press, 6. Juni 1900.
8. *Dr. J. W. Frieser* in Wien, Aertzliche Central-Zeitung, Wien, 1900, Nr. 23.
9. Aus der II. med. Klinik der königl. ung. Universität zu Budapest (*Prof. Dr. Karl v. Kétly*) *Dr. L. v. Kétly*, 1. Assistent, Therapie der Gegenwart, 1900, August.
10. Aus der Provinzial-Irrenanstalt Brieg i. Schl. *Dr. P. Pollitz*, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie etc. 1900, Heft 5.
11. Aus dem Asyle de Mortsels von Chefarzt *Dr. Claus*, Antwerpen. Sitzung der „Société de médecine mentale de Belgique“. La Belgique Médicale, 1900, Nr. 46
12. *Prof. Dr. A. Fasano*, Universität Neapel, Arch. intern., 1900, Nr. 10.
13. Aus dem staatlichen Hospiz in St. Paulo, von *Director Dr. Franco da Rocha*, Revista Medica, 1900.
14. Aus dem Krankenhause Moabit, Berlin, innere Abt. (*Prof. Dr. Goldscheider*) von Assistenzarzt *Dr. B. Tendlau*, Fortschr. d. Med., 1900, Nr. 44.
15. Aus der Landesheil- u. Pflegeanstalt für Geistes- kranke in Bernburg von *Dr. H. Dehio*, II. Arzt, Psychiatrische Wochenschrift, 1900, Nr. 37.

Ausführliche Literaturberichte stehen den Herren
Aerzten kostenfrei zu Diensten.

Chirurgie“, Bd. XLVII, 1898, pag. 365. — OUDIN, BARTHÉLEMY et DARIER, „Monatsschrift für praktische Dermatologie“, Bd. XXV, pag. 441. — QUÉNISSET et SÉGUY, Comptes rendus, 1897, 5. April, pag. 790. — REVILLET, Revue de la tuberculose, 1898, April. — RIEDER, „Münchener med. Wochenschrift“, 1898, Nr. 4. — RODET et BERTIN-PARIS, „Gazette des Hopitaux“, 1898, 7. V. — UNNA, „Deutsche Medicinalzeitung“, 1898, Nr. 20. — WALSH, „British med. Journal“, 1897, II, pag. 272.

Referate.

FRITZ KÜHNE (Marburg): Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach KÜSTNER.

Bei den 12 Fällen, über die K. („Centralbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 4) berichtet, wurde die Indicationsstellung KÜSTNER's beibehalten, der den Kreuzschnitt nur für solche Operationen empfahl, bei denen die Bauchhöhle nicht zu umfangreich eröffnet zu werden braucht. Er wurde daher in 5 Fällen von Retroflexionen und in 7 Fällen von Prolapsen zur Anwendung gebracht. Steile Beckenhochlagerung, Schnitt quer durch die Haut an der oberen Grenze der Pubes, Blutstillung, Nachobenziehen des Hautlappens, gerade Durchtrennung der Fascie, der Linea alba und des Bauchfelles wurden genau nach KÜSTNER gemacht.

In einem Falle wurde bei Durchtrennung der Linea alba der Raum zwischen Blase und Symphyse eröffnet, so daß eine allerdings nicht sehr umfangreiche, extraperitoneal gelegene Höhle entstand, in welche bei Schluß der Wunde ein schmaler Jodoformgazestreifen eingelegt und nach außen geleitet wurde. Darum ist es rathsam, den oberen Hautlappen kräftig nach oben zu ziehen und den Längsschnitt nicht zu tief zu legen.

Bei der Naht der Hautwunde ist es besonders wichtig, Taschenbildung zu vermeiden, wobei Matratzennähte gute Dienste leisten. Stichcanalierungen wurden nicht beobachtet, was der Autor der AHLFELD'schen Alkoholdesinfection der Bauchdecken zuschreibt.

Wesentlich für die Wundheilung ist auch eine schonende Behandlung der Bauchdeckenlappen, die vor Quetschungen mit den stumpfen Haken, sowie mit den zur Blutstillung verwendeten Klemmen geschützt werden müssen.

Nach Schluß der Wunde wurde dieselbe mit 96% Alkohol betupft, mit Jodoformgaze bedeckt und mit Watte und Flanellbinde verbunden.

Bezüglich der Spätergebnisse ist die Frage der Hernienbildung an dem Materiale KÜHNE's nicht zu beurtheilen, da die Zahl der Fälle zu gering, die Zeit nach der Operation zu kurz ist. Auffallend war aber der kosmetische Effect des Kreuzschnittes. Manchmal hatte man Mühe, die Narbe zu entdecken; da sie einerseits von den Pubes bedeckt, andererseits so linear war, daß sie in der Hautfalte oberhalb des Mons veneris vollkommen verschwand.

FISCHER.

A. ROTHSCHILD (Berlin): Zur Pathologie und Therapie der Narbenschlumpfbliase.

Die Capacität der Blase hängt ab von der Tension, der Empfindlichkeit gegen dieselbe und von der Muskelcontractilität. Als weiterer Factor tritt bei Entzündungen der Blaseschleimhaut auch noch die Empfindlichkeit gegen den Contact hinzu. Für die Betrachtungen des Autors („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 6) kommt bloß die verminderte Capacität auf Basis fibröser Degeneration der Blasenmuskulatur in Anschlag, und von dieser speciell nicht die fibröse Degeneration infolge von Tuberculose, von Neubildungen oder Harnröhrenleiden, sondern jene Form, die als Abschluß einer abgelaufenen parenchymatösen Cystitis oder Pericystitis imponirt. Dabei kommt es im weiteren Verlaufe des Leidens dazu, daß sowohl die Detrusoren, als auch der Sphincter vesic. internus infolge der eingetretenen Degeneration die Functionsfähigkeit verlieren, der Sphincter extern., zumindest anfangs, die Verschlussfunction wohl noch übernehmen kann, endlich aber bei völliger Aufhebung der Blasenlichtung die Incontinenz nicht mehr aufzuhalten vermag.

Ein solcher Fall, eine 27jährige Clavierlehrerin betreffend, wird in ausführlicher Krankengeschichte vorgeführt. Therapeutisch gelang es, durch successive gesteigerte Dilatation die Blasen-

capazität bis auf 80 Ccm. zu heben und damit die Häufigkeit des Urinirens auf zweistündige Intervalle herabzudrücken. Das Verfahren der Dilatation ist aber direct verwerflich bei Schrumpfbliase auf hypertrophischer Basis. Dies wird durch die Untersuchung mit der Sonde erschlossen, welche die Trabekel der Blase deutlich erkennen läßt, während die hier gemeinte Schrumpfbliase glatte Wandungen zeigt. Da alle früheren Autoren (GUYON, ZUCKERKANDL) die Dilatationsmethode erst gestatten, wenn der Entzündungsproceß völlig abgelaufen ist, so betont der Autor, daß hier eine Unterscheidung nothwendig sei; solange der interstitielle, entzündliche Proceß in der Blasenwand vorhanden ist, dürfen Spüldehnungen nicht vorgenommen werden, handelt es sich aber bloß um neue Schübe entzündlicher Reizung der Blaseschleimhaut, also um cystische Reizerscheinungen, so sollen diese Dehnungen vorgenommen werden.

DEUTSCH.

R. JEDLICKA (Prag): Ueber subarachnoideale Injectionen.

J. versuchte das BIER'sche Verfahren der Cocaïnisirung des Rückenmarkes (vor BIER hatte im Jahre 1885 schon LEON CORNING dasselbe vorgeschlagen) in sieben Fällen, doch da sich bald zeigte, daß das Cocaïn sehr gefährlich werden kann, besonders bei Leuten, die eine gewisse Idiosynkrasie gegen das Cocaïn besitzen, und weil die Sterilisation so schwer durchführbar ist, ersetzte Verf. das Cocaïn durch Eucain (Euc. hydrochlor. A) und benützte dann dieses Mittel in 93 Fällen mit vorzüglichem Erfolg bei verschiedenen Laparotomien und Operationen an den unteren Extremitäten, Perineum, Scrotum und gynäkologischen Operationen.

Bei technisch exact ausgeführter Injection tritt nach vier Minuten eine Analgesie ein, die an den Beinen anfängt und sich dann segmentartig bis auf den Stamm und in 7—10 Minuten bis zum Nabel, ja auch bis auf die Brust verbreitet. Die Ausdehnung der Analgesie hängt nicht von der Dosis, sondern von der Verbreitung des Eucains im Liquor cerebrospinalis ab. Diese kann wieder durch rationelle Position des Kranken, durch die Menge der Solution und durch die Herabsetzung des Liquordruckes begünstigt werden. Deswegen ist es gut, vor der Injection etwas Cerebrospinalflüssigkeit auszulassen, wenigstens so viel, als injicirt wird.

Die Erscheinungen, die nach der Injection entstehen, können in drei Phasen getheilt werden:

Die erste Phase ist die der Analgesie, die regelmäßig vier Minuten nach der Injection anfängt und sich durch Einschlafen der Beine ankündigt. In manchen Fällen gesellen sich noch paralytische Symptome (Gefühl der Schwere), selten perfecte Paralysen hinzu. Die Herzaction bleibt bis auf eine Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses eine intacte (bis auf Personen hohen Alters). Andere Symptome, die constatirt wurden, sind Uebelkeit und Erbrechen (nur bei nüchterem Magen), Erschlaffung des Sphincter ani, Dermographismus und Erectio penis.

In der zweiten Phase ist das Befinden der Kranken normal.

Die dritte Phase fängt erst 3—6 Stunden nach der Injection an und zeichnet sich durch Kopfschmerzen und Temperatursteigerung aus, welche Symptome gewöhnlich 3 Stunden und höchstens bis zum nächsten Tage andauern. Sie sind nach Verf.'s Meinung durch die Reaction der Rückenmarkshüllen zu erklären.

Bei großem Kopfschmerz kann den Pat. durch Lumbalpunktion und Auslassung von etwas Cerebrospinalflüssigkeit sofort geholfen werden; prophylaktisch erscheint es zweckmäßig, vor der Injection etwas Flüssigkeit abzulassen.

Versuche mit Injectionen indifferenten Solutionen an Hunden bewiesen, daß eine Spinalanalgesie dadurch nicht erzeugt werden kann, umso mehr als jede Destruction des Rückenmarks vermieden werden soll.

Verf. empfiehlt also die Spinalanalgesie („Sbornik klin.“, Bd. 2, H. 3) in der Weise, wie sie auf der MAYDL'schen Klinik geübt wird, aufs wärmste, als eine vorzügliche Methode, die keine Gefahren und ernsthaften Unannehmlichkeiten mit sich bringt. Besonders bei Herz- und Lungenkranken, bei denen die Narkose sehr gefährlich werden kann, ist die subarachnoideale Injection von unschätzbarem Werthe.

STOCK.

FLEROW: Kumiß als Heilmittel.

Gute Resultate hat Verf. zunächst in drei Fällen von Chlorose, dann in 17 Fällen von secundärer Anämie und in 9 Fällen von Anämie, in denen Verdacht auf Tuberculose vorlag, durch die Kumißbehandlung erzielt. Sämtliche Kranken wurden kräftiger und gewannen bedeutend an Körpergewicht. Selbstverständlich sind bei der Kumißbehandlung auch die übrigen hier in Betracht kommenden Heilfactoren, wie Ruhe, frische Luft etc., nicht vernachlässigt worden. Bedeutende Besserung ergab die Kumißbehandlung in 28 Fällen von Neurasthenie und in neun Fällen von Hysterie. Die Besserung äußerte sich in Form von Körpergewichtszunahme, Belebung der Function sämtlicher Organe, Besserung des Schlafes, der Gemüthsstimmung etc. Verf. bemerkt aber selbst („Russki Archiv Pathologii Klinitscheskoj Medicina y Bakteriologii“, 1900, Bd. 10, H. 1 u. 2), daß hier neben dem Kumiß auch die Ortsveränderung sowie die Entfernung der Patienten aus der ungünstig einwirkenden Umgebung mitgewirkt haben. In 4 Fällen von Erkrankung des Herzens und der Gefäße trat eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes ein, und zwar infolge Steigerung des Blutdrucks und des Unvermögens des Herzens und der Gefäße, den gesteigerten Blutdruck zu compensiren. Ebenso ungünstig lauten die Erfahrungen des Verf.'s bezüglich der Kumißbehandlung bei Patienten, die an Leber-, beziehungsweise Nierenkoliken leiden, bezw. dazu prädisponirt sind. Bei Herz-, Leber- und Nierenkrankheiten dürfte also die Kumißbehandlung contraindicirt sein.

Die meisten Beobachtungen des Verf.'s beziehen sich auf die Lungenschwindsucht, die durch 110 Fälle vertreten ist. Bezüglich der Behandlung der Lungentuberculose mit Kumiß stellt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen folgende Thesen auf: 1. Bei Tuberculose mehrerer Organe, namentlich bei fortgeschrittener Entwicklung des Krankheitsprocesses, bleibt die Kumißbehandlung ohne jegliche Wirkung. 2. Bei acuter Lungenphthise wird durch die Kumißbehandlung gleichfalls keine Besserung erzielt. 3. Bei Patienten mit weit vorgeschrittener chronischer Lungenphthise (Cavernen, hektisches Fieber, erschöpfende Schweiß) ist gleichfalls keine Besserung erzielt worden; im Gegenteil, die Kumißbehandlung bedingte Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, Steigerung der Körpertemperatur etc. Bei solchen Patienten ist die Kumißbehandlung infolgedessen contraindicirt. 4. Kranke, die zwar bedeutende Affectionen aufweisen, die aber an hektischem Fieber und erschöpfenden Schweiß nicht leiden und keine Cavernen sowie keinen bedeutenderen Kräfteverfall zeigen, können von der Kumißbehandlung Besserung erhoffen. 5. In den Anfangsstadien sowie in den mittleren Stadien der Lungenschwindsucht ist die Kumißbehandlung ein sehr mächtiges therapeutisches Mittel und müßte nach Möglichkeit versucht werden. 6. Die Kumißbehandlung muß möglichst lange fortgesetzt werden.

Das Resultat der Kumißbehandlung der 110 Fälle von Lungenschwindsucht war im allgemeinen folgendes: 59 Besserungen, 25 Verschlimmerungen, 25 unveränderte Fälle und ein Todesfall.

L—y.

METIN: Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie.

Während bezüglich der normalen Speicheldrüsen allgemein zugegeben wird, daß sie für Mikroorganismen undurchgängig sind, bestehen bezüglich der Leber und der Nieren in dieser Hinsicht noch controverse Anschauungen. Während BIEDL und KRAUS sowie PAWLOWSKY zeigen konnten, daß diese Organe auch normaler Weise Bacterien, die im Blut circuliren, durchtreten lassen, gelangten andere Autoren, wie WYSSOKOWITSCH, OPITZ, KLECKI, zu der entgegengesetzten Anschauung, indem sie annahmen, daß, wenn eine Ausscheidung von Bacterien durch den Urin oder die Galle stattfindet, Veränderungen der Gefäßwände in den Nieren, beziehungsweise in der Leber bestehen müssen. Die erstgenannten Autoren fassen somit die Ausscheidung der Bacterien durch die Leber und Nieren als einen physiologischen, die letzteren als einen pathologischen Vorgang auf. Auf Anrathen von ROUX und METSCH-

NIKOFF suchte Verf. daher diese Frage durch Anstellung neuer Versuche zu entscheiden und gelangte hierbei zu folgendem Resultate („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 415): Die Nieren und die Leber sind für subcutan und intravenös eingebrachte Bacterien undurchgängig. Wenn sich in den angelegten Culturen Colonien der den Versuchsthiere eingespritzten Mikroorganismen finden, so rührt dies daher, daß in der untersuchten Flüssigkeit sich eine gewisse Menge Blut fand, was auf eine mechanische oder chemische Läsion der Gefäße oder Epithelien schließen läßt. Dr. S.

JOUKOWSKY: De l'influence de la toxine tétanique sur le système nerveux central.

Nachdem bereits wiederholt — insbesondere seit die NISSL'sche Methode ausgedehntere Verwendung gefunden — die Veränderungen des Centralnervensystems bei dem Tetanus studirt worden sind, hat Verf. neuerdings Untersuchungen in dieser Richtung angestellt („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 464), indem er Meer-schweinchen mit verschiedenen Mengen getrockneten Tetanustoxins vergiftete und auf diese Weise sowohl acute als chronische Erkrankungen erzeugte. Bei Untersuchung des Centralnervensystems ergaben sich nun Veränderungen in den Ganglienzellen des Rückenmarkes und bis zu einem gewissen Grade auch in jenen des Gehirnes, die die chromatophile Substanz und den Kern betrafen und die durch ihre Unregelmäßigkeit sowie ihr verschiedenes Verhalten in den einzelnen Fällen charakterisirt waren, so daß man sie nicht als specifisch für den Tetanus bezeichnen kann. Hingegen ließ sich sehr oft die Anhäufung von einkernigen Wanderzellen in der Umgebung der Ganglienzellen und ihr Eindringen in das Protoplasma der letzteren nachweisen; insbesondere ist dies bei der vorderen Gruppe der Ganglienzellen der Vorderhörner und in der Umgebung des Centralcanales der Fall. Die Erscheinung ist bei chronischen Vergiftungen am stärksten entwickelt; sie muß als Ausdruck einer Phagocytose des Nervengewebes betrachtet werden. Diese Phagocytose entwickelt sich unter dem Einflusse des Tetanustoxins auf die Nervenzelle und dient als Zeichen für den Tod oder zum mindesten für die Herabsetzung der Lebensfähigkeit der nervösen Elemente unter dem Einflusse des Giftes. Dr. S.

BÄUMLER (Freiburg i. Br.): Ueber einen Fall von wachsendem Pigmentnaevus mit eigenthümlich hydro-pischen Erscheinungen (Anasarka und vorwiegend einseitiger Pleuraerguß).

Ein von Geburt aus bestehender Pigmentnaevus in der Nabelgegend vergrößerte sich langsam, aber constant, so daß er zur Zeit der Aufnahme des Kranken ungefähr in Schwimmhosenform die Unterbauchgegend und Oberschenkel einnahm. Von diesem Hauptmal getrennt, fanden sich vereinzelt Naevi noch am ganzen Körper zerstreut, mit Durchmessern von 1—10 Cm., von denen einzelne bei der Palpation ganz deutlich das Gefühl ergaben, als könnte man eine unter Haut befindliche Flüssigkeit sehr leicht wegdrücken, beziehungsweise in einem netzartig erweiterten Gefäß verschieben. Ein leicht bläulicher Farbenton in der weniger stark pigmentirten Mitte hätte vielleicht auf erweiterte Venen schließen lassen, doch war hiefür die Verfärbung zu wenig ausgesprochen, so daß angenommen wurde, es handle sich um erweiterte Lymphgefäße. Das gleiche Gefühl, als ob man ein flaumiges Gewebe eindrückte, hatte man insbesondere auch in dem sich auf den Oberschenkel erstreckenden Theil des großen Naevus. Das Merkwürdigste in dem ganzen Bilde aber war, daß die untere Körperhälfte des blassen, schwachen und schlecht genährten Knaben bis an die obere Grenze des Naevus stark ödematös war, und daß sich bei normalem Herz- und Gefäß-, Leber-, Nieren- und Milzbefund eine Verdrängung des Herzens nach rechts durch einen Flüssigkeitserguß in der linken Pleurahöhle vorfand. Die Punction ergab haemorrhagisch gefärbte, seröse Flüssigkeit. Es handelte sich nun um die Beantwortung der Frage: Ist das Wachsthum des Naevus und die Flüssigkeitsansammlung in der Pleurahöhle der Effect der gleichen Schädigung, implicite, da für eine centrale Störung keinerlei Anhaltspunkte vorlagen, der Effect von im Lymphgefäßsystem aufgetretenen Veränderungen oder

wird das Wachstum des Naevus durch vom Hydrops herrührende Stauung erzeugt oder endlich handelt es sich um Coincidenz zweier verschiedener Processe?

Der Autor entschied sich („Münchener med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 9) für die erste Annahme und supponirte eine angeborene Veränderung der Lymphgefäße zunächst in der Haut und dann aber höchstwahrscheinlich auch in inneren Lymphgefäßbezirken, zumindest den im linken Pleuraraum befindlichen. Für die Annahme einer durch den Hydrops herbeigeführten Stauung sprachen gar keine Gründe. Warum aber die dritte Erwägung gar keinen Raum fand, ist nicht gut ersichtlich, umsoweniger als die hämorrhagische Färbung des Pleuraergusses vielleicht doch einen deutlichen Fingerzeig bot.

Der Kranke starb unter zunehmender Schwäche und Abmagerung, und die Section ergab — zahlreiche Miliartuberkel an der hinteren Wand der linken Pleurahöhle. DEUTSCH.

RUMPEL (Hamburg): Ueber die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie.

Die meisten Mißerfolge der Nierenexstirpation kommen dadurch zustande, daß es sich nach der Operation herausstellt, die zurückgelassene Niere sei nicht genügend sufficient, um die ganze Urinsecretion zu übernehmen. Um dem Eintreten der Urämie vorzubeugen, pflegten einige Chirurgen auch die gesunde Niere bloßzulegen, um sich durch die Palpation zu überzeugen, daß ein intactes Organ vorliegt, jedoch gab die Methode keine absolut sicheren Resultate.

Nach seinen auf der chirurgischen Abtheilung des Oberarztes KÜMMEL gesammelten Erfahrungen glaubt Verf., daß die Gefrierpunktsbestimmung sichere Resultate gebe, und rath daher („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3), vor jedem chirurgischen Eingriff bei Nierenkrankungen sich durch Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn eine Vorstellung von der Functionstüchtigkeit der Nieren zu machen. Bei einer Herabsetzung des Gefrierpunktes des Blutes von -0.56° C. kann die kranke Niere ohne Gefahr exstirpirt werden, nachdem man sich durch den Ureterenkatheter von dem Vorhandensein zweier Nieren überzeugt hat. Bei einer Senkung des Blutgefrierpunktes unter 0.58° C. darf die Exstirpation nur mit aller Vorsicht vorgenommen werden. Dauernde Herabsetzung des Harngefrierpunktes unter 0.9 läßt nach Ansicht des Verf. ebenfalls auf Niereninsufficienz schließen. Die sicherste Methode zur vergleichenden Feststellung der Nierenfunction besteht nach Ansicht des Verf. in der physikalischen und chemischen Untersuchung der durch den Ureterenkatheterismus entleerten Secrete beider Nieren. ERDHEIM.

STÖWER (Witten): Ein Beitrag zur Pathologie der Thränendrüse.

An der Thränendrüse kommen Verletzungen, Secretionsanomalien, Entzündungen und Neubildungen zur Beobachtung. Als Secretionsnerv wird der Facialis betrachtet. Verletzungen der Thränendrüse gehören wegen der geschützten Lage des Organes zu den seltenen Vorkommnissen, doch können penetrirende Lidverletzungen auch die Thränendrüse in Mitleidenschaft ziehen. Die Entzündungen sind dem Verlauf nach als acute, subacute und chronische zu unterscheiden. Die acute Entzündung ist durch rasch zunehmendes Lidödem und Ptosis gekennzeichnet, während bei der subacuten Entzündung die Ptosis sich langsamer entwickelt und die Betheiligung der Conjunctiva oft ganz fehlt. Eine Mitbetheiligung der Thränendrüse wird gelegentlich bei Trachom, Panophthalmitis, Iridocyclitis etc. beobachtet („Münch. med. Woch.“, 29. Januar 1901). Idiopathische Entzündungen der Thränendrüse werden bei acuten Infectiouskrankheiten — Masern, Scharlach, Flecktyphus, Influenza, Erysipel, Gonorrhoe, ferner Herpes zoster — beobachtet. In einer Reihe von Fällen findet sich Erkältung als ätiologisches Moment angegeben. In der Aetiologie der subacuten und chronischen Entzündungen der Thränendrüse finden

sich Syphilis, Tuberculose, Scrophulose, Gonorrhoe, Dysmenorrhoe, Gravidität angeführt.

Es gibt auch einen Mumps der Thränendrüse, gekennzeichnet durch subacute Anschwellung beider Thränendrüsen und gleichzeitige Schwellung der Parotiden. Hier ist wahrscheinlich das gleiche ätiologische Moment wie für die Parotitis epidemica anzunehmen. Schließlich gibt es Entzündungen der Thränendrüsen, wo sich ein bestimmtes ätiologisches Moment überhaupt nicht nachweisen läßt. Verf. beobachtete einen derartigen Fall bei einem 14jährigen Knaben, wo sich die Erkrankung als tumorartige Schwellung präsentirte und auch die accessorischen Thränendrüsen betraf. Die histologische Untersuchung der exstirpirten accessori-schen Drüsen ergab das Bild der chronischen Entzündung, die bacteriologische Untersuchung fiel negativ aus, auch fehlten anderweitige Anhaltspunkte für Tuberculose. Nach mehrmonatlichem Bestand ging die Erkrankung spontan zurück. Unter den malignen Tumoren der Thränendrüse ist das plexiforme Sarkom (Cylindrom) am häufigsten. Auch kommen pseudoleukämische und leukämische Symptome vor, welche stets doppelseitig sind. Von gutartigen Neubildungen wurden Fibrome, Adenome, Chondrome, Dermoiden, Echinokokken und Cysten beobachtet. Die als Dakryops bezeichneten Thränendrüsencysten rufen gewöhnlich keine Reactionerscheinungen hervor, sitzen am temporalen Ende der oberen Uebergangsfalte und zeigen meist Erbsen- bis Taubeneigröße. An der conjunctivalen Fläche des Tumors findet man meist einige winzige Oeffnungen, aus denen sich bei Druck Thränenflüssigkeit entleert. Bei einem 16jährigen Mädchen exstirpirte Verf. eine Thränendrüsencyste subconjunctival mit anschließender Naht der Conjunctiva. Wahrscheinlich handelte es sich hier um eine Retentionscyste, die sich im Anschluß an entzündliche Vorgänge entwickelt hatte. M. K.

Aus der königl. chirurgischen Klinik zu Königsberg i. Pr. (v. Eiselsberg).

KIRSTEIN: Zur Casuistik der subcutanen Darmverletzungen.

Aus dem von K. („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie“, Bd. 57, H. 1/2) erzählten Falle subcutaner Darmverletzung — doppelte Durchlöcherung des Dünndarms durch Aufschlagen des Bauches auf eine Barriere, bei einem Sturz von einer 2 M. hohen Leiter — hebe ich das als charakteristisch hervorsteckende Symptom hervor, nämlich brettharte Spannung der Bauchdecken bei sehr großer Empfindlichkeit. Auf dieses Symptom hat schon TRENDELLENBURG aufmerksam gemacht, nach ihm GREVE, HAHN, ANGERER und französische Autoren. Da die Erfahrung lehrt, daß die Prognose dieser Verletzung umso günstiger wird, je geringere Zeit bis zur Laparotomie verstreicht, ist bei der sonst mangelhaften Diagnostik dem erwähnten Symptome besondere Beobachtung zu schenken. R. L.

Literarische Anzeigen.

Die Tastpercussion. Von Prof. Dr. Wilhelm Ebstein. Mit 7 Abbildungen. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Das kleine Büchlein ist eine zusammenhängende Darstellung der Erfahrungen E.'s über die Tastpercussion und die Methodik derselben im Allgemeinen und Speciellen. In klarer und anregender Weise wird der Leser über die Ausführung dieser sicherlich zu wenig gewürdigten Untersuchungsmethode orientirt, die oftmals in geradezu überraschender Weise da Aufklärung bringt, wo die Schallpercussion die Grenzen ihrer Geltungssphäre und ihrer Erfolge nothwendig finden muß. Wir können die kurze Broschüre dem Praktiker nicht warm genug empfehlen. BRAUN.

Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde. Von Doc. Dr. Albert Bing in Wien. (NOBILING-JANKAU: Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung VIII. München 1900, Seitz und Schauer.)

Die Prophylaxe wird stets der Medicin schönster Theil bleiben, wenn sie auch ebenso sicher zu keiner Zeit uns vor jeglicher Ueberraschung zu bewahren imstande sein wird. Es müßte denn sein, daß der Menschengestalt einstmals den Schleier, der die Zukunft verhüllt, zu heben und auch der sich plötzlich entgegenstellenden Gefahr prompt und mit Erfolg zu begegnen lernt. Damit hat es aber noch seine guten Wege. B. verfährt daher nur logisch, indem er in das Bereich seiner Erörterungen auch die rationelle Behandlung bereits vorhandener Ohrerkrankungen einbezieht. Man kann nämlich auch da noch Vieles verhüten: so namentlich die üblen Consequenzen einer leichtsinnigen Nachlässigkeit oder gar eines verkehrten Handelns.

EITELBERG.

Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. Von Professor Dr. Ad. Schmidt und Dr. J. Strasburger. 1. und 2. Abschnitt. Mit 6 lithographirten Tafeln. Berlin 1901, A. Hirschwald.

Die „Koprologie“ der beiden Autoren kommt den Bedürfnissen des Forschers und des Praktikers entgegen, zumal den letzteren dadurch, daß im Anschlusse an jedes einzelne Capitel die in Frage kommenden diagnostischen Gesichtspunkte zusammengestellt wurden. Im ersten Abschnitte „Makroskopische Untersuchung der Fäces“, werden Methodik, Menge, Consistenz, Form und Cohärenz, Farbe, Geruch und „Makroskopisch erkennbare Bestandtheile“ in speciellen Capiteln erörtert; der zweite Abschnitt „Mikroskopische Untersuchung der Fäces“ umfaßt die Methodik, Nahrungsreste, Detritus, Krystalle, pathologische Producte der Darmwand und die zufälligen Bestandtheile. Die nach der Natur angefertigten Bilder sind als in jeglicher Hinsicht vorzüglich zu bezeichnen. B.

Feuilleton.

Die Entwicklung und die Erfolge des Rettungswesens.

Von Dr. Heinrich Charas, Chefarzt der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. *)

Das Rettungswesen in seiner allgemeinen Bedeutung (das ist das Bestreben, verunglückten Nebenmenschen beizustehen) wird seit Menschengedenken geübt und bei allen Völkern als edelste der Tugenden hochgehalten. Schon in längstvergangener Zeit hat man es allgemein anerkannt, wie außerordentlich wichtig es sei, mit Rücksicht auf die sich schon damals häufig ereignenden plötzlichen Unglücksfälle, dieselben nicht dem Zufalle zu überlassen, sondern für sie gewisse Vorsorgen zu treffen.

PETER FRANK citirt in seinem im Jahre 1790 erschienenen Werke „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ — welches ein für die damalige Zeit vortreffliches Compendium der ersten Hilfe für Aerzte und Studenten enthält —, daß im Jahre 1779 in Wien 167 Personen durch plötzliche Unglücksfälle gestorben und im Jahre 1780 in Wien 73 Personen verunglückt sind. In London zählte man nach demselben Autor in den Jahren 1760—1790 11.994 Verunglückte.

Die durch Unglücksfälle Umgekommenen verhielten sich zu der ganzen Summe der Verstorbenen wie 1:62; das heißt unter 62 verstorbenen Personen ist eine Person infolge eines plötzlichen Unfalles verstorben.

Während jedoch schon damals sanitäre Vorkehrungen für die erste Hilfe und den Krankentransport für die im Kriege Verwundeten getroffen waren, scheinen die diesfälligen Maßnahmen für Friedenszeiten noch recht precäre gewesen zu sein, was aus folgenden Worten PETER FRANK'S hervorgeht:

„Die großen Herren müssen glauben, sie hätten nur auf einen Feind — den Krieg — zu zählen und nur auf den von diesem verursachten Verlust aufmerksam zu sein. England, dessen einzige Hauptstadt in 30 Jahren 11.994 Menschen durch Unglücksfälle verliert, müßte den unglücklichsten Krieg führen, wenn das ganze Reich nach Verhältniß so viele Menschen zusetzen müßte, und so bleibt gewiß, daß jedes Land ein Jahr um das andere mehr Bürger an Unglücksfällen verliert, als in einer gegebenen Zeit durch den blutigsten Krieg erlegt zu werden pflegen.“

Nun, meine Herren, richten wir unseren Blick auf ein Jahrhundert später, das ist auf unsere heutigen Verhältnisse, so müssen wir dieselben leider als nicht viel bessere bezeichnen.

Während in allen Staaten die sogenannten Vereine vom „Rothen Kreuze“, die sich mit der Verwundetenpflege im Kriege befassen, infolge der kräftigen materiellen und moralischen Unter-

stützung der Behörden mächtig gedeihen und Baarvermögen, sowie Millionenerwerthe an Sanitätsmateriale und Krankentransportmitteln anhäufen, sehen wir in den meisten Orten die Vorkehrungen für die erste Hilfe und den Krankentransport von plötzlich Verunglückten in einem geradezu desolaten Zustande, und selbst die wenigen für diesen Zweck bestehenden Vereine müssen mühevoll um ihre Existenz kämpfen und sind infolge ihrer beschränkten Mittel in ihrer Fortentwicklung und Vervollkommnung gehemmt.

Die Vereine vom „Rothen Kreuze“ könnten eine viel umfassendere und ersprießlichere Thätigkeit in Friedenszeiten entfalten.

Durch leihweise Ueberlassung von Tragbahnen, Sanitätswagen, Verbandkästen (welche den Reservebeständen sehr leicht entnommen werden könnten) an Gemeinden und an zu gründende freiwillige Rettungsvereine in kleinen Städten und auf dem flachen Lande, könnte viel Gutes gestiftet werden.

Schon die internationale Conferenz der Vereine vom Rothen Kreuze zu Berlin 1869 hat diesbezüglich folgende Punkte formulirt:

Punkt 19. „Die Hilfeleistungen in den Nothständen des Friedens sind für eine lebenskräftige Entwicklung der Hilfsvereine nothwendig und der Vorbereitung für den Krieg förderlich.“

Punkt 20. „Die Hilfsvereine werden im Frieden ihre Kräfte solchen humanen Bestrebungen zuwenden, die ihrer Aufgabe im Kriege entsprechen, der Krankenpflege und der Hilfeleistung in Nothständen, die, wie der Krieg, rasche und geordnete Pflege verlangen.“

Bedeutende und erfahrene Männer auf diesem Gebiete: BILLROTH, ESMARCH, MUNDY sind wiederholt sehr warm für diese Idee eingetreten.

ESMARCH hebt mit Recht hervor, daß die Hilfeleistung auf dem Schlachtfelde des täglichen Lebens eine dankbare Friedensaufgabe für die Hilfsvereine sei.

MUNDY hat diesbezügliche Anträge auf dem internationalen Congresse der Vereine vom Rothen Kreuze in Rom im April 1892 mit Erfolg vertreten.

Auch ich gehöre zu diesen Rufnern in der Wüste.

Es würde viel zu weit führen, wollte ich mich hier in nähere diesfällige Details einlassen, und so will ich nur hervorheben, daß einzelne Rothe-Kreuz-Vereine und darunter auch die österreichische Gesellschaft vom Rothen Kreuze begonnen haben, eine Friedenthätigkeit — allerdings in sehr beschränktem Maßstabe — zu entfalten.

Die absolute Nothwendigkeit und Wichtigkeit, für plötzliche Unglücksfälle Vorsorgen und Maßnahmen zu treffen, brauche ich vor einem Auditorium von Fachcollegen wohl nicht erst detaillirt zu begründen.

Blutungen, Vergiftungen, tiefe Syncope und Stillstand der Athmung (durch mannigfache Ursachen) erfordern ein sofortiges und sachverständiges Eingreifen. Diese Erkenntniß bestand schon in längstvergangener Zeit.

In Wien wurden schon im Jahre 1769 durch ein höchstes Patent und später durch ein Regierungscircular vom Jahre 1799

*) Vorgetragen in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener med. Doctoren-Collegiums“ am 4. März 1901.

diejenigen Vorschriften öffentlich bekannt gemacht, nach welchen „Personen, die durch einen Unglücksfall augenblicklich um das Leben gekommen zu sein scheinen, durch zweckmäßige Hilfe gerettet und wieder zum Leben erweckt werden können“, und im Jahre 1803 wurde von Regierungswegen eine officielle Rettungsanstalt für Verunglückte und Todtscheinende ins Leben gerufen. Diese Rettungsanstalt functionirte — nach den bestehenden Aufzeichnungen zu schließen — in ausgezeichneter Weise.

Es existirten 7 Stationen in der inneren Stadt Wien und 6 Stationen längs des Donaucanals in entsprechenden Distanzen. Diese amtlich errichtete Rettungsanstalt fand nach dem Kriegsjahre 1809 ihr jähes Ende und es wurde nunmehr durch eine lange Reihe von Jahren bei fallweise vorkommenden Unfällen nur in den sogenannten chirurgischen Officinen und Rasirstuben erste Hilfe geleistet. Erst durch das Sanitätsgesetz vom Jahre 1870 wurde der Gemeinde die Pflicht auferlegt, für Hilfeleistungen bei plötzlichen Unfällen Vorsorge zu treffen.

Diesem Gesetze liegt schon der Geist der modernen Errungenschaften der Heilwissenschaft zugrunde.

Das Rettungswesen umfaßt nämlich einen technischen und einen sanitären Dienst.

So umfassen die Maßnahmen zur Bergung Verschütteter, zur Rettung Ertrinkender, zur Bergung von Personen aus brennenden Häusern oder aus mit irrespirablen Gasen erfüllten Räumen den technischen Rettungsdienst, welcher seit jeher und fast überall den Feuerwehren obliegt, während die Einrichtungen zur Hilfeleistung für plötzlich erkrankte und verletzte Personen, sowie zum Transporte derselben den sanitären Rettungsdienst bilden.

Es ist daher das Rettungswesen ein Gebiet, auf welchem sich die Aerzte in hervorragender Weise zu betheiligen haben, und da hiebei die Errungenschaften der medicinischen Wissenschaft von imminenter Bedeutung sind, so bildet das Rettungswesen eine Bethätigung ärztlicher Wissenschaft, welche nicht von Laien allein ausgeübt werden kann, wenn solche auch in der Nothlage in Abwesenheit eines Arztes die dringendste erste Hilfe leisten sollen.

Die ungeahnten Erfolge der antiseptischen Wundbehandlung haben den ersten Wundverband zu einem der wichtigsten ärztlichen Eingriffe bei einem Verletzten gemacht und die Erfahrung hat den so wichtigen und allgemein anerkannten Grundsatz gezeitigt: „Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Verletzten.“

Ich möchte bei dieser Gelegenheit meine warnende Stimme gegen die Einführung der Asepsis in die erste Hilfe erheben. Bei Besichtigung der Einrichtungen einzelner Rettungsstationen wurden mir mit Vorliebe die Einrichtungen für aseptische Wundbehandlung demonstrirt, ebenso wurde auch von einzelnen auswärtigen Collegen der aseptischen Wundbehandlung in der ersten Hilfe das Wort geredet. Meine Herren! Asepsis in der ersten Hilfe ist ein Unding! Dieselbe ist nur im chirurgischen Operationszimmer bei künstlich gesetzten Wunden durchführbar. Da braucht man keine Antiseptica, weil eben jede Sepsis von vorneherein vermieden wird. In der ersten Hilfe jedoch sind die durch den Unfall gesetzten Wunden von vorneherein schon septisch; der Pflasterstein, das Fleischermesser, das Wagenrad etc. etc., die eine Wunde setzen, sind nicht vorher sterilisirt worden; ja, wir haben es in der Regel mit von Straßenkoth, Maschinenschmiere etc. angefüllten Wunden zu thun.

Aus diesem Grunde sind in der ersten Hilfe die am energischsten und verlässlichsten wirkenden Antiseptica indicirt und wir verharren deshalb in der ersten Hilfe bei dem bis jetzt erprobtesten antiseptischen Wundverbandmittel — dem Jodoform.

Im citirten Sanitätsgesetze vom Jahre 1870 ist von einer ärztlichen ersten Hilfeleistung die Rede, indem dieses Gesetz den Gemeinden die Pflicht auferlegt, für die rasche Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen Vorsorge zu treffen. Die erste Hilfe ist aber auch — wie schon erwähnt — ein sehr wichtiger Zweig der ärztlichen Wissenschaft!

Ich kann Sie versichern, meine Herren, daß viel Erfahrung, Uebung und rasches Erfassen der Situation erforderlich ist, um bei einem plötzlich bewußtlos oder unter Krämpfen Zusammenge-

stürzten, bei dem alle anamnestischen Daten vollständig fehlen, die Differentialdiagnose zu stellen, ob es sich um eine einfache Syncope, eine Apoplexie, eine innere Hämorrhagie, eine Vergiftung, einen hysterischen, epileptischen, urämischen Anfall etc. handelt, und sofort eine sachgemäße Hilfe zu leisten, oder bei einem plötzlich schwer Verletzten raschestens richtig einzugreifen.

Schon im oberwähnten Regierungs Circular vom Jahre 1803 lautete der Punkt 1 wie folgt:

„Vor Allem müssen die Aerzte und Wundärzte im Rettungsgeschäft wohl unterrichtet sein, und es sind daher die Professoren der Arznei und Wundarznei angewiesen, von nun an über diesen wichtigen Gegenstand insbesondere jährlich einige Vorlesungen zu halten und bei den Prüfungen keinen Arzt oder Wundarzt zu approbiren, welcher nicht hierin eine vollkommene Kenntniß hat.“

Ich möchte die Wiedereinführung dieser im Jahre 1803 getroffenen Verordnung noch heute als in hohem Grade wünschenswerth bezeichnen, und zwar in der Weise, daß eine Lehrkanzel für die erste Hilfe mit praktischen Uebungen errichtet werde. Es wäre wohl an der Zeit, daß einem so wichtigen Zweige der Hygiene bedeutend mehr Beachtung geschenkt werde, als dies bisher der Fall ist, umso mehr, als die Erfahrung lehrt, daß der Studierende der Medicin die Universität verläßt, ohne von einer ersten Hilfeleistung, vom Krankentransportwesen und von der Krankenpflege auch nur die Grundzüge kennen gelernt zu haben.

Die sechzig Studenten der Medicin, welche alljährlich bei der Rettungsgesellschaft in Wien hospitiren, lernen das, was für ihren späteren praktischen Beruf unentbehrlich ist; hier sehen sie frische Wunden, Knochenbrüche, Blutungen, hier lernen sie die Wiederbelebung, die künstliche Athmung, die erste Hilfe bei Vergiftungen, den Umgang mit Geisteskranken, das Entkleiden, Auffassen, Lagern, den Transport von Kranken und vieles Andere, was zum unentbehrlichsten Wissensinventar eines praktischen Arztes gehört.

Die Folgen des Sanitätsgesetzes vom Jahre 1870 waren die, daß in vielen Gemeinden so viel wie gar Nichts, in anderen wenig und nicht Entsprechendes für die erste Hilfeleistung vorgekehrt wurde.

In Wien wurden zufolge dieses Gesetzes die k. k. Sicherheitswachstuben als sogenannte „Rettungsanstalten“ installirt, und zwar dadurch, daß jede solche Wachstube einen kleinen Rettungskasten und eine Tragbahre erhielt, während in den einzelnen Bezirken zumeist in den Gemeindhäusern Träger in Bereitschaft waren, welche fallweise mit ihren Räderbahren an den Unfallort requirirt wurden.

Bei der geringen Anzahl dieser sogenannten städtischen Träger und bei den riesigen Distanzen, welche dieselben mit ihren Räderbahren zu Fuß zurückzulegen hatten, bei der Unzweckmäßigkeit der verwendeten Räderbahre — die ich als ein Martertransportmittel bezeichnen möchte, welches nun, Gott sei Dank, im Verschwinden begriffen ist —, war diese Art der Ausübung des Rettungsdienstes sehr wenig zweckentsprechend. Nichtsdestoweniger wurde von Seite der Gemeinden behufs Besserung dieser Verhältnisse wenig veranlaßt und dies aus vielleicht entschuldbaren Gründen.

Die Lasten der Gemeinden nämlich im Allgemeinen und in humanitärer Richtung im Besonderen sind so groß, daß dieselben jedem einzelnen Zweige des öffentlichen Sanitätswesens unmöglich so viel Geld und Aufmerksamkeit widmen können, wie dies den Bedürfnissen entsprechen würde und wie es zur vollkommenen Erreichung des Zieles nothwendig wäre. Das Rettungswesen ist ein Gebiet, welches das öffentliche Mitleid in hohem Grade hervorruft und es wurde daher hier der Privatwohlthätigkeit ein weites Feld zur fruchtbringenden Bethätigung offen gelassen.

Thatsächlich beginnt in den achtziger Jahren mit der Gründung der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft der Impuls für die mächtige und gedeibliche Entwicklung des freiwilligen sanitären Rettungswesens auf moderner Grundlage mit Verwerthung aller Errungenschaften und aller Anforderungen der Wissenschaft, welchem in kurzen Intervallen bald alle Staaten nachfolgen.

Es verdient hervorgehoben zu werden, daß von Wien aus die Organisation des modernen Rettungswesens seinen Ausgang genommen hat und daß in der letzten Zeit alle anderen Culturstaaten darin wetteifern, sich auf diesem höchst wichtigen Gebiete zu vervollkommen, wobei überall zahlreiche diesbezügliche Wiener Einrichtungen als Muster gelten. Hier wurde der Grundsatz aufgestellt, daß in allen größeren Städten ein ad hoc organisirtes Institut zur Ausübung des Rettungsdienstes erforderlich ist, daß subalternes Sanitätspersonale für diesen Zweck herangezogen und geschult werden müsse, und in weiterer Folge kam man zu der Ueberzeugung, daß dieser Dienst nur von Aerzten, welche sich dem Rettungsdienste als Beruf widmen, in correcter und sachgemäßer Weise ausgeübt werden könne.

Ferner ist es der correcte und sachgemäße Krankentransport, der bei dem modernen Rettungswesen vortheilhaft in den Vordergrund tritt, von dem richtigen Princip ausgehend, daß nicht nur der erste Verband, sondern auch der erste Transport für den Verunglückten oder plötzlich Erkrankten von hoher Bedeutung sei.

Es ist bedauerlich, daß selbst in ärztlichen Kreisen dem Krankentransporte nicht jene Bedeutung zugemessen wird, welche demselben in Wirklichkeit zukommen sollte.

Bemerkenswerth ist eine Circularverordnung der Polizeidirection in Wien vom 17. März 1832, wonach sämtlichen Physikern und allen Aerzten und Wundärzten in Erinnerung gebracht und eingeschärft wird, daß sie über eigene Verantwortlichkeit verbunden seien, nur derlei Kranke zur Uebertragung in das Krankenhaus anzuweisen, welche nach reiflicher Prüfung ohne Lebensgefahr transportabel seien, damit das Leben der Kranken durch den Transport nicht gefährdet werde. Eine Verordnung, deren strenge Einhaltung wohl auch heute noch des Oeffteren am Platze wäre.

Nach ESMARCH ist die Organisation des Krankentransportwesens für die Allgemeinheit nicht nur deshalb sehr wichtig, weil die Gefahr der Ansteckung durch Transportmittel eine bedeutende ist, sondern auch aus dem Grunde, weil der Krankentransport für das einzelne erkrankte oder verletzte Individuum oft von lebenswichtiger Bedeutung sein kann.

Es ist Ihnen, meine Herren, allen bekannt, daß eine einfache Fractur einer unteren Extremität — eine an sich leichtere Verletzung — durch unrichtige Lagerung und unzweckmäßigen Transport in eine complicirte — also weit schwerere, ja oft lebensgefährliche Verletzung — verwandelt werden kann; Rippenfracturen können dadurch zu Lungenverletzungen führen. Bei Verletzungen innerer Organe oder grösserer Blutgefäße kann der incorrecte Transport geradezu den letalen Ausgang zur Folge haben. Die Art der Abgabe der Infectionskranken an die Krankenhäuser ist ein wichtiger Factor für die öffentliche Gesundheitspflege und ist ein Gebiet derselben, welches noch sehr einer bessernden Reform bedürftig ist; es würde den Rahmen meines Vortrages überschreiten, wenn ich mich auch darüber des Näheren einlassen wollte.

Aber auch die Beurtheilung der Transportfähigkeit des Patienten und die Art der Durchführung des Transportes eines chronisch erkrankten Individuums ist für dessen Wohl und Wehe von immenser Bedeutung und erfordert Erfahrung und ernste und reife Ueberlegung des behandelnden Arztes. Wenn die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft vor der Durchführung eines Krankentransportes auf die vorherige Berufung eines Arztes und Erbringung eines ärztlichen Attestes über die Erkrankung und Transportfähigkeit, sowie über die Art der Durchführung des Transportes besteht, so ist dies keineswegs eine vexatorische Maßregel, sondern ein sowohl im Interesse des Kranken selbst, als der öffentlichen Gesundheitspflege gelegenes wichtiges Postulat. Der modificirte ESMARCH'sche Satz: „Der erste Verband und der erste Transport entscheiden das Schicksal des Verletzten“, hat gewiss seine volle Berechtigung. Der Transport stellt in vielen Fällen den Beginn der Obsorge für den Kranken dar und ist oft für dessen weiteres Wohlergehen entscheidend.

Sie werden mir also gewiß zustimmen, meine Herren, wenn ich sage, daß sich die Aerzte mit den Krankentransportmitteln und mit den verschiedenen Arten des Krankentransportes, sowie mit der Beurtheilung über die Transportfähigkeit eines Kranken

vertraut machen mögen, denn nichts ist unwichtig und gleichgiltig, was der Arzt zum Wohle des Kranken und zur Verbesserung seines Zustandes thun kann.

Leider ist ebenso wie die erste Hilfe und die Krankenpflege auch der Krankentransport noch ein Stiefkind unserer Wissenschaft; sie werden meistens Laien überlassen und merkwürdigerweise bei Medicinern als bekannt vorausgesetzt.

Ohne Ihnen, meine Herren — weil dies zu weit führen würde —, eine nähere Beschreibung der verschiedenen Krankentransportmittel geben zu wollen, möchte ich nur bei dieser Gelegenheit meine warnende Stimme erheben gegen ein Transportmittel, welches jetzt glücklicherweise in Wien nur noch sporadisch auftaucht, auf dem flachen Lande aber noch stark verbreitet ist.

Es ist dies die sogenannte Rädertragbahre, eine auf einem mit zwei Rädern versehenen Gestell ruhende, gedeckte Tragbahre, welche durch Schieben mit den Händen in Bewegung gesetzt wird. Dieses Transportmittel ist nicht nur vollkommen unzweckmäßig, sondern die Anwendung desselben muß als geradezu grausam und inhuman bezeichnet werden. Ohne genügendes Licht, ja ohne genügende Luft liegt hier der arme, oft nur nothdürftig verbundene Verletzte oder schwer Erkrankte förmlich wie eingesargt, ohne jede bewachende Begleitung.

Verschiebt sich der Verband, tritt eine heftige Blutung auf, wird der arme Kranke unwohl, oder hat derselbe irgend welche Wünsche, durch deren Befriedigung ihm eine momentane Erleichterung gewährt werden könnte, er kann sie nicht äußern; ohne Rücksicht wird er unter unsäglichen Schmerzen auf dem holperigen Pflaster vorwärts geschoben und in wahrhaft bejammernswerthem Zustande kommt er endlich im Spitale an, wie manche unter Ihnen, meine Herren, dies aus ihrer Spitalspraxis werden bestätigen können. Darum, meine Herren, wäre es hoch an der Zeit, wenn dieses Martertransportmittel endlich vollständig als Krankentransportmittel verschwinden würde und der auf langjähriger Erfahrung basirende Grundsatz allenthalben zur Geltung käme, wonach für Krankentransporte auf kurze Distanzen die gewöhnliche Tragbahre und auf weitere Distanzen der bespannte Ambulanzwagen in Verwendung zu nehmen ist.

Mit der Vervollkommnung des Rettungswesens hängt das Samariterwesen innig zusammen.

Dasselbe wurde in London im Jahre 1877 von englischen Johanniter-Rittern begründet und hierauf durch ESMARCH im Jahre 1882 in Deutschland eingeführt, indem derselbe zu Kiel den Deutschen Samariterverein zu dem Zwecke gründete, um Laien in der ersten Hilfe zu unterweisen. Von Deutschland wurde das Samariterwesen durch die Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft in Oesterreich-Ungarn eingeführt. Die Ausbreitung des Samaritenthums ist jetzt eine ganz bedeutende, und der Widerstand, den die Samariterbestrebungen anfangs erfuhren, verliert sich jetzt immer mehr und mehr.

Wenn auch an dem früher erwähnten Grundsatz festgehalten werden muß, daß ein geregelter und fachgemäßer sanitärer Rettungsdienst nur durch Aerzte ausgeübt werden kann und soll, so läßt sich andererseits nicht in Abrede stellen, daß nicht überall, woselbst sich ein Unfall ereignet — insbesondere aber auf dem flachen Lande und selbst in größeren Städten — sofort ärztliche Hilfe herbeigeschafft werden kann. Die Erfahrung lehrt, daß von den zahlreichen Unfällen, die auf den Schlachtfeldern des Krieges sowohl, als auf denen des täglichen Lebens vorkommen, viele deshalb einen unglücklichen Ausgang nehmen, weil nicht sogleich ärztliche Hilfe zur Hand war, oder weil die erste Hilfe von Laien in unzweckmäßiger und schädlicher Weise geleistet wurde. Die Popularisirung der ersten Hilfe, insbesondere bei denjenigen Berufen, welche häufig in die Lage kommen, dieselbe auszuüben, wie Sicherheitswache, Gendarmen, Feuerwehren, Eisenbahn-, Postbedienstete Lehrer, Lehrerinnen, Fabriksangestellte etc., muß daher als ein dringendes Postulat der öffentlichen Gesundheitspflege und als ein Fortschritt auf dem Gebiete des Rettungswesens bezeichnet werden. Der Vorwurf, der gegen die Samariterbestrebungen erhoben wird, daß durch den Unterricht von Laien in der ersten Hilfe die Curfuserei gefördert werde, ist, wie ich Sie aus zahlreicher eigener

Erfahrung und aus Mittheilungen von vielen Collegen des In- und Auslandes versichern kann, ein unbegründeter. Gerade das Entgegengesetzte ist der Fall.

Es kann nicht bezweifelt werden, daß gerade die Ausbreitung der Kenntniß der ersten Hilfeleistung bis zur Ankunft des Arztes, sowie auch von Kenntnissen allgemeiner Gesundheitslehre und Krankenpflege unter Laien, und zwar nur durch Aerzte auf wissenschaftlicher Grundlage, ein mächtiges Mittel gegen die Curpfuscherei darstellt. Der Samariter lernt die Wichtigkeit des ärztlichen Eingreifens kennen und wird stets dafür Sorge tragen, daß bei allen Unfällen, bei welchen er zugegen ist, schnellstens ärztliche Hilfe herbeigeschafft werde.

Der gut ausgebildete Samariter wird aber in vielen Fällen bis zur Ankunft des Arztes durch Stillung lebensgefährlicher Blutungen, durch Einleitung künstlicher Athmung etc. lebensrettend wirken können und wird oft ein willkommener, geschulter Assistent des Arztes sein.

Gerade in England, wo die moderne Samariteridee entstanden ist, kommt dies voll und ganz zum Ausdruck, indem die dortigen Samariter mit den Aerzten nicht in Wettbewerb treten, sondern als ihre Gehilfen gelten.

Als wichtigste Lehrsätze für jede Samariterschule sollen gelten:

1. Samariterunterricht nur durch Aerzte.
2. Einschärfung der raschesten Herbeiholung ärztlicher Hilfe.
3. Unterweisung, was der Samariter zu unterlassen hat, und als oberster Grundsatz
4. Nicht schaden.

Unter diesen Bedingungen werden die Samariterschulen immer segensreich und nicht zum geringen Theile im Interesse des ärztlichen Standes selbst wirken.

Ich möchte nun zum Schlusse noch einiger Einrichtungen Erwähnung thun, welche in unmittelbarem Contacte mit den Anforderungen eines geordneten Rettungswesens stehen. Es ist dies zunächst die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe zur Nachtzeit, welche bis jetzt nur auf sehr geringe Erfolge hinzuweisen hat. Nur in Frankreich und speciell in dessen Hauptstadt Paris ist der ärztliche Nachtdienst in zufriedenstellender Weise geregelt. Hier ist die gesammte Aerzteschaft von Paris zum Nachtdienst herangezogen, in einen Turnus und nach Rayons eingetheilt, und werden die Kosten dieses Dienstes von der Commune getragen. Bei uns befindet sich diese Frage noch im Stadium der Verhandlungen, aber die ab und zu auftauchenden crassen Fälle, die die Oeffentlichkeit erregen, lassen hoffen, daß dieselbe seitens der Commune im Einvernehmen mit dem ärztlichen Stande einer befriedigenden Lösung zugeführt werden wird. Ferner möchte ich noch erwähnen die Aufstellung von Tragbahnen an frequenten öffentlichen Plätzen der Stadt — eine Einrichtung, die von Wien ausgegangen, sich auch in Deutschland verbreitet hat, und welche im Interesse einer raschen Bergung von auf der Straße Verunglückten wärmstens befürwortet werden kann.

Schließlich muß ich noch die tägliche Evidenzhaltung der freien Betten in den Spitälern nennen, welche Einrichtung ebenfalls von Wien ausgegangen und nun auch seitens der Berliner Rettungsgesellschaft eingeführt worden ist. Durch diese Einrichtung ist es vermieden, daß ein Kranker von einem Spital zum anderen fahren muß, um auch dort wegen Platzmangels abgewiesen zu werden. Daß dergleichen unfreiwillig verlängerte Transporte eines Kranken nicht zu seiner Behaglichkeit und zur Besserung seines Zustandes beitragen, ist wohl selbstverständlich.

Die Erfolge eines geordneten Rettungswesens, wie ich es Ihnen kurz skizzirt habe, sind für die zahlreichen Verunglückten sowohl in sanitärer, als auch in humanitärer Beziehung so in die Augen springend, daß ich dieselben vor einem Auditorium von Collegen wohl nicht des Näheren zu erörtern brauche. Werfen Sie, meine Herren, einen Blick auf die Zeit vor zwei Jahrzehnten zurück, auf welcher tiefer Stufe damals noch das Rettungswesen stand, und vergleichen Sie damit, wie es diesfalls heutzutage in den meisten großen Städten beschaffen ist, welche immensen Fortschritte da gemacht worden sind, dann steht der große Erfolg klar vor Ihnen, der von ganz kleinen Anfängen durch energisches

Wollen erzielt wurde; schauen Sie gleichzeitig auf die noch jetzt in kleinen Städten und auf dem flachen Lande mit Bezug auf das Rettungswesen herrschenden tristen Zustände, und Sie werden sehen, wie Vieles da noch geschaffen werden muß und weleches weites Feld sanitärer Bethätigung da noch offen steht.

Als Aerzten obliegt uns die gebieterische Pflicht, für alles das, was wir im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, im Interesse des einzelnen erkrankten Individuums und im Interesse des ärztlichen Standes selbst für nothwendig erachten, mit unserem besten Wissen und Können einzustehen.

Kleine Mittheilungen.

— Die **locale Wirkung des Heroinum hydrochloricum** hat LIJOWSKI versucht („Heilkunde“, 1901, Nr. 5). Er erprobte dieses Medicament bei Erkrankungen der Luftwege und fand, daß kleine Dosen von 5%iger Lösung die Sensibilität der normalen Nasen- und Rachenschleimhaut bis zu einem gewissen Grade herabsetzen. Ebenso verringert intralaryngeale Injection von 0.005 Heroinum hydrochloricum die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut. Mehrere Patienten empfanden einige Stunden nach der Application ein einschnürendes Gefühl im Halse wie nach Cocainanwendung. Bei Dysphagie infolge Larynx tuberculose traten nach der Einspritzung von 0.005 Heroinum hydrochlor. im Larynx eine Art Empfindungslosigkeit und Nachlaß bestehender Schmerzen ein, so daß die Nahrungsaufnahme während dieser Zeit erleichtert oder sogar schmerzlos war; der Husten ließ mehrmals bis zum nächsten Morgen nach. Wegen dieser Eigenschaften dürfte das Heroin in der Behandlung der Kehlkopftuberculose eine gewisse Bedeutung beanspruchen.

— Die **Existenz perineuritischer Erkrankungen des Plexus sacralis** hat GUTTENBERG festgestellt („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 20). Die Symptome beginnen mit Schmerzen im Kreuz und Rücken, sowie in der Hälfte, später treten Schmerzen in der Blase und den Sexualorganen sowie im Oberschenkel auf, die oft bis in den Fuß ausstrahlen. Während äußerlich Druckpunkte nicht nachzuweisen sind, fühlt man per rectum solitäre oder strangförmige Verdickungen auf den Aesten des Plexus sacralis, die außerordentlich empfindlich sind. Die Therapie besteht neben tonisirender Allgemeinbehandlung in vorsichtiger localer Massage. Die anatomische Untersuchung wurde nur in einem Fall ausgeführt und ergab das Bestehen einer Neuritis und Perineuritis.

— Um bei der **Aethernarkose** die oft übergroße Absonderung von Speichel und Schleim zu verhindern und damit den Affectionen des Respirationstractus vorzubeugen, empfiehlt REINHARD („Centrabl. f. Chir.“, 1901, Nr. 11) $\frac{3}{4}$ —1 Stunde vor Beginn der Narkose $\frac{1}{2}$ —1 Spritze folgender Lösung zu injiciren:

Rp. Atrop. sulf. 0.01
Morph. mur. 0.2
Aqu. dest. 10.

Ein weiterer Vortheil der Methode besteht darin, daß Atropin Herzschwäche und Schwäche des Athmungscentrums in der Medulla oblongata zu beheben und so einen guten Verlauf der Narkose auch in dieser Hinsicht nicht unwesentlich zu unterstützen vermag.

— Das **Extractum suprarenale bei Acne rosacea** empfiehlt MANRO („Klin. therap. Woch.“, 1901, Nr. 19). Er gibt täglich zunächst 2 Tabletten dieses Extractes von je 0.30, dann steigt er allmählig bis auf 6 Tabletten täglich. Sobald die Kranken Schwindel und Uebelkeiten bekommen, wird entweder die Dosis reducirt oder das Mittel zeitweilig ganz ausgesetzt. Oertlich werden die erkrankten Theile mit einer Lösung von 0.30 Extractum suprarenale in 4 Grm. Wasser bepinselt. Die Pinselung wird allabendlich nach Abwaschung der erkrankten Gegend mit sehr warmem Wasser vorgenommen. Die erste Pinselung erzeugt sehr häufig ein Gefühl von Brennen und Congestion der Gewebe. Diese Erscheinungen verlieren sich jedoch rasch und es bleibt eine Ischämie der Haut infolge Vasoconstriction zurück. Des Morgens beim Aufstehen nimmt man eine Schwefelwaschung vor. Mittels dieser Behandlung sollen viele Fälle von Acne rosacea, die anderen Mitteln getrotzt hatten, zur Heilung gebracht worden sein;

diese Therapie hat nur bei bereits bestehender hypertrophischer Acne (oder Rhinophyma) versagt.

— Zur **Behandlung von Unterschenkelgeschwüren** empfiehlt SCHULZE („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 12) die Anwendung von Campher, der in Form von Salben 2—3mal täglich auf das Geschwür zu bringen ist. Die Salbe kann, je nachdem sie vertragen wird, verschieden zusammengesetzt werden. SCH. gibt folgende Recepte an:

Rp. Camphorae tritae 20
Zinc. oxyd. 15·0—20·0
Adipis. suill. ad 100·0

oder

Rp. Camphorae tritae 20
Ol. Oliv. 500
Zinc. oxyd. 40·0—50·0
S. vor dem Gebrauche tüchtig zu schütteln.

— Bei beginnender Compensationsstörung in Fällen von **Morbus Basedowii** hat ULLMANN („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 5) öfter Erfolg gesehen durch Darreichung von:

Rp. Heroin. muriat. 0·06—0·1
P. Digital. 1·5
Chinin. muriat. 2·0
Succ. et extr. Liquir. q. s.
Ut f. pil. Nr. XXX.
S. 3—4mal täglich 1 Pille.

— Ueber **Athyreosis im Kindesalter** berichtet H. QUINCKE („Deutsche med. Woch.“, 1900, Nr. 49 und 50). Er theilt die Krankengeschichte eines Kindes mit, das bis zum Alter von $\frac{3}{4}$ Jahren gesund war, dann aber verblödete. Die Schilddrüse war für den tastenden Finger durch die schlaffe Haut des Halses durchaus nicht aufzufinden. Es wurde Jodothyrin 0·2 Grm. in der ersten Woche einmal, dann je zweimal täglich gegeben. Eine deutliche Besserung machte sich nach Angabe der Eltern sofort bemerkbar. Das Kind bekam ein Jahr lang dauernd Jodothyrin, dann nicht mehr. Es war und blieb völlig wohl und entwickelte sich geistig und körperlich gut. — In einer Publication von A. RIVÈRE („La médecine moderne“, 1901, Nr. 4) handelt es sich um je einen Fall von Thyreoiditis subacuta, carcinomatöser Schilddrüsenentzündung und Struma im Klimacterium, bei denen durch tägliche Eingabe von 1—2 Jodothyrintabletten während zweiwöchentlicher Behandlung ganz erhebliche Besserung, Schwinden der subjectiven Symptome, Abfall der Geschwulst und der Röthung, Nachlassen der Schmerzen, des Zitterns, der Athembeschwerden, Hellerwerden der Stimme etc. erzielt wurde. Derartige, nach Ansicht des Verf. durch Krebs, Influenza, Menopause hervorgerufene Störungen der Schilddrüsenfunctionen (Dysthyroidie) werden durch die Organtherapie, speciell die Jodothyrinbehandlung, wieder ins Gleichgewicht gebracht.

— Als **Schnupfenmittel** nimmt SEIFFERT den Chlormethyläther („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 8). Dies ist eine Verbindung von der Formel $C_{11}H_{13}OCl$, die sich in Wasser oder in feuchter Luft in Menthol und Formalin spaltet, welche Substanz sich in statu nascendi mit den Wasserdämpfen verflüchtigt, während das gleichzeitig gebildete Cl im Wasser zurückbleibt. Man kann das Mittel in der Weise anwenden, daß man imprägnirte Watte zu einer losen Kugel dreht und in die Nasenlöcher lose einführt, oder indem besonders geformte Nasengläser gebraucht werden, welche zur Hälfte mit warmem Wasser gefüllt und mit 4 bis 6 Tropfen Flüssigkeit beschickt werden; in das Nasenglas eingetauchte Rohre werden in die Nasenlöcher eingeführt und die Dämpfe eingesogen. Durch Einführung von Wattekügelchen in die Nase, 3—4mal täglich, vermochte S. mehrere Fälle von beginnendem Schnupfen zu coupiren, so daß am folgenden Tage alle Erscheinungen geschwunden waren. Bei schon ausgebildetem Schnupfen besteht die Wirkung darin, daß die Nase wieder durchgängig, der Kopf wieder frei wird und der Niesreiz sich vermindert. Aber schon nach weniger als einer Stunde muß man die Procedur wiederholen. Auch bei Asthma bronchiale, bei welchem die Anfälle durch Schnupfen eingeleitet wurden, brachte die Application der Wattekugeln regelmäßige Erleichterung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

V.

COURMONT (Lyon): a) La polynucléose dans la rage clinique et expérimentale.

Vortr. berichtet über Untersuchungen betreffs Leukoeytose, die bisher noch nicht ausgeführt waren, bei der Hundswuth sowohl beim Menschen als beim Hunde, Kaninchen und Meerschweinchen. Es besteht vom Beginn der Erkrankung an eine Hyperleukoeytose, und zwar hauptsächlich der polynucleären, neutrophilen Leukoeyten, die bis 95% ausmachen. Das ist diagnostisch wichtig, besonders für die Thierärzte. Die Polynucleose hält bis zum Tode an. Im Lungensaft finden sich 80% Leukoeyten, 50% in der Norm.

b) Le séro-diagnostic de la tuberculose.

Die Einwände gegen die Zuverlässigkeit der Agglutinationsprobe im Serum der Tuberculösen sind hinfällig. Ihr Gelingen hängt nämlich stets von der Giftigkeit der verwendeten Tubercelbacillenculturen ab. Diese müssen deshalb stets auf ihre Virulenz neu geprüft werden. Bei Untersuchungen des Blutes einer großen Reihe von Schlachtthieren in Lyon erwies sich die Methode so zuverlässig, daß die spätere Autopsie stets die Richtigkeit der gestellten Diagnose ergab, bis auf einen Fall, in dem das Thier sich nicht, wie vermuthet, als tuberculös erwies.

Bendix (Berlin) bestätigt die Zuverlässigkeit des Verfahrens bei Verwendung wirklich virulenter Culturen.

J. MÜLLER (Würzburg): Ueber den Umfang der Stärkeverdauung im Mund und Magen des Menschen.

Während man bisher die Lösung der Stärke in der Hauptsache dem Pankreassaft zuschrieb und dem Mundspeichel nur eine unbedeutende amylytische Wirkung beilegte, in der Annahme, daß sein Ptyalin durch die Salzsäure des Magens zu rasch unwirksam gemacht würde, konnte Vortr. nachweisen, daß die Verdauung der Stärke im Mund und Magen eine sehr umfangreiche ist, und daß der Mundspeichel keineswegs hinter den Leistungen des Pankreassaftes zurücksteht. Aus Versuchen, die er mit den Herren HEUSAY und DAICHER anstellte, geht hervor, daß nach dem Genuß von Mehlbrei und Brot 60—80%, in einzelnen Fällen 100% der Stärke in Lösung gehen. Diese Amylyse geht außerordentlich rasch vor sich; schon nach 5—10 Minuten ist oft das Maximum der Stärkelösung erreicht. Daher ist es verständlich, daß die nachfolgende Salzsäuresecretion selbst bei Superacidität die Amylyse nicht mehr stark beeinflussen kann. Die höchsten Grade der Amylyse finden sich allerdings bei Subacidität. Diese weitgehende Verflüssigung des Mageninhaltes ist natürlich für die motorische Leistung der Magenmuskulatur von großer Bedeutung. Ferner wird durch sie das vegetabilische Eiweiß der Magenverdauung zugänglich gemacht. Aus den Versuchen geht meist hervor, daß der Magen die verflüssigten Massen weit schneller in den Darm auspreßt als die noch ungelösten Bestandtheile. Dadurch, daß der Mundspeichel die Stärke größtentheils nur in Dextrine überführt, verhütet er das Eintreten von Gährungen im Magen. Von Wichtigkeit ist bei der Brotverdauung auch das sorgfältige Kauen.

Moritz (München) bestätigt nach Erfahrungen am eigenen Körper die Stärkeverdauung im Magen trotz Hyperacidität. Die Salzsäure des Magensaftes macht die Wirkung des Speichels nur dann unwirksam, wenn sie nicht genügend an Eiweiß gebunden ist, sondern infolge des Absinkens des Eiweißgehaltes frei hervortritt.

Volhard (Gießen) hat die Amylyse im Magen auch qualitativ feststellen können. Die Bedeutung der Eiweißbindung durch die Salzsäure für die Stärkeverdauung läßt sich auch dadurch erkennen, daß die Jodfärbung der Mageninhaltsreste nach der reichlichen Probemahlzeit viel spärlicher ist als nach dem Probefrühstück.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

VI.

KÖNIG (Altona): Zur Ausführung der Castration bei Nebenhoden- und Hodentuberculose.

K. demonstirt zwei Präparate, an denen die Tuberculose des Samenstranges bis zur Umschlagsfalte um die epigastrischen Gefäße nachgewiesen werden konnte. Die Operation ist mit der Oeffnung des Leistencanals einhergegangen, die Samenstränge sind 17 und 25 Cm. vom Nebenhoden entfernt durchtrennt worden. In einem anderen Falle, der auch mit Tuberculose der Samenblase und der Prostata complicirt war, wurden diese auch noch exstirpirt, resp. ausgeschabt. Nach den Erfahrungen von K. soll man bei jeder Castration den Leistencanal durchtrennen. Am besten operirt man bei Blasenfüllung wie bei der Sectio alta, weil man dann am wenigsten Gefahr läuft, das Peritoneum zu verletzen. Vortr. demonstirt dann noch die parasacrale Methode der Operation nach SCHLANGE.

König (Berlin) bleibt vorläufig noch auf seinem Standpunkt stehen, daß die Tuberculose wohl im Hoden entstehen kann, aber nicht muß. Wie käme denn der Tuberkelbacillus dazu, primär so häufig in den Nebenhoden zu gehen, während die anderen Bakterien und Kokken doch den Hoden bevorzugen? Ist ferner das Experiment am Thier gleichwerthig mit dem am Menschen, muß man nicht auch die Verhältnisse der Schwere berücksichtigen? — Nach seinen Erfahrungen in den letzten 10 Jahren hat K. den Eindruck, daß in der großen Mehrzahl der Fälle Samenstrang und Prostata vorher erkrankt sind, daß also die Tuberculose gegen den Strang fortschreitet. Wer viel Nierentuberculose gesehen hat, mit den sich anschließenden Ureteren-, Blasen-, Prostata- und schließlich Hodentuberculosen, der muß zugeben, daß die gehörten Ausführungen unsere ganzen therapeutischen Anschauungen auf den Kopf stellen würden: und da muß er doch sagen, daß es ihm viel mehr Bedenken macht, einen Hoden wegzunehmen, als ein Bein zu amputiren. Die Jodoform-Glycerin-Behandlung hat er auch versucht. Er hat sich damit begnügt, die Emulsion in den Nebenhoden einzuspritzen, hat aber keinen Erfolg damit erzielt. Was den Weg des Jodoformglycerins anlangt, so ist er ja anatomisch vorgezeichnet und es ist klar, daß man vom Samenstrange aus alles injiciren kann.

Gussenbauer (Wien) zweifelt an der häufigen primären Hoden- oder Nebenhodentuberculose. Weitaus in den meisten Fällen sei sie combinirt mit Tuberculose anderer Organe. Sie kann dabei bei Kindern von 1—2 Jahren oder erst im 60.—70. Jahre auftreten, einseitig oder doppelseitig sein. Die Infection wird meist durch die Blutwand vermittelt. Er hat Fälle von Ausheilung gesehen mit und ohne Perforationen, die nur mit roborirender Diät behandelt wurden. Wenn man operirt, so soll man soweit als möglich fortnehmen, aber die Operationen sollen ausgewählt werden.

Krämer (Cannstadt) glaubt doch, daß die Thierversuche mit den Erfahrungen am Menschen übereinstimmen. Die Castration entfernt sicher die primären Herde, denn sonst würden die anderen Tuberculosen in Samenblase und Prostata nicht zurückgehen. Er glaubt, daß die congenitale Infection noch außer Acht gelassen wird, und er möchte daran erinnern, daß von der Urniere auch der Hoden sich abkeimt. Daher sieht man oft Nieren- und Hodentuberculose auf derselben Seite.

Henle (Breslau) berichtet, daß die Erfahrungen der Breslauer Klinik nicht für die Jodoformtherapie sprechen.

Bier (Kiel) empfiehlt die hydrotherapeutische Behandlung der Tuberculose und Seebäder, von denen er gute Erfolge gesehen hat. Er erinnert besonders an einen Fall von Blasen- und Nierentuberculose, der durch Seebäder vollkommen geheilt ist. Er würde nie eine doppelseitige Castration machen mit Rücksicht auf die Folgen, die die doppelseitige Castration bei Thieren hat.

Schlange (Hannover) gibt die Krankengeschichte eines Falles, die beweisen soll, daß solche Tuberculosen oft spontan ausheilen.

Stempel (Breslau) berichtet über einen interessanten Fall von Hodentuberculose, der dann an Lungentuberculose gestorben ist.

PAYR (Graz): Ueber conservative Operationen am Hoden und Nebenhoden.

Vortr. berichtet über einen Fall, wo er bei acuter Orchitis chirurgisch intervenirte. Ein College bekam nach einer Gonorrhoe acute Orchitis ohne Nebenhodenerkrankung mit Schmerzen, hohem Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden. Er incidirte die Albuginea testis und entleerte einen Hodenabsceß. Dann trat Gangrän auf und die Castration mußte angeschlossen werden. Auf dem Sectionschnitt zeigte sich eine totale Vereiterung des Hodens. Es trat Heilung ein, die 2 Jahre dauerte. Dann wieder Ausfluß und Orchitis der anderen Seite mit Temperatur von 41° und Schüttelfrösten. Spaltung der Tunica vaginalis propria und präliminare

Durchlegung von Catgutfäden durch die Albuginea, da beim vorigen Male ein starker Prolaps der drüsigen Elemente eingetreten war. Nach Incision Entleerung des Eiters, Schluß der Albuginea, der Tunica und der Haut, Drainage. Heilung in 12 Tagen mit vollkommen erhaltener Function und lebenden Spermatozoen.

BESSEL-HAGEN (Charlottenburg): Ueber plastische Operationen bei vollkommenem Verlust der Hautbedeckung von Penis und Scrotum.

Vortr. hat in einem Falle, wo durch Phlegmone die ganze Haut zerstört war, Deckung aus der Bauchhaut versucht, indem er den Penis durch zwei Knopflochschnitte der Bauchhaut durchführte. Nach 10 Tagen hat er die Brücken durchtrennt und die Seitentheile über dem Rücken des Penis vernäht. Er hat dann noch eine Stütze durch eine andere Plastik an der Bauchwand hinzugefügt.

HEIDENHAIN (Worms): Ueber Lungenresection wegen eitrigter Bronchiectasien. (Mit Krankenvorstellungen.)

Die Ursache der eitrigten Bronchiectasie war ein Carcinom, welches er entfernt hat. Die mit Eiter gefüllten Bronchien hat er der Länge nach aufgeschnitten, und es war nun interessant, den Vernarungsvorgang zu beobachten, der sich so gestaltete, daß die ganze große Höhle durch Aneinanderlegen der geschlitzten Bronchien sich mit Bronchialschleimhaut auskleidete. Demonstration des Pat. und des Präparates.

V. MIKULICZ (Breslau): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indicationen.

Vortr. hat eine Sammlung angestellt zur Klärung der Frage, welches von allen Narcoticis das am wenigsten gefährliche sei und ist zu dem Resultat gekommen, daß es falsch sei zu fragen, ob man mit Chloroform oder mit Aether narkotisiren, sondern wann Chloroform und wann Aether angewendet werden soll. Ob man überhaupt eine Inhalationsanästhesie anwenden soll, darüber sind in den letzten Jahren die Gemüther durch die Einführung der localen Anästhesie sehr erregt worden. Jetzt stehen wir auf einem ruhigeren Standpunkt und können darüber discutiren. Vortr. gibt dann chronologisch einen Ueberblick über die Methoden der localen Anästhesie, die Gefriermethode, die Cocaininjection, die SCHLEICH'sche Infiltration, das OBERST'sche Verfahren und schließlich die BIER'sche Lumbalanästhesie. Die letztere hat er in 40 Fällen angewendet mit einem verblüffenden Effect, und er glaubt, daß dies das Verfahren der Zukunft sei; aber für die allgemeine Praxis sei es noch lange nicht reif. Er hat zwar keinen Todesfall, aber doch recht unangenehme Nachwirkungen erlebt. Aus der Statistik der Narkosen und der localen Anästhesien hat er ersehen, daß noch lange nicht alle Aerzte zur localen Anästhesie gekommen sind, daß die Inhalationsnarkosen bei weitem überwiegen. Die locale Anästhesie, so große Gebiete der Chirurgie sie sich auch erobert hat, ist nichts werth, bei einer ganzen Reihe von Laparotomien, bei Nierenexstirpationen, Mammaamputationen etc. Schwankend könnte man sein, ob man sie bei Magen- und Darmoperationen, bei Herniotomien, auch bei Kropfoperationen anwenden soll. Todesfälle sind auch bei ihr vorgekommen, und ein großer Uebelstand ist die schlechte Orientirung. Herz- und Lungenleidende wird man natürlich lieber mit localer Anästhesie als mit Narkose operiren, aber die Mortalität postoperativer Pneumonien ist auch bei SCHLEICH'scher Narkose groß. Hier wird es aber oft auf die Art der Operation und auf die somatische Empfänglichkeit für Schmerzen ankommen. Auch durch die Schmerzen allein kann ohne Narkose ein Shok eintreten. Vortr. hat früher nur Chloroform angewendet, jetzt braucht er mehr Aether, seitdem er die Gefahren der Aethernarkose durch die dosirte Darreichung nach dem Vorschlage von HOFFMANN-Bonn zu vermindern gelernt hat.

BIER (Greifswald): Ueber Rückenmarksanästhesie.

Im Ganzen sind bis jetzt 1200 Operationen mit Rückenmarksanästhesie gemacht worden. Nach Einspritzung von 1—3 Cgrm. Cocain wird zunächst die Schmerzempfindung gelähmt, dann das Wärme- und Kältegefühl, dann die Sphincteren und schließlich steigt die Anästhesie so hoch hinauf, daß Mammaamputationen, Rippenresectionen damit ausgeführt worden sind. Doch treten

giftige Wirkungen auf, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Schüttelfrost und Fieber, Schweißausbrüche, Circulationsstörungen, Paresen, Collaps- und Todesfälle. B. ist daher zu dem Schluß gekommen, daß die Methode in dieser Form für die Praxis unbrauchbar ist, und hat an Thierversuchen die schädigenden Wirkungen des Cocains zu paralysiren versucht. So konnte er bei einer Katze durch Einspritzungen von physiologischer Kochsalzlösung Anästhesie erzeugen, und glaubte daher, daß die Drucklähmung und Schwellung des Rückenmarks der nothwendige Factor zum Eintritt der Anästhesie sei. Er hat dann alle Cocainderivate und dann dünnere Lösungen versucht, hat aber entweder keine oder nur vorübergehende Anästhesie erreicht. So hat das Tropicocain trotz Einspritzung von 7 Cgrm. nie gute Resultate geliefert und mit den verdünnten Lösungen hat er zwar viel höher hinaufgehende Analgesie, aber niemals eine Anästhesie erreicht. Tast- und Wärmegefühl waren stets vollständig erhalten. Er glaubt aber, daß es möglich sei, durch eine Binde um den Hals, die bis zur Cyanose comprimirt, einen Abschluß der Giftwirkung vom Gehirn zu erzeugen. Seine Meinung über sein Verfahren ist jedenfalls die, daß es noch gänzlich in der Entwicklung stehe und vom allgemeinen Gebrauch noch weit entfernt sei.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Società medico-chirurgica di Modena.

U. BACCARANI und W. ZANNINI: Der Einfluß der Massage des Abdomen auf die Toxicität des Harns bei Gesunden und Kranken.

In 6 Fällen (Magencarcinom, Ischialgie, serofibrinöser Pleuritis, Hydropneumothorax, Scoliose, Neurasthenie) nahm die Toxicität des Harns nach der Massage zu, in vier anderen Fällen — Tuberculose in verschiedenen Stadien — nahm dieselbe ab. Bei zwei fiebernden Phthisikern verschwand die abendliche Temperatursteigerung für einige Tage, um sodann allmählig wiederzukehren. B. und Z. knüpfen vorläufig noch keinerlei Schlußfolgerungen aus den Ergebnissen ihrer Beobachtungen, die sie an einem großen Materiale fortzusetzen und auszubauen beabsichtigen.

C. CASARINI: Ueber contagösen Impetigo.

Nach den Erfahrungen C.'s kommt Impetigo contagiosa durch Ansiedelung von gewöhnlichen Eiterkokken, zumeist des Staphylococcus pyogenus aureus, auf der Haut zustande. In den wenigen Fällen, wo sich der Staphylococcus pyogenus albus vorfand, nahm die Krankheit einen viel kürzeren Verlauf; hierbei wurde manchmal auch ein Coccus gefunden, der in Bezug auf Größe und Tinctionsvermögen dem vom UNNA für dieselbe Affection beschriebenen Mikroorganismus auffällig glich.

FOCANI: Ein Fall von renaler Ektopie.

Der Fall betraf eine 44jährige Frau, die neben renaler Ektopie Atrophie der Niere aufwies und deren Ureter bloß in seinen beiden unteren Drittheilen durchgängig war. Die ektopische Niere ruhte auf dem sacro-vertebralen Promontorium und empfing an der Theilungsstelle der Aorta in die Iliacae ihre arterielle Zufuhr links von der Iliaca, rechts von der Hypogastrica. Uterus und Adnexe waren naturgemäß consecutiv verlagert.

Accademia medico-fisica Fiorentina.

PACCHIONI: Das Pankreas bei einigen infectiösen Kinderkrankheiten.

P. hat das Pankreas von 24 an verschiedenen Infectionskrankheiten verstorbenen Kindern untersucht und ist zu folgenden Befunden gelangt. Das Pankreas kann im Verlaufe von Infectionskrankheiten Veränderungen degenerativer und entzündlicher Art eingehen; der Grad der Veränderung variirt je nach der Dauer der Erkrankung. Degeneration scheint der häufigere Vorgang zu sein. Dieselbe bestand in fettiger Veränderung der Acinuszellen, der LANGERHANS-

sehen Inseln und Gefäßendothelien bei einigen Fällen von Diphtherie, Scharlach und Masern. Als entzündliche Veränderungen sah P. Hyperämie, Hämorrhagien, kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes. Bei einem schweren Syphilisfall war das interstitielle Bindegewebe erheblich vermehrt. In der Mehrzahl der Fälle von Diphtherie standen die degenerativen Veränderungen im Vordergrund, nur in einem furibunden Falle fand Votr. einmal auch entzündliche Veränderungen. Auch auf experimentellem Wege hat P. bei Thieren durch subcutane Zufuhr von Diphtherietoxin degenerative Veränderungen erzeugt, die von intensiver Hyperämie begleitet waren. In 4 Fällen von Tuberculose fanden sich niemals Tuberkeln im Pankreas, und nur leichte fettige Degeneration. Bei chronischer Enteritis hat P. die von einigen Autoren beschriebene Angiopankreatitis niemals gefunden. — Die klinische Diagnose der beschriebenen Veränderungen ist derzeit noch nicht möglich. Man kann bloß vermuthen, daß die transitorischen Glykosurien und die rapide Abmagerung, die bei manchen Fällen von Infectionskrankheiten bei Kindern (Scharlach, Diphtherie) bisweilen zur Beobachtung gelangen, damit in Zusammenhang stehen könnten.

Associazione medico-chirurgica di Parma.

CECCHERELLI: Ueber Magen Chirurgie.

Votr. resumirt die Resultate von 109 Magenoperationen und discutirt die bemerkenswertheren derselben. Er hat 26 Gastrotomien ausgeführt (die längste Lebensdauer nach der Operation betrug 14 Monate), 2 Divulsionen, 8 Pyloroplastiken, darunter 7 Dauererfolge, 55 Gastro-Enterostomien. Von diesen erfolgten 19 wegen Magencarcinom. Einer dieser Operirten lebt seit 6 Jahren, bei einem zweiten ist seit der Operation ein Jahr verstrichen. Bei der Gastro-Enterostomie ist es wichtig, die Lage des Magens zu kennen und sich von der Festigkeit der Naht zu überzeugen. C. zieht die WÖFLER'sche Methode mit der Modification nach DOYEN vor und näht die Darmschlinge in der Länge von mindestens 10 Cm., um Knickungen zu vermeiden. Den MURPHY'schen Knopf verwendet er niemals, selten die ROUX'sche Methode, welche complicirt ist und zwei Knöpfe erfordert. Was die Gastro-Enterostomie beim Ulcus ventriculi betrifft, so hält er sie im Einverständnis mit anderen, zumal Internisten, für nutzbringend, da sie die erkrankten Partien ruhig stellt und die Heilung befördert. Frühzeitige Intervention bei chirurgischen Erkrankungen des Magens erhöht die Gewähr des günstigen Ausganges.

GENEROSI: Ein Fall von Appendicitis mit Elimination des Appendix auf intestinalem Wege.

Ein 13jähriges Mädchen eliminirte am 17. Tage ihrer Erkrankung den ganzen Processus vermiformis mit den Fäces; am Tage darauf gingen einige Hühnerknöchelchen ab. Der eliminirte Appendix ist 11 Cm. lang und weist zwei Ulcerationen auf. G. ist der Ansicht, man müsse die Appendicitis unterscheiden von den appendiculären Krisen, die im Verlaufe der Appendicitis vorkommen können. Er erklärt sich seinen seltenen Fall in der Weise, daß der Appendix an seiner Basis durch einen reinen infectiösen oder mechanischen und infectiösen Proceß allmählig nekrotisirt und in das Darmlumen hineingesunken sei. Mit Ablauf der umschriebenen Nekrose war auch die Vernarbung abgeschlossen.

CANALE: Urotropin in der Therapie der Pyelitis calculosa urica.

An einem Kranken, der seit drei Jahren an Nierenkoliken litt, und dessen Harn Albumen, Eiterzellen, sowie zahllose Harnsäurekrystalle enthielt, verwendete C. das Urotropin. Nach zehntägiger Darreichung traten bei dem Kranken kleine Harnsäureconcrete im Harne auf, die Schmerzen verschwanden, und nach einem Monate verließ der Kranke geheilt das Spital. C. stimmt mit NICOLAYER darin überein, daß wir im Urotropin ein werthvolles Mittel zur Bekämpfung der Erkrankung der Harnwege und der harnsauren Diathese besitzen.

Notizen.

Wien, 1. Juni 1901.

Der VI. österreichische Aerztekammertag.

I. Die Meistercassenfrage.

Am Vortage des Pfingstfestes ist der von der böhmischen Aerztekammer anlässlich des bekannten Erlasses der Statthalterei in Böhmen angeregte außerordentliche Aerztekammertag in Wien abgehalten worden. Von den 19 österreichischen Aerztekammern hatten nicht weniger als acht — darunter die Wiener Kammer — der Nothwendigkeit dieses Tages opponirt; er hat trotz dieses in den weitesten Kreisen der österreichischen Aerzteschaft unbegriffenen Widerspruches stattgefunden. Und sein Resultat:

In der brennenden Frage der Meisterkrankencassen eine langathmige Resolution, deren schon in der Vorwoche von uns auszugsweise mitgetheilten Wortlaut wir folgen lassen:

„In vollster Uebereinstimmung mit den Beschlüssen, welche von fast allen österreichischen Aerztekammern und von den in mehreren Kronländern stattgehabten allgemeinen Aerzteversammlungen gefasst worden sind, erblickt der VI. österreichische Aerztekammertag in der Errichtung der Meisterkrankencassen eine die Existenz des ärztlichen Standes bedrohende Steigerung der seinen Erwerbsverhältnissen durch das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 zugefügten schweren Schädigung, weil die Wirksamkeit dieser Meisterkrankencassen vermöge ihres obligatorischen Charakters sich nicht nur auf die wirtschaftlich Schwachen, sondern auch auf die wohlhabenden Kreise der gewerbtreibenden Bevölkerung erstreckt und diese Cassen ihrer Natur nach den Zweck verfolgen, auch die wohlhabenden Kreise der gewerbtreibenden Bevölkerung der privatärztlichen Praxis zu entziehen.

„Der VI. österreichische Aerztekammertag gibt seinem schmerzlichen Bedauern darüber Ausdruck, daß das Arbeiterkrankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 (ebenso wie das die Meisterkrankencassen begründende Gesetz vom 23. Februar 1897) zustande gekommen sind, ohne daß in Bezug auf ersteres, da damals eine Aerztekammer noch nicht bestand, irgend ein ärztlicher Verein, in Bezug auf letzteres die legalen Vertretungen des ärztlichen Standes, die Aerztekammern, von der Regierung um ein Gutachten über den Inhalt und die voraussichtlichen Folgen dieser Gesetze angegangen worden wären; er gibt aber auch der Besorgniß Ausdruck, daß, falls die in der Krankencassengesetzgebung bisher zutage getretene Nichtberücksichtigung der Interessen des ärztlichen Standes nicht einer wohlwollenden Berücksichtigung Platz machen würde, derselbe einer Deprecation entgegengehen werde, welche bei der diesem Stande zukommenden und von der Staatsverwaltung nicht zu missenden Mitwirkung an der öffentlichen Gesundheitspflege in letzter Linie zu einer schweren Beeinträchtigung des Gesundheitswohles der Bevölkerung führen muß.

„Der VI. österreichische Aerztekammertag erhebt feierlichen Protest gegen die Annullirung des vor 4 Jahren gefaßten Beschlusses der Aerztekammer Böhmens, mit welchem die Annahme irgend einer Stelle bei den Meisterkrankencassen als standesunwürdig erklärt wurde, erklärt, daß die fast gleichlautenden Beschlüsse der Aerztekammern gegen die Meisterkrankencassen ein Act der Nothwehr gegen diese Cassen seien, da diese ohne zwingenden Grund für die eigene Existenz die Aerzteschaft um ihre Existenz zu bringen geeignet sind. Trotz der Entscheidung der hohen böhmischen Statthalterei hält sich die Aerzteschaft, bezw. ihre legale Vertretung, für allein competent, die Standeswürdigkeit oder Standesunwürdigkeit ärztlicher Handlungen zu beurtheilen, und wird einer Beeinträchtigung dieser ihrer Competenz ihre Solidarität entgegenzusetzen.

„Der VI. österreichische Aerztekammertag constatirt, daß die mehr als 10jährige Erfahrung über die Wirkung des Arbeiterkrankenversicherungsgesetzes zur Evidenz erwiesen habe, daß die durch dasselbe dem ärztlichen Stande zugefügte Schädigung nicht etwa eine vorübergehende war, sondern sich zu einer dauernden entwickelt und immer mehr vertieft hat. Die Entscheidung der böhmischen Statthalterei hat neuerdings bewiesen, daß die bestehenden Krankencassengesetze den ärztlichen Stand nicht nur in seiner Existenz, sondern sogar in seinem Standesehnen bedrohen.

„Der VI. österreichische Aerztekammertag richtet daher an die hohe Regierung die dringende Bitte, die österreichische Aerzteschaft in der Wahrung ihrer Interessen, welche, wie oben ausgeführt, mit einem allgemeinen, öffentlichen Interesse zum Theile parallel laufen, keinesfalls aber als unberechtigte bezeichnet werden können, da sie nur die Selbsterhaltung zum Ziele haben, zu unterstützen, das die Meisterkrankencassen begründende Gesetz in dem Sinne abzuändern, daß die Meisterkrankencassen verpflichtet sind, ihren Mitgliedern Krankengelder, nicht aber auch berechtigt sind, denselben ärztliche Behandlung zu gewähren, endlich das Arbeiterkrankenversicherungsgesetz im Sinne der Forderungen des Aerztestandes, welche der hohen Regierung in einer Denkschrift zur Kenntniß gebracht werden, einer Reform zu unterziehen.

Die Situation wurde durch die Ausführungen des Delegirten der böhmischen Aerztekammer, Prof. Dr. PETRINA, treffend charakterisirt. „In größter Erregung und gerechter Erbitterung — sagte PETRINA — trete ich vor Sie. Vier Jahre hat das Ministerium gewartet, bis es sich entschlossen hat, unsere jenen der anderen Aerztekammern analogen Beschlüsse gegenüber den Meisterkrankencassen aufzuheben, ohne daß gegenwärtig ein äußerer Anlaß hiefür vorhanden gewesen wäre. Wir wollen den Meistern keineswegs verwehren, sich die durch das Krankencassengesetz vorgesehene ärztliche Hilfe zu verschaffen, doch nur um das ortsübliche Honorar nach freier Aertzewahl. Es wäre eine übel angebrachte Humanität, wenn die ohnedies hart bedrängten praktischen Aerzte auch noch den gut situirten Meistern zu einer möglichst billigen ärztlichen Behandlung verhelfen würden. — Arbeiter, Commis, Buchhalter, Privatangestellte, Gremialmitglieder, Kaufleute, alle gehören schon einer Krankencasse an, was bleibt dem praktischen Aerzte heute noch übrig? Hätten unsere jungen Aerzte das Geld, welches ihr kostspieliges Studium erfordert hat, im praktischen Gewerbe angewendet, dann brauchten sie nicht Entlohnungen anzunehmen, die ein Dienstmann zurückweist. Die Annullirung unseres Beschlusses ist nicht eine interne böhmische Frage, sie betrifft alle Kammern. Unsere Kammer war die erste, welche von der Annullirung ihrer Beschlüsse in der Meisterkrankencassenangelegenheit betroffen wurde, aber zweifelsohne wird es den anderen Kammern nicht besser ergehen. Das hohe Ministerium möge erfahren, daß für die Vertheidigung der berechtigten Interessen des Aerztestandes alle Kammern energisch und solidarisch einzutreten bereit sind. Unsere Aerzteschaft fühlt mit anderen Berufsklassen schwer, wie die Regierung sauer errungene Kenntnisse und Privilegien ohne Rücksicht auf die berufenen Vertretungskörper Bevölkerungsschichten opfert, bei denen weder humanitäre noch sanitäre Gründe zu einer solchen Parteinahme seitens der Regierung auffordern und durch deren Protection auf Kosten der Aerzteschaft diese um den letzten Rest ihrer freien Praxis komme.“

Soweit der Vertreter der zunächst betroffenen böhmischen Kammer, dessen Ausführungen ein lebhaftes Echo in der Versammlung fanden. Die österreichischen Aerztekammern stehen einer Regierungsaction gegenüber, die geeignet ist, ihren Lebensnerv zu treffen. Falls das Ministerium des Innern dem Recurse der böhmischen Kammer gegen den jüngsten Erlaß der Statthalterei keine Folge gibt, gleichen die österreichischen Aerztekammern einem steuerlosen Schiffe, den Zufällen von Wind und Wogen preisgegeben. Wäre es dann nicht besser, das Wrack zu verbrennen?

Daß dies nicht jetzt schon geschieht, wie von radicaler Seite verlangt wird, kann nur gebilligt werden. Noch besteht die Hoffnung, die Regierung werde angesichts des unausbleiblichen vollständigen Niederganges der Aerzteschaft, falls diese im Kampfe gegen die Meistercassen unterliegt, und mangels jeder autoritativen Führung durch die Kammern jene Elemente an die Oberfläche gelangen, die nur auf die Anarchie und das Chaos warten, um ihre Sonderinteressen zu verfolgen, einlenken und das Versprechen erfüllen, welches der Ministerpräsident der vom Kammertage entsendeten Deputation gegeben hat, bei der soeben stattfindenden Reform des Versicherungswesens den berechtigten Wünschen der Aerzte entgegenzukommen.

Die „Wohlfahrtsgesetzgebung“ der neuesten Zeit trägt die Devise: Hilfe dem „kleinen Manne“. Sollte demselben wirklich nur durch den wirtschaftlichen Ruin eines Standes zu helfen sein, aus dessen völliger Proletarisirung die schwersten Gefahren für das öffentliche Sanitätswesen resultiren müssen? Die Aerzte repräsentiren heute den politisch und wirtschaftlich schwächsten Stand; die kleinste Mehrbelastung muß ihn zu Boden drücken. Liegt dies im Interesse der Regierung, der Bevölkerung?

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung hielt Dr. K. KREIBICH seinen angekündigten Vortrag „über bacterienfreie Eiterung beim Menschen“. Die Lehre vom Eiterungsproceß — sagte Votr. — hat im Laufe der Zeit eine Umwandlung erfahren, indem neben Staphylokokken und Streptokokken als Erreger von Eiterung noch mannigfache andere Bacterien nachgewiesen wurden und nunmehr feststeht, daß Eiterung auch durch chemische Agentien (steriles Katgut, Sublimatsalbe, Jodtinctur, Jodoformcollodium, Terpentinöl etc.) ohne Unterstützung von Bacterien hervorgerufen werden kann. Votr. hat am Menschen Versuche über die chemische Eiterung angestellt. Es wurde Crotonöl auf die Haut gepinselt und die betreffende Hautstelle verbunden; nach wiederholter Application bildeten sich Pusteln, in deren Eiter weder durch Färbung noch culturell Bacterien nachgewiesen werden konnten. Die bacterielle Eiterung unterscheidet sich von der chemischen nur durch ihre Progredienz und die Gewebseinschmelzung. Bisher war man auch der Ansicht, daß beim Menschen unter natürlichen Verhältnissen kein Eiterungsproceß ohne Intervention von Bacterien oder Toxinen entstehen könne; Votr. fand nun bacterienfreie Vereiterung bei serösen Hautblasen von Ekzemen. Der Inhalt derselben trübt sich binnen 24 Stunden und wird eiterig. Es kann demnach auch beim Menschen unter gewissen Verhältnissen zur Bildung von Eiter ohne Beihilfe von Bacterien kommen; dies ist jedoch niemals eine primäre Eiterung, sondern eiterige Umwandlung eines ursprünglich serösen Exsudates. Die Eiterung ist somit nur eine quantitative, keine qualitative Stufe der Entzündung. Die Haut stellt ein feines Reagens gegenüber der Entzündung dar. Dasselbe gilt auch noch vom Auge, in dem, z. B. bei Iritis diabetica, wahrscheinlich gleichfalls ein bacterienfreies Exsudat gebildet wird.

(Personalien.) Regierungsrath Professor Dr. WINTERITZ ist durch die Verleihung des preußischen Rothen-Adler-Ordens III. Cl. ausgezeichnet worden; der kaiserliche Rath Dr. DAVID TYRNAUER in Karlsbad erhielt den Takowa-Orden III. Cl., der Gemeindecarzt Dr. ANTON WASSING in Wildbad-Gastein das Ritterkreuz des belgischen Leopold-Ordens, der Badearzt in Marienbad Dr. EDUARD KRAUS den persischen Sonnen- und Löwenorden. Der Bezirksarzt in Pola Dr. BERNHARD SCHIAVUZZI hat den Titel eines Oberbezirksarztes erhalten.

(Aus Breslau) wird uns geschrieben: Vom 28. bis zum 30. Mai hat hierorts unter dem Vorsitze NEISSER's der Dermatologencongreß getagt. Indem ich mir einen ausführlicheren Bericht über die nach jeglicher Richtung hin interessanten Verhandlungen des genannten Congresses vorbehalte, theile ich Ihnen vorläufig mit, daß folgende Oesterreicher Vorträge gehalten haben: RILLE (Innsbruck) „Ueber Jodtherapie chronischer Dermatosen“; SCHIFF (Wien) „Ueber den gegenwärtigen Stand der Roentgen-Therapie“ und L. FREUND (Wien) „Ueber Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten“ und „Ueber Physiologie der Epidermis mit Bezug auf ihre Durchlässigkeit für Licht“.

(Aerztliche Honorare.) Wir lesen in einem ärztlich-socialen Blatte folgende bemerkenswerthe Darstellung von Gehaltsverhältnissen: 10 Angestellte beziehen einen Jahresgehalt zwischen fl. 20 und fl. 100, 45 von fl. 100—200, 76 um fl. 200—300 und so weiter. Das Blatt ist das „Oesterreichische Arztekammer-Blatt“, und die so Entlohten sind, so lächerlich es auch klingen mag, die mährischen Gemeinde- und Districtsärzte. An der Wahrheit dieser geradezu beschämenden Thatsache kann wohl mit Rücksicht darauf nicht gezweifelt werden, als die obigen Zahlen einem Referate entnommen sind, das der Präsident der „Mährischen Arztekammer“ in einer Sitzung dieser Kammer erstattet hat. Wer würde es wohl wagen, einem Beamten oder Arbeiter irgend welcher Kategorie eine derartige Bezahlung auch nur anzubieten! Dem Aerztestande und den Aerzten gegenüber ist alles erlaubt, nimmt man sich alles heraus. Ist es doch vorgekommen, daß man Districtsärzte, die in der genannten Art und Weise entlohnt werden und die für einen so mikroskopischen Betrag unter Umständen hundertemale ihr Leben in die Schanze zu schlagen haben, auf Eid und Ehre hat versichern lassen wollen, daß sie ihr Amt getreulich versehen und die materiellen Vortheile desselben durch Pflichteifer und Pflicht-

gefühl wettmachen werden! Und nun versetze man sich in die Lage jener Aerzteproletarier und wird dann wohl begreifen, daß die Aerzteschaft Oesterreichs nicht ruhen und rasten darf, ehe so beschämende Gehaltsverhältnisse beseitigt sind. Man wird dann aber auch an maßgebender Stelle begreifen lernen, daß die Aerzte Oesterreichs keine Gelegenheit verabsäumen dürfen, die es ihr gestattet, eben jenen maßgebenden Factoren das Precäre ihrer Lage immer wieder vor Augen zu führen.

(Ein merkwürdiger Erlaß) ist nach einer Mittheilung des „Berl. Tagbl.“ jüngst von der Regierung zu Arnberg an die dortigen Aerzte ergangen. In diesem Erlasse werden die Aerzte aufgefordert, von jedem venerischen Erkrankungsfall, der in ihre Behandlung kommt, der Regierung vertrauliche Mittheilung zu machen. So hofft die dortige Regierung die venerischen Krankheiten wirksam bekämpfen zu können. Abgesehen davon, daß kein Arzt zu dem ganz ungesetzlichen Vorgehen des Preisgebens seiner Berufsgeheimnisse und der Privatgeheimnisse seiner Clienten die Hand bieten kann, müßte ein Erlaß von der Kategorie des citirten u. E. gerade das Gegentheil von dem erreichen, was er anstrebt. Viele venerisch Erkrankte würden sich wohlweislich davor hüten, einen Arzt aufzusuchen; sie blieben unbehandelt oder fielen naturgemäß Curpfuschern in die Hände, mit anderen Worten, das Inkrafttreten eines solchen Erlasses hieße, der Propagation der luetischen Affectionen wirksamsten Vorschub leisten. Wir sind begierig, in welcher Weise die Aerzte Arnbergs den Regierungsbeschluß, der natürlich über die Köpfe der Arztekammer Westfalens hinweg zustande kam, beantwortet werden.

(Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften.) Die Geschäftsleitung der Naturforscherversammlung ist bekanntlich seit mehreren Jahren bestrebt, die durch die Zersplitterung in übermäßig zahlreiche Sectionen in Verlust gerathene Uebersichtlichkeit der Versammlungen dadurch wieder herbeizuführen, daß bisher getrennte Sectionen in eine Section zusammengezogen werden. Diesem Schicksale ist auch die Abtheilung für Geschichte der Medicin zum Opfer gefallen. Die stiefmütterliche Behandlung der historischen Fächer hat nun bei den deutschen Historikern einen lange gehegten Plan zur Reife gebracht, der Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften. Die neue Vereinigung soll ihre Jahressitzungen im Anschlusse an die Naturforscherversammlung abhalten. Das Actionscomité besteht vorläufig aus: KAHLBAUM (Basel), PAGEL (Berlin), SUDHOFF (Hochdahl).

(Der III. Congreß böhmischer Naturforscher und Aerzte) ist unter dem Vorsitze des Prof. Dr. HLAVA am 25. Mai in Prag eröffnet worden. Unter den Anwesenden bemerkte man — wie uns aus Prag berichtet wird — Delegirte verschiedener Universitäten und wissenschaftlicher Corporationen, unter anderen den Sectionschef Dr. R. v. KUSY. Auf dem Programme des dreitägigen Congresses stehen nicht weniger als 327 Vorträge.

(Der 2. Internationale Congreß der Lebensversicherungsärzte) wird im September d. J. zu Amsterdam stattfinden; er wird sich speciell mit den Bedingungen befassen, unter denen Invalide und mit chronischen Leiden Behaftete in die Versicherung aufgenommen werden können. Aus dem schon festgesetzten, reichhaltigen Programm sei u. a. genannt: STOKVIS (Amsterdam), „Ueber Albuminurie vom Standpunkte der Lebensversicherung“, FLORSCHÜTZ (Gotha) „Ueber die Auslese unter den Versicherten in Bezug auf die Tuberculose“, GROSSE (Leipzig), „Hautkrankheiten vom Standpunkte der Lebensversicherung“.

(Statistik.) Vom 19. bis inclusive 25. Mai 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7056 Personen behandelt. Hievon wurden 1633 entlassen; 164 sind gestorben (9.02% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 49, egypt. Augentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 90, Scharlach 115, Masern 355, Keuchhusten 20, Rothlauf 41, Wochenbettfieber 2, Rötheln 9, Mumps 62, Influenza 4, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 679 Personen gestorben (— 23 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest der Curarzt von Gleichenberg und Arco Dr. IGNAZ HEISLER, 36 Jahre alt; in

St. Petersburg Dr. EMIL BRETSCHNEIDER, ein als Botaniker und Sinologe weitbekannter Arzt, im Alter von 68 Jahren.

Aerztetag in Krondorf. Die Section Brüx des Centralvereines der deutschen Aerzte in Böhmen hielt am 16. Mai a. c. in Krondorf-Sauerbrunn ihre Jahresversammlung unter fast vollzähliger Beteiligung ihrer Mitglieder ab, welcher k. k. Bezirkshauptmann Blach aus Kaaden beiwohnte.

Prof. Dr. Pick aus Prag hielt in einem interessanten Vortrag über Geschlechtskrankheiten in ihrem Zusammenhange mit geistigen „Störungen“ durch 1 1/2 Stunden die Versammlung im Banne seiner wissenschaftlichen Ausführungen. Ein sich daran reihender Vortrag des Ingenieurs Chem. JULIAN KUGLER, technischen Leiters der Brunnen-Unternehmung, über physikalische Chemie und ihre Bedeutung für die Heilquellen fand in der fesselnden Beleuchtung neuer Gesichtspunkte auf diesem Gebiete der Quellenforschung ein dankbares Auditorium, das seinen Worten warmen Beifall spendete. Nach Erschöpfung der im Programme vorgelegenen Vereinsangelegenheiten wurde eine Promenade im Kronbachthal unternommen. Von dort zurückgekehrt, nahmen die Theilnehmer an einem im „Kaiserpavillon“ servierten, gemeinsamen Mahle theil. Toaste und Gegenreden zeigten hier, daß neben der Wissenschaft und unbeschadet derselben ein köstlicher Humor existiren kann, der in manch launigen Einfällen hervorquoll und die Theilnehmer zur Heiterkeit hinriß. Die allzu rasch herangerückte Stunde der Abfahrt ließ die Herren die Ueberzeugung gewinnen, daß es außerhalb der Studirstube und des Krankenzimmers auch Welten gibt, in denen man sich wohl fühlen kann. Auf Wiedersehen in Krondorf-Sauerbrunn!

An 68 Fällen der verschiedensten Art hat Dr. ALFRED BRUNNER in der II. medicinischen Abtheilung des städtischen Spitals in Triest Versuche mit **Fersan** angestellt, auf Grund deren er zu folgenden Resultaten kommt: Fersan ist ein vorzügliches, tonisirendes Nährpräparat, welches, auch durch längere Zeit genommen, keinerlei Verdauungsstörung nach sich zieht. Nach länger fortgesetztem Fersangebrauch wird die Zahl der rothen Blutkörperchen, der Hämoglobinegehalt des Blutes, sowie das Körpergewicht erheblich vermehrt. Da Fersan völlig frei von Bacterien sowie von Xanthin- und Alloxur-basen ist, kann man es sowohl Magenkranken, als auch Gichtikern ohne Weiteres verabfolgen („Wiener klin. Rundschau“, 1901, Nr. 7).

Erklärung. Von dem gefertigten Amte wird hiemit öffentlich erklärt, dass aus dem weltberühmten Mineralmoorlager der Curstadt Franzensbad nach Pyrawarth, sowie an andere Curorte und Heilanstalten **kein Moor** zur Bäderbereitung abgegeben wird, daher die Ankündigungen, dass auch anderswo als in Franzensbad Franzensbader Moorbäder zu haben sind, der Wahrheit nicht entsprechen.

Bürgermeisteramt als Curverwaltung.

Franzensbad, den 16. Mai 1901.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der chem. Fabrik **Kalle & Co.** in **Biebrich a. Rh.** über **Dormiol**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI's
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

152

Die Faeces des Menschen

im normalen und krankhaften Zustande mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden

VON

Prof. Dr. Ad. Schmidt und Dr. J. Strasburger.
I. Theil. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Faeces. gr. 8. Mit 6 lith. Taf. 1901. 8 Mark.

Aussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“
für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten.
(Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER.
(Steiermark) (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

Antinervin Radlauer, vorzügl. Antineuralgicum, Antipyreticum.
Antinervinum, Dosis 4 mal tägl. 0,5 Gramm. 10 Gramm
= 60 Pf. Specificum geg. Influenza u. rheumat. Leiden

Dr. Friedlaender's Pepsin-Salzsäure-Dessert-Dragees.
Ein vorzügliches Pepsin-Präparat, empfohlen von einer grossen Zahl medicinischer Autoritäten gegen Verdauungsbeschwerden. Jede Pille enthält 0,1 g reines concentrirtes Pepsin und einen Tropfen reine Salzsäure. 3 mal täglich 2 bis 3 Pillen. Flacon 1,50 M. und 3 M. Nur echt mit der Firma „Kronenapotheke“. Kronen-Apotheke in Berlin, Friedrich-Strasse 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8.
En gros bei G. & R. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheker Josef v. Török.



Farbenfabriken

vorm.

**Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.**

Pharmaceutische Abtheilung.

Jannigen.

Prompt wirkend bei chronischer
und acuter Enteritis, speciell der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht
beeinträchtigend.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Somatose.

In organischer Verbindung
mit 2% Eisen als

Eisen-Somatose

insbesondere bei Chlorosis, Anaemie,
Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Beste Ersatz für Salicylate. Frei von üblen
Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend.
Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Hervorragendes
Roborans und Stomachicum;
vorzügliches Lactogogum.

Heroin. hydrochl.

Hedonal
Salophen
Crional
Duotal
Epicarin
Europen.

E. Merck

chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin.

Neues vorzügliches, in psychiatrischen Kliniken, Heilanstalten, als auch in der Privatpraxis bewährtes **Antiepilepticum** und **Sedativum**. Bester Ersatz für Bromalkalien und gänzlich frei von den unangenehmen Nebenwirkungen derselben. Vorzügliches Mittel bei nervösen Störungen, insbesondere geeignet für die Kinderpraxis.

Vgl. *Leubuscher*, Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1899, Bd. V; *Zimmermann*, Neurol. Centralblatt, 1899, Nr. 11; *Schulze*, Dissertation, Göttingen, 1899; *Wulff*, Aertzliche Monatsschr., 1899, Nr. 11; *R. Laudenheimer*, Therapie d. Gegenw. 1900, Nr. 7.

Dionin.

Neues Morphinderivat, ohne die gefährlichen Nebenwirkungen des Morphins und seiner Abkömmlinge. Bewährt bei allen Erkrankungen der Athmungsorgane. In subcutaner Anwendung Ersatzmittel f. Morphinum bei Entziehungscuren, sowie bei melancholischer Verstimmung und bei decrepiden, gegen Morphinum empfindlichen Patienten. Nach *Meltzer* Ersatz für Morphin und Hyoscin bei **Erregungszuständen**.

Vgl. *Ranschoff*, Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 20; *Meltzer*, Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 51; *Fromme*, Allgem. med. Centralztg., 1900, Nr. 24 u. 25; *W. Salzmann*, Wiener med. Presse, 1900, Nr. 24; *Bornikoeil*, Therapie d. Gegenwart, 1900, Nr. 4.

Literatur auf Wunsch gratis und franco.

Dr. Kahlbaum in Görlitz.

Heilanstalt

für Nerven- und Gemüthsranke beiderlei Geschlechts.

Aerztliches Pädagogium

für jugendliche Nerven- und Gemüthsranke.

Gesunde Höhenlage, Alle Hilfsmittel umgeben von Garten- und der modernen Nerven-Parkanlagen. pathologie.

Ausser den dirigierenden Aerzten zwei Oberärzte, mehrere Assistenzärzte, wissenschaftl. und Handfertigkeit-Lehrer.

Preis 250 bis 300 Mark.

Ausführliche Prospekte frei.

LARGIN

86

Name geschützt. — Patentschutz.

Hervorragendes Antigonorrhoeum.

Hochgradige baktericide Eigenschaften. Keine Reizerscheinungen.

Vide Arbeiten aus dem bakteriologischen Institute von Prof. Weichselbaum und aus der Klinik von Prof. Finger. Wiener klin. Wochenschrift, 18: 8, Nr. 11 u. 12, u. Wiener Med. Presse, 1899, Nr. 44.



Globon

Name geschützt. — Patentschutz.

Eiweiss-Nährmittel.

Das Globon übertrifft an Nährwerth alle ähnlichen Präparate.

Vide Arbeiten aus Prof. Frühwald's Klinik, Wiener klin. Rundschau, 1899, Nr. 45, und Dr. Kronfeld, Wiener med. Wochenschrift, 1899, Nr. 44 und 45, aus Prof. Stoffella's Klinik, Aertzl. Central-Ztg., 1900, Nr. 19, und Dr. Meitner, Wiener med. Blätter, 1900, Nr. 30.

Wiener chemische Werke von **Dr. Lillienfeld & Co.**, Wien XVII/1.

== Soeben erschienen: ==

Siebzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene.

Begründet von weiland Prof. Dr. J. Uffelmann.

Jahrgang 1899. Unter Mitwirkung von Professor Dr. H. Albrecht in Gross-Lichterfelde, Departements-Thierarzt Dr. R. Arndt in Oppeln, Bezirksphysicus Geh. Sanitätsrath Dr. A. Baer in Berlin, Dr. med. G. Brandenburg in Trier, Stadtbaurath A. D. J. Brix in Wiesbaden, Marineoberstabsarzt Dr. Davids in Kiel, Kreisphysicus Dr. H. Flatten in Düsseldorf, Stadtbaurath E. Gonzmer in Halle a. S., Dozent Dr. L. Grünhut in Wiesbaden, Dr. med. G. Heilmann in Berlin, Stadtbaurath Höpfner in Cassel, Dr. F. Kronecker in Berlin, Dr. P. Müller in Graz, Oberstabsarzt Dr. P. Muschold in Strassburg i. E., Professor Dr. H. Chr. Nussbaum in Hannover, Kreiswundarzt Dr. F. C. Th. Schmidt in Coblenz herausgegeben von Regierungs- und Geheimer Medicinal-Rath Dr. A. Pfeiffer in Wiesbaden. (Supplement zur „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“, Band XXXII.) Preis 11 M. (Verlag von Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig.) — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Die Berichte enthalten — nach Materien geordnet — gedrängte Inhaltsangaben und kritische Zusammenstellungen aller beachtungswerthen hygienischen in- und ausländischen Arbeiten des Berichtsjahres, bilden mithin in ihrer fortlaufenden Reihe eine **Ergänzung zu jedem Lehrbuche der Hygiene**.

Dr. Dresdner (München)

während des Sommers in

BAD REICHENHALL

Villa Trampedeller.



ECHTER KEFIR LEHMANN'sche ANSTALT

Somatose-Kefir

WIEN, I., Lugeck 2. (Orendinaus.)

Hans Turinsky, Ernst Grossmann,

vormals Sanitätsgeschäft „Austria“.

Verbandstoff-Fabrik. — Pharmaceutisches Laboratorium. Interurbanes Telefon Nr. 3633. Wien, IX/3, Garnisongasse 1. Den P. T. Herren Dermatologen empfehlen wir unsere bewährten

Collaetina (Colleplastra Marke „Austria“).

Vorzüge: Sichere Wirkung, grosse und entsprechende Klebekraft, absolute Reizlosigkeit, leichtes Anlegen, Verderben ausgeschlossen, stets mehr als 100 Sorten am Lager.

Den P. T. Herren Chirurgen und Gynäkologen empfehlen wir unsere **absolut keimfreien, sterilisirten und imprägnirten Verbandstoffe** in unserer unüber-troffenen Patent-Packung, unsere **patentirte sterilisirte Seide etc.** Unsere pharmaceutischen Präparate und Verbandstoffe sind in den meisten Apotheken Oesterreich-Ungarns erhältlich.

Illustrierte Preislisten, Muster etc. stehen franco u. gratis zur Verfügung.

Hans Turinsky, Ernst Grossmann,
vormals Sanitäts-Geschäft „Austria“, Wien.

Gemüthsranke

1868

Dr. Svetlin's

Morphinisten

Heilanstalt

Wien III., Leonhardgasse 1—5

Jederzeit Aufnahme und sorgfältige Pflege.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Das „bewegliche Herz“. Von Dr. LUDWIG BRAUN, Privatdocenten an der Wiener Universität. I. — Beitrag zur Entstehungsweise von subpleuralen Ekchymosen (TARDIEU'schen Flecken) bei Ersticken. Von Dr. M. EBERSON in Tarnów. — **Referate.** BÄUMLER (Freiburg i. Br.): Ueber acuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum. — M. SAENGER (Magdeburg): Ueber die Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten. — MAX HÖNIGSBERGER (München): Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. — ADRIAN (Straßburg): Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Klinisches und Experimentelles. — PERTHES (Leipzig): Erfahrungen bei der Behandlung des Empyems der Pleura. — Aus der chirurgischen Klinik in Jena. OTTO HARTMANN: Ueber die Behandlung der acuten, primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke. — GROSSE (Halle a. S.): Zur Casuistik angeborener Knochendefecte. — LUBARSCHE (Posen): Ueber das Verhalten der Tuberkelpilze im Froschkörper. — STIEDA (Chemnitz): Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenia. — VIALA (Paris): Les Vaccinations antirabiques à l'institut Pasteur en 1899. — **Literarische Anzeigen.** Die Krankheiten der Nase und des Halses, ihre Beziehungen zum Gesamtorganismus und ihre Bedeutung für die Singstimme. Von Dr. FRIEDRICH ERNST. — Beiträge zur Augenheilkunde. Von Dr. LUD. SCHMEICHLER in Brünn. — Synoptische Tafeln zur Diagnostik der Herzklappenfehler nebst anatomisch-physiologischen Schemata des Circulationsapparates für Aerzte und Studierende. Von Dr. L. VORSTÄDER. — Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Ein Vortrag von Doc. Dr. P. H. GERBER in Königsberg. — Maßregeln zur Verhütung der Ohreiterungen. Zur Vertheilung in Familien, Schulen, Fabriken etc. durch Aerzte, Lehrer, Aufsichtsbeamte u. a. Von demselben. — **Feuilleton.** Italienischer Brief. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Dionin. — Jodipin. — Zur Behandlung der perniciosen Anämie. — Stypticin. — Ueber die Behandlung der Nachtschweiß von Lungenphthisikern mit Tannoformstreupulver. — Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargan. — Cephalalgia uraemica. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. Congress für innere Medicin in Berlin. Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) VI. — **Notizen.** Der VI. österreichische Aerztekammertag. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Das „bewegliche Herz“.

Von **Dr. Ludwig Braun**, Privatdocenten an der Wiener Universität. *)

I.

Die Bezeichnungen „bewegliches Herz“, „Wanderherz“ und „Cardioptosis“ sind in der Literatur der letzten Jahre und Tage so häufig aufgetaucht und so häufig auch wieder-gekehrt, daß es vielleicht kein ungerechtfertigtes Beginnen ist, wenn man es unternimmt, die Angaben der einzelnen Autoren, die in dieser Frage das Wort ergriffen haben, mit einander zu vergleichen. Aus der Zusammenfassung der Publicationen über diesen Gegenstand läßt sich die Bedeutung, welche jene Termini im Laufe der Zeit gewonnen haben, feststellen und der Zustand präcisiren, welcher denselben thatsächlich zugrunde liegt. Eine solche Gegenüberstellung gestattet wohl auch, Richtiges von Unrichtigem, Geltendes von Ungiltigem zu scheiden, und dies insbesondere dann, wenn an das in der Literatur Vorliegende auch der Maßstab eigener Beobachtungen und eigener experimenteller Erfahrung gelegt zu werden vermag.

Es gibt eine dem durchaus normalen Herzen eigenthümliche normale Verschiebbarkeit desselben und eine excessive — „pathologische“ Beweglichkeit des Herzens. Man will damit sagen, daß das Herz einerseits schon unter normalen Verhältnissen der Schwere entsprechend in gewissen

Grenzen den Lageveränderungen des Körpers Folge leistet, und daß es andererseits, in pathologischen Fällen, unter sonst gleichen Bedingungen jene Grenzen seiner Normalverschieblichkeit mehr oder weniger überschreitet.

Die Durchsicht der sich hierauf beziehenden Literatur lehrt nun, daß vermehrte Beweglichkeit des Herzens von manchen Autoren mit mehrfachen, klinischen Erscheinungen in ursächlichen Zusammenhang gebracht, ja geradezu in deren Mittelpunkt gestellt wird; ob durchaus mit Berechtigung, das werden Sie im Verlaufe meiner Darstellung zu erkennen Gelegenheit haben.

Wir haben zunächst die Frage zu beantworten, inwiefern das Herz unter normalen Verhältnissen beweglich ist, und in welcher Weise diese Beweglichkeit zustande kommt, bzw. zu untersuchen: wie ist die Fixation des Herzens im Brustraume beschaffen, und in welcher Weise kann das Herz den Lageveränderungen des Körpers Folge leisten?

Es ist in neuerer Zeit — man könnte beinahe sagen — Mode geworden, in einschlägigen Fragen von den sogenannten Aufhänge- und Stützapparaten des Herzens zu sprechen. Was hat man sich darunter vorzustellen?

Die Autoren verstehen unter der Bezeichnung „Aufhänge- und Stützapparate“ des Herzens auch „Befestigungsapparat“ desselben, die großen arteriellen Gefäße, an welchen das Herz „aufgehängt“ ist, die venösen Gefäße, an welche es „angehängt“ sein soll; ferner den Pericardialsack, der auf die großen Gefäße, in deren Adventitia, übergeht, und der sich als viscerales Pericard auf das Herz fortsetzt. HENKE schildert das Verhältniß von Herzbeutel und Herz anschaulich, indem er sagt: „Das Herz ist wie an zwei Stielen, einem arteriellen und einem venösen, in der Höhle seines Beutels auf- und

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums“ am 4. Februar 1901.

an- und in sie hineingehängt.“ Als Befestigungsapparat des Herzens gilt sodann die in das Pericard übergehende cervico-pericardiale Aponeurose; als Stützapparate gelten auch die Lungen, welche, einem elastischen Kissen gleich, das Herz bei dessen Lageveränderungen auffangen sollen und das hintere Mediastinum; als Hauptstützapparat gilt schließlich das Zwerchfell, der „Herzboden“, auf dem das Herz ruht, und wo es noch von dem direct unter dem Zwerchfell befindlichen linken Leberlappen eine Stütze erfahren soll (!). Nach links und unten, wo das Zwerchfell nur durch den in seiner Größe variablen Magen nach oben gedrängt wird, wo ein Druck nach unten den geringsten Widerstand findet, soll das Herz am leichtesten abrutschen und hier — wie es heißt — „in ein Loch (allerdings bloß ein theoretisches) hineinsinken“ können.

Es erscheint mir nicht zweckmäßig, von Aufhänge- und Stützapparaten so zu sprechen, wie es oftmals geschieht, als ließen sich diese beiden Begriffe nicht von einander trennen.

In meinen Untersuchungen „Ueber Herzbewegung und Herzstoß“ glaube ich experimentell bewiesen zu haben, daß als Aufhängeapparate des Herzens einzig und allein die Aorta und das oberste, an der Aorta befestigte Stück der Scheidewand, die Aortenwurzel, als Stützapparat der Herzbeutel mit seinen Verstärkungen anzusehen seien.

Die Aortenwurzel wird im geschlossenen Brustraume durch die Ramificationen der Aorta, zunächst die Carotiden und Subclavien, ferner durch die anatomische Anlage des Herzbeutels relativ unverrückbar erhalten. Ich erinnere daran, daß in den Herzbeutel von oben her die Halsaponeurose übergeht, daß er nach vorne an das Sternum und an das Sternalende des Knorpels der linken 5. und 6. Rippe angeheftet ist, daß vom oberen Brustbeinende das Ligamentum sterno-pericardiacum superius, vom unteren Brustbeinende das Ligamentum sterno-pericardiacum inferius in ihn einstrahlt, zwei überaus feste, derbe und unnachgiebige Bandmassen. Entlang seiner Basis ist der Herzbeutel innig mit dem Centrum tendineum des Zwerchfelles verwachsen, durch wechselweisen Faseraustausch an dasselbe angelöthet.

Der Herzbeutel ist insoferne ein unmittelbarer Fixator, ein Stützapparat des Herzens, als er, eine der hinteren Herzperipherie entlang laufende Schleife bildend, das Herz, soweit nicht die Lungen während der Inspiration zwischen Brust- und Herzwand sich hineindrängen und auch während der Expiration zwischen Herz- und Brustwand gelagert sind, in immerwährendem Contacte mit der Brustwand erhält, d. h. das Ausweichen desselben nach hinten verhindert. Demzufolge weist er auch allenthalben an seiner vorderen Peripherie seine stärksten und festesten Anlöthungen auf.

Aus diesem, und nur aus diesem Grunde, kann das Herz de norma in Rückenlage des Menschen nicht von der Brustwand zurückweichen und ist kein Unterschied in der Lautheit der Herztöne wahrnehmbar, ob man nun ein und dasselbe normale Individuum in liegender oder sitzender Haltung untersucht. Würde das Herz von hinten her durch die Lungen getragen, dann wäre es nicht möglich, daß, wie wir hören werden und es ja thatsächlich auch geschieht, das Herz die Lunge z. B. in Linkslage von der Brust wegzudrängen vermöchte, da diese Stütze, dieser „federnde Polster“ ebenso wohl von den Seiten her als von hinten wirken müßte.

Mittelbar, indem er in der beschriebenen Weise in die Aortenadventitia und das viscerele Pericard übergeht, trägt der Herzbeutel auch zur Fixation des „Aufhängeapparates“ des Herzens, der Aortenwurzel, bei, die somit nach oben durch die großen Gefäße und deren Ramificationen nach vorne und rückwärts durch den Herzbeutel wesentliche Verstärkungen erfährt, d. h. nach drei Seiten hin fest verankert ist. Nach rückwärts geht nämlich von dem Herzbeutel zur Wirbelsäule das Ligamentum superius pericardii (BERAUD).

Die Aortenwurzel ist somit der Fixpunkt, d. h. eine unter normalen Verhältnissen in topischer Beziehung wenig

veränderliche Stelle, um welche etwaige Excursionen des ganzen Herzens erfolgen, und gegen welche die Contractionen der Herzmusculatur gerichtet sind.

Die Verzweigungen der Lungenarterie und der Lungenvenen sind schon aus anatomischen Gründen kaum als Aufhängeapparate des Herzens anzuerkennen. Die Lungenarterie, die mit der Aorta verwachsen ist, kommt für sich allein gar nicht in Betracht; das Gleiche gilt für die venösen Gefäße, an welche das Herz „angehängt“ sein soll, wiewohl zu erwägen ist, daß diese so zartwandigen Gefäße in die dünnwandigen Vorhöfe einmünden, deren Wanddicke $\frac{1}{2}$ bis 3 Mm. beträgt, und deren Volum in Theilen einer Secunde von vollkommener Füllung bis zum Verstreichen des Lumens wechselt. Zwischen den Vorhöfen und Venen sind ja de norma schon so große Excursionen möglich, daß hier von einer Fixation überhaupt nicht die Rede sein kann. Nur durch diese Breite der Excursionsmöglichkeit ist es auch zu erklären, daß z. B. beim Pneumothorax sinister innerhalb des Zeitraumes einer Minute Dislocationen des Herzens bis an die rechte Mammillarlinie zustande kommen können, ohne daß der Abfluß des venösen Blutes in das Herz — auch nur vorübergehend — eine nennenswerthe Störung erfährt.

Ist das Zwerchfell der „Herzboden“, als Stützapparat des Herzens anzusehen? Wohl nur im Ausmaße der Fläche des Centrum tendineum, in der Herzbeutel und Zwerchfell mit einander verwachsen sind, also von der Oeffnung des Zwerchfells für die untere Hohlvene bis zum Brustbeine. Das Herz ruht mit seiner Unter-(Hinter)-Fläche jedoch nicht unmittelbar dem Zwerchfell auf, vielmehr der in ihrem unteren Theile schräg von hinten oben nach vorne unten absteigenden hinteren Herzbeutelwand, die somit als eigentlicher Träger des Herzens zu bezeichnen ist. Durch die gemeinsame Befestigung dieser Herzbeutel- und Zwerchfell-antheile an das Brustbein ist hier die ausgiebigste Stützvorrichtung des Herzens gegeben.

Die übrigen Theile des Zwerchfells, dieses in immerwährender Bewegung befindlichen Muskels, kommen als Stützvorrichtung des Herzens nicht in Betracht, vielmehr bloß der vordere Theil des Centrum tendineum, und dieser ist ganz unbeweglich. Während der Contraction des Zwerchfells (bei der Athmung) steigt das Centrum tendineum nicht mit seiner ganzen Ebene herab, sondern neigt sich bloß mit seinem hinteren Rande nach abwärts.

Aus diesem Grunde folgt das normale Herz bei der Inspiration dem hinabsteigenden Zwerchfell in kaum merklicher Weise, und ist die respiratorische Herzverschiebung am deutlichsten, wenn neben pathologischer Verlängerung oder Erweiterung der Aorta ascendens eine so bedeutende Größenzunahme des Herzens besteht, daß dieses mit seiner Unterfläche auch in den Bereich der sich bewegenden Antheile des Zwerchfells hineinragt.

Der Herzbeutel schränkt seiner anatomischen Anlage entsprechend die Bewegung des Herzens von vorne nach hinten ein, beziehungsweise er verhindert diese Bewegung unter normalen Verhältnissen vollständig. Nach den Seiten hin gewährt er jedoch dem Herzen Excursionsfreiheit, und zwar nach links in viel größerem Ausmaße als nach rechts. „Bei der künstlichen Injection der Pericardialhöhle finden wir (SCHÜLE¹), daß der Herzbeutel sich fast nur nach links und unten ausdehnt. Die rechte Seite bleibt lange am linken Sternalrande stehen und rückt erst bei starkem Druck einen Finger breit über den rechten Sternalrand.“ Das Experiment lehrt somit, daß der unveränderte Herzbeutel nicht die Tendenz hat, sich in gleicher Weise nach links und rechts auszudehnen.

Soweit es nun — schon unter normalen Verhältnissen — der Aufhängeapparat des Herzens, d. i. die Aortenwurzel und der Stützapparat, Herzbeutel und Centrum tendineum,

¹) SCHÜLE, „Berliner klin. Woch.“, 1898, Nr. 51.

zulassen, vermag nun das Herz den seitlichen Lageveränderungen des Körpers passiv Folge zu leisten.

Die Beweglichkeit ist unter normalen Bedingungen entsprechend den anatomischen Verhältnissen gering; die Bewegung erfolgt um einen Fixpunkt, wenn man so sagen darf, um die Aortenwurzel, und zwar so, daß jeder Punkt der Herzwand eine pendelartige Bewegung um die Fixationsstelle ausführt, d. h. bei Lageveränderungen des Körpers einen Kreisbogen beschreibt, der desto länger ist, je weiter der betreffende Punkt von der Aortenwurzel entfernt ist, mit anderen Worten je länger das Pendel ist. Diese Bewegung erfolgt nach Maßgabe der anatomischen Einschränkung durch den Herzbeutel nach links in weiterem Ausmaße als nach rechts.

Je weiter (in der Richtung der Längsachse des Herzens) ein Punkt von der Aortenwurzel entfernt ist, desto länger ist somit auch der Weg, den er unter den bezeichneten Verhältnissen zurücklegt.

Betrachten wir nun, inwieweit die Befunde der Klinik mit diesen experimentellen Erfahrungen übereinstimmen.

Daß auch das normale Herz einen gewissen Grad von seitlicher Verschiebbarkeit besitzt, wird von einer großen Zahl von Autoren angegeben. Schon in älteren Originalarbeiten und Lehrbüchern finden sich diesbezügliche Angaben.

So erwähnt neben LATHAM auch BAMBERGER in seinem Lehrbuche der Krankheiten des Herzens, man könne bei vielen Menschen durch die linke Seitenlage die Herzspitze nicht unbeträchtlich nach links verschieben. Verdrängung nach rechts trete jedoch ebenso wenig ein, wie ein Unterschied zwischen aufrechter und horizontaler Lage. C. GERHARDT's Angaben lauten insofern verschieden, als dieser Autor auch eine geringe Verschiebbarkeit (der Herzspitze) nach rechts und einen geringen Unterschied zwischen aufrechter Stellung und horizontaler Lage zugibt. Sowohl bei rechter als auch bei linker Seitenlage bleibt jedoch nach GERHARDT die Herzdämpfung an den linken Sternalrand angelehnt. Aehnliche Bemerkungen finden sich bei v. DUSCH, WEIL, v. SCHRÖTTER, PAUL GUTTMANN, SAHLI, RUMPF und HOFFMANN.

Sämtliche angeführten Angaben stehen mit den experimentellen Erfahrungen vollkommen in Einklang. Derjenige Theil, der unter normalen Verhältnissen in klinisch nachweisbarem Maße bei Lageveränderungen des Körpers eine Dislocation erfährt, ist der Spitzenantheil des Herzens. Je weiter man, der Längsachse des Herzens folgend, nach oben geht, je mehr man sich der Herzbasis, der Aortenwurzel, nähert, desto geringer ist die nachweisbare Lageveränderung des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers; sie ist oberhalb des Spitzenantheiles so gering, daß sie — unter normalen Verhältnissen — sich überhaupt der klinischen Erkenntniß durch Percussion entzieht.

In vollkommenem Einklange mit diesem Befunde steht die erwähnte Angabe GERHARDT's, daß die Herzdämpfung sowohl bei rechter als auch bei linker Seitenlage an den linken Sternalrand angelehnt bleibt; die Excursionen dieser Theile sind eben de norma so geringe, daß sie unmöglich durch Percussion nachgewiesen werden können. Alle gegensätzlichen Angaben sind als unbegründet zurückzuweisen.

Wenn nun gesagt wird, daß bei linker Seitenlage die rechte Grenze der kleinen Herzdämpfung unverändert bleibe, nur reiche sie höher am Sternalrande hinauf, und dabei könne sich die untere Grenze bis über 6 Cm. nach außen verlängern, dann hat man auch hierin nichts als eine Bestätigung des Gesagten zu erkennen. Es kommt nur noch ein Weiteres hinzu. Die z. B. nach links sinkenden Eingeweide drängen das Zwerchfell in die Höhe, die linke Thoraxhälfte wird kürzer (niedriger), das Herz legt sich dadurch flacher, d. h. seine Spitze bewegt sich in nachweisbarer Weise nach außen, indem das ganze Organ eine pendelartige Bewegung nach links um seinen Aufhängepunkt ausführt. Dazu kommt noch, daß der Herzkörper nach der Seite

rückend die anliegenden Lungenpartien von der Brustwand wegdrängt, und daß dadurch auch die am meisten lateral befindlichen Punkte des Spitzenantheiles, die in Rückenlage von Lunge überdeckt sind, mit der Brustwand in Berührung kommen und diese zu erschüttern vermögen, eine Thatsache, die dazu beiträgt, daß man die laterale Bewegung der „Herzspitze“ zu überschätzen geneigt wird. Dementsprechend fühlt man zuweilen, wenn sich z. B. ein Individuum in linker Seitenlage befunden hatte und sodann auf den Rücken legt, noch einige immer schwächer werdende Erschütterungen der Thoraxwand durch die lateralsten Herzantheile. Die Lunge schiebt sich erst allmähig wieder zwischen Brust und Herzwand und der Impuls des Herzens wird so allmähig abgedämpft, bis er auf die in Rückenlage constante (individuelle) Stelle beschränkt bleibt.

In ähnlicher Weise äußerte sich bereits LUSCHKA: „Wenn eine solche Verschiebung des Herzens gefunden wurde, so ist dies nicht so zu verstehen, als ob die Herzspitze und somit das ganze Herz um die volle Größe dieser Masse weiter nach links geschoben werde, sondern die bedeutenderen Grade der Verrückung der Grenzen der Herzmattigkeit beruhen darauf, daß eben die linke Lunge bei Linkslage möglichst weit zurückgewichen, vielleicht durch das Gewicht des Herzens von der Brustwand weggedrängt worden ist, wodurch das Gebiet der Herzdämpfung bedeutend an Breite zunehmen muß.“

Bei dem Befunde der Verschiebung des Herzsitzenstoßes ist man übrigens auch Täuschungen ausgesetzt, die mit der Genese des Herzsitzenstoßes selbst zusammenhängen.

Viele Autoren nehmen ja immer noch an, daß der „Spitzenstoß“ durch die am weitesten nach links, außen und unten gelegene Partie des Herzens, die anatomische Herzspitze, bewirkt werde. Nun lehrt aber eine entsprechende genaue Untersuchung, daß dies nicht der Fall ist.

Die Stelle des Herzens, welche in den Fällen, wo ein nachweisbarer „Spitzenstoß“ vorhanden ist, die Brustwand vordrängt, ist nicht die anatomische Herzspitze, ist nicht der äußerste, linke, untere Herztheil, sondern ein Theil der Herzwand, der beiläufig die Mitte zwischen dem linken Herzrande und der vorderen Längsfurche einhält. Diesen Verhältnissen liegt die systolische Umformung des Herzens, im concreten Falle des Herzsitzenantheiles zugrunde, denn es bildet sich während der Systole an der Vorderfläche des Spitzenantheiles eine Prominenz, die zum Unterschiede von der anatomischen Herzspitze, die mit der Production des „Spitzenstoßes“ gar nichts zu thun hat, von mir, vielleicht entsprechend, „systolischer Herzbuckel“ genannt wurde. Dieser aber bildet, was aus dem Gesagten bereits hervorgeht, nicht mehr den äußersten linken Herzrand, sondern wird sowohl nach außen als auch nach unten von Herzmasse überragt.

Wenn sich nun ein zu untersuchendes Individuum auf die linke Seite legt, dann ist es ganz gut möglich, daß nunmehr, wo durch das Gewicht des Herzens der Lungenrand von der Brustwand abgedrängt wird, Theile der Herzwand mit der Brustwand in Berührung kommen, die vorher durch Lungenparenchym von der Brustwand getrennt waren. Unter geeigneten Verhältnissen vermag jedoch jeder Antheil des Herzens während dessen systolischer Umformung und Erhärtung die vor ihm gelegenen Theile der Brustwand in Bewegung zu setzen; dies trifft bei dem linken Ventrikel in ganz besonderem Maße zu und dieser ist es ja, der bei Linkslage nunmehr in breiteren Contact mit der Thoraxwand tritt. Es ist daher leicht möglich, daß man so der Täuschung unterliegt, als hätte sich die Herzspitze verschoben, und es sind nur lateralere Antheile der Herzwand, deren systolische Erhärtung man mit den aufgelegten Fingern wahrnimmt. Dies trifft jedoch nur in Fällen zu, in denen in Rückenlage ein deutlicher Spitzenstoß besteht, in Seitenlage jedoch nur eine diffusere Erschütterung sich bemerkbar macht und außerdem in Fällen, in denen in Seitenlage, nicht aber in Rückenlage ein Spitzenstoß fühlbar ist.

Es darf schließlich auch daran nicht vergessen werden, daß das Herz bei Lageveränderungen des Körpers einer Drehung unterliegt, und daß einer in Linkslage nachweisbaren Erschütterung der Brustwand in der Gegend des Herzspitzenantheiles in Rückenlage auch aus diesem Grunde einerseits durchaus nicht nothwendig die Bewegung desselben Herztheiles zugrunde liegen muß, und andererseits nur eine Rotation des Herzbuckels mit dem gesammten Herzen eintrat, wo der klinischen Untersuchung entsprechend eine wirkliche Verschiebung des Herzens angenommen wird.

Diese Fehlerquellen lehren uns, daß wir für den einwandfreien Beweis einer bei Lagewechsel eingetretenen, realen Verschiebung des Herzens neben der Roentgendurchleuchtung, wenn diese in entsprechender Weise geübt wird, nur noch eine Methode als zulässig zu erachten haben, die Percussion, und daß eine reelle Verschiebung von der normal passiv minder beweglichen Herztheilen nur dann angenommen werden darf, wenn sich z. B. der linke Herzrand bei Linkslage nach links verschiebt und bei Rechtslage eine Dislocation nach rechts erfährt. Durch die Dislocationen der Herzspitze allein wird man über die seitliche Bewegung des Herzens bei Seitenlage des Körpers nur unvollkommen orientirt. Daß bei rechter Seitenlage eine Verkürzung der unteren Herzgrenze von links nach rechts eintritt und in Uebereinstimmung damit auch die äußere Grenze des Spitzenantheiles des Herzens dem Sternum näher rückt, ist nach dem bereits Gesagten verständlich und bedarf keiner weiteren Erklärung.

Für das normale Herz besteht also der vor mehr als einem halben Jahrhundert von GERHARDT erhobene Befund zurecht, daß die Herzdämpfung sowohl bei rechter als auch bei linker Seitenlage an den linken Sternalrand angelehnt bleibt. Die Behauptung mancher Autoren, daß in Rechtslage bei normaler Herzbeschaffenheit der Percussionsschall über dem unteren Sternum gedämpft sei, und daß sich in der Regel auch rechts vom Sternum dumpfer Schall bemerkbar mache, ist sicherlich mit Vorsicht aufzunehmen. Es ist zu beachten, daß in Rechtslage die Leber höher rückt und auf dem unteren Sternum Schalldämpfung bewirken kann.

Die Frage der passiven Beweglichkeit des Herzens unter normalen und pathologischen Verhältnissen beschäftigt mich seit nunmehr beinahe 4 Jahren.

Ich habe während dieser Zeit weit mehr als tausend herzgesunde und herzkranken Individuen auch nach dieser Richtung hin untersucht und gefunden, daß das sogenannte „bewegliche“ Herz, d. h. der Befund der deutlichen Verschiebung des rechten und des linken Dämpfungsrandes eines normalen, nicht vergrößerten Herzens bei Lagewechsel, ein ganz ausnehmend seltenes Vorkommniß ist. Ich habe nur einen sicheren Befund dieser Art zu verzeichnen, und dieser wurde ganz zufällig erhoben, denn er ging naturgemäß ohne die geringsten subjectiven Symptome und Beschwerden einher.

Häufiger sind jene Fälle, in denen die Excursionsbreite des Spitzenstoßes, bei Mangel jedweden anderen objectiven und subjectiven klinischen Symptomes, größer zu sein pflegt, als man zu sehen gewohnt ist, 3, 4, 5, 6 Cm. und mehr nach links bei linker Seitenlage, bei rechter Seitenlage 2—4 Cm. nach rechts beträgt.

Liefern unsere anatomischen Erfahrungen auch ein hinreichendes anatomisches Substrat für derartige Abweichungen von der Norm, wofern man in solchen Fällen auch wirklich berechtigt ist, von Abnormitäten zu sprechen? Man kann sagen, ja. Die Verstärkungen des Pericardialsackes durch das Zellgewebe an seiner Vorderwand, im Besonderen die sternopericardialen Ligamente, und die gemeinsamen Befestigungen von Herzbeutel und Zwerchfell an das Brustbein sind in Länge und Beschaffenheit überaus variabel.

Diese Thatsachen waren schon den älteren Anatomen wohl bekannt. So mißt *ceteris paribus* das Ligamentum sternopericardiacum superius 5—6 Cm., das Ligamentum sternopericardiacum inferius 2—3 Cm.; diese Ligamente weisen

zudem von geringer Festigkeit bis zu bedeutender Mächtigkeit alle Uebergangsgrade auf. Damit können die verschiedenen Grade von Verschiebbarkeit zusammenhängen, welche die Herzspitze in verschiedenen normalen Fällen thatsächlich besitzt, denn dadurch wird nach dem Gesagten der Herzbeutel gerade in der Richtung beweglicher, welche auch für das Beweglicherwerden des Aortenansatzstückes hauptsächlich in Betracht kommt. In den so seltenen Fällen von Verschieblichkeit des Herzdämpfungsrandes bei Lagewechsel dürften jene Längenunterschiede noch größer sein. Der Einzelne kann in dieser Frage die Entscheidung nicht finden, denn es handelt sich um überaus seltene Vorkommnisse, die in Jahr und Tag höchstens nur einmal und dann immer zufällig zur Beobachtung gelangen. Das häufigere Vorkommen der geringeren Varietäten macht jedoch die letztere Annahme überaus wahrscheinlich. Daß diese vermehrte Beweglichkeit, diese Art von „beweglichem“ Herzen ohne jedwedes subjective Symptom einhergeht, wurde bereits erwähnt.

Völlig anders liegen die Verhältnisse bei vergrößerten, d. h. hypertrophischen und erweiterten Herzen. Das vergrößerte Organ scheint zunächst je nach dem Grade seiner Masse den Lageveränderungen des Körpers vermehrte Folge zu leisten. Zumal bei graciler Thoraxbeschaffenheit, vor Allem bei Kindern und jugendlichen Individuen, läßt sich in solchen Fällen durch Percussion oftmals unschwer eine Verschiebung der Herzgrenzen nachweisen.

Die Schwierigkeit der Bestimmung der linken Dämpfungsgrenze zumal in linker Seitenlage bringt es mit sich, daß die Dislocation am rechten Herzrande oft leichter nachzuweisen ist; dieser steht bei rechter Seitenlage des Individuums um eine, zwei Fingerbreiten, selten mehr, weiter rechts als in Rückenlage des Individuums. Man findet dies — immer natürlich geeignete Percussionsverhältnisse vorausgesetzt — bei Hypertrophie und Dilatation, die beide Ventrikel, in überwiegender Maße den linken betrifft, im Gefolge von Klappenfehlern, vor Allem bei Insufficienz der Aortenklappen, bei den sogenannten idiopathischen Vergrößerungen, ferner bei Erweiterung und Verlängerung des Anfangstheiles der Aorta im Gefolge der Arteriosklerose, die übrigens — einen entsprechenden Ernährungszustand des Herzens selbst vorausgesetzt — zudem Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels herbeiführt. Man findet dies schließlich bei den wahren und den Dehnungsaneurysmen der aufsteigenden Aorta, die gleichfalls, wenn auch nach v. SCHRÖTTER seltener als gewöhnlich angenommen wird, Ursachen von Hypertrophie des linken Ventrikels sind.

Die Verhältnisse bei exsudativer Pericarditis einerseits und andererseits alle Fälle, in denen es auf irgend welche Weise zu Verwachsungen zwischen dem Herzbeutel und seiner Umgebung kam, lasse ich hier vollkommen unberührt. Daß aus den Veränderungen der ersten Art eine erhöhte Beweglichkeit des Herzens, ein „bewegliches“ Herz resultirt, resultiren muß, bedarf keiner weiteren Erwähnung.

Der Aufhängeapparat des Herzens, das Anfangsstück der Aorta, wird ja in solchen Fällen beweglicher — weil ausgeweitet —; es wird beweglicher, gleichwie ein zwischen zwei (oder mehreren) Fixationspunkten ausgespanntes Seil beweglicher wird, wenn entweder die Fixationspunkte einander näher rücken oder bei Unveränderlichkeit dieser das Seil länger wird. Die Analogie mit dem Aufhängeapparate des Herzens betrifft den zweiten Fall.

Für das Zustandekommen der vermehrten Beweglichkeit ist es irrelevant, ob die anatomische Veränderung, die Erweiterung oder Verlängerung, im concreten Falle die Aortenwurzel selbst betrifft, die von der mithypertrophirenden und sich verlängernden Scheidewand in Mitleidenschaft gezogen wird, oder ob dieselbe bloß an der Aorta ascendens ausgesprochen ist, deren Beweglichkeit durch ihre Verlängerung oder Erweiterung gleichfalls nothwendig zunehmen muß. In jeglichem Falle und in erster Linie manifestiren sich

diese Veränderungen durch Tieferrücken des „Spitzenstoßes“, durch Tiefstand der unteren, auch der oberen Herzgrenze, je nachdem im Einzelfalle entweder die Volumszunahme des Herzens oder die Veränderung der Aorta überwiegt oder beide Veränderungen gleichzeitig vorliegen.²⁾ Ein Unterschied besteht nur darin, daß bei Verlängerung der Aorta allein und bei überwiegender Größenzunahme des linken Ventrikels vorwiegend die Beweglichkeit nach links zunimmt, bei gleichzeitiger Hypertrophie beider Ventrikel auch jene nach rechts. Isolirte Größenzunahme der rechten Kammer hat auf die Verschieblichkeit des Herzens geringeren Einfluß.

Diese Thatsachen sind den Klinikern zum großen Theile lange bekannt. Schon TRAUBE hob hervor, daß Erweiterung der Aorta ascendens mit vermehrter Herzverschieblichkeit einhergehe.

Alle zuletzt beschriebenen Veränderungen gehen mit Herzbeschwerden einher, die naturgemäß von der Veränderung des Herzens selbst herrühren. Die vermehrte Beweglichkeit solcher Herzen ist ein ganz nebensächliches und wandelbares, objectives Symptom.

An der Hand dieser Erfahrungen wollen wir nunmehr eine Kritik der Lehre vom beweglichen Herzen versuchen.

Die Publicationen über das „bewegliche“ Herz haben von dem Vortrage RUMPF'S „über das Wanderherz“ ihren Ausgangspunkt genommen. RUMPF hatte „diese Erkrankung damals bereits fünfmal beobachtet, und zwar in 3 Fällen im Anschlusse an intensive Entfettungscuren, in einem Falle im Anschlusse an eine rasch, durch schwere nervöse Aufregung bedingte Abmagerung und in dem 5. Falle ohne bekannte Ursache“.

Als Typus des „Wanderherzens“ führt RUMPF einen Fall an, den ich kurz wiederholen will.

Derselbe betraf einen 30jährigen Bierbrauer, der bis vor 2 Jahren, wo er einen Magenkatarrh acquirirte, vollständig gesund war, damals 203 Pfd. wog und bis dahin täglich ungefähr 8 Liter Bier getrunken hatte. Während einer forcirten Entfettungscure verlor der Kranke im Verlaufe eines Jahres 50 Pfd. an Körpergewicht. Mit der fortschreitenden Entziehungscure stellten sich hochgradige Beschwerden ein. Es traten Anfälle von Schwäche und Schwindel auf. Bei der geringsten Anstrengung stellten sich Beklemmungen, Druck auf der Brust und Uebelkeit ein, die bei Rückenlage im Bette wichen, um wieder aufzutreten, wenn der Patient sich auf die Seite zu legen versuchte. Die Herzdämpfungsfigur war ein unregelmäßiges Viereck, dessen rechter Rand am linken Sternalrand mit der 5. Rippe begann und 5½ Cm. ausmachte. Die Basis der Herzdämpfung betrug 6½—7 Cm. Obere und linke Grenze zeigten normale Form. Der Spitzenstoß fand sich im 6. Intercostalraume, 6½ Cm. von dem linken Brustbeinrande entfernt. Die Pulmonaltöne waren am deutlichsten im 3. Intercostalraume, die Aortentöne dicht neben dem Sternum über der 4. Rippe. Bei Linkslage des Patienten zeigte das Herz vollständig geänderte Verhältnisse, nämlich eine dreieckige Dämpfungsfigur, deren rechte Grenze von einer 8 Cm. langen Linie gebildet ward, die am unteren Ende der 3. Rippe entsprang und sich unter einem spitzen Winkel vom Sternum entfernte. An ihrem unteren Ende war sie gut 2 Cm. vom Brustbeinrande entfernt. Obere und linke Grenze verliefen in leicht convexer Linie von der 3. Rippe zur Achselhöhle und trafen in dieser am unteren Rande der 5. Rippe mit der unteren Grenze zusammen. Die untere Grenze ließ sich in der Richtung des 5. Intercostalraumes 8 Cm. weit deutlich bis zur Leberdämpfung abgrenzen. Die absolute Herzdämpfung stellte somit ein mit einem Winkel das Brustbein, mit dem anderen die Achselhöhle im 5. Intercostalraume berührendes Dreieck dar, dessen rechter unterer Winkel 2 Cm. vom Sternalrande abstand. Die Aortentöne hörte man bei Linkslage im 3. Intercostalraume 1 Cm. vom

linken Sternalrande entfernt am deutlichsten. Zwischen Sternum einerseits und linkem Rande der Herzdämpfung andererseits fand sich somit eine Zone hellen Lungenschalles. Bei Rechtslage verschwand die absolute Herzdämpfung auf der linken Seite des Brustbeins vollständig. Bei starker Percussion zeigte sich neben dem linken Sternalrande vom oberen Rande der 5. Rippe bis zur Mitte des 6. Intercostalraumes eine leichte Dämpfung, die sich nicht über 1½ Cm. vom Brustbeinrande erstreckte, und neben dem rechten Sternalrande ein schwacher, 2 Cm. breiter Bezirk gedämpften Schalles von der Mitte des 4. Intercostalraumes bis zur 6. Rippe. Das Sternum erklang tympanitisch, in seiner unteren Partie weniger hell. Der Spitzenstoß befand sich am linken Brustbeinrand im 6. Intercostalraum, d. h. er war um 6½ Cm. nach rechts gerückt, während er bei Linkslage einen Weg von 6½ Cm. nach links zurückgelegt habe. Seine Totalexursion umfaßte somit einen Weg von 13—14 Cm. Die Aortentöne waren in Rechtslage am deutlichsten 1 Cm. weit vom Sternum im 3. rechten Intercostalraum, die Pulmonaltöne in gleicher Höhe 1 Cm. vom linken Brustbeinrande auf dem Brustbeine zu hören.

Es handelte sich somit um „eine die Norm weit überschreitende Mobilität der Herzdämpfung“.

So weit die Darlegung RUMPF'S — wie bisher — eine rein descriptive bleibt, ist sie reich an Interesse und bemerkenswerthen Details.

Den aus dem Befunde abgeleiteten Schlußfolgerungen muß jedoch die Kritik in mancher Hinsicht ihre Zustimmung versagen.

Ich erachte eine kritische Besprechung des RUMPF'Schen Falles als unerlässlich, weil er einerseits als Grundpfeiler der Lehre von einem Krankheitsbilde gilt, dessen Aufstellung mir nicht gerechtfertigt erscheint, und weil ich in eigenen Untersuchungsreihen andererseits eine Bestätigung des gesammten Symptomencomplexes „Wanderherz“ vergebens gesucht habe.

Wir haben, sagt RUMPF, einen überaus großen und breiten Mann vor uns, von beträchtlichem Brustumfange, der 203 Pfd. wog, einen guten Appetit hatte und jahrelang täglich ungefähr 8 Liter Bier trank. Für diesen Mann, der seit Langem Erscheinungen von Insufficienz des Herzens aufweist, schließt RUMPF eine Volumszunahme des Herzens vollständig aus.

Dies führt uns zunächst zur Erörterung zweier wichtiger Fragen, die in neueren und neuesten Arbeiten vielfach unberücksichtigt bleiben. Welchen Werth hat, zumindest unter gewissen Verhältnissen, die Percussion des Herzens, und sind wir berechtigt, im Falle RUMPF'S eine Volumszunahme, d. h. Hypertrophie und Dilatation des Herzens, anzunehmen oder nicht? Hypertrophie des Herzens ist durch die Percussion allein unmöglich zu bestimmen. „Wenn der Ventrikel — sagt FRAENTZEL — durch Hypertrophie seiner Wand bis zu einem halben Centimeter in seinem Dickendurchmesser zunimmt, so handelt es sich dabei ja schon um eine gewaltige Hypertrophie, während eine Verbreiterung der Herzdämpfung durch diese Dickenzunahme entweder ganz wenig oder gar nicht nachweisbar ist. Vergrößerung der Herzdämpfung ist stets vorwiegend durch die Dilatation der Ventrikel veranlaßt.“ Wo beide Zustände, Hypertrophie und Dilatation, nebeneinander einhergehen, kommen die stärksten Volumszunahmen des Herzens und unter geeigneten Verhältnissen die größten Herzdämpfungsfiguren zustande.

Nur bei flachem Thorax aber ist mit klinisch zu reichender Genauigkeit die percutorische Abgrenzung der Herzdämpfung überhaupt mit exacter Sicherheit möglich. Die Größe der Herzdämpfung ist ja schon unter normalen Verhältnissen nicht bloß abhängig von der Größe des Herzens, dem Zwerchfellstande, dem Ausdehnungszustande der Lunge, sondern auch von der Configuration des Thorax. Gleichfalls unter durchaus normalen Verhältnissen ist bei Individuen mit flachem Thorax und normalen, nicht emphysematösen Lungen die Herzdämpfung relativ groß, bei Inviduen mit gewölbtem Brustkorbe oftmals relativ verschwindend klein. Das sind Verhältnisse, denen man in jedem Einzelfalle genau

²⁾ In derartigen Fällen pflegt bei Aufrechtstellung der Kranken oftmals eine bei Rückenlage derselben im Jugulum bestehende (Aorten-) Pulsation zu verschwinden, was gleichfalls als Beweis für die Beweglichkeit des Aortenansfangsstückes zu gelten vermag.

Rechnung zu tragen hat. Es geht nicht an, die percutorischen Grenzen irgend eines Organes ganz unabhängig von anderen umgebenden Organen und deren Veränderungen zu bestimmen, denn Eines beeinflusst die anderen und wird seinerseits wieder von jenen beeinflusst. Wenn daher — und dies wird von allen erfahrenen Autoren hervorgehoben, die Herzdämpfung bei einem voluminösen Thorax bloß die äußersten Grenzen der Norm erreicht, müssen wir annehmen, daß die Herzhöhlen abnorm weit, das Herz abnorm groß ist. Je stärker der Brustkorb gewölbt ist, desto geringer braucht die Herzdämpfung zu sein, um die Annahme einer Volumszunahme des Herzens zu rechtfertigen.

Es gibt somit im Großen und Ganzen zwei sich ergebende Möglichkeiten, eine Volumszunahme des Herzens zu diagnostizieren, die eine, welche sich direct aus der Dämpfungsfigur des Herzens ergibt, die andere, welche aus dem Zusammenreffen verschiedener Factoren eigentlich zu erschließen ist, und welche durch Percussion allein keineswegs offenbar wird.⁵⁾ Der zweiten Gruppe gehören die Fälle an, in denen die Beschaffenheit des Thorax, starke Wölbung und großer Umfang desselben, Emphysem der Lunge u. s. w. dem Untersuchenden das Raisonement anheimstellen, ob die etwa vorhandene Dämpfungsfigur als relativ vergrößert anzusehen sei oder nicht, oder ob — wie es ja oftmals vorkommt — trotz Verkleinerung oder Fehlen der absoluten Herzdämpfung ein vergrößertes, voluminöseres Herz vorliegt. Daß auch dieses Raisonement zeitweilig im Stiche läßt, ist bekannt. Wie oft sieht man bei der Nekropsie eine Vergrößerung des Herzens, die man am Krankenbette nicht vorausgesehen hatte. Wir befinden uns auch hier an der Grenze unseres Könnens. Ich erinnere vorübergehend daran, wie sehr Form und Größe der Herzdämpfung auch vom Füllungszustande oder der Blähung des Magens und der Därme abhängig sind.

In den diagnostischen Calcül sind darum naturgemäß auch Antecedentien des Kranken und anamnestiche Daten nothwendig mit einzubeziehen. Nun figurirt der starke Biergenuß an einer der ersten Stellen unter den ätiologischen Factoren der Herzvergrößerung. Die immer wiederkehrende Ueberfüllung des Kreislaufes und die mechanisch und toxisch herbeigeführte Drucksteigerung im Kreislaufe führen bei langer Wirkungsdauer eine Hypertrophie der Herzmusculatur herbei, welche in geradem Verhältnisse steht zu der Zeitdauer der Wirkung und dem Ausmaße selbst, welches den einwirkenden Schädlichkeiten geboten war.

Wer durch Jahre dem übermäßigen Biergenusse fröhnt, dessen Herz muß nothwendig einer Hypertrophie unterliegen, schon deshalb, weil zwischen Herzkraft und Masse des Körpers ein bestimmtes Verhältniß obwaltet. Nimmt die Masse des Körpers, wie z. B. beim Biersäufer, sehr stark zu, dann entwickelt sich ein Mißverhältniß zwischen Herzmasse — und Kraft einerseits, zwischen Körpermasse andererseits, die Herzarbeit steigt, das Herz hypertrophirt. Natürlich werden beide Herzhälften hypertrophisch, denn jedes Hinderniß, jede vermehrte Füllung des Kreislaufes beeinflusst jedesmal beide Kreislaufgebiete. Auch die Anlage des Herzens, die Anordnung seiner Musculatur bringen es mit sich, daß Hypertrophie des linken Ventrikels schon aus anatomischen Gründen zumeist Hypertrophie des rechten bedingt und bedingen muß. Dies ist ein Punkt, der in der Pathologie des Herzens vielleicht zu wenig betont wird, weil die aus dem gestörten Mechanismus der Klappenfunction sich ergebenden Druckveränderungen, welche die eine Herzhälfte relativ mehr als die andere zur Hypertrophie anregen, die Anschauungen der Pathologie allzusehr beherrschen.

Der Hypertrophie des Herzens gesellt sich nach individuell schwankenden Zeiträumen Dilatation der Herzhöhlen hinzu. Nicht die mechanische Dehnung durch das diastolisch einströmende Blut — wie neuerlich wiederholt gesagt wurde —

ist es, welche sie herbeiführt, sondern das gegenüber den immer wiederkehrenden Schädlichkeiten allmähig anwachsende Unvermögen des Herzens, gegen den hohen Druck im Arteriensystem sich vollkommen zu entleeren.⁴⁾ Der Druck im Kreislaufsystem hängt nicht bloß von der Arbeit des Herzens ab, sondern auch von den Widerständen, welche diese Arbeit an der Peripherie zu überwinden hat. Und gerade diese Widerstände sind in Fällen, wie wir sie hier im Auge haben, ausnehmend groß. Das Herz wird durch die incompressible Blutflüssigkeit, über die es sich zusammenziehen und die es aus seiner Höhle entleeren muß, passiv gedehnt, denn die Contraction der Herzmusculatur hält nicht Schritt mit der Entleerung der Herzhöhlen. Darum ist auch Dilatation des Herzens eines der ersten Zeichen einer beginnenden acuten und chronischen Insufficienz seiner Musculatur und Zunahme oder Abnahme der Herzdämpfung in Fällen von Herzinsufficienz ein Maßstab für die Leistungsfähigkeit der Herzmusculatur, der man erst seit einigen Jahren die — wenn man so sagen darf — verdiente Aufmerksamkeit zuzuwenden begonnen hat. „Es gelingt — sagt JÜRGENSEN — vom rein klinischen Standpunkte aus, in dieser Frage eine klare und eindringende Uebersicht zu gewinnen, sobald man den anatomischen Befund „Entartung der Herzmusculatur“ und die daraus unmittelbar sich ergebende Folgerung „Störung der Herzarbeit“ zum Mittelpunkte der Betrachtung wählt.“

Die durch Veränderung der Integrität der Herzmusculatur erzeugten Erkrankungen stehen — und mit Recht — so sehr im Vordergrund der Beachtung, daß Herzinsufficienz und Herzmuskelinsufficienz geradezu als Synonyma gelten können, denn die Arbeitsleistung des Herzens ist ja in allererster Linie abhängig von der Beschaffenheit seiner Musculatur. Und gerade diese Function leidet bei Alkoholikern überaus stark, individuell langsamer oder rascher, immer jedoch in allererster Linie. Räumt man diesen neueren Gesichtspunkten den Platz in der Herzpathologie ein, der ihnen von rechtswegen schon lange gebührt, dann fallen damit von selbst gewisse veraltete Vorstellungen, und Ansichten, die schon lange um Anerkennung gerungen, die hie und da auch schon schüchtern geäußert worden sind, müssen schließlich zur Geltung gelangen, da sich durch sie Pathologie und Klinik in vorher ungekannter Uebereinstimmung zusammenfinden.

Daß in dem RUMPF'schen Falle ein Fall von Insufficienz des Herzens, von Insufficienz der Herzmusculatur vorliegt, dürfte nach all dem, was uns die heutigen Anschauungen der Autoren über die Herzinsufficienz lehren, kaum zu bezweifeln sein, ebenso wenig die Vertretung des Standpunktes, daß die Insufficienz, bzw. Dilatation der Herzhöhlen, ein vorher hypertrophisch gewordenes Herz betroffen hat. Darauf weist ja nach dem Gesagten schon die Anamnese des Kranken.

Spricht der Percussionsbefund RUMPF's dagegen? Keineswegs. Man kann vielmehr behaupten, daß er die Volumszunahme des Herzens geradezu bestätige.

Das Herz eines Mannes von 203 Pfund Gewicht, der durch Jahre täglich ungefähr 8 Liter Bier trinkt, unterliegt neben den Veränderungen, die man in ihrer Gesamtheit als „Cor adiposum“ bezeichnet, der Hypertrophie, und wenn dieser Mann, vielleicht weil bereits die Zeichen beginnender Insufficienz auftraten, eine forcirte Entziehungscur „auf das Energischste“ durchführt, durch die er sehr rasch 50 Pfund an Gewicht verliert, wird es durch bereits entwickelte und durch die Entziehungscur vermehrte nutritive Veränderungen insufficient. Es entsteht so oftmals ein Zustand, den BAMBERGER als „Erschlaffung des Herzens“ bezeichnet hat und dessen Hauptsymptom Dilatation der Herzhöhlen ist.

Wir haben nun einen abgemagerten Riesen vor uns, von beträchtlichem Brustumfange und einer Herzdämpfung, die nach rechts bis zum Sternum reicht und diesem entlang

⁵⁾ Die besseren Resultate der Tastpercussion kommen hier natürlich nicht in Betracht.

⁴⁾ Die Entstehung der Dehnung während der Systole wird durch die physiologische Eigenschaft des Muskels begünstigt. Nach E. WEBER ist die Elasticität des contrahirten Muskels kleiner als jene des schlaffen Muskels.

5½ Cm. mißt, deren obere und linke Grenze „normale“ Form zeigen und deren Basis 6½—7 Cm. beträgt; der Spitzenstoß findet sich im 6. Intercostalraume, 6½ Cm. von dem linken Brustbeinrande.

Diese Herzdämpfung ist nach dem Gesagten sicherlich relativ sehr groß und das Volumen dieses Herzens ohne Frage bedeutend vergrößert. Die Dämpfungsfur in Linkslage ist — wie RUMPF selbst erwähnt — eine Bestätigung dieser Annahme, die durch den Befund in Rechtslage keineswegs — wie RUMPF behauptet — entkräftet wird.

Unter die Behelfe, in Fällen, wo sich die Herzpercussion etwa durch Emphysema pulmonum schwierig gestaltet, und eine vorhandene Volumszunahme des Herzens sich der Percussion in Rückenlage größtentheils entzieht, empfahl GUMPRECHT, einem Gedankengange DRESCHER's folgend, den Kranken seinen Rumpf bis zu einem Winkel von 45° vorwärtsbeugen zu lassen. Wenn dabei die Wirbelsäule nicht gestreckt, sondern nach rückwärts convex gehalten wird, vergrößert sich die Herzdämpfung. Man kann GERHARDT vollkommen darin zustimmen, daß von dieser Thatsache zur Ausmittelung hinter den Lungenrändern verborgener Herzhypertrophie Nutzen gezogen werden kann. Darum empfiehlt mit Recht auch ROMBERG bei tiefem Thorax oder Lungenemphysem die Percussion in vornübergebeugter Haltung.

Beitrag zur Entstehungsweise

von

subpleuralen Ekchymosen (Tardieu'schen Flecken) bei Erstickten.

Von **Dr. M. Ebersson** in Tarnów.

Bevor ich zur Besprechung der als TARDIEU'sche Flecke bekannten Erscheinung in den Leichen Erstickter schreite, will ich kurz den auch in anderer Hinsicht interessanten Fall mittheilen, der mir dazu Veranlassung gegeben hat.

Im Orte G. wurde am 17. September das 3 Monate alte Kind einer Bäuerin im Bette, das es mit der Mutter und einem 6jährigen Bruder theilte, todt aufgefunden. Das Kind, das stets ganz gesund war, wurde in der Nacht — wie allabendlich — von der Mutter zur Brust genommen, worauf sowohl das Kind als auch die Mutter einschliefen. In der Frühe bemerkte die Mutter, daß das Kind nicht neben ihr, sondern quer im Bette liege und überzeugte sich bald, daß es kein Lebenszeichen gab. Da das Kind ein uneheliches war, eine Nachbarin ein Schreien des Kindes in der Nacht gehört haben will und überdies am linken Fuße des Kindes eine verbreitete Hautabschürfung vorgefunden wurde, leitete das Gericht eine Untersuchung ein, gestützt auf die Annahme des Todtenbeschauers, die Hautabschürfung bewiese eine Abwehr des Kindes gegen die äußere Gewalt, und man müsse annehmen, daß die Mutter dieselbe habe wahrnehmen können.

Die Obduction, die am 23. September vorgenommen wurde, ergab:

1. Am Secirtische liegt die Leiche eines ca. 3 Monate alten Kindes, weiblichen Geschlechtes, von normalem Körperbau, sehr guter Ernährung.

2. Die Hautdecken blaß, am Rücken und den hinteren Flächen der unteren Extremitäten verbreitete Todtenflecke von dunkelrother Farbe, die nach Einschneiden der Haut als solche constatirt wurden.

3. Die Corneae trübe, Pupillen mäßig weit.

4. Aus den Nasenöffnungen ergießt sich hellgelbe, schäumige Flüssigkeit in mäßigen Mengen.

5. Die Mundhöhle frei, die Zungenspitze ist vor dem Process. dent. der Kiefer gelegen.

6. An der äußeren Fläche der linken unteren Hälfte des Ober- und der oberen Hälfte des Unterschenkels ein unregelmäßig ovaler Fleck von dunkelbrauner Farbe, dessen Oberfläche trocken und glatt ist. Nach Anschneiden dieser Stelle sieht man, daß die Ränder der oberflächlichen Schichten der

Haut blutig imbibirt sind, die tieferen Schichten jedoch blaß erscheinen.

7. Weder am Halse, noch sonst am Körper wurden Zeichen einer Verletzung vorgefunden.

8. Die Weichtheile der Schädeldecke blaß, die Schädelkappe normal. Sowohl harte als weiche Hirnhaut dendritisch mit Blutgefäßen bedeckt. Das Gehirn sonst blaß, von breiiger Consistenz, ist normal, ebenso das Kleinhirn und auch das verlängerte Mark.

9. Der Kehlkopf und die Trachea frei von Fremdkörpern, die Schleimhaut blaß, mit Ausnahme der Stimmbänder, die stärkere Blutfülle und leichtes Oedem aufweisen.

10. Die linke Lunge frei, überall lufthaltig, an der Oberfläche marmorirt. An der linken Seite und mehr nach rückwärts eine 10 Cm. lange doppelreihige Schnur von hellrothen Ekchymosen unter der Pleura, von der Größe eines Flohstiches bis zur Hanfkorngröße. Symptome von Lungenödem.

11. Die rechte Lunge weist nur an der Berührungsfläche des oberen mit dem mittleren Lappen ca. 6 hanfkorngroße Ekchymosen auf. Sonst Oedem.

12. Herz von normaler Größe, in der Systole, die Vorhöfe enthalten spärliche Mengen flüssigen Blutes, der rechte Ventrikel ein nußgroßes dunkelrothes Gerinnsel.

13. Das Blut im Herzen und den Gefäßen ist dunkelroth, in den letzteren flüssig.

14. Andere Organe: Leber, Nieren, Milz normal.

15. Im Magen ca. 50 Grm. milchartiger zäher Flüssigkeit. In dem Darne gelber Stuhl.

16. Die Urinblase leer.

Das Gutachten lautete:

Auf Grund des Befundes sagen wir aus, daß das obducirte Kind eines gewaltsamen, schnellen Todes durch Erstickung starb.

Wegen Mangels von äußerlich sichtbaren Zeichen von Gewaltanwendung ist anzunehmen, daß die Erstickung durch Verstopfen der Nasen- und Mundöffnungen mittels eines weichen, schweren Gegenstandes, z. B. der Mutterbrust oder der Federdecke des Bettes, erfolgt ist.

Die vorgefundene Hautabschürfung des linken Fußes ist bei Lebzeiten, eventuell in der Agonie des Kindes durch Reibung des Fußes an einem kantigen oder auch rohen Gegenstande, höchst wahrscheinlich wegen der in der Agonie bestehenden klonischen Krämpfe (Convulsionen) entstanden.

Hinzuzusetzen ist, daß ein an Erstickung sterbendes Kind nicht immer laut schreit und sich nicht herumwerfen muß, daß vielmehr häufig der Tod in vollständiger Ruhe eintritt.

* * *

Ich stelle mir die Sache so vor, daß das Kind in der Nacht mit dem Kopfe unter die Bettdecke zu liegen kam und hier erstickte. Schreien, eventuell Weinen war nicht zu hören, die Abschürfung des Fußes ist entweder bei den Abwehrbewegungen, wahrscheinlich aber während der Convulsionen entstanden.

Besonders aber interessirten mich die in der Leiche vorgefundenen Ekchymosen, die in großer Anzahl und Ausdehnung an der linken Lunge, in spärlicher Zahl hingegen an der rechten saßen. In anderen Organen waren keine zu finden.

Wenn wir die Lage des Kindes bei der Erstickung ins Auge fassen, die sich hier durch das Bestehen von Hautveränderungen an der linken unteren Extremität besonders günstig verrieth, so glaube ich nicht an Zufall und muß nothgedrungen die linke Seitenlage des erstickten Kindes mit der größeren Zahl der Ekchymosen auf derselben Seite in engen Zusammenhang bringen.

Das Auftreten von Blutaustritten unter der Pleura ist als Theilerscheinung einer venösen Stauung in den Brustorganen anzusehen; die Ekchymosen entstehen durch Berstung von

Capillargefäßen in dem subserösen Bindegewebe, verleihen der Pleura ein fleckiges Aussehen und lassen sich von derselben weder abkratzen noch abspülen. Schon RÖDERER bekannt, wurde die Erscheinung erst von DONDERS und TARDIEU genauer untersucht und gedeutet. Die bei Luftabschluß erfolgenden, meist tiefen Thoraxexcursionen haben eine Verminderung des interthoracischen Druckes zur Folge; eine Verminderung des Widerstandes in den Lungengefäßen und der Horror vacui verursachen ein lebhafteres Zuströmen des Blutes dahin, wo es schließlich wegen der verminderten Schnelligkeit des Blutstromes zur Stauung und in den Endstadien zum Austritt des Blutes aus den Gefäßen kommt. Da das kohlenäurereiche Blut aber schwer gerinnt, so wird die Lungenhyperämie und die Diapedese dort stärker auftreten, wo die physikalischen Momente günstige sind, i. e. an den am niedrigsten gelegenen Stellen, um so mehr als das Blut noch nachsickern kann zu einer Zeit, wo wegen des Herzstillstandes Blutaustritte an anderen Stellen nicht mehr möglich sind.

Daraus ergibt sich, daß Ekchymosen an solchen Stellen zahlreicher auftreten werden, welche bei der Lage des Ersticken am tiefsten gelegen sind, wie in unserem Falle links und rückwärts. In logischer Folge kann uns daher das Auffinden von zahlreichen Blutflecken auch ohne andere darauf hinweisende Symptome Anhaltspunkte für die Stellung der Leiche während des Erstickungstodes geben.

Dieses Moment ist in manchen Fällen nicht unwichtig, und darauf speciell an der Hand eines vorliegenden Falles hinzuweisen, war Zweck meiner kurzen Auslassungen.

Referate.

BÄUMLER (Freiburg i. Br.): Ueber acuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum.

Bei einer 25jährigen Pat. war zur Zeit der Rückbildung eines schweren Ileotyphus plötzlich und ganz unvermittelt eine Störung der Wegsamkeit des Darmes aufgetreten. Es wird hiebei von Anfang an eine Erscheinung besonders auffällig, nämlich die zunehmende Erweiterung des Magens und die rasche Ansammlung von Flüssigkeit in demselben trotz Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr und vorwiegender Ernährung per rectum. Bei der Autopsie zeigte es sich, daß der stark erweiterte und gefüllte Magen den unteren Theil des Duodenums gegen die Wirbelsäule abgeplattet hatte, und die Compression durch den Zug des in das Becken herabgesunkenen Dünndarmes an seinem Mesenterium gerade an der Durchtrittsstelle des Duodenums noch gesteigert worden war. In einem zweiten Falle ähnlicher Art konnte durch entsprechende therapeutische Maßnahmen Heilung erzielt werden („Münch. med. Woch.“, 23. April 1901). Wie aus den vorliegenden Mittheilungen hervorgeht, spielt die ganz acut auftretende, oft sehr beträchtliche Magenerweiterung oder die rasche Zunahme einer vorhandenen gewesen in Fällen dieser Art die hervorragendste Rolle unter den Symptomen. Dieselbe ist theils als primäre Ursache des Symptomencomplexes, theils, und zwar die hohen Grade derselben, als secundärer Folgezustand aufzufassen. Als begünstigende Ursachen dieser Form der Darmunwegsamkeit fanden sich angegeben: Größere Länge des Dünndarmmesenteriums; Magentiefstand (Gastroptose) als Theilerscheinung allgemeiner Enteroptose; Enteroptose in ihrem Einfluß auf die Lage des Duodenums und auf die Wurzel des Mesenteriums; die Lage der Duodeno-Jejunalgrenze in Beziehung zur Wirbelsäule; starke Lumballordose; hochgradige Abmagerung und Schwäche durch vorausgehende Krankheiten; chronische Magenerweiterung infolge erworbener oder angeborener Pylorusstenose; andauernde horizontale Rückenlage nach Operationen; sehr vollständige Entleerung des Darmes vor einer Operation. Direct veranlassende Momente waren in den bis jetzt beobachteten und genauer untersuchten Fällen: 1. Ueberfüllung des Magens mit Flüssigkeit oder Speisen, insbesondere bei bestehender Atonie des

selben oder einer bereits vorhandenen Dilatation. 2. Chloroformnarkose, Eintritt der Erscheinungen in unmittelbarem Anschlusse an dieselbe oder später. 3. Operationen an den Gallenwegen. 4. Anderweitige (gynäkologische) Laparotomien. 5. Compression des Thorax durch Anlegen eines Gypscorsets. Aus der Kenntniß der solchen Fällen zugrunde liegenden Ursachen ergibt sich die Behandlung. Es gelingt durch die Maßnahmen, welche den Druck des gefüllten Magens einerseits und die Zugwirkung der in das kleine Becken herabgedrängten dünnen Gedärme an ihrer Mesenterialwurzel andererseits aufheben, den Symptomencomplex zu beseitigen, wobei frühzeitiges Eingreifen erforderlich ist. Dasselbe besteht einmal in der Entleerung des überfüllten Magens durch die Schlundsonde in möglichster Beschränkung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr per os, sodann in einer solchen Lagerung des Kranken, daß der Dünndarm aus dem kleinen Becken herausgelangen kann und daß die Anspannung seines Mesenteriums behoben wird. Am wirksamsten für diesen Zweck ist die Knieellbogenlage, die unter Umständen durch geeignete Unterstützung des Kranken eine Zeit lang innegehalten werden muß, demnächst die Bauchlage. Als weitere Maßnahme könnte die Eingießung von Olivenöl nach der Magenausspülung, ebenso vorsichtige Aufblähung des Magens mittels Gebläses versucht werden. Lassen alle diese Maßnahmen im Stich, so könnte die Gastroenterostomie versucht werden. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, vor allem Vermeidung reichlicher Flüssigkeitszufuhr, Verabreichung breiiger Nahrung in kleinen Mengen, sorgfältige Controlle des Magens, um nöthigenfalls sofort zur Ausspülung zu schreiten. Ebenso ist die Prophylaxe bei prädisponirten Kranken, die sich in gleicher Richtung bewegt, von Wichtigkeit. M. K.

M. SAENGER (Magdeburg): Ueber die Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten.

Zerstäubte Flüssigkeit, welche man inhaliren läßt, verwandelt sich beim Eindringen in die Mund- und Rachenhöhle zum sehr großen Theile durch Zusammenfließen der kleinsten Tröpfchen sofort wieder in zusammenhängende Flüssigkeit, welche in mehr oder weniger dicker Schicht alle direct sichtbaren Theile, namentlich das Velum, die Gaumenbögen, den Zungenrücken und die hintere Rachenwand bedeckt. Es fragt sich nun, ob auch von diesem Theil der Inhalationsflüssigkeit, der den ihm vorübergehend aufgezwungenen Zustand des Zerstäubtseins wieder aufgegeben hat, etwas in den Kehlkopf oder in die tieferen Luftwege zu dringen vermag. Wenn dies auch möglich ist, so genügt es offenbar nicht, zum Beweise für die Zweckmäßigkeit der Einathmung zerstäubter Arzneilösung bei Erkrankungen der Luftwege in möglichst einwandfreier Weise festzustellen, daß eine solche Lösung überhaupt in den Kehlkopf, in die Bronchien und sogar in die Alveolen einzudringen vermag; es muß auch nachgewiesen werden, daß die Inhalationsflüssigkeit sich noch in zerstäubtem Zustand befindet, wenn sie diejenigen Stellen der die Luftwege auskleidenden Schleimhaut berührt, an denen sie schließlich haften bleibt. Denn nur wenn letzteres der Fall ist, kann der Zweck, der mit der Inhalation zerstäubter Arzneimittel angestrebt wird, nämlich eine möglichst feine und gleichmäßige Vertheilung des für wirksam gehaltenen Mittels an der erkrankten Schleimhaut, erreicht werden („Münch. med. Woch.“, 21. Mai 1901). Die in der Mund- und Rachenhöhle niedergeschlagene Flüssigkeit kann durch Hineintropfen, Sichverschlucken und durch Diffusion in den Kehlkopf gelangen. Bezüglich des Verhaltens in den tieferen Luftwegen zeigt es sich, daß je weiter die Inhalationsflüssigkeit in die Luftwege eindringt, desto geringer die Möglichkeit wird, in zerstäubtem Zustande zu verharren und daß es insbesondere wenig wahrscheinlich ist, daß diese Flüssigkeit in zerstäubtem Zustande weit über die ersten Bronchialverzweigungen herausgelangen vermag. Die nicht mehr in zerstäubtem Zustande befindliche Inhalationsflüssigkeit kann durch die Kraft der Inspiration noch recht gut in die tieferen und tiefsten Abschnitte des Athmungsapparates befördert werden. Wenn es sich auch nicht in Abrede stellen läßt, daß kleine Mengen noch in zerstäubtem Zustande befindlicher Inhalationsflüssigkeit unter Umständen in den Kehlkopf, die Trachea und die groben Bronchien hineingelangen

können, so sind diese Mengen so klein, daß sie eine wahrnehmbare therapeutische Wirkung nicht ausüben vermögen. Es erscheint aber vollständig ausgeschlossen, daß etwas von der inhalirten, zerstäubten Flüssigkeit in diesem Zustand in die kleineren und kleinsten Bronchien gelangt.

M. K.

MAX HÖNIGSBERGER (München): Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz.

Durch die Versuche wurden folgende Wirkungen des Nebennierenextractes festgestellt: 1. Die Steigerung des Blutdruckes infolge hochgradiger Contraction der Gefäße. 2. Verlangsamung und Verstärkung der Herzaction und der Pulse durch Reizung der Vaguscentra. 3. Verlängerung der Dauer der Muskelcontractionen bei Fischen und Säugethieren. Weitere Versuche haben gezeigt, daß die Nebennierenextracte periphere Wirkung besitzen, z. B. hochgradige Anämie der Conjunctiva bei directer Aufträufelung von Nebennierenextract auf dieselbe. Giftig wirken die Nebennierenextracte nur in großen Dosen, wenn die toxische und letale Dosis weit über derjenigen liegt, bei der eine wesentliche physiologische Wirkung ohne Schaden erfolgt. In der praktischen Medicin wurde die Verabreichung von Nebennierenextracten, abgesehen von deren Verwendung als Adjuvans zur Cocainanästhesie, bisher nur bei der ADDISON'schen Krankheit als Substitutionstherapie mit allerdings geringem Erfolge versucht. In jüngster Zeit hat STÖLTZNER über die Anwendung der Nebennierensubstanz zur Behandlung der Rachitis berichtet. Er verwendete im weiteren Verlauf seiner Versuche als Rachitol bezeichnete Plätzchen, von denen jedes 0.005 Grm. Nebennierensubstanz enthielt. Es wurden damit 76 Kinder behandelt, größtentheils mit günstigem Erfolge, auch wurde der Befund merkwürdiger Krystalle im Knochenmark der mit Nebennierensubstanz behandelten rachitischen Kinder berichtet. Verf. hat, durch diese Mittheilungen angeregt, 20 Fälle von Rachitis mit Suprarenal, und zwar soviel Centigramm täglich, als das Kind Kilogramm wog, später auch mit Rachitol behandelt („Münch. med. Woch.“, 16. April 1901). Die Resultate waren nicht so günstig wie die von STÖLTZNER mitgetheilten. Eine fortschreitende Besserung des ganzen Symptomencomplexes, welche fast bis zur Heilung des ganzen Krankheitsprocesses führte, konnte nur in einem Falle beobachtet werden, wobei die Wendung zum Besseren mit dem Eintritt der wärmeren Jahreszeit zusammenfiel. Das Allgemeinbefinden besserte sich in der Mehrzahl der Fälle bald nach Beginn der Behandlung. Bezüglich der Beschleunigung des Zahndurchbruches waren die Resultate der Behandlung sehr geringfügig; ein wenig besser erscheinen die Erfolge bezüglich der starken Schweiße. Die Craniotabes wurde wohl in der Hälfte der Fälle gebessert, was jedoch meist auf eine spezifische Wirkung der Nebennierensubstanz zurückzuführen ist. Die statischen Functionen ließen in 7 Fällen einen deutlichen Fortschritt erkennen. Die abnorme Weichheit des Thorax und die Lumbalkyphose ließen fast jeden günstigen Einfluß der Behandlung vermissen. An der Fontanelle wurde in 3 Fällen eine Verkleinerung im Verlaufe der Behandlung durch Messung festgestellt. Aus den Krankengeschichten des Verf. geht hervor, daß die Nebennierensubstanz keine spezifische Einwirkung auf die Rachitis ausübt. Dagegen kann man wohl mit Rücksicht auf die erwiesene Beziehung der Nebennieren zum Circulationsapparat und zum Athmungscentrum nach der Darreichung von Nebennierenextracten eine Hebung des Allgemeinbefindens erwarten. Es ist dies zwar ein wesentlicher Factor, der für die Heilung der Rachitis einen günstigen Boden schafft, aber eine solche einseitige Wirkung läßt sich auch mit anderen, billigeren Mitteln erzielen.

M. K.

ADRIAN (Straßburg): Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Klinisches und Experimentelles.

Es wurde schon früher darauf hingewiesen, daß die Appendicitis sich zu manchen Zeiten sehr häuft, daß sie epidemieartig auftritt, und daß im Anschlusse an Influenza sich oft Er-

krankungen des Wurmfortsatzes einstellen. Neuerlich theilt Vert. 7 Fälle von Appendicitis mit („Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 4 und 5), welche entweder von einer Angina ihren Ausgangspunkt nahmen, oder von rheumatischen Beschwerden eingeleitet wurden oder die in ihrem Verlaufe von Gelenksbeschwerden complicirt wurden, also der Ausdruck einer Allgemeininfektion waren. Einmal konnten im Eiter eines appendicitischen Abscesses Influenzabacillen nachgewiesen werden.

Verf. hat sich außerdem mit der Frage beschäftigt, ob man auf experimentellem Wege, durch Infection vom Blute aus, eine Appendicitis erzeugen könne. Die Versuche wurden mit verschiedenen Bacterienarten angestellt und führten zu dem Resultat, daß die Erzeugung einer Appendicitis durch Infection vom Blute aus beim Thiere möglich ist, und daß der Wurmfortsatz wahrscheinlich wegen seines Reichthums an folliculären Elementen, sogar eine besondere Prädispositionsstelle sei.

ERDHEIM.

PERTHES (Leipzig): Erfahrungen bei der Behandlung des Empyems der Pleura.

Verf. theilt die Resultate von 25 Empyemfällen, die an der chirurgischen Klinik in Leipzig mit seiner sogenannten Aspirationsmethode behandelt wurden, mit („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 4 u. 5). Die Methode beruht darauf, daß mittels einer Wasserstrahlpumpe eine dauernde Luftverdünnung im Pleura-raum erzeugt wird, und daß die Aspiration zur rascheren Ausdehnung der Lungen auch in veralteten Fällen von Empyem führt. Den möglichst luftdichten Abschluß der Pleurahöhle stellt Verf. durch die sogenannte Empyembinde aus Kautschuk her. Der Aspirationsbehandlung muß eine Rippenresection mit einer gehörigen Entleerung des Eiters und der Fibrincoagula aus der Pleurahöhle vorausgehen.

Die Methode hat sich, nach den an der Klinik gemachten Erfahrungen, sowohl in acuten als auch in chronischen complicirten Fällen bewährt, indem die ersteren rasch zur Heilung gebracht wurden und in den complicirten Fällen meistens eine rasche Verkleinerung der Höhle eintrat. Wenn dann die Verkleinerung der Höhle nicht mehr zunahm, genügte eine kleine Thorakoplastik, um die Fälle dauernd zur Heilung zu bringen.

ERDHEIM.

Aus der chirurgischen Klinik in Jena.

OTTO HARTMANN: Ueber die Behandlung der acuten, primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke.

In der chirurgischen Klinik zu Jena pflegt man die Eiterung der Gelenke, wie H. mittheilt („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie“, Bd. 57, H. 3/4), in folgender Weise zu behandeln:

a) Kniegelenk: Bei ganz leichten Infectionen einfache Punction mit nachfolgender Injection von 5%iger Carbolsäure in erster Instanz, in zweiter mit nachfolgender Einführung ganz kleiner Drains durch die Troicartanüle. Bei schwerer Infection wird das Kniegelenk eröffnet mit VOLKMANN'schem Resectionsschnitt ohne Durchtrennung von Patella und Strecksehne und mit großen Abflußrohren drainirt. Dauert die Eiterung dennoch an, werden die Gelenkenden resecirt mit Durchsägung der Patella. Wadenabscesse im Beginn sucht man durch Resection des Fibulaköpfchens mit Drainage nach hinten außen zu coupiren. Erst in letzter Instanz kommt die hohe Oberschenkelamputation.

b) Das Fußgelenk sucht man durch bogenförmige Längsschnitte, die hinter den Malleolen verlaufen, zu drainiren; event. fügt man die vorderen Schnitte zu beiden Seiten der Strecksehnen nach KÖNIG hinzu. Erst bei Mißerfolg hat man ein Recht, das Gelenk zu reseciren. Die Amputation kann nur ganz desolate Fälle treffen.

c) Das Hüftgelenk verfällt bei Erwachsenen der Resection; bei Kindern genügt es, falls kein Durchbruch in die Adductoren stattfand, den Kopf zu säubern und die Pfanne nach erfolgter Reposition des Kopfes durch eine Lücke in der hinteren Wand zu drainiren.

d) Handgelenk: Stets Resection.

e, f) Betreffs Ellenbogen- und Schultergelenk erlauben die bisherigen Beobachtungen noch kein abschließendes Urtheil.

R. L.

GROSSE (Halle a. S.): Zur Casuistik angeborener Knochen-defecte.

In einem Falle von angeborenem Defect der Tibia, infolge dessen der Unterschenkel im Wachsthum bedeutend zurückgeblieben war und nur ein unnützes, ja sogar störendes Anhängsel bildete, hat BRAMANN versucht, den Unterschenkel für das Gehen geeignet zu machen, und hat zu diesem Zwecke folgendes Verfahren eingeschlagen („Lang. Arch.“, Bd. 62, H. 4).

Er hat nach Bloßlegung der Fibula dieselbe oben zugespitzt und in eine in der Fossa intercondylica geschaffene Grube eingesetzt, dabei wurde aber auf die Erhaltung des Epiphysenknorpels geachtet, um das spätere Wachsthum der Extremität nicht zu hindern. Nach 6 Wochen war völlige Consolidirung der Knochen eingetreten und das Kind war, anfangs unter Mithilfe von Stützschiene, nach 2 $\frac{1}{2}$ Jahren ohne jede Stütze imstande, das operirte Bein als Stütze zu gebrauchen und sich damit leicht hinkend fortzubewegen. Die früher vorhandene Verkürzung von 5 $\frac{3}{4}$ Cm. hat sich inzwischen um 2 Cm. vermindert und die Fibula hat an Dicke bedeutend zugenommen. Der Fall ist um so interessanter, als schon anderweitig früher operative Eingriffe (Sehnedurchschneidungen, Redressement) ohne Erfolg an dem Kinde vorgenommen wurden und den Eltern des 5jähr. Kindes von ärztlicher Seite der Vorschlag der Amputation gemacht wurde, was die Eltern ablehnten.

ERDHEIM.

LUBARSC (Posen): Ueber das Verhalten der Tuberkelpilze im Froschkörper.

In einer scharfen Erwiderung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 14/15) wendet sich Verf. gegen die an dieser Stelle vor kurzem referirte Arbeit STON'S und betont, daß die in den Lymphraum eines Frosches eingeführten Tuberkelbacillen regelmäßig in die inneren Organe verschleppt werden, wo sie noch nach Wochen und Monaten nachweisbar sind. Während es an der Impfstelle nicht selten zur Bildung kleiner Granulationen nach Art der Fremdkörpertuberkel kommt, ist in den inneren Organen keine oder nur eine sehr geringe Reaction nachweisbar. Die in den Froschorganen deponirten Tuberkelbacillen sind nach wochenlangem Aufenthalte daselbst nicht imstande, bei Meerschweinchen Tuberculose hervorzurufen, was wahrscheinlich auf einem allerdings nur vorübergehenden Virulenzverluste beruht.

Dr. S.

STIEDA (Chemnitz): Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenie.

Aus der genauen Beschreibung des Falles („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 14/15) ergibt sich, daß bei der Obduction einer 68jährigen Frau eine Taenia saginata gefunden wurde, die intra vitam die Wand des Duodenums und des Pankreas durchbohrt hatte, wobei sie in letzterem nach verschiedenen Richtungen hin- und hergezogen war. Im Anschluß an seinen Fall bringt Verf. eine Zusammenstellung der einschlägigen Literatur, wobei allerdings kein vollkommen entsprechender Fall gefunden wurde.

Dr. S.

VIALA (Paris): Les Vaccinations antirabiques à l'institut Pasteur en 1899.

In der Pariser Schutzimpfungsanstalt gegen Wuth wurden dem vorliegenden Jahresbericht zufolge („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 487) im Jahre 1899 1614 Personen behandelt; von diesen sind 10 Personen an Wuth gestorben. Vier Gestorbene sind jedoch abzurechnen, da ihr Tod innerhalb der ersten 15 Tage nach Abschluß der Behandlung eintrat. (Durch Experimente am Hunde ist bekanntlich festgestellt worden, daß das Centralnervensystem erst 15 Tage nach Abschluß der Behandlung thatsächlich immunisirt

ist.) Es werden ferner zwei weitere Fälle ausgeschieden, die bereits während der Behandlung starben, so daß die Statistik mit 4 Todesfällen, i. e. mit einer Mortalität von $\frac{1}{4}$ ‰ schließt.

Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Die Krankheiten der Nase und des Halses, ihre Beziehungen zum Gesamtorganismus und ihre Bedeutung für die Singstimme. Von Dr. Friedrich Ernst. Berlin und Leipzig, Adolf M. Köllner.

Verf. vorliegenden Buches hat, wie er selbst im Vorworte hervorhebt, sich die Aufgabe gestellt, die Errungenschaften der Wissenschaft, soweit sie sich auf das Wesen und die Bedeutung der Erkrankungen der oberen Luftwege für die übrige Gesundheit und die Stimme beziehen, in einer dem Laien verständlichen, populären Weise darzustellen, und hat diese Aufgabe unseres Erachtens glücklich gelöst. Man mag ja die Popularisirung der „Heilwissenschaft“ grundsätzlich verdammen, eine Belehrung des Laien über Wesen und Entstehung der Erkrankungen und der durch diese bedingten störenden Folgezustände kann jedoch nur von Nutzen sein, denn „die Heilwissenschaft in ihrer modernen Form beschränkt sich nicht bloß auf die Lehre, wie man Krankheiten heilt (das ist Sache des Arztes), sondern sie erblickt ihre vornehmste Aufgabe vielmehr darin, wie man Gesundheitsstörungen vorbeugt und die Entstehung von Krankheiten verhindert“, und sie kann dieses Ziel umso besser erreichen, je weiter Kreise sich diese Erkenntniß bemächtigt, auf deren verständnißvolle Mitwirkung der Arzt bei seinen Anordnungen rechnen kann.

Nach einer kurzen, übersichtlichen Darstellung des Baues und der Functionen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes folgt die Besprechung der einzelnen Erkrankungen dieser Organe, namentlich in ihrer Beziehung zum Gesamtorganismus, sowie jener Störungen, welche bei Allgemeinerkrankungen sich auch in den oberen Luftwegen, insbesondere auf die Stimme bemerkbar machen. Therapeutische Angaben sind absichtlich vermieden, denn das Buch soll keine „Heillehre“ sein, sondern es soll den Laien mit den Bedingungen bekannt machen, unter welchen seine oberen Luftwege, und unter diesen insbesondere das Stimmorgan, ihre Integrität bewahren können, und wenn dieselben erkranken, wie man es verhüten kann, daß die Erkrankung von diesen aus auf den übrigen Körper sich fortpflanze, ferner wie diese bei Allgemeinerkrankungen zu schonen sind, um nicht ebenfalls von Störungen heimgesucht zu werden. Sänger und Berufsredner werden dem Autor für diese Belehrungen besonderen Dank wissen.

ROTH.

Beiträge zur Augenheilkunde. Von Dr. Lud. Schmeichler in Brünn. 46. Heft: Die Augenhygiene am Eingange des XX. Jahrhunderts.

Das Ziel, das sich der Autor gesteckt hatte, war, eine Säculararbeit über dieses Capitel in dem Sinne zu liefern, daß der Stand der Augenhygiene von heute mit dem vor 100 Jahren verglichen werden sollte. Da jedoch der Vergleichsgegenstand, nämlich die Augenhygiene, bei Beginn des XIX. Jahrhunderts angeblich fehlte, so mußte auch der Vergleich fortfallen, und SCHMEICHLER bringt in großen Zügen den Stand der Augenhygiene der Gegenwart. Die Arbeit zeigt ungemeinen Fleiß; es ist alles Bemerkenswerthe in der Literatur berücksichtigt und sind manche Capitel, wie das der Conjunctivalerkrankungen, Verletzungen und Schädigungen des Auges im Gewebe mit besonderer Liebe bearbeitet. Von Interesse ist das Schlußwort des Verfassers: Was können wir vom XX. Jahrhundert erwarten? Antwort: Das Aufhören der Blennorrhoe der Neugeborenen und das Verschwinden der Erblindung aus diesem Grunde aus der Statistik, ebenso wie nach acutem Glaukom und Syphilis. Vermindert werden sein die verhütbaren Verletzungen und die sympathische Ophthalmie und die Erblindungen durch Trachom. „Wird man des Trachoms Herr werden? Vielleicht; wenn es einem Glücklichen gelingen wird, den Trachomerreger zu ent-

decken.“ Hinzufügen müssen wir jedoch, daß der Fortschritt der Industrie andererseits wieder neue Krankheitsursachen und also auch neue Erblindungsmomente erzeugen wird. Das darf uns jedoch nicht hindern, den Kampf gegen die Erblindung nur umso eifriger fortzuführen.

KÖNIGSTEIN.

Synoptische Tafeln zur Diagnostik der Herzklappenfehler nebst anatomisch-physiologischen Schemata des Circulationsapparates für Aerzte und Studierende. Von Dr. L. Vorstädter. Berlin 1901, August Hirschwald.

V. stellt es sich im vorliegenden Werke zur Aufgabe, die zur physikalischen Herzuntersuchung notwendigen Elementarkenntnisse schematisch darzustellen. Die Auscultationspunkte sind an der vorderen Wand eines Torso als vier durchlöchernde Kreise angebracht. Mittels eines Schiebers läßt sich in sämtliche „Auscultationslöcher“ der Buchstabe „S“ (syst. Geräusch) oder „D“ (diast. Geräusch) einstellen; gleichzeitig erscheint auf dem Schieber automatisch der Name des entsprechenden Klappenfehlers. Der beigegebene Text ist compendiös, gut gewählt und übersichtlich angeordnet. Das Ganze hat die Vorzüge und Fehler alles Schematischen, es

präcisirt das Schulgemäße und vernachlässigt alles nicht Typische; nun ist aber gerade das letztere sicherlich das häufigere. BR.

Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Ein Vortrag von Doc. Dr. P. H. Gerber in Königsberg.

Maßregeln zur Verhütung der Ohreiterungen. Zur Vertheilung in Familien, Schulen, Fabriken etc. durch Aerzte, Lehrer, Aufsichtsbeamte u. a. Von demselben. Berlin 1900, S. Karger.

Zwei Schriftchen, die, für das große Publicum bestimmt, wohl auch ihren Zweck erreichen dürften, gewisse, dort eingewurzelte Vorurtheile auszurotten und auf diese Weise schreckliches Unheil zu verhüten. Oder sollten wir richtiger sagen: es wäre zu wünschen, daß die Anregungen des Autors auf fruchtbaren Boden fallen mögen? Den Menschen ist ja nicht immer leicht zu rathen — zumal zu ihrem eigenen Nutzen. Es ist nicht nothwendig, auf den Inhalt dieser populär gehaltenen Abhandlungen hier des Näheren einzugehen. Aber wir können sie mit ruhigem Gewissen bestens empfehlen. Denn sie sind wirklich danach angethan, dem Laien beherzigenswerthe Winke zu geben, ohne ihn zu verderblichem Selbsteingreifen zu verleiten.

EITELBERG.

Feuilleton.

Italienischer Brief.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

I.

Rom, Ende Mai 1901.

Auf Anregung LOMBROSO'S hat ANTONINI eine statistische Zusammenstellung zu Ende gebracht über die Preise des Korns und des türkischen Weizens während der letzten 15 Jahre in Italien und die Zahl der Pellagrakranken in der gleichen Zeitperiode. Er fand einen ausgesprochenen Parallelismus. In den Jahren, während welcher die Getreidepreise niedrig waren, 1883, 1885 und 1894, war auch die Zahl der Pellagrakranken gering. Der Zusammenhang ist ein so klarer, daß die eine Ziffer als Index der anderen betrachtet werden kann. Diese Thatsache scheint auf den ersten Blick die Wahrheit des Satzes umzustößen, daß im türkischen Weizen die ausschließliche Ursache der Pellagra zu suchen sei. Genauere Betrachtung aber lehrt folgendes: Mais ist, wenn er frisch und gesund ist, sicher unschädlich, sicherlich nicht pellagrogen. Genießt der Bauer gesunden Mais und nicht schlechte Sorten aus Amerika, zumal den von Griechenland und Rumänien von dort nach Italien transportirten, immer verdorbenen, dann erkrankt er niemals. Schlechte, minderwerthige, verdorbene Sorten nimmt der italienische Bauer nur, wenn der gute theurer ist, und das ist nun leider bei hohen Getreidepreisen immer der Fall. So empfindet unser armer unglücklicher Landmann die Theuerung der Lebensmittel und erleidet Schaden in physischer und psychischer Hinsicht.

Die Gynäkologen und Geburtshelfer Italiens discutiren seit einigen Wochen in ungemein lebhafter Weise die Wahl des Sitzes des nächsten internationalen Gynäkologen-Congresses. Die hervorragendsten gynäkologischen Kliniker Italiens MORISANI, CALDERINI, MANGIAGALLI, PESTALOZZA stimmen darin überein, daß für diesmal unbedingt eine italienische Universitätsstadt zu erwählen sei. Müssen wir nachgeben, sagen sie, dann könnte es bloß Rußland sein, dem wir — dies einmal allerdings gerne — weichen, und zwar deshalb, weil in Petersburg unter Intervention des Czaren die neue gynäkologische Klinik zur feierlichen Eröffnung gelangen soll. Sollte sich die Möglichkeit ergeben, daß die Petersburger Klinik in kurzer Zeit zur Eröffnung gelangt, dann rückt unser Land an zweite Stelle. Trifft dies jedoch nicht zu, dann hat im Sinne mehrerer Gründer des Congresses derselbe diesmal unbedingt in unseren Landen zu tagen.

Im Laufe dieses Jahres hat die medicinische Klinik von Siena eine moderne Ausgestaltung und bedeutende Erweiterung

erfahren. Sie dankt es hauptsächlich der trefflichen Fürsorge ihres Leiters, Professor PATELLA, der in echt humanem und wissenschaftlichem Streben kein Opfer gescheut hat, um das Institut zu einem modernen, im wahren Sinne des Wortes umzugestalten. Die medicinische Klinik verfügt nunmehr über einen prächtigen Hörsaal mit allen nothwendigen Untersuchungs- und Demonstrationsbehelfen, über ein großes chemisches Laboratorium, das auch den Studenten jederzeit zur Verfügung steht. Archiv, Bibliothek, Instrumentarium stehen unter der directen Leitung des Vorstandes der Klinik. Mit der Klinik selbst stehen ein bacteriologisches und ein experimentell-pathologisches Institut in innigem Zusammenhange. An das Ambulatorium ist eine Abtheilung für Elektro- und Hydrotherapie angegliedert. Das ganze Institut functionirt bereits unter der Leitung seines unermüdlichen und genialen Leiters PATELLA zum Segen der Bevölkerung und zum Ruhme unseres Vaterlandes.

Ein Project zur Verbesserung der ärztlichen Fürsorge für Unbemittelte ist jüngst dem Gemeinderathe von Rom unterbreitet worden. Der ärztliche Dienst soll durch dasselbe in folgender Weise geregelt werden: Er zerfällt in ambulatorische und häusliche Dienstleistungen; die ersteren werden in regionären kleineren Ambulatorien und in einer großen Centrale erstattet. Jeder Gemeindefürsorge soll im Ambulatorium die unbemittelten Kranken seines Rayons behandeln; er wird dabei von zwei Studenten der Medicin und zwei Krankenwärterinnen unterstützt. Das große Ambulatorium würde Specialisten und Privatdocenten zu reserviren sein.

Im Locale der Union „XX Settembre“ sind vor kurzem die Aerzte der Spitäler Roms zu einer Vereinigung zusammengetreten, welche die Verbesserung der Lage der Spitalsärzte und den Schutz ihrer Interessen zur Aufgabe hat. Ein provisorischer Ausschuß unter dem Vorsitze RAFFAELE BASTIANELLI'S ist eben damit beschäftigt, ein ihren Zwecken dienendes Reglement auszuarbeiten und in Vorschlag zu bringen. Am Schlusse des ersten Verhandlungstages wurde folgende Resolution einstimmig angenommen: Die Aerzte der Spitäler Roms erklären sich von nun ab solidarisch in der Verfolgung des Zieles, ihre Rechte gegenüber den Eingriffen beeinträchtigender Factoren zu wahren und zu schützen.

Der 4. Congreß der italienischen Kinderärzte wird unter dem Vorsitze FRANCESCO FEDE'S vom 15.—20. October zu Florenz tagen. Die Titel der Referate und die Namen der Referenten lauten: „Ueber primäre infantile Atrophie“ — FEDE (Neapel) und BESTI (Bologna); „Ueber Sepsis des Respirationsapparates in früher Kindheit“ — MYA (Florenz) und MENSI (Turin); „Die acuten toxischen Infectionen des Verdauungstractes der Säuglinge“ — CONCETTI (Rom) und GUACTA (Mailand).

Das erste Malariagesetz ist in Italien in Vorbereitung, und es wird zweifellos bei gewissenhafter Ausführung, vorausgesetzt

daß es überhaupt zur Annahme gelangt, zur größten Segnung für Land und Volk werden. Es ist ausgearbeitet von dem hervorragenden Hygieniker **CELLI** und einigen anderen Fachleuten und besteht aus fünf Bestimmungen. Die erste fordert eine amtliche Erklärung über mit Malaria behaftete Landestheile. Die zweite sieht die kostenlose Vertheilung von Chinin durch die städtischen Behörden an die Armen vor und eine Steuer zum Zwecke der Erhebung der dazu nöthigen Mittel, die dritte macht es der Regierungsbehörde oder den Regierungsbeamten, die für die Ausführung öffentlicher Arbeiten verantwortlich sind, zur Pflicht, bei Entstehung von Malariaerkrankungen unter den Arbeitern diesen kostenlos Chinin zu verschaffen, und bestimmt ferner, daß im Falle eines Todes oder dauernder Arbeitsunfähigkeit infolge einer Malariaerkrankung Schadenersatz geleistet werden muß, die vierte verordnet den Schutz gegen den Zutritt von Insecten zu allen Häusern innerhalb einer Malariazone, die von Beamten oder Arbeitern des öffentlichen Dienstes bewohnt werden, in der Jahreszeit von Anfang Juni bis Ende December; ferner werden allen Eigenthümern und Fabrikanten Belohnungen bis zu 1000 Lire zugesagt, wenn sie ein Gleiches für die Häuser ihrer Beamten und Arbeiter thun. In dem 5. Artikel wird der Regierung die Ermächtigung zu etwa nothwendigen weiteren Maßregeln zwecks Bekämpfung der Malaria ertheilt, falls solche von dem obersten Sanitätsrathe und dem Staatsrathe bewilligt werden.

Noch kurz vor seinem Tode hat **BIZZOZERO** dem Senate einen Entwurf für ein Gesetz über den Verkauf des Chinins vorgelegt. Heutzutage, wo es bekannt ist, wie die Malaria sich verbreitet, gilt ja Chinin nicht allein als ein Heilmittel, sondern auch als ein sehr wirksames Prophylacticum. Ein großer Theil der Kranken hat aber bisher die Vortheile der Verwendungsweise nie genießen können, entweder weil diese Armen allzu weit von Apotheken wohnen, oder weil sie die Mittel nicht besitzen, sich Chinin zu kaufen. **BIZZOZERO** schloß sich nun dem Vorschlage des Deputirten **WOLLENBORG** an. Diesem Vorschlage entsprechend sollte Chinin fortan ungemein billig (20 Cent für 1 Grm.) verkauft werden. Für beste Qualität wäre durch staatliche Controle und auch in der Weise zu sorgen, daß alles zu verkaufende Chinin in Staatsinstituten geprüft würde; auch sollten nicht bloß die Apotheken das Verkaufsrecht für Chinin besitzen. In allerletzter Zeit ist nun die Neueinrichtung des Chininverkaufes schon weit vorgerückt. Sie ist fast ganz dieselbe wie die für den Verkauf von Tabak und des Salzes. In Rom wird eine Centralchininfabrik eröffnet werden, und von dieser werden dann die drei Chininsalze an die Depots abgeliefert vermittelt der Finanzintendanz. An alle Apotheker Italiens ist nun ein Circular versandt worden, in welchem die Apotheker befragt werden, ob sie sich bereit erklären, unter den vorgeschriebenen Bedingungen und zu den vorgeschriebenen Preisen die Chininsalze an das Publicum zu verkaufen. Die Apotheker haben zwei Monate Zeit, um darüber Beschluß zu fassen und entweder anzunehmen oder abzulehnen. Die meisten Apothekervereine haben beschlossen, die Bedingungen des Chininverkaufes nicht anzunehmen. Wohl niemand, der mit den humanitären Anschauungen der Apotheker Italiens vertraut ist, hat eine andere Antwort erwartet.

Pa.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber das **Dionin** berichtet **GÜNZBURG** („Journ. Méd. de Bruxelles“, März 1900). Das Dionin wirkt minder schmerzstillend als das Morphium, ist aber von anhaltenderer Wirkung als das Codein. Es beeinflußt den Respirationsapparat in keinerlei Weise, ist in subcutaner Darreichungsform nicht schmerzhaft und führt nicht zur Angewöhnung. Auch in der Therapie der Augenkrankheiten findet das Dionin ein weites Indicationsgebiet. Einem Sammelreferate von **BOLTENSTERN** über Dionin („Allg. Med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 15 u. 16) ist zu entnehmen, daß das genannte Präparat die Reizbarkeit der Luftwege herabsetzt, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken. Es begünstigt vielmehr die Expectoration. Ferner entfaltet es eine allgemein beruhigende und hypnotische Wirkung. Namentlich aber ist die schmerzstillende Wirkung hervorzuheben.

— Das **Jodipin** hat als diagnostisches Mittel **F. WERNER** versucht („Wiener klin. Woch.“, 1901, Nr. 7). Die Verwerthbarkeit des Jodipin beruht auf der Eigenschaft, erst im Duodenum gespalten zu werden und auf dem Wege bis zum Pylorus intact zu bleiben. Seine Verwendung erfolgte zur Bestimmung der motorischen Magenthätigkeit, zur Diagnose der Insufficiencia pylori, als Indicator für den verminderten oder fehlenden Gallen- und Pankreassecretzuluß ins Duodenum, zur Diagnose des Resorptionsvermögens der Darmschleimhaut, zur Differentialdiagnose zwischen Ascites chylosus und chyliformis und bei Chylurie. Als Geschmacks-correctiv kann man Oleum oder Rotul. menth. piper. verabreichen. Die Kranken erhielten einen Kaffeelöffel voll Jodipin, und zwar durchschnittlich 2—3 Stunden nach dem Frühstück. Zum Nachweise des Jods wurde die mit Speichel befeuchtete Zunge wenigstens alle 5 Minuten mit Stärkekleisterpapier in Contact gebracht. Die Jodausscheidung dauerte 3—8 Tage.

— In der **Behandlung der perniciosen Anämie** hat **RUMPF** von der Zufuhr leicht assimilirbaren Kaliums Erfolge gesehen („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 18). Die Zukunft muß lehren, ob man es allein oder in Verbindung mit dem ohne Kalium als unwirksam erprobten Chinin und Eisenpräparaten gibt. **R.** führte Kalium in der Weise zu, daß die Patienten z. B. Infusionen einer 1%igen Lösung von Kalium bicarbonicum mit Ferratin 2·5 erhielten.

— Ueber **Stypticin** berichtet **SCHOSSBERGER** („Heilkunde“). Es ist ein gelbes, krystallinisches Pulver, das auf dem Platinblech ohne Rückstand verbrennt. In Wasser ist das Stypticin sehr leicht mit gelber Farbe klar löslich, auch löst es sich in reinem Alkohol. Zur Verdeckung des bitteren Geschmackes bringt **E. MERCK** das Stypticin in linsenförmigen, verzuckerten und unverzuckerten Tabletten mit einem Gehalt von 0·05 Grm. in Handel. Das Stypticin wird in relativ starken Dosen ohne jede Schädigung vertragen. Selbst wochenlanger Gebrauch des Stypticin hat keine unangenehmen Nebenwirkungen im Gefolge. Dies trifft auch für die subcutane Anwendung des Mittels zu, die zur schnellen Bekämpfung sehr starker Blutungen empfohlen wird. Man soll in diesen Fällen 2 Ccm. einer 10%igen wässrigen Lösung in die Glutäalmusculatur injiciren. **SCH.** hat das Stypticin hauptsächlich bei Endometritis gonorrhoeica et hypertrophica und bei atypischen Blutungen im Klimacterium unter Ausschluß aller carcinomatösen Erscheinungen angewendet. Das Stypticin wird nicht nur gegen Endometritis und Metritis, sondern auch bei Blutungen infolge schlechter Rückbildung der Gebärmutter nach Abort oder Geburt empfohlen, ferner gegen Menorrhagien, die durch entzündliche Erkrankungen des Beckenbindegewebes oder der Adnexa hervorgerufen wurden, ferner auch bei tuberculöser Hämoptyse und bei Nasenblutungen und ganz besonders bei Blutungen nach Zahnextractionen. In letzterem Falle gelangt es meistens in Form 30%iger Gaze oder Watte zur Anwendung.

— Ueber die **Behandlung der Nachtschweiß von Lungenphthisikern mit Tannoformstreupulver** berichtet **STRASBURGER** („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 3). Das von **E. MERCK** dargestellte Tannoform ist ein Condensationsproduct von Tannin und Formaldehyd. In Form eines Streupulvers (1 Theil Tannoform auf 2 Theile Talcum venetum) wird dieses Präparat gegen Fußschweiß oder andere locale Hyperhydrosen schon lange gebraucht und hat sich, wie allgemein anerkannt, von großer Wirksamkeit gezeigt. Das Verfahren besteht darin, daß mit einem Wattebausch diejenigen Stellen des Körpers, welche zum Schwitzen neigen, mit Tannoformstreupulver eingepudert werden. Die Wirkung des Tannoformstreupulvers äußerte sich bei einigen Phthisikern derart, daß unter Umständen die Nachtschweiß nach einer einzigen Puderung verschwanden, auch an Stellen, die vom Medicament nicht berührt worden waren. In anderen, und das waren die meisten Fälle, mußte jeden Abend frisch gepudert werden. Es hielt dies für die Dauer der Nacht vor. Nach drei- bis viermaligem Gebrauch setzte das Schwitzen dann öfters längere Zeit aus. In einigen anderen Fällen dauerte der Erfolg nur einige Stunden, so daß doch Atropin gegeben werden mußte. Man kann die Wirkung noch verstärken, wenn man den Puder nicht nur aufstreut, sondern in die Haut einreibt.

— Zur **Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargan** berichtet M. FÜRST in Hamburg („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 14), der 75 Gonorrhoe-Fälle mit dem genannten Mittel behandelt hat. Es handelte sich um 26 Erstinficirte, um 49 Patienten mit zweiter oder mehrfacher Infection; acute Formen wurden 52, chronische 23 mit Ichthargan behandelt. In chronischen Fällen, wo wenig schleimig-eiteriger Ausfluß bestand, hat F. durch Einführung von Ichtharganstäbchen (0·1) eine Reizung der Harnröhrenschleimhaut und Lockerung derselben veranlaßt, um dann mit Spülungen und Injectionen von Ichtharganlösungen und Einführung schwächerer Ichtharganbacillen die Behandlung fortzuführen. In zwei frischen Fällen, wo die Patienten ganz kurze Zeit nach der Infection in Behandlung traten, bereits aber gonokokkenhaltigen Ausfluß zeigten, hat Verf. durch tägliche einmalige Einführung eines Ichtharganstäbchens, das 3 Stunden in der Harnröhre blieb, nach welcher Zeit der Patient die Harnröhre mit Ichtharganlösung (0·05 : 200·1) mehrmals täglich ausspritzte, eine Heilung in 5, bezw. 6 Tagen herbeiführen können. Speciell für die Cassen- und Krankenhauspraxis hat das Mittel auch noch den besonderen Vorzug relativer Billigkeit. Während z. B. die 20%ige Protargollösung auf 200 Grm. 1·80 Mk. kostet, wird die gewöhnlich anzuwendende 0·05 oder 0·02 auf 200 Grm. enthaltende Ichtharganlösung mit nur circa 0·75, bezw. 0·65 Mk. berechnet.

— Ueber **Cephalalgia uraemica** bei Kindern und deren Behandlung berichtet COMBY („Der Kinderarzt“). Die Schmerzen treten im vollsten Wohlbefinden ein und können so heftig sein, daß sie die Kinder zum Schreien bringen, ein anderesmal sind sie weniger schmerzhaft. Die Dauer der Anfälle schwankt von kurzen, blitzartigen Momenten bis zu 15—20 Minuten; die Kopfschmerzen sind periodisch. So berichtet C. über ein Kind, bei welchem seit 18 Monaten alle 4, 6—8 Wochen derartige heftige Anfälle auftreten, die 7, 8—10 Tage dauern und in den genannten Intervallen wiederkehren. In den Zwischenzeiten ist das Kind ganz gesund. Charakteristisch ist bei allen diesen Kindern, daß sie von arthritischen Eltern stammen. Entsprechend der Actiologie hat auch die Behandlung eine diätetische zu sein und eine Verminderung der Harnsäure und Urate im Harn dieser Kranken zu bezwecken. Intern gibt man am besten:

Rp. Natr. bicarbon.
Magn. carbon. aa. 0·20
Pulv. nuc. vomic. 0·03
Mfp. Früh und Abends nach der Mahlzeit
1 Pulver in einem Löffel Zuckerwasser oder Milch zu nehmen.

Diese für Kinder etwa im Alter von 6 Wochen berechneten Pulver werden nach zehntägiger Verabreichung für ebenso lange ausgesetzt, um dann wieder ebenso lange gegeben zu werden. C. gibt auch Lithium, und zwar durchschnittlich 0·10 Lith. carb. oder benzoic. täglich, durchschnittlich 0·02 pro Altersjahr.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse.“)

VI.

STRAUSS (Berlin): Demonstration eines Präparates von sogenannter idiopathischer Oesophaguseiterung.

ST. demonstriert das von einem 29jährigen Manne stammende Präparat einer im mittleren und unteren Speiseröhrenabschnitt sitzenden „sackförmigen Oesophaguserweiterung ohne anatomische Stenose“, deren maximaler Umfang 15 Cm. und deren Längsausdehnung 30 Cm. betrug. Gleichzeitig bestand Apepsia gastrica mit motorischer Insufficienz des Magens. Bei der Besprechung der Pathogenese der Erkrankung betont St. die hohe Bedeutung von Läsionen der Oesophagus Schleimhaut für die Entstehung der Cardiospasmen und vert ritt die Anschauung, daß postfötale Entwicklungshemmungen bei der Entstehung der Krankheit eine große

Rolle spielen. Außerdem demonstriert St. noch einige die Diagnostik der Oesophagusdilatationen betreffende Apparate.

V. JAKSCH (Prag): Demonstration von multipler Periostitis.

Vortr. legt die Knochenpräparate vor, die zu einer eigenartigen, an myelogene Leukämie erinnernden Bluterkrankung gehören, die J. bei einem jungen Mädchen beobachtet hat. An einzelnen Knochen, besonders Radius, ist der Proceß während der Dauer der Krankheit ausgeheilt. Roentgenbilder veranschaulichen die periostalen Veränderungen an den Knochen. Während des Verlaufs der Erkrankung haben sich die mononucleären neutrophilen Leukocyten in immer ansteigender Zahl vermehrt, während die polynucleären sich ständig verminderten. Die eosinophilen Leukocyten nehmen erst kurz vor dem Tode zu. Später stellten sich auch große kernhaltige rothe Blutzellen ein, ferner polychromatisch degenerirte. Bei der Section fand sich ein Milztumor, das Knochenmark in den einzelnen Knochen mehr oder minder geschwunden.

STRUPPLER (München): Demonstration eines Falles von Hernia diaphragmatica.

Der junge Mann hat vor 6½ Jahren ein Trauma erlitten. Nach drei Monaten die ersten Beschwerden in der Brust nach der Nahrungsaufnahme. Die Affection ist lange verkannt worden, u. a. auch für Pyopneumothorax, wie häufig in solchen Fällen, gehalten worden. Vortr. demonstriert die typischen physikalischen Phänomene an der linken Thoraxhälfte. Roentgenbilder haben die Diagnose noch gesichert. Das Zwerchfellphänomen fehlt, die Gastrodiaphasie ergab ein negatives Resultat. Der Magen ist offenbar in der linken Brusthälfte ganz central bis zur Höhe der Mitte der Scapula gelegen und von Darm und Netz umgeben, die gleichfalls durch das Loch im Diaphragma mit hindurchgetreten sind.

V. HANSEMAN (Berlin): Ueber Lungensyphilis.

Die Möglichkeit, die Syphilis der Lungen mit Sicherheit als solche erkennen zu können, ist seit VIRCHOW bisher immer bestritten worden. Insbesondere kommt häufig Verwechslung mit tuberculösen Käseherden vor. Als beweiskräftig können nur solche Fälle gelten, welche bei gleichzeitiger Existenz noch anderer zweifelloser syphilitischer Prozesse im Körper in den Lungen die charakteristischen frischen, noch gut erhaltenen graurothen Käseknoten aufweisen, in denen sich weder durch das mikroskopische Präparat noch durch die Thierimpfung Tuberkelbacillen nachweisen lassen. Vortr. ist in der Lage, drei solcher Fälle nachweisen zu können (Demonstration), in denen die abgesetzten Gummata gut zu erkennen sind. In einem Falle sitzen solche auch auf der Pleura. Vortr. gibt noch eine genaue Entwicklungsgeschichte dieser Knoten, die in ihren weiteren Schicksalen (Fettmetamorphose und fibröse Narbenbildung) nichts Charakteristisches mehr haben.

LEVY-DORN (Berlin): Zur roentgoskopischen Dermographie.

Es ist ein Fehler aller Roentgenbilder, daß man an ihnen nicht genau die Lage erkennen kann, in welcher sich die durch sie dargestellten Organe während der Aufnahme befinden. Verlegt man aber die Bildfläche von dem Leuchtschirm auf die Haut, so umgeht man diese Schwierigkeit. L. hat sich bemüht, diese Kunst rationell und methodisch auszubilden. Er bespricht kurz seine früheren Verfahren zur Bestimmung von tief liegenden Theilen, wie Fremdkörpern mittels Hautmarkirung, und zur Feststellung der senkrechten Projectionen auf die Haut. Zum Schluß demonstriert er einen neuen Apparat, welcher sowohl bei liegenden, wie bei stehenden Patienten schnell und leicht die unmittelbaren Aufzeichnungen der inneren Organe, wie Herz und Zwerchfell, auf die Haut bei paralleler Verschiebung gestattet.

MICHAELIS (Berlin): Ein Fall von riesenzelliger Degeneration der blutbildenden Organe mit eigenartigem Blutbefunde.

Es handelt sich um eine 50jährige Frau, die vor 10 Wochen an Influenza erkrankt ist. Seit der Zeit war die Frau kachektisch, zeigte jedoch bei der Einlieferung ins Krankenhaus noch einen starken Panniculus adiposus. Bei der Untersuchung ergab sich ein enorm großer Milztumor; Lymphdrüsenanschwellungen waren dagegen nirgends vorhanden. Im Blute war eine geringe Vermehrung der

weißen Blutkörperchen (1:220), dagegen sehr viel Lymphocyten (75%) und 7% neutrophile Myelocyten; kernhaltige rothe Blutkörperchen waren nur in der ersten Zeit vorhanden, um später ganz zu verschwinden. Während des ganzen Verlaufes bestand keine hämorrhagische Diathese. Bei der Section zeigte sich die Milz enorm weich, die Lymphdrüsen nirgends geschwollen, das Knochenmark roth, aber nicht sehr weich; an den Knochen nirgends Veränderungen. Mikroskopisch fanden sich Riesenzellen im Knochenmark stark vermehrt, desgleichen Riesenzellen in den Lymphdrüsen, Milz und Leber; in letzteren beiden Organen waren noch geringe kleinzellige Infiltrationen. Bei der Beurtheilung des Falles muß eine acute Leukämie zunächst nicht angenommen werden. Wahrscheinlich handelt es sich um eine diffuse Erkrankung des Knochenmarks, aus dem die Riesenzellen dann verschleppt worden sind. Man kann demnach den Fall nur als eine der Leukämie ähnliche Erkrankung bezeichnen.

JAEGER (Königsberg i. Pr.): Ueber die Verbreitung epidemischer Cerebrospinalmeningitis.

Während früher keine gute Statistik dieser Krankheit vorhanden war, habe seit der Epidemie im 13. kgl. württembergischen Armeecorps diese Frage mehr Beachtung gefunden. Neben der bacteriologischen Untersuchung, die ja jetzt durch die Lumbalpunktion sehr häufig vorgenommen werde, spiele die statistische Untersuchung eine große Rolle. Allerdings könne man eine exacte Statistik erst dann erwarten, wenn die Seuchengesetze von den einzelnen deutschen Bundesstaaten herausgegeben sind. Nach Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes hat J. Tafeln angefertigt, die über die statistische Verbreitung der epidemischen Genickstarre guten Aufschluß geben. Dabei zeige sich die interessante Thatsache, daß eine exorbitante Verbreitung dieser Krankheit in einem kleinen, dicht bevölkerten Theil der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika zu finden sei, nämlich in den Staaten New-York, Massachusetts u. a. Hier sei ein Herd, in dem die epidemische Cerebrospinalmeningitis endemisch herrsche.

Notizen.

Wien, 8. Juni 1901.

Der VI. österreichische Aerztekammertag.

II. Der gerichtsarztliche Tarif.

Den zweiten Gegenstand der Tagesordnung des Kammertages, dessen Beschlüsse in der Meistercassenfrage wir in der vorwöchentlichen Nummer ausführlich mitgetheilt haben, bildete die Berathung des mit Erlaß vom 20. März d. J. herausgegebenen gerichtsarztlichen Tarifes, welcher den Aerzten eine herbe Enttäuschung gebracht hat. Wie der Referent der Wiener Kammer (Dr. GRUSS) ausführte, leide der Tarif an Hinterhältigkeit und enthalte Fallstricke, auf welche ein Arzt, der nicht fortwährend mit dem Tarife zu thun habe, kaum komme. Der Tarif sei viel schlechter als jener aus dem Jahre 1855.

Bemerkenswerth waren die Ausführungen des Delegirten der mährischen Kammer Dr. BRENNER, der zunächst auf das officiöse Communiqué reflectirt, welches das Amtsblatt in dieser Angelegenheit am Vortage des Kammertages veröffentlicht hat. Gewiß — bemerkte Dr. BRENNER — ist der Oberste Sanitätsrath das vom Reichssanitätsgesetze aufgestellte, berathende und begutachtende Organ der Regierung für Sanitätsangelegenheiten; es sind aber inzwischen, ebenfalls durch Gesetz, die Aerztekammern ins Leben gerufen worden und im § 4 des betreffenden Gesetzes heißt es ausdrücklich, daß ihnen von den Behörden Gelegenheit zu geben ist, in Angelegenheiten, welche die Interessen des ärztlichen Standes betreffen, ihr Gutachten abzugeben. Die Bemerkung, daß durch das Befragen der Aerztekammern eine Verzögerung der Reform herbeigeführt worden wäre, klingt mehr als sonderbar, wenn man einige Zeilen vorher in jenem Artikel liest, daß schon im Jahre 1886 !! ein Gutachten des Obersten Sanitätsrathes eingeholt wurde. Sich endlich darauf zu berufen, daß die Wünsche der Aerztekammern durch ihre Petitionen dem Ministerium bereits bekannt waren, ist eine ganz ungerechtfertigte Ausflucht; denn in diesen Petitionen

wurde insgesamt nur auf die geradezu lächerlichen Bestimmungen der alten Tarife hingewiesen, der Wunsch nach Aenderung dieser Tarife im Allgemeinen ausgesprochen und fast ausnahmslos die Beiziehung der Aerztekammern bei dieser Reform verlangt. Wenn in dem Artikel weiter gesagt wird, daß durch den neuen Tarif bei einzelnen Verrichtungen eine sehr wesentliche Erhöhung der Gebühren eingetreten sei, so ist dem gegenüber zu constatiren, daß eine solche wesentliche Erhöhung nur bei sehr wenigen, selten vorkommenden Verrichtungen stattfindet, und da meist nur, wenn die Maximalsätze zur Anwendung kommen. Eine bedeutende Erschwerung der Anwendung der höheren Sätze, ja schon von 10 K an, ist durch § 8 gegeben, der bestimmt, daß in diesen Fällen das Oberlandesgericht das Honorar zu bemessen hat. Was das in der Praxis zu bedeuten hat, weiß jeder, der in solchen Dingen je einmal mit Gerichten zu thun gehabt hat. Was die Behauptung anlangt, daß bei schweren körperlichen Verletzungen nahezu 50%ige Erhöhungen der bisherigen Ansätze stattgefunden haben, so sind das die Fälle, wo bisher 2 fl. 10 kr. = 4 K 20 h gezahlt wurden, dafür kommen jetzt 6 K; wo sind da 50%? Dazu kommt, daß aber viele Nebentaxen, die bisher berechnet wurden, nunmehr entfallen. In vielen Fällen ist die Gebühr der Aerzte aber direct herabgemindert worden, wie bei den zu bemessenden Diäten um 1 K. — Endlich ist dadurch, daß zahlreiche Bestimmungen ganz unklar und für einen Laien — und das ist doch der Richter! — vollkommen unverständlich sind, andererseits aber gerade dem Richter die Entscheidung in diesen Unklarheiten zusteht, mit allem Grunde anzunehmen, daß die Entscheidung nicht nach den Grundsätzen der Billigkeit, sondern danach ausfallen dürfte, was billiger kommt.

Schließlich wurde der von der Wiener Aerztekammer vorgelegte Entwurf einer Petition an den Justizminister einstimmig angenommen. Die Schlußsätze dieser Petition lauten:

Ohne auf eine nähere Besprechung des neuen Gebührentarifes einzugehen, erklären die gefertigten Aerztekammern, daß sie diesen Tarif in jeder Beziehung für unzulänglich halten, daß sie in ihm eine das Ansehen und die Würde des ärztlichen Standes herabsetzende Verfügung erblicken, und daß sie gegen die durch die beschämenden Tarifsätze herbeigeführte, ganz ungerechtfertigte Entwerthung der ärztlichen Leistungen sowie gegen die Umgehung der Aerztekammern auf das Entschiedenste Verwahrung einlegen.

Die Aerztekammern richten demnach an das k. k. Justizministerium die ergebene Bitte, den durch die Verordnung vom 20. März 1901, R.-G.-Bl. Nr. 4, aufgestellten neuen Tarif für die Gebühren der gerichtsarztlichen Sachverständigen in Strafsachen zurückziehen, einen neuen, dem heutigen Stande der medicinischen Wissenschaft und den ärztlichen Leistungen in gerechter Weise Rechnung tragenden Tarif ausarbeiten und denselben vor seiner Herausgabe den Aerztekammern im Sinne des § 4 des Gesetzes vom 22. December 1891 zur Begutachtung zumitteln zu wollen.

Durch Erfüllung dieser im Gesetze begründeten Forderung der Aerztekammern wird eine hohe Regierung die Aerztekammern dem Zwecke zuführen, für welchen sie auf die Initiative der Regierung hin von den gesetzgebenden Körperschaften geschaffen wurden und ohne welchen sie keine Existenzberechtigung besitzen.

* * *

Soweit der Aerztekammertag. Vor wenigen Wochen hatten die österreichischen Advocatenkammern Gelegenheit, sich gleichfalls mit einem Tarife zu beschäftigen, den ihnen die Regierung octroyiren wollte. Der Tarif ist spurlos verschwunden, denn wie Ein Mann hat die gesammte Advocatenschaft sich gegen ihn erhoben, die Advocatenkammern haben ihre Thätigkeit eingestellt, die Mitglieder des Vorstandes und Ausschusses ihre Mandate niedergelegt. Würde eine ähnliche Action die mindeste Aussicht haben, die Aerzte von dem neuen Tarife zu befreien?

Die Analogie der Ereignisse, die sich zwischen Regierung und den beiden Intelligenzständen — Advocaten und Aerzten — soeben abspielen, ist sicherlich geeignet, eine analoge Reaction seitens beider Stände nahezulegen. Leider stehen die Chancen der Aerzte weit hinter jenen der Advocaten zurück. In einer der zahlreichen Zuschriften, die anlässlich der Doppelkrise der jüngsten Tage aus Aerztekreisen an uns gelangt sind, wird dies sehr richtig motivirt. So schreibt uns Dr. MAX KELLERMANN aus St. Andrae-Wörtern:

Die Advocaten sitzen in der stattlichen Zahl von einigen 70 Mann im Abgeordnetenhaus, sie sind die Wortführer der

Parteien, die Führer des öffentlichen Lebens in den Provinzen, in den autonomen Vertretungskörpern in den Gemeinden. Jeder Advocat trägt ein Ministerportefeuille im Tornister. Daß eine Regierung, namentlich unsere jetzige Regierung, die es sich ja nach keiner Seite hin verderben will, allen Anlaß hat, eine solche Berufsclassen bei guter Laune zu erhalten, dürfte unschwer einzusehen sein. Nicht genug aber daran. Die Justizverwaltung bedarf der Advocatenkammern, soll der Gang der Rechtspflege nicht Störungen ausgesetzt sein. Die Zuziehung der Advocaten zur Auslosung der Geschworenen ist im Gesetze vorgesehen, die Advocatenkammer entsendet ihre Vertreter in die Prüfungscommission für das Richteramt, und auf die Dauer würde der richterliche Beamtenstatus kaum in der Lage sein, an Stelle des fehlenden ex offo-Vertheidigers für den Angeklagten zu plaidiren, wie es in den jüngsten Tagen der Fall war.

Vergleichen wir nun die günstige Position, in welcher sich die Advocaten in diesem „Kleinkrieg“, wie die Affaire von einem Advocaten genannt wurde, befanden, mit den Aussichten, welche eine eventuelle Mandatsniederlegung der Aerztekammern böte. Vor allem würde einem solchen Schritte die Originalität fehlen, ein Umstand, der wohl auch die Aufregung der Behörden ein wenig mildern würde. Eine gemeinsame Intervention der dem Abgeordnetenhaus angehörigen Aerzte würde kaum einen besonderen Erfolg aufzuweisen haben; ihre Zahl ist gering, ihr politischer Einfluß wahrscheinlich noch geringer. Einer davon soll sogar — Socialdemokrat sein! Und selbst wenn die Parlamentarier, welche dem Apothekerberufe entstammen, das rühmensewerthe Beispiel von Collegialität, das die freie Richtervereinigung des Abgeordnetenhaus in der Tarifsache gegeben, nachahmen wollten, wären die Aussichten einer Intervention nicht wesentlich günstiger. Die sociale Stellung der Aerzte ist, insoweit dabei nicht der oder jener Einzelne, sondern die Gesamtheit als Berufsclassen in Betracht kommt, gleich Null und rangirt weit hinter der der Diurnisten oder Briefträger, weil die Aerzte angeblich aus falschem Idealismus, thatsächlich aus Lässigkeit, es nie der Mühe werth gefunden haben, sei es nun in der hohen Schule der Politik, sei es auch nur im kleinen Kreise des geselligen Lebens, die ihrer Intelligenz, ihrer Bildung, ihrer ethischen Werthigkeit und socialökonomischen Wichtigkeit entsprechende Position einzunehmen und zu behaupten — — —

Es liegt viel Wahrheit in diesen Ausführungen. Auch wir sind der Meinung, daß die Strikedrohungen derzeit weder motivirt sind, noch ernst genommen würden. Die Abstinenz ist das äußerste Mittel, welches wir besitzen, um aus unwürdigen und unhaltbaren Zuständen die Consequenzen zu ziehen; es darf Nichts unversucht bleiben, bevor man sich entschließt, zu diesem letzten Mittel zu greifen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Doc. Dr. E. SPIEGLER eine junge Frau mit Myxödem im Stadium der Infiltration vor. Die Haut der rechten Gesichtshälfte, der Brust, der Arme, theilweise auch der Hände und der Unterschenkel ist derb, alabasterartig glänzend und wie geschrumpft. In diesem Stadium des Myxödems ist noch Restitutio ad integrum möglich; therapeutisch ist Verabreichung von Thyreoidea in Aussicht genommen. — Hierauf demonstrierte Doc. Dr. EM. ULLMANN Präparate nach Transplantation verschiedener Abschnitte des Verdauungstractes. Bei jungen Schweinen wurden theils gestielte, theils ungestielte Lappen der Magenschleimhaut in verschiedene Darmabschnitte, ferner Dünndarmschleimhaut in den Magen und in das Colon, Dickdarmschleimhaut in den Magen transplantiert und die Versuchsthiere nach Ablauf von 3 Monaten getödtet. Die Lappen waren überall eingeeilt. Die in den Magen eingeeilte Dickdarmschleimhaut wies Geschwürsbildung auf. In der Discussion bemerkte Prof. Dr. v. EISELSBERG, daß es im Einklange mit diesen Versuchen gefährlich erscheine, beim Menschen im concreten Falle einen Defect an Magenschleimhaut durch Dickdarmschleimhaut zu decken, und Hofr. Prof. Dr. EXNER bemerkte, die Einheilung der Schleimhautstücke spreche dafür, daß dieselben die vitale Eigenschaft besitzen, auch in fremden Organen feindliche Agentien von sich fernzu-

halten. — Schließlich hielt Dr. G. NOBL seinen angekündigten Vortrag „über die Pathologie der venerischen Erkrankungen extraparenchymatöser Lymphgefäße“. Vortr. beschrieb das histologische Verhalten jener Strangformationen, welche gelegentlich die acute Blennorrhoe, die venerische Helkose und das irritative Stadium der Syphilis compliciren und die vorzüglich am männlichen Genitale als sogenannte Lymphangiitis dorsalis penis und als syphilitische Lymphstrangsklerose auftreten. Die Strangformationen bei Blennorrhoe entstehen durch Erkrankung der superficiellen, dorsalen Lymphbahnen, welche eine acute exsudative Endolymphangiitis und von den nutritiven Capillargefäßen ausgehende, die Adventitia infiltrirende Perilymphangiitis zeigen. In 5 von 9 Fällen gelang der Nachweis von Gonokokken in den exsudativen Intimaauflagerungen. Für die sogenannte syphilitische Lymphstrangsklerose vermochte Vortr. wie NEUMANN den Ausgangspunkt ebenfalls in die oberflächlichen Lymphbahnen zu verlegen. Die Strangbildungen bei der venerischen Helkose nehmen gleichfalls von den dorsalen Lymphbahnen ihren Ausgang und besitzen häufig einen acuten eiterigen Charakter. In den exsudativen Intimaauflagerungen dieser entzündeten Lymphbahnen vermochte Vortr. die für specifisch erachteten DUCREY'schen Bacillen nicht nachzuweisen; ebenso blieben mit dem Exsudate vorgenommene Impfversuche negativ. — Die nächste Sitzung findet im October statt.

(Aus Graz) wird uns geschrieben: Vor wenigen Tagen begingen die Schüler NICOLADONI's die Feier des 25jährigen Docenten- und 20jährigen Professorenjubiläums unseres allverehrten Chirurgen. Zahlreiche ehemalige Assistenten NICOLADONI's waren erschienen, um dem ausgezeichneten Lehrer ihre Glückwünsche darzubringen, welche namens der Grazer Hochschule Prof. Dr. C. B. HOFMANN, namens der Facultät Prof. ESCHERICH verdolmetschte. Als Sprecher des steiermärkischen Aerztereines begrüßte Docent Dr. TOBEITZ den Jubilar.

(Vertretung ärztlicher Interessen im Parla- mente.) Einem Mangel, der sich uns Aerzten gegenüber schon allzu oft sowohl in unseren Standesinteressen als auch in privaten Angelegenheiten geltend gemacht hat und dessen Quellen darin zu suchen sind, daß unsere Interessen, Forderungen und Rechte im Reichsrathe nicht wirksam genug vertreten werden, trägt eine Anregung LIST's im „Oest. Aerztekammer-Bl.“ Rechnung. Es wäre an der Zeit — meint L. —, für die zukünftigen Landtags- und Reichsrathswahlen permanente ärztliche Landeswahlcomités zu bilden, welche mit den allgemeinen Landeswahlcomités der verschiedenen Parteien in Fühlung treten sollten, um einerseits die ärztlichen Stimmen selbst einheitlich und zweckentsprechend zu verwerthen und andererseits aber auch den ärztlichen Einfluß auf Stimmen entsprechend zu reguliren.

(Der Conflict zwischen Aerzten und Cassen) in Bamberg, über den wir jüngst berichteten, ist — wie uns von dort geschrieben wird — nach Beseitigung seiner Ursache behoben worden. Die Hauptversammlung der Ortskrankencasse hat nämlich den voreilig gefaßten Beschluß der Anstellung eines Naturheilkundigen aufgehoben und damit der berechtigten Forderung der Aerzteschaft Rechnung getragen. — Inzwischen ist auch den uns zugekommenen Nachrichten aus München zufolge der Streit der Münchener Aerzte mit der dortigen Ortskrankencasse IV zu einem die Aerzte ehrenden Abschlusse gelangt.

(Merkwürdige Censur.) Der „Aerztl. Sachv.-Ztg.“ entnehmen wir die Mittheilung über einen seltenen Justizact aus Belgien. Im „Journal de Chirurgie“, einer vornehmen ärztlichen Zeitschrift, veröffentlichte ein aus Oesterreich zugereister College eine bemerkenswerthe Doppelmißbildung der Geschlechtstheile mit Abbildung des Falles. Darauf leitete die Staatsanwaltschaft die strafrechtliche Verfolgung der Redaction ein und wies den Autor wegen Einführung pornographischer Bilder aus Belgien aus. — Man darf wohl auf die Erledigung des Recurses gespannt sein, den Autor und Zeitschrift gegen diese ganz unerhörte Censurirung einer rein wissenschaftlichen Publication und die strafrechtliche Behandlung eines wissenschaftlichen Autors an maßgebender Stelle unterbreitet haben. Die Abwehr kann in einem solchen Falle nicht

nachdrücklich genug erfolgen; wohin sollte es denn führen, wenn derartige Kompetenzüberschreitungen von Seite der Staatsanwaltschaften gang und gäbe würden. Dem belgischen Staatsanwalt, der echt wissenschaftliche Darstellungen von obscönen Bilderbögen nicht zu unterscheiden weiß und dem der so merkwürdige Censuract gegen unseren Collegen vorbehalten war, ist sicherlich der alte Spruch unbekannt, den wir mit den Anfangsgründen unserer Wissenschaft erlernen und unser ganzes Leben lang immer wieder anwenden müssen: „Naturalia non sunt turpia.“ Oder sollte durch allzu häufige Einsichtnahme in pornographische Bilder, natürlich bloß zur Beurtheilung ihrer Confiscabilität, allmählig das Unterscheidungsvermögen zwischen einer anatomischen Illustration in einem medicinischen Fachblatte und angewandten, d. h. zu lasciven Zwecken mißbrauchten „Nuditäten“, abhanden kommen können!

(Centralverein der deutschen Aerzte in Böhmen.) Die Section Brüx des genannten Vereines hat am 16. Mai d. J. in Krondorf-Sauerbrunn ihre Jahresversammlung abgehalten.

(Ueber die Nachfolgerschaft KNEIPP's) wird nach der Darstellung des „Gesundheitslehrer“ lustig gestritten. Auf der einen Seite steht der Arzt Dr. BAUMGARTNER, auf der anderen P. REILE, Prior der barmherzigen Brüder. KNEIPP selbst soll bestimmt haben, daß derjenige, den der Orden barmherziger Brüder in Wörishofen wähle, sein (KNEIPP's) Nachfolger werden solle. Der Orden hat sich selbstverständlich für P. REILE ausgesprochen. Trotzdem ist keine Einigung zustande gekommen.

(Klinik für Unfallkrankheiten in Berlin.) Man berichtet uns aus Berlin: Es ist begründete Aussicht dafür vorhanden, daß die Berliner Universität demnächst eine Klinik für innerliche Unfallkrankheiten erhalten wird. Eine diesbezügliche Eingabe an den Cultusminister ist von dem Geschäftsausschusse der Berliner ärztlichen Standesvereine ausgegangen. Dieselben führten in der genannten Eingabe an, daß der Arzt sehr häufig in die Lage versetzt sei, als Gutachter thätig zu sein, zumal durch die Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes. Die Schwierigkeit der Materie und die große moralische Verantwortung in solchen Fällen begründen das dringende Bedürfnis, sich die Uebung für die Thätigkeit als Gutachter im praktisch-klinischen Unterrichte anzueignen. Wie verlautet, ist man an maßgebender Stelle geneigt, dem Ansuchen der Standesvereine Folge zu leisten.

(Statistik.) Vom 26. Mai bis inclusive 1. Juni 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6891 Personen behandelt. Hievon wurden 1503 entlassen; 171 sind gestorben (10·21% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 39, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 66, Scharlach 123, Masern 311, Keuchhusten 16, Rothlauf 45, Wochenbettfieber 4, Röheln 9, Mumps 47, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 635 Personen gestorben (— 44 gegen die Vorwoche).

Mattoni's Moorlauge und Medicinalmoor. Die Firma HEINRICH MATTONI, k. u. k. Hof- und Kammerlieferant in Franzensbad, erhielt unterm 25. Mai l. J. von Belgrad den telegraphischen Auftrag: 30 Flaschen MATTONI's Moorlauge und 3000 Kilo MATTONI's Medicinalmoor an die Königl. Serbische Hofkanzlei in Belgrad abzusenden.

Guajacatin. Dr. JOSEF WINTERBERG, Assistent der III. med. Abtheilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien, berichtet in Heft 4, 5 und 6 des „Centralblatt für die gesammte Therapie“ über die Verwendung des Kreosots und seiner Derivate mit besonderer Berücksichtigung eines neuen Präparates, des „Guajacatin“, und kommt dabei zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Wirkung des Guajacatin ist in allen beobachteten Fällen fast stets die gleiche; hervorragend war seine appetitanregende Wirkung, die öfters schon nach 2 Tagen sich zur Geltung brachte, und oft blieb auch nach Aussetzen des Präparates der einmal angeregte Appetit dauernd gut. Man muß mithin zu dem Schluß gelangen, daß das Guajacatin in der Reihe der Stomachica zu den vornehmsten Mitteln gehört, zumal es frei von unangenehmen Eigenschaften und beschwerlichen Nebenerscheinungen ist. Unter 58 beobachteten Fällen war ein einziger Fall von Lungentuberculose, bei welchem nach Anwendung des Guajacatin Magenbeschwerden eintraten, in etwa 4 Fällen war das Mittel ohne Einfluß auf den Appetit geblieben, so daß 53 Fälle übrig blieben, bei denen die Resultate günstige waren. Mit der Hebung des Appetits ging stets eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und Zunahme des Körpergewichtes Hand in Hand.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld**, über „Tannigen“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Chirurgische Klinik

der

NIERENKRANKHEITEN

von

Prof. Dr. James Israel.

1901. Gr. 8. Mit 15 lithogr. Tafeln und Textfiguren. 28 Mark.

Guajacatin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum.

Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0·5 Grm. Guajacatin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0·5 Grm. Guajacatin s K 30 h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel • • •

Wohlschmeckend und leicht verdaulich • • •

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik
Actien-Gesellschaft, Berlin-Grünau.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei
Franz May, Wien, VIII/2, Josefstädterstr. 64.

Sirop antispasmodique gegen Keuchhusten

von Desaga.

Desaga's antispasmodischer Syrup ist ein sicheres Linderungsmittel bei Keuch- u. Krampfhusten, Asthma u. Bronchialkatarrh für Kinder u. Erwachsene. Depôts: WIEN: C. Haubner's Engel-Apothek, Dr. Griller's Apotheke, Bruno Raabe, sowie G. u. R. Fritz, Droguisten; PRAG: Jos. Fürst, BUDAPEST: Jos. v. Török und Dr. Leo Egger, Apotheker.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halb. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halb. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halb. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die zepaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand. Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus. Von Dr. ROMOLO POLACCO. — Das „bewegliche Herz“. Von Dr. LUDWIG BRAUN, Privatdocenten an der Wiener Universität. II. — **Referate.** E. KÜSTER (Marburg): Die conservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere. — IGNATZ STEINHARDT (Nürnberg): Ueber Magen-ausspülungen im Kindesalter. Beitrag zur Behandlung der kindlichen Verdauungsstörungen. — L. KEDZIOR und J. ZANETOWSKI (Krakau): Zur pathologischen Anatomie der BASEDOW'schen Krankheit. — J. FABRY (Dortmund): Ueber einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus (Urticaria chronica factitia, haemorrhagica). — REMY (Liège): Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille. — CARL BRUNS (Barmen): Ueber Behandlung und Verhütung arthrogener Contracturen im Kniegelenke. — RASUMOWSKY (Kasan): Beitrag zur Frage über die operative Behandlung der Echinokokken. Provisorische Fixirung der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand. — A. PICK (Prag): Neue Mittheilungen über Störungen der Tiefenlocalisation. — N. ROSENFELD (Straßburg): Zur optisch-sensorischen Aphasie. — S. NAXERA (Prag): Die diagnostische Bedeutung der Pupillenungleichheit. — **Literarische Anzeigen.** Terapia delle malattie dell' infanzia ad uso di medici e studenti del Dott. Prof. CESARE CATTANEO. — Kurzgefaßtes Lehrbuch der Chirurgie. Ein Vademecum für Studierende von Dr. GEORG BENNO SCHMIDT, Privatdocent für Chirurgie in Heidelberg. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) VI. — **Kleine Mittheilungen.** Operative Heilung des chronischen Ascites. — Die Behandlung des Empyems der Pleura. — Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch. — Zur Behandlung des Herzens während des Ablaufes fieberhafter Infectionskrankheiten. — Zur Verhütung von Decubitus. — Eine neue Zuckerreaction. — Zur Technik und Verwendbarkeit subcutaner Chininjectionen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse.“) VII. — **Notizen.** Die Reform des Krankenversicherungswesens in Oesterreich. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand.

Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus.

Von **Dr. Romolo Polacco.**

Alle die Diagnose des Abdominaltyphus betreffenden Studien können in vier verschiedene Perioden eingetheilt werden. Die erste, ausschließlich klinische Periode erstreckt sich vom vierten und fünften Decennium des neunzehnten Jahrhunderts, d. h. vom Beginne der empirischen Differenzirung des Abdominal- vom Dermotyphus, bis zum Jahre 1880.

Mit der Entdeckung des Typhusbacillus seitens EBERTH beginnt die zweite Periode, die von den fortwährenden Bemühungen der Biologen charakterisirt wird, neuere und sichere Differentialculturmerkmale zu suchen, während von Zeit zu Zeit sehr wichtige Arbeiten erschienen sind, so von RODET¹⁾ und ROUX²⁾, welche versucht haben, den als differential bezeichneten Merkmalen zum Theil den Werth zu nehmen, indem sie zu beweisen suchten, daß der EBERTH'sche Bacillus nichts anderes sei als eine Varietät des Colibacillus, die den Veränderungen zuzuschreiben ist, welche letzterer im Organismus des Typhuskranken erfahren hat. Allein auch angenommen, daß manche jener als differential bezeichneten Merkmale keine Sicherheitskriterien darbieten, und daß andere, so solche des

Naphtolbouillons von RAWITSCH-SCHTSCHERBO³⁾, eine derart zarte Behandlung beanspruchen, daß jedwede Constatur leicht unsicher wird, darf man nicht verkennen, daß, Dank den Arbeiten von KITASATO⁴⁾, PARIETTI⁵⁾, SMITH⁶⁾, GASSER⁷⁾, UFFELMANN⁸⁾, ELSNER⁹⁾, DUNBAR¹⁰⁾ und vielen Anderen, die Pathogenität des EBERTH'schen Bacillus deutlich und sicher bestimmt ist. Hervorragende Bacteriologen, wie z. B. BORDONI-UFFREDUZZI, dessen Arbeiten die Identität der zwei Mikroorganismen festzulegen bezweckten, haben — wie sie selbst mir mitgetheilt — gegenwärtig ihre Meinung geändert, nachdem sie die Unterscheidung des Bacillus Typhi vom Bacillus Coli leicht und sicher getroffen hatten.

Mit den Studien von ELSNER fängt im Jahre 1895 die dritte Periode an, die den Zweck verfolgt, die frühzeitige, rasche und sichere Diagnose des Abdominaltyphus durch die Differentialgelatinen zu ermöglichen, welche letztere das ideale Ziel anstreben, die Entwicklung aller Mikroorganismen, ausgenommen des Typhusbacillus, zu verhindern. Heute noch ist diese Periode nicht abgeschlossen und die Biologen sind bis zur

³⁾ RAWITSCH-SCHTSCHERBO: Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Wasser und in den Fäces („Woenno medicinsky Journal“, April 1892).

⁴⁾ Die negative Indolreaction des Typhusbacillus („Zeitschr. f. Hygiene“, Bd. 7, 1889, pag. 515).

⁵⁾ Metodo di ricerca del bacillo del tifo nelle acque potabili („Riv. di igiene e san. pubbl.“, 1890, Nr. 11).

⁶⁾ TH. SMITH: Zur Unterscheidung zwischen Typhus- und Colibacillen („Centralblatt für Bacteriologie“, Bd. XI, 1892, pag. 367).

⁷⁾ J. GASSER: Culture du bacille typhique sur milieux nutritifs colorés („Arch. de méd. expér. etc.“, 1890, Nr. 6).

⁸⁾ J. GASSER: Sur un nouveau procédé de diagnostic différentiel du bacille d'Eberth („La Semaine méd.“, 1890, Nr. 51).

⁹⁾ BAUMGARTEN's Jahresbericht, 1892.

¹⁰⁾ „Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrkh.“, Bd. 21, 1895.

¹⁾ A. RODET und G. ROUX: Bacille d'Eberth et Bacillus coli („Arch. de méd. expér.“, 1892, Nr. 3, pag. 217).

²⁾ G. ROUX und A. RODET: Coli-bacille et bacille d'Eberth („Le Bulletin médicale“, 1892, pag. 865).

Stunde unausgesetzt bemüht, neue Culturmittel zu suchen, da bei keinem von den bisher zu Versuchszwecken angewendeten es gelungen ist, die Entwicklung der Colicolonien hintanzuhalten.

Die vierte Periode beginnt mit den Studien von PFEIFFER und seiner Schüler (a, b, c, d, e¹¹) über die „lysogene“ Wirkung des Serums von gegen den Abdominaltyphus immunisirten Thieren, und wird mit den Arbeiten von GRUBER¹²) und dessen Schülern¹³) fortgesetzt, welche die Agglutination im Glase feststellten, um bis zur serodiagnostischen Reaction von WIDAL¹⁴) zu gelangen. Letztere bezeichnet bis nun die wichtigste Entdeckung bezüglich der Diagnose des Ileotyphus. Während alle übrigen klinischen Symptome nur durch ihren Zusammenhang einen Werth haben, während die bacteriologischen Forschungen erst vielfach und mannigfaltig sein müssen, um volle Sicherheit zu bieten, vermag die Serumdiagnose an und für sich, wenn dieselbe mit bestimmten Vorsichtsmaßregeln studirt und in bestimmten Verhältnissen erreicht wird, solche Sicherheitskriterien zu liefern, daß die Diagnose unanfechtbar ist.

Die Therapie des Abdominaltyphus hat bisher keineswegs aus den hinsichtlich der Diagnose von der Klinik gemachten Fortschritten Nutzen gezogen; die directe Causalbehandlung hat in der Praxis keinen festen Fuß gefaßt, und es ist betrübend, constatiren zu müssen, daß berühmte Autoren, weit entfernt, ihre Bemühungen dahin zu richten, die Krankheit direct zu bekämpfen, die symptomatische Chininbehandlung¹⁵) als die beste anzusehen sich befeßen. Außer der von dem wärmsten Förderer dieser Therapie anerkannten Thatsache, daß in beiläufig dem siebenten Theil der Fälle, und ganz besonders in den schweren, dieselbe wirkungslos ist¹⁶), außer der Constatirung, daß sehr häufig der Verlauf der Krankheit von dieser Therapie in keiner Weise abgekürzt wird, darf man sich der Erkenntniß nicht verschließen, daß heute mit Rücksicht auf die von der Forschung bezüglich der Aetiologie des Abdominaltyphus gemachten Fortschritte, es eine ernste Pflicht der Kliniker ist, die Behandlungsmethoden der Krankheit mit den sie veranlassenden Ursachen in Verhältniß zu bringen, denn sonst würden die ätiologischen und diagnostischen Forschungen keinen Zweck und keine Berechtigung gehabt haben.¹⁷)

Aus diesem Grunde habe ich seit vielen Jahren — indem ich mich als unterstützender Mittel aller jener Behandlungsmethoden bediente, welche mir als gerechtfertigt und rationell erschienen, und selbst die symptomatische Therapie nicht außer Acht gelassen — in der Behandlung des Abdominaltyphus der desinficirenden Intestinaltherapie entschieden den Vorzug gegeben; ich habe alle zu diesem Behufe vorgeschlagenen Mittel nach und nach versucht, bis ich mich schließlich des Benzonaphtols fast ausschließlich bediente. Die von mir erzielten Heilergebnisse schienen mir mehr als zufriedenstellend, da ich — besonders in der Privatpraxis, wo der Patient den Einfluß des guten Willens seines Arztes viel mehr empfindet, und wo es viel leichter ist, vorausgesetzt, der Arzt genießt das volle Vertrauen des Kranken und der Familie, den passiven und unbedingten Gehorsam für die angeordneten Maßnahmen zu finden, wo es auch möglich ist, die Kranken aufmerksam und unausgesetzt zu überwachen, was in jedem Stadium der Krankheit, besonders aber in der Recon-

valescenz unerlässlich ist — während länger als einem Decennium nicht einen einzigen Todesfall zu beklagen hatte.

Da im vergangenen Jahre die wichtigen Arbeiten von AUFRECHT¹⁸), S. RABOW und B. GALLI-VALERIO¹⁹) und SCHÄFER²⁰) mich veranlaßten, das Ichthoform in der Behandlung verschiedenartiger Darmkrankheiten zu versuchen, und die meinerseits gemachte Anwendung dieses Mittels in der Therapie des Abdominaltyphus mir so zufriedenstellende Resultate lieferte, daß ich alle anderen Darmdesinficientien verließ, wollte ich erforschen, ob die im Glase mit gewöhnlicher Gelatine und mit Reinculturen von den oberwähnten Autoren angestellten Versuche auf den menschlichen Organismus direct anwendbar wären, indem ich mich zu diesem Zwecke der mit Hilfe der Differentialgelatinen aus den Fäces gewonnenen Bacillen bediente.

Ich nahm also zu den Electivgelatinen meine Zuflucht und trachtete vor Allem durch vergleichende Studien zu ermitteln, welcher unter den zahlreichen vorgeschlagenen der Nährboden wäre, der durch rasche Entwicklung der Colonien, durch Klarheit und Beständigkeit der Differentialmerkmale am besten die Frage lösen könnte, eine frühzeitige und sichere Diagnose des Ileotyphus zu gestatten.

Bekanntlich müssen die für das Studium des EBERTH'schen Bacillus präparirten Electivgelatinen den folgenden Anforderungen entsprechen, und zwar müssen sie:

I. Die Entwicklung aller übrigen Mikroorganismen, ausgenommen des EBERTH'schen Bacillus und des Bacterium Coli, verhindern;

II. solche Colonien liefern, welche für jeden dieser zwei Mikroorganismen ein verschiedenes Bild darstellen, nachdem es bisher nicht gelungen ist, das wahre Endziel dieser Studien zu erreichen, das heißt, die Entwicklung aller Mikroorganismen, die in den Fäces, in den Wässern, dem Boden etc. vorkommen, hintanzuhalten und bloß die Förderung des EBERTH'schen Bacillus zu gestatten.

In chronologischer Ordnung war ELSNER der Erste, der sich mit solchen Studien beschäftigte und, von KOCH und BRIEGER ermuthigt, Gelatinen studirte, die mit den verschiedenartigen, von der organischen und anorganischen Chemie gelieferten Elementen zusammengesetzt waren; es gelang ihm endlich, eine Formel²¹) aufzustellen, die ausschließlich die Entwicklung von Colonien von Typhus und Coli, jedoch mit deutlich differenzirbaren Merkmalen, gestattete.

Die ELSNER'sche Gelatine wurde von verschiedenen Autoren²²)²³) kritisiert, allein diese Anfechtungen können die Genialität der Studien ELSNER's nicht herabsetzen, vielmehr sind letztere als eine glänzende Schöpfung in dem bacteriologischen Studium des Ileotyphus dauernd zu betrachten.

Die ELSNER'sche Gelatine, deren electives Vermögen in dem Kartoffelsaft beruht, wurde von Vielen verschiedenartig modificirt. Vor allem ist die Formel von HOLZ²⁴) bekannt, dessen Studien gewissermaßen ELSNER als Wegweiser dienten; derselbe trachtete, indem er dem Kartoffelsaft das Phenol hinzufügte, die versagende Kraft zu vermehren, welche jede der zwei Componenten auf die Mikroorganismen, mit Ausnahme des EBERTH'schen Bacillus und des Bacterium Coli, ausübt. Allein nicht nur mit mehr minder essentiellen, in dem Nährboden von ELSNER gebrachten Veränderungen bemühten

¹⁸) Versuche über das Ichthoform, Berlin 1899.

¹⁹) S. RABOW und B. GALLI-VALERIO: Ichthoform („Therap. Monatshefte“, Berlin, April 1900).

²⁰) F. SCHÄFER: Die therapeutische Anwendung von Ichthoform („Deutsche med. Wochenschrift“, Nr. 12, 1900).

²¹) ELSNER: Untersuchungen über electives Wachstum der Bacterium-Coliarten und des Typhusbacillus und dessen diagnostische Verwerthbarkeit („Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskr.“, Bd. XXI, H. 1, 1895).

²²) GRIMBERT: Sur la préparation du milieu d'ELSNER („Arch. de Physiol.“, 1896, pag. 722).

²³) REMY: Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son Lacille („Ann. de l'Inst. Past.“, Nr. 8 u. 11, 1900).

²⁴) HOLZ: Experimentelle Untersuchungen über den Nachweis der Typhusbacillen („Zeitschrift f. Hygiene“, Vol. 8, 1890, pag. 543).

¹¹) WM. DUNBAR: Ueber den Typhusbacillus und den Bacillus coli communis („Zeitschr. f. Hygiene“, Bd. 12, 1892, pag. 485).

¹²) a) ISAEFF u. IVANOFF („Zeitschr. f. Hygiene“, Bd. 17); b) METSCHNIKOFF („Annales de l'Institut Pasteur“, 1895); c) BORDET („Annales de l'Institut Pasteur“, 1895); d) „Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrkh.“, Bd. 19; e) „Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrkh.“, Bd. 21.

¹³) „Wiener klinische Wochenschrift“, 1896, Nr. 11 u. 12.

¹⁴) GRUBER u. DURHAM: „Proc. of the royal society“, Bd. 59, 3. Jan. 1896.

¹⁵) F. WIDAL: On the sero-diagnosis of typhoid fever („Lancet“, Nr. 3820, pag. 1371, 1896; ib. „Semaine médicale“, Nr. 33, 1896).

¹⁶) W. ERB: Bemerkungen über Chininbehandlung des Abdominaltyphus („Die Ther. der Gegenwart“, 1901, Januar).

¹⁷) Ibidem, pag. 3.

und bemühen sich die Bacteriologen, das gesteckte Ziel zu erreichen, sondern auch mit ganz verschiedenen Formeln, in welchen die anorganischen chemischen Verbindungen in großer Menge sich vorfinden, trachten sie zur Zusammensetzung einer Gelatine zu gelangen, welche, wenn sie auch dem idealen Zwecke nicht entspricht, die Entwicklung des EBERTH'schen Bacillus ausschließlich zu gestatten, den Colonien dieses letzteren dennoch solche Merkmale verleiht, daß dadurch die Differenzirung leicht und sicher wird. Daß dieser Zweck jedoch noch nicht erreicht ist, beweisen die verschiedenen Urtheile der Autoren über alle bisher vorgeschlagenen Gelatinen, Urtheile, die hier anzuführen zu weit führen würde, da sie allein schon eine lange Bibliographie ausmachen würden; es beweisen dieses übrigens auch die fortgesetzten, täglich auftauchenden Arbeiten, welche die schon bestehenden Gelatinen modificiren oder ganz neue Formeln vorschlagen.

Unter den unzähligen vorgeschlagenen Gelatinen habe ich einige gewählt, indem ich mein Augenmerk darauf richtete, daß deren Zusammensetzung eine verschiedene wäre; ich bildete damit eine Reihenfolge von fünf derselben, die ich mit Zahlen unterschied, so daß

Nr. 1 der gewöhnlichen Gelatine,

„ 2 der Gelatine von REMY²⁵⁾,

„ 3 der Gelatine von REMY, in welcher kein Milchsüßer enthalten war,

Nr. 4 der Gelatine von ELSNER,

„ 5 der Gelatine von PIORKOWSKY²⁶⁾ entsprach.

Schon bei der Herstellung der Gelatinen begegnete ich merklichen Schwierigkeiten, und lange währte es, bis es mir gelang, die gewünschte Serien zu gewinnen, indem beispielsweise die Gelatine von REMY einer sehr langwierigen Präparirung bedarf, diejenige von ELSNER von ihm aber keineswegs in genau präcisirten Verhältnissen formulirt wurde, während die PIORKOWSKY'sche Gelatine die Geduld des Präparators auf eine harte Probe stellt, und dies aus einem eigenthümlichen Grunde, nämlich: der Harn, von dem PIORKOWSKY sagt, man müsse ihn in natürlicher Weise alkalisch werden lassen, indem man ihn während zwei Tagen in einem offenen Gefäße der Localtemperatur aussetzt, wird während dieser Zeit gar nicht und mitunter überhaupt nicht²⁷⁾ alkalisch. Ich habe nur ein einzigesmal nach sechs Tagen die alkalische Reaction erhalten, indem ich ihr einen natürlicher- und zufälligerweise alkalisch gewordenen Harn beimengte; ein anderesmal mußte ich ihn mehrere Tage lang in unmittelbare Nähe des Ofens stellen, ohne die nothwendige Reaction zu erhalten. Diese Schwierigkeit, die natürliche Alkalinisation des Harnes zu erreichen, war fast allen Autoren bekannt, die über die rasche Diagnose des Abdominaltyphus Versuche nach der PIORKOWSKY'schen Methode angestellt haben, so daß PIORKOWSKY selber den Vorschlag macht, einige zur Gährung gebrachte Harnmengen aufzuheben und dieselben dem anzuwendenden Harn in kleinen Quantitäten beizufügen. MEYER²⁸⁾ rath hingegen 5 Ccm. einer lebenden, durch 24 Stunden vorher in einer Temperatur von 22° gehaltenen Cultur von Proteus vulgaris zwei Liter Harn beizumengen, während SCHOLZ und KRAUSE²⁹⁾ den Vorschlag machen, in den Harn den Mikrococcus Wrede zu streuen und die Flüssigkeit nachher im Thermostaten zu halten.

Eine weitere nicht geringe, mit der PIORKOWSKY'schen Methode zu überwindende Schwierigkeit betrifft die Temperatur, in welcher die Platten gehalten werden müssen, und

²⁵⁾ „Annales de l'Institut Pasteur“, Nr. 8, 1900.

²⁶⁾ Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft, 10. Juni 1896; 25. Januar 1899; 30. October 1899.

²⁷⁾ GEORG MEYER: Zur Kenntniß des PIORKOWSKY'schen Verfahrens der Typhusdiagnose nebst einschlägigen Modificationen („Centralbl. f. Bacteriolog.“, Nr. 4—5, August 1900).

²⁸⁾ GEORG MEYER: Zur Kenntniß des PIORKOWSKY'schen Verfahrens der Typhusdiagnose etc. („Centralbl. f. Bacteriol.“, Nr. 4—5, August 1900).

²⁹⁾ E. SCHOLZ und P. KRAUSE: Ueber den klinischen Werth der gegenwärtig gebräuchlichen biologischen Untersuchungsmethoden bei Typhus abdominalis („Zeitschr. f. klin. Medicin“, Bd. XII, pag. 403, 1900).

in der That wird es jeder einsehen, daß, wenn es auch im Winter bei einem gut arbeitenden Thermostaten möglich ist, eine constante Temperatur von 22° C. zu erhalten, es im Sommer hingegen schwerer ist und oft diese Temperatur überstiegen werden kann; dann hindert der schwache Gelatinhalt (3·3%) des Culturbodens, der von PIORKOWSKY bestimmt wurde, damit die Colonien ein charakteristisches Bild bekommen, den Boden selbst sich fortwährend solid zu erhalten, und so wird jede Orientirung unmöglich.

Bevor ich einen Culturboden definitiv angenommen, habe ich ihn mit Reinculturen von EBERTH'schem Bacillus und von Bacterium coli versucht, und erst wenn die erreichten Resultate günstig waren, habe ich mich dessen für die klinischen Versuche bedient.

Die Untersuchungen der Typhusbacillen in den Excrementen bieten viele Schwierigkeiten dar, und muß viel Vorsicht angewendet werden, um dieselben glücklich zu Ende zu führen.

Vor Allem ist es nicht selten, daß in den Platten schmelzende Organismen sich entwickeln, die jede Beobachtung verhindern. Diese Thatsache sah ich durch einen eigenthümlichen Zufall viel öfters in den Platten erfolgen, welche mit der Gelatine Nr. 2 bestreut waren, die übrigens — wie mir schien — eine merkliche Neigung hatte, auch spontan zu schmelzen, und im Vergleiche zu den anderen Gelatinen dem EBERTH'schen Bacillus eine geringere Entwicklungsfähigkeit bot.

Die bei den REMY'schen Gelatinen beobachtete minder günstige Entwicklung kann man durch die äußerst wichtigen Beobachtungen CAPALDI's und PROSSKAUER's³⁰⁾ erklären, die für die Züchtung von Typhusbacillen vergebliche Versuche machten, statt des Serums Culturböden zu gebrauchen, welche durch genau charakterisirte chemische Körper zusammengesetzt waren, so durch das Asparagin, das Mangansulfat, die Citronensäure, das Monokaliumsulfat und das Chlorcalcium unter Zusatz verschiedener Zuckermengen. Dadurch lieferten sie den Beweis, daß in der Mehrzahl dieser Lösungen das Bacterium coli durch starke Säureentwicklung befördert wird, während dem Typhusbacillus solche Culturböden gar nicht günstig sind. Und in der That kann das Bacterium coli den für seine Entwicklung nöthigen Stickstoff aus den einfachsten organischen Verbindungen ziehen, und ist ihm der in der Form von Ammoniaksalz gebundene Stickstoff besonders nützlich. Der Typhusbacillus dagegen ist in dieser Beziehung viel empfindlicher und scheint sich in Böden leichter zu entwickeln, welche den Stickstoff in den einweißhaltigen Körpern gleichen oder ähnlichen Verbindungen enthalten.

Außerdem ist es nöthig, die Platten wenigstens in zwei Lösungen zu bestreuen; aus diesem Grunde habe ich bei der Mehrzahl meiner Versuche von jedem Excrement, das ich untersuchen wollte, wenigstens zehn Platten in folgender Weise bereitet: eine Oese von Typhusfäces wurde in Bouillon, dann eine Oese dieses in eine Röhre von Gelatine Nr. 1 und zwei Oesen in eine andere Röhre derselben Gelatine gegeben. In derselben Weise verfuhr ich bei den übrigen Nummern, so daß ich zehn Platten von fünf verschiedenen Gelatinen in zwei ungleichartigen Lösungen erhielt.

Wenn man diese Methode nicht verfolgt, so läuft man Gefahr, entweder Platten zu bekommen, die wegen zu starker Lösung ungenügend bestreut sind, oder aber Platten, die so übermäßig bestreut sind, daß dadurch nicht nur jede Berechnung, sondern auch jede Differenzirung von Colonien und jede Beobachtung unmöglich wird.

Bei jedem Patienten, dessen Excremente ich bacteriologisch untersuchte, machte ich zugleich die Serumdiagnose, um dieselbe als Controle der durch die bacterioskopische Inspection gewonnenen Resultate zu verwerthen.

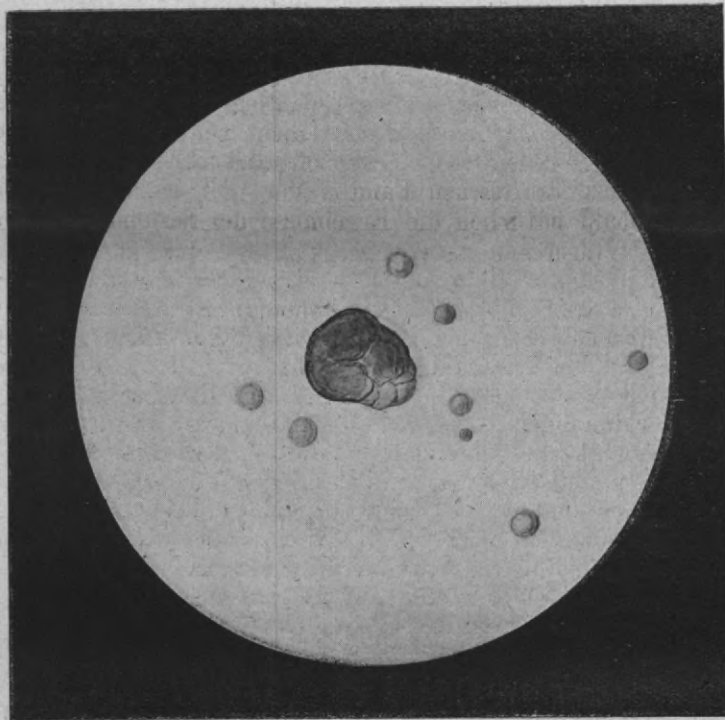
³⁰⁾ A. CAPALDI und B. PROSSKAUER: Beiträge zur Kenntniß der Säurebildung bei Typhusbacillen und Bacterium coli („Zeitschr. f. Hygiene“, Bd. 23, pag. 475, 1897).

Immer, auch wenn das Bild der Colonien charakteristisch war, sobald man überhaupt von den als Coli betrachteten Colonien einige oder zahlreiche Abzweigungen sich trennen sah, was besonders in den PIORKOWSKY'schen³¹⁾ Gelatinen geschah, wurden die Colonien selbst wieder ausgefischt und in Agar, Bouillon und Milch eingestreut, um die biologischen Merkmale, die Agglutination nicht ausgenommen, aufzusuchen.

Zu dem Zwecke hatte ich von einer gewissen Anzahl Typhuskranker eine gewisse Blutmenge entnommen, dessen Serum eine mehr als 1:1000 starke Agglutinationsfähigkeit besaß. Das in kleinen, an der Lampe zugeschlossenen Röhrchen aufgefangene Serum diente mir nebst den übrigen Merkmalen, um mit Sicherheit zu urtheilen, ob die ausgefischte Colonie aus Typhus oder aus Coli stammte.

Man kann im Allgemeinen behaupten, daß die Differentialgelatinen die sofortige Unterscheidung der Typhus- von den Colicolonien gestatten. Nachdem die Colicolonien 18—20 Stunden in der PIORKOWSKY'schen, in der ELSNER'schen aber 24 bis 30 Stunden gestanden, resp. während einer Zeit von 2—3 Tagen in der Gelatine von REMY verblieben sind, fangen dieselben an, klar und deutlich zu erscheinen, während die Typhuscolonien noch kaum zu unterscheiden sind (Fig. 1). Die Coli-

Fig. 1.



ELSNER'sche Gelatine.

Das Verhältnis von Typhus- und Coliculturen nach 30 Stunden.
(Oc. III, Obj. 2.)

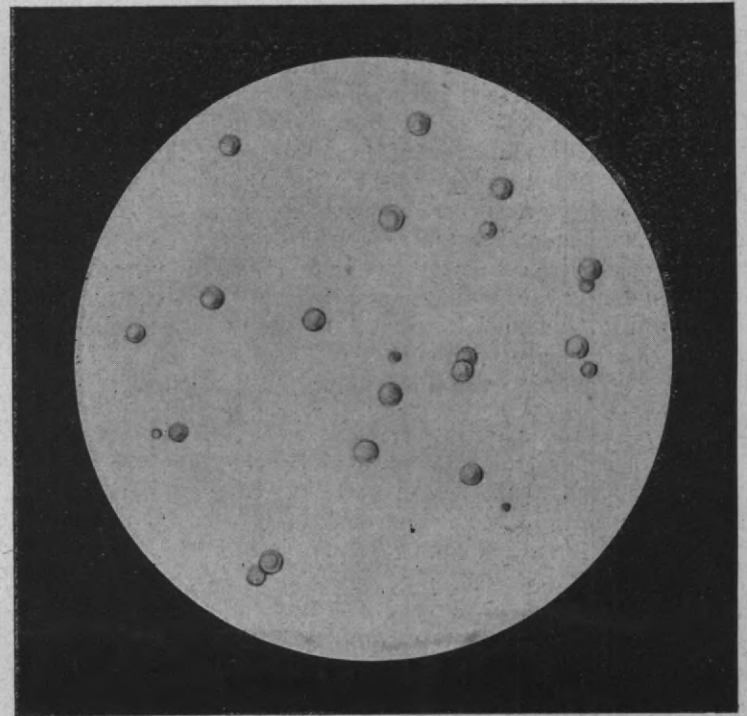
colonien sind rundlich oder oval, die Typhuscolonien erscheinen auf dem Glase der PETRI'schen Schachteln makroskopisch als kleine Wachsspritzer, die nach und nach größer werden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sie sich stets als rundlich oder oval, von gelblicher, braungelblicher oder grünlichgelblicher Farbe, mit stets scharfen, deutlich getrennten Rändern und mit einem sichtbaren Kern. Einige Stunden, nachdem die ersten Colicolonien sich entwickelt haben, erscheint die PETRI'sche Schale als mit kleinsten und glänzenden Wasser- oder Thautropfchen angefüllt, das sind die Colonien des EBERTH'schen Bacillus. Unter dem Mikroskope

³¹⁾ SCHULZE-ALBERT: Ueber den Nachweis von Typhusbacillen in den Fäces und in der Milz nach dem Verfahren von PIORKOWSKY („Centralbl. f. Bacteriologie“, Nr. 4, 1900).

zeigen sie sich sehr wenig gefärbt, durchsichtig oder mit einer sehr leichten gelblichen, bläulichen oder grünlichen Durchtränkung versehen (Fig. 2).

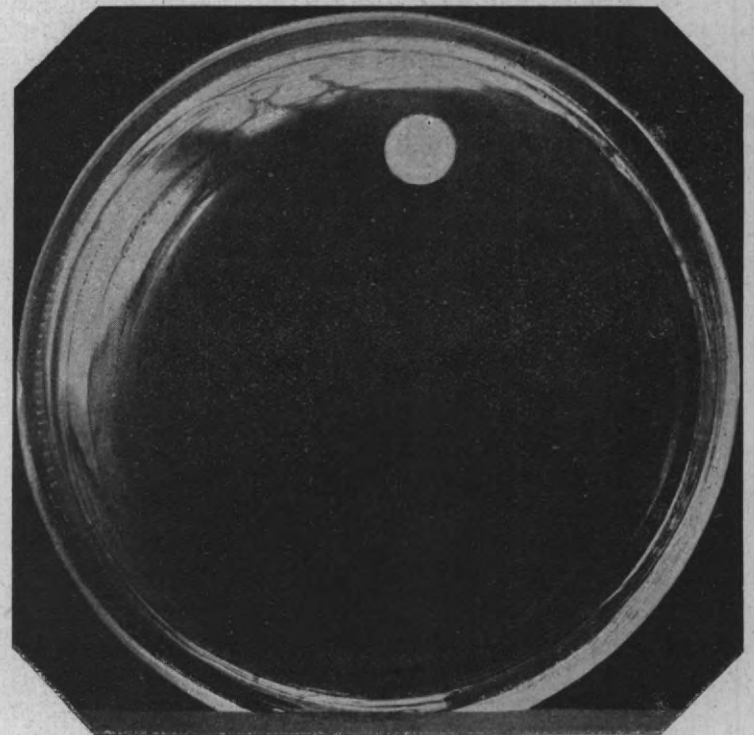
Fig. 2.



ELSNER'sche Gelatine.
30stündige Typhuscultur. (Oc. III, Obj. 2.)

In der PIORKOWSKY'schen Gelatine behalten die Colicolonien die erwähnten Charaktere (Fig. 3), während die Typhus-

Fig. 3.

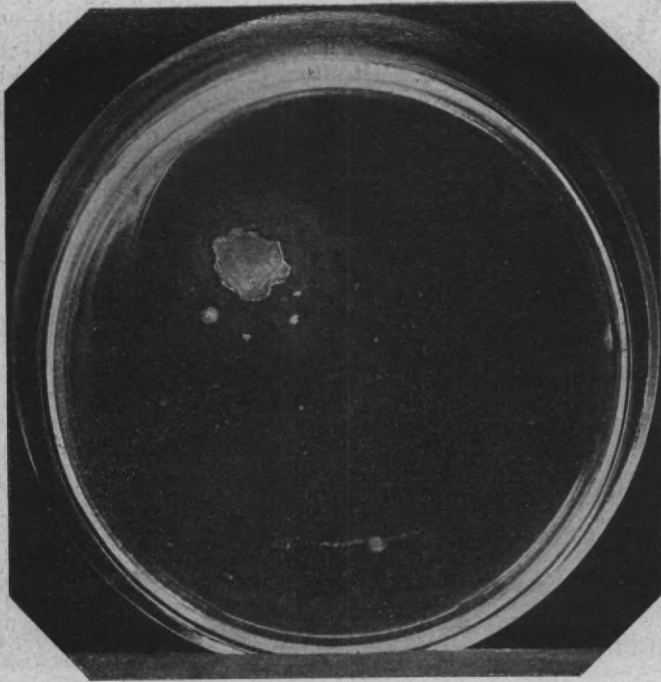


Gelatine nach PIORKOWSKY.
4 Tage alte Colicultur (nat. Größe).

colonien eine unregelmäßige Umrandung annehmen und durch die oft an der Oberfläche unterschiedlichen Verzweigungen

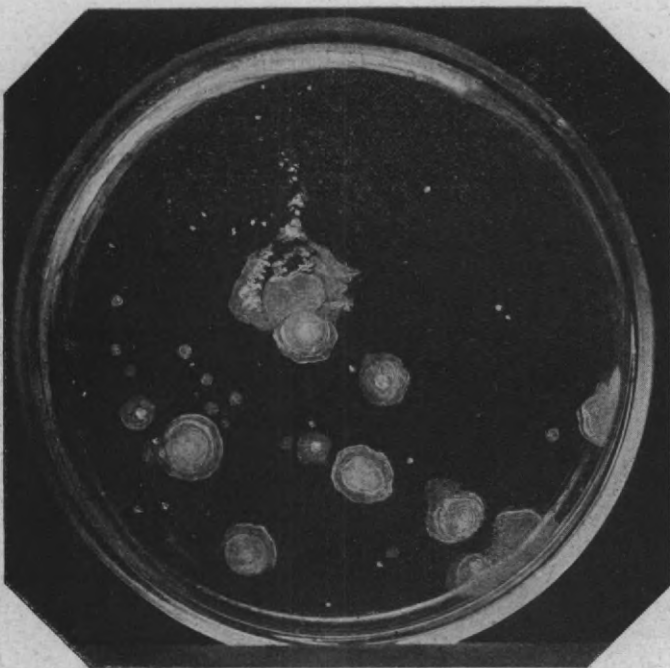
an das Bild der Rebenblätter erinnern (Fig. 4 und 5). Sie lassen keinen Kern erkennen und treiben in den umstehenden Nährboden Fortsätze aus, die zuweilen eine größere Länge haben als der größte Durchmesser der Colonie.

Fig. 4.



Gelatine nach PIORKOWSKY.
4 Tage alte Typhuscultur (nat. Größe).

Fig. 5.



Gelatine nach PIORKOWSKY.
4 Tage alte Typhuscultur (nat. Größe).

Beim Gebrauche der PIORKOWSKY'schen Gelatine kann es jedoch vorkommen, daß selbst ganz gut ausgeprägte und wohl zu erkennende Colicolonien Verlängerungen aussenden, die jedoch gewöhnlich symmetrisch und strahlenförmig sind; in

diesen Fällen, wenn keine anderen Colonien vorhanden sind, deren deutliche Merkmale die Diagnose des Abdominaltyphus ohne weiteres zulassen, gebietet die Vorsicht, die verdächtige Colonie wieder aufzufischen, dieselbe in Agar zu überführen und sie dann durch successive Culturen solchen Versuchen zu unterziehen, die eine sichere Diagnose zu stellen gestatten. Alles dies wird natürlich durch die Raschheit der Methode verschuldet.

Was meine Untersuchungen anlangt, so muß ich hervorheben, daß bei meinen unzähligen Versuchen es mir nur äußerst selten passirte, daß die mikroskopische Inspection einer Colonie mich im Zweifel gelassen; trotzdem habe ich, um sicher zu sein, daß die makro- und mikroskopischen Merkmale der Colonien mich nicht täuschten, jedesmal von denselben Colonien eine Reihe von Einimpfungen in Agar, Bouillon oder Milch gemacht, und diese Einimpfungen haben mir für das Auffinden der biologischen Merkmale des EBERTH'schen Bacillus gute Dienste geleistet. In dieser Hinsicht muß ich bemerken, daß, da ich in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren^{32, 33, 34, 35}) der Meinung bin, daß es kein einziges unfehlbares Differenzierungsmoment dafür gibt, ich zu dessen Erkennung außer auf die Serumdiagnose auch auf folgende Momente mich gestützt habe, nämlich: auf die Beweglichkeit des aus frischen Culturen stammenden Bacillus, auf die zahlreichen (8—12) um dessen Körper befindlichen strahlenförmigen Fäden, auf die negative Reaction des Indols, auf die Eigenschaft, durch Gram nicht gefärbt werden zu können, auf die mangelhafte Gasentwicklung in den Milchzucker und Glykose enthaltenden Nährböden und endlich auf die fehlende Gerinnung der Milch; auch habe ich dabei festgehalten, daß — die Serumdiagnose ausgenommen — ein einziges der bezeichneten Merkmale nicht genügend sei, um den EBERTH'schen Bacillus zu erkennen und ihn von denjenigen der äußerst zahlreichen Familie der Coli zu unterscheiden.

Sobald natürlich die Ergebnisse der Serumdiagnose von zwei oder drei biologischen Merkmalen bestätigt waren, gab ich mich damit zufrieden und bestand nicht auf dem vollständigen Versuch jener zehn morphologischen und biologischen Merkmale, die die Unterscheidung des Typhusbacillus möglich machen und sicher gestalten.³⁶)

Die Ergebnisse der bakteriologischen Forschungen und die Resultate der Serumdiagnose sind immer übereinstimmend gewesen. Für die letztere zog ich — nachdem ich alle von den Autoren vorgeschlagenen Methoden, als: Durchstechung des Fingers und des Ohrfläppchens, Anwendung von Vesicantien, Scarificationen etc., versucht hatte, die Durchstechung irgend einer Armader vor, von welchem Verfahren ich nie unangenehme Zufälle zu beklagen hatte, wenn ich auch eingestehen will, daß diese Methode in der Privatpraxis nicht anwendbar ist.

Die geringste als positiv erachtete Verdünnung war 1:50, und die Prüfung wurde immer in dem hängenden Tropfen vorgenommen, da ich der Ansicht war, daß die makroskopische Inspection unsichere Resultate liefern könnte. Die Beobachtung erstreckte sich nicht länger als auf zwei Stunden, und, sollte die Reaction als feststehend gelten, mußten während dieser Zeit die Bacillen nicht nur hin und wieder in den charakteristischen Häufchen, sondern unbeweglich und bis zum letzten agglutinirt sich vorfinden.

³²) L. REMY und E. SUGG: Recherches sur le bacille de EBERTH-GAFFKY („Travaux du laborat. d'Hyg. et bacter. de l'Univ. de Gand“, 1893, fasc. 2).

³³) E. GERMANO und G. MAUREA: Ricerche compar. fra il bacillo del tifo e batterii simili („Giorn. internaz. di scienze mediche“, 1893, Nr. 4).

³⁴) C. TERNI: La diagnosi differenziale del bac. del tifo („Annali dell' Istituto d'Igiene di Roma“, 1893, pag. 269).

³⁵) A. CESARIS-DEMEL und E. ORLANDI: Sulla equivalenza biologica dei prodotti del B. Coli e del batt. typhi („Archivio per le scienze mediche“, Vol. XVII, 1893, pag. 279).

³⁶) W. LÖTENER: Ueber das Vorkommen von Bacterien mit den Eigenschaften des Typhusbacillus in unserer Umgebung ohne nachweisliche Beziehung zu Typhuserkrankungen, nebst Beiträgen zur bakteriologischen Diagnose des Typhusbacillus (Arbeiten aus dem kais. Ges.-Amte, Bd. 11, H. 2, pag. 208).

In vier Fällen, bei welchen man vom klinischen Standpunkte aus die Diagnose des Ileotyphus hätte machen müssen, fiel die Serumdiagnose ganz negativ aus; in diesen Fällen war aber auch die Untersuchung der Bacillen in den Fäces eine negative, denn diese zeigte bloß die Anwesenheit von sehr zahlreichen Colicolonien. Eine ähnliche Thatsache wiederholte sich in einem Falle der Privatpraxis, der die Frau eines Arztes betraf und wo, ungeachtet der den Verdacht auf Ileotyphus erregenden klinischen Erscheinungen, die doppelten serumdiagnostischen und Culturversuche negativ ausfielen. In diesem Falle konnte man später die Existenz einer sehr schweren hepatischen Form constatiren, die in wenigen Wochen den Tod der Patientin herbeiführte.

Aus diesen Thatsachen entsteht das sehr wichtige Corollarium, daß, wenn in einem Falle von Ileotyphus auch die serumagglutinirende Reaction fehlt, es immerhin nothwendig ist, den EBERTH'schen Bacillus zu suchen und ihn zu isoliren, denn ohne diesen ist die Diagnose auf Abdominaltyphus nicht berechtigt. Da nun diese wesentliche Untersuchung in allen jenen Veröffentlichungen fehlt, die der WIDAL'schen Reaction viele ungünstige Fälle zuschreiben, so ergibt sich daraus, daß ein großer Theil derselben der Beweiskraft entbehrte.

Um zu erforschen, ob und welche deutlich constatabare Wirkungen das Ichthoform herbeiführt, begann ich durch die Serumdiagnose und die Behandlung der Fäces in Differentialgelatinen festzustellen, ob es sich unzweifelhaft um Abdominaltyphus handelte; hatte der Patient keine Diarrhoe, so verabreichte ich, um bald eine Stuhlentleerung zu erhalten, eine Dosis von 50 oder 75 Cgrm. Calomel je nach dem Alter. Ich fing sodann an, reichliche Gaben von Ichthoform zu geben; von 3 Grm. täglich bei Kindern bis zu 6 Grm. bei Erwachsenen, und wiederholte von Zeit zu Zeit die Untersuchung der Excremente bis zum Aufhören der Fieberperiode; auch wurde die Serumdiagnose nur in den Fällen wiederholt, in welchen sie negativ ausgefallen war, und dies um zu ermitteln, ob die mit der Cultur der Fäces gelieferten Indicationen sich entsprechend verhielten. Ich bemerke in dieser Hinsicht, daß ich die Punction der Milz nie ausführte, weil ich sie in den wenig günstigen hygienischen Localitäten unseres Krankenhauses nicht als frei von schwerer Infektionsgefahr halten konnte, wenn ich auch von den mit der Punction unmittelbar verbundenen, möglichen Schädlichkeiten, wie Zerreißungen der Milz, Blutergüssen ins Peritoneum, absehen will. Berühmte Kliniker und Pathologen haben sich übrigens seit lange her gegen dieses diagnostische Mittel ausgesprochen, bei welchem die Möglichkeit, den Patienten großen Schaden zuzufügen, sehr naheliegend ist.^{37, 38, 39)}

Die bei meinen klinischen Experimenten gewonnenen Resultate bestätigen genau diejenigen, welche die Professoren S. RABOW und B. GALLI-VALERIO in ihren Reincolonieculturen erhalten haben. Nach den ersten Tagen der Ichthoformdarreichung war die erste von mir beobachtete charakteristische Thatsache die verspätete Entwicklung der Colonien. Diese Verspätung, die immer sehr beträchtlich war, da der erste unter dem Mikroskope erkennbare Kern oder Coloniecentrum sich erst zwischen der 72. und 96. Stunde und mitunter auch später zeigte, wenn auch die Platten stets unter einer constanten Temperatur von 22° gehalten wurden, erklärte sich nicht nur durch das Erscheinen des ersten Centrums, sondern auch in der Folge durch das allmälige Wachsthum der Colonie, deren Entwicklung im Vergleiche zu der in den Vergleichsplatten vor sich gehenden Entwicklung merklich später gelang.

Eine weitere constante Thatsache war die beträchtliche Zahlverminderung sowohl der EBERTH'schen als auch der Coli-

colonien; mitunter zeigte es sich schon bei der zweiten Bestreuung, daß die Colicolonien die Oberhand gewonnen, indem man keine EBERTH'schen Colonien constatiren konnte, während die Colicolonien als vermehrt sich herausstellten bei bestehender Verzögerung in ihrer Erscheinung und Entwicklung. Sodann begannen auch die Colicolonien rasch abzunehmen. In vielen Fällen gelang mir nach 10—14tägiger Behandlung die Entwicklung irgend einer Colonie, sei es von Typhus oder Coli, nicht mehr; dies geschah hauptsächlich — ich möchte sagen beständig —, wenn die Fäces wieder eine harte Consistenz angenommen hatten. Mitunter aber, und dies traf bei Diätfehlern, beim Aussetzen des Medicamentes und fast immer bei Steigerung des Fiebers zu, schienen die Colonien, welche an Zahl abgenommen und eine verspätete Entwicklung gezeigt hatten, frische Kraft zu gewinnen und sich rascher und zahlreicher zu entfalten, dann aber nahmen die Culturen, in merklichem Zusammenhange mit den klinischen Erscheinungen und sogleich nach dem Aufhören der Verschlechterungsperiode des Kranken, die gewohnten Merkmale wieder an.

In der fortschreitenden Reconvalescenzperiode konnte ich nie EBERTH'sche Colonien beobachten, während LAZARUS⁴⁰⁾ bekanntlich aus den Excrementen Culturen von Typhusbacillen erhielt, sogar 41 Tage, nachdem jede Spur des Fiebers gänzlich verschwunden war. In den von mir studirten Fällen waren das Aufhören des Fiebers und die wieder erlangte feste Beschaffenheit der Fäces stets von folgenden Thatsachen begleitet:

1. Gänzlich und definitives Verschwinden der EBERTH'schen Colonien;
2. sehr bedeutende Verspätung in dem Erscheinen und Wachsthum der Colonien von *Bacterium coli*;
3. sehr merkbare Verminderung der Anzahl der Colicolonien; zuweilen Reducirung derselben bis Null.

Ich habe vorher erwähnt, daß ich während meiner Untersuchungen vier zwei verschiedenen Spitalsabtheilungen angehörende Kranke antraf, bei welchen die klinische Diagnose des Abdominaltyphus, zu welcher die von den Patienten selbst dargebotenen klinischen Erscheinungen rationell geführt hätten, weder von der Serumdiagnose noch von der bacteriologischen Untersuchung der Fäces bestätigt werden konnte. In diesen Fällen gaben die Culturen zu einer übermäßigen Entwicklung von *Coli* Veranlassung; nachdem jedoch die Kranken der gewöhnlichen Ichthoformtherapie unterzogen worden waren, fing die Zahl der Colonien rasch abzunehmen an, während die Temperatur durch Krisis niedriger wurde, so daß bei der Wiederholung des Versuches nach zehn Tagen, die Entwicklung der Colonien — trotzdem ich zwei Oesen der Fäces in Fleischbrühe und zwei Oesen Fleischbrühe in jede Gelatine überführt hatte, in zwei Fällen gänzlich fehlte, in den zwei übrigen jedoch sehr spärlich und mit großer Verspätung eintraf. Es erhellt also daraus, daß das Ichthoform die Entwicklung des EBERTH'schen Bacillus und des *Bacterium coli* im Darne merklich verhindert.

Diese Wirkung, die, wie von den Untersuchungen der obgenannten Autoren bestätigt wird, nicht nur durch eine spätere Entwicklung der Colonien, sondern auch durch eine wichtige Verminderung ihrer Zahl dargethan wird, dient auch dazu, um die klinischen Effecte des Heilmittels zu erklären, nämlich: die Verminderung und das Aufhören des Fiebers, das Vermindern und Aufhören der Darmgährung und das Verschwinden des Indicans im Harne.

In dieser Hinsicht möchte ich eine mir als sehr wichtig erscheinende Thatsache anführen: In der oberwähnten Arbeit von Professor AUFRECHT, in der ebenfalls früher angeführten Monographie der Professoren S. RABOW und B. GALLI-VALERIO und in einer meiner vorhergehenden Studien über das Ichthoform wird bei den Gährungsformen im Darne die Thatsache

³⁷⁾ GRAWITZ: Ueber die Bedeutung des Typhusbacillennachweises für die klin. Diagn. des Abdominaltyphus („Chir. Annal.“, Bd. 17, 1892).

³⁸⁾ FRAENKEL: BAUMGARTEN'S Jahresbericht, 1892, pag. 232).

³⁹⁾ CURSCHMANN: Op. cit., pag. 401.

⁴⁰⁾ A. LAZARUS: Die ELSNER'sche Diagnose des Typhusbacillus und ihre Anwendung in der Klinik („Berl. klin. Wochenschr.“, Nr. 49, Dec. 1895).

der raschen Abnahme und des Verschwindens des Indicans (Kalium-Indonisulfat) im Harne nach der durch einige Tage fortgesetzten Verabreichung von Ichthoform berichtet. Während meiner gegenwärtigen Untersuchungen konnte ich zweimal feststellen, daß bei Colicolonien, die von der Platte isolirt und in Fleischbrühe überführt und die von einem Kranken stammten, dem mehrere Tage hindurch große Dosen von Ichthoform verabreicht worden waren, aus deren Culturen in Fleischbrühe die Reaction des Indols nicht zu erhalten war, obwohl die übrigen biologischen und culturellen Merkmale dafür sprachen, daß man es unzweifelhaft mit einer Colicultur zu thun hatte. Zu bemerken ist, daß die Ueberführungen in Bouillon des Coli selber, die vor der Darreichung des Ichthoform stattgefunden, die Reaction dargeboten hatten.

Diese Veränderungen der biologischen Merkmale dürfen uns nicht verwundern, sobald wir berücksichtigen, daß nicht nur die chemischen Agentien, sondern auch die physikalischen, wie z. B. die Temperatur, auf die Mikroorganismen im Allgemeinen, aber insbesondere auf den EBERTH'schen Bacillus und noch viel mehr auf das Bacterium coli sehr energische Wirkungen ausüben, die umso bemerkenswerther sind, als diese, in denselben Grenzen auf unseren Organismus angewendet, fast gänzlich unbeachtet bleiben und jeder Bedeutung ganz und gar entbehren. In dieser Hinsicht will ich außer den interessanten Studien von SEDGWICH und WINSLOW⁴¹⁾ noch die wichtige Arbeit von REMLINGER⁴²⁾ erwähnen.

REMLINGER entnahm mehrere Male des Tages Typhusculturen aus dem Thermostaten und gab dieselben während 10' ins Wasser von 22—23° Wärme. Der Typhusbacillus, der so virulent war, daß ein halbes Cubikcentimeter der Bouilloncultivur durch peritoneale Einspritzung binnen 36—48 Stunden ein Meerschweinchen von 600—700 Grm. tödtete, wurde so schwach, daß nach 5 Tagen 2 Ccm. nöthig waren, um ein Meerschweinchen von 500 Grm. zu tödten, und 10 Tage darnach war die Cultur überhaupt nicht mehr giftig, während die Virulenz der Controlcultur noch gänzlich bestand. Auch die Abkühlung hatte auf das Bacterium coli großen Einfluß. Meine Versuche waren außerordentlich zahlreich, einerseits durch die mir in den Spitalabtheilungen zur Verfügung gestandenen Fälle, andererseits durch viele Fälle aus meiner Privatpraxis und derjenigen meiner Collegen, die sich an mich wandten, um zu erfahren, ob durch die bacteriologische Untersuchung oder die Serumdiagnose irgend ein diagnostischer Zweifel aufgeklärt werden könnte, und endlich durch die Menge der von mir in jedem einzelnen Falle cultivirten Platten, von denen ich oft zu gleicher Zeit 20 in vier verschiedenen Verdünnungen behandelte. Nach und nach beschränkte ich mich jedoch auf die drei Gelatinen von ELSNER, PIORKOWSKY und REMY, indem ich dieselben zu gleicher Zeit bestreute. Bei keiner Untersuchung hielt ich mich an eine einzelne Gelatine und dies vor Allem aus dem Grunde, um nicht durch eine Zufälligkeit, wie es die Auflösung der Gelatine oder die Entwicklung von Fädchen ist, verhindert zu werden, zu bestimmten Resultaten zu gelangen; in zweiter Linie weil es mir daran gelegen war, definitiv festzustellen, welche der drei Gelatinen die beste wäre.

Ich bin überzeugt, daß so lange keine neue und vollkommene Differentialgelatine vorgeschlagen wird als die, welche wir gegenwärtig besitzen, diese noch immer die geeignetste Methode ist, da heutzutage mit der Gelatine von ELSNER die deutlichsten Culturmerkmale erhalten werden. Diese Gelatine hat auch noch den Vortheil der größeren Raschheit in der Präparirung und einer solideren Consistenz als die von PIORKOWSKY, so daß sie nicht der Gefahr ausge-

setzt ist, sofort zu schmelzen, wenn die Thermostattemperatur die 22° um einige Zehntel übersteigt. Uebrigens geschieht es mitunter, daß in der PIORKOWSKY'schen Gelatine auch die Colicolonien die Neigung haben, Verlängerungen auszutreiben, die zu Irrthümern führen können; wenn solche Colonien in die ELSNER'sche Gelatine überführt werden, entfalten sich dieselben mit deutlichen Merkmalen, die die sofortige Unterscheidung gestatten. Diese einzige Thatsache bildet für die ELSNER'sche Gelatine einen merklichen Vortheil. Ich habe auch die Untersuchungen von BISCHOFF⁴³⁾ bestätigt gefunden, der die Behauptung von PIORKOWSKY nicht acceptiren konnte, wonach die Colonien, die keinen Kern, sondern eine feine netzartige Structur zeigen, einen besonders schweren Fall andeuten. Solche netzartige Zertheilungen habe ich oft bei Colonien gesehen, die nach vielfachen Untersuchungen sich unzweifelhaft als Coli herausstellten.

In den von mir durchgeführten Versuchen stellte sich die Entwicklung in der REMY'schen Gelatine im Vergleiche zu anderen stets mit merklicher Verspätung ein, und dies wegen des beträchtlichen Inhaltes an Mineralsalzen in der Zusammensetzung der Gelatine selbst. Außerdem verlieren die Colicolonien mitunter die normale braungelbliche Verfärbung und nehmen dafür eine bläuliche Farbe an, die der Perlmuttertinctur der EBERTH'schen Colonien ähnlich sieht, so daß dies die sofortige Unterscheidung der zwei Mikroorganismen viel schwieriger macht.

Die raschere Entwicklung bewährte sich stets mehr bei den mit ELSNER'scher Gelatine bestreuten Platten als bei denen, die mit REMY'scher Gelatine bestreut waren; mitunter lieferten sogar die mit ELSNER'scher Gelatine besäeten Platten eine schnellere Entwicklung als die, welche mit der Gelatine von PIORKOWSKY bestreut waren.

Wenn man daher alle Thatsachen betreffs der Raschheit der Präparirung der Culturböden, der schnellen Entwicklung, Vermehrung und Merkmale der Colonien, der geringeren Leichtigkeit der Gelatinschmelzung, des größeren Hindernisses für die Entwicklung anderer Organismen (Fädchen etc.) in Rechnung ziehen will, so gebührt — nach meiner Ansicht — der ELSNER'schen Gelatine der Vorzug, wenn auch eingestanden werden muß, daß auch mit der Gelatine von PIORKOWSKY beachtenswerthe Resultate erhalten werden können.

(Schluß folgt.)

Das „bewegliche Herz“.

Von **Dr. Ludwig Braun**, Privatdocenten an der Wiener Universität.

II.

Legen wir nun den Maßstab dieser Erfahrungen an den Percussionsbefund RUMPF's, so müssen wir sagen, daß die Dämpfungsfur des Herzens in linker Seitenlage, von der RUMPF selbst zugibt, daß sie an eine beträchtliche Volumszunahme des Herzens denken lasse, eben ein Beweis für diese Volumszunahme ist, der durch den Befund in Rückenlage und Aufrechtstellung, sowie in rechter Seitenlage keineswegs zu entkräften ist. Durch Percussion hat RUMPF nur an dem auf der linken Seite liegenden Kranken eine Volumszunahme des Herzens erkennen können; vielleicht wäre dieselbe auch in vornübergebeugter Haltung der Percussion erkennbar gewesen. Daß selbst sehr stark vergrößerte Herzen unter Umständen, in Rückenlage des Kranken, eine relativ kleine Dämpfung bewirken, haben wir schon gehört und können füglich behaupten, daß dies auch im Falle RUMPF's sich so verhalten haben wird, wo die Herzdämpfungsfur in Linkslage ein Dreieck war, dessen innere Seite 8 Cm., die äußere

⁴¹⁾ W. T. SEDGWICH und C. E. A. WINSLOW: Experiment. und statistische Studien über den Einfluß der Kälte auf den Typhusbacillus und seine Vertheilung („Centralbl. f. Bacteriologie“, Nr. 18, 19, 1900).

⁴²⁾ P. REMLINGER: Sur la sensibilité du bacille d'EBERTH aux variations de température (Compt. rendus de la soc. de biol., Nr. 26, pag. 713 — „Annal. de l'Institut Pasteur“, T. 11, pag. 829, 1897).

⁴³⁾ BISCHOFF: Ueber die bacteriolog. Typhusdiagnose unter besonderer Berücksichtigung der Harngelatine nach PIORKOWSKY („Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1900, Heft 4, pag. 235).

19 Cm. und die untere 11 Cm. gemessen hat, wobei man ja noch in Rechnung zu ziehen hat, daß bei linker Seitenlage die linke Thoraxhälfte verkleinert wird, weil die nach links sinkenden Eingeweide die linke Zwerchfellhälfte in die Höhe drängen.

Ist es nun über allen Zweifel sichergestellt, daß die Beschwerden des Kranken mit der Herzbeweglichkeit zusammenhängen, ja von derselben herrühren? RUMPF selbst macht den Einwand geltend, daß die Beschwerden mit der Herzbeweglichkeit möglicherweise nichts zu thun haben. Mit ROMBERG muß jeder unbefangene Autor gleichfalls der Ansicht sein, daß hier ein Causalnexus im geäußerten Sinne nicht bestanden haben müsse. Die Beschwerden des Kranken waren vielmehr Folgen der Insufficienz des Herzens. Wir sehen solche Beschwerden und Krankheitserscheinungen in ähnlicher Form und Intensität bei jeder Herzinsufficienz, wiewohl oftmals von einer so vermehrten Beweglichkeit oder Verschieblichkeit des Herzens sicherlich nicht die Rede sein kann. Man sieht andererseits sehr häufig extreme Dislocationen des Herzens, z. B. bei Pneumothorax, die in kürzester Zeit (Minuten) zustande kommen, ohne Beschwerden einhergehen. Ich beobachte gerade jetzt zwei Fälle dieser Art. Das Herz liegt völlig in der rechten Thoraxhälfte, die Kranken haben jedoch selbst bei raschem Gehen keine Dyspnoe und können ohne Beschwerden auf der linken und auf der rechten Körperseite liegen. Solche Fälle sind ja durchaus nicht selten, und sie beweisen, daß selbst extreme Verschiebungen des Herzens ohne subjective Symptome ertragen werden.

Man kann somit wohl der Zustimmung aller Herzpathologen sicher sein, wenn man behauptet, daß der Fall RUMPF's ursprünglich ein Fall von typischer Bierhypertrophie war. Gleichfalls in typischer Weise ist die Herzmusculatur allmählig insuffizient geworden, sind Dilatation und die classischen Symptome der chronischen Insufficienz aufgetreten.

Es ist ja übrigens auch eine bekannte Thatsache, daß viele, die meisten Herzkranken, zumal im Stadium der „Incompensation“, die linke Seitenlage, manchmal auch die rechte, nicht vertragen.

Daß das Herz nach rascher Abmagerung fettreicher Individuen, wenn nicht etwa Adhäsionen des Pericardialsackes, wie z. B. häufig bei Tuberculose, bestehen, einen höheren Grad von seitlicher Verschieblichkeit gewinnt, als es vorher besessen, ist bedingungslos zuzugeben und auch unschwer begreiflich. Dafür allerdings ist der Fall RUMPF's ein ganz ausgezeichnete Beleg. Bei Adipositas universalis ist ja auch das mediastinale Zellgewebe in eine dicke Fettmasse umgewandelt, das Zellgewebe, zu dessen Bestandtheilen auch die Bandapparate des Herzens zu zählen sind. Durch die allmählig fortschreitende Fettanhäufung gedehnt, gewähren sie, wenn das eingelagerte Fett rasch geschwunden ist — nunmehr relativ lang und gelockert — den Verschiebungen einen größeren Spielraum. Daß auch die Aorta derartiger Individuen relativ weit (minder elastisch) ist, hängt mit der Genese dieser Adipositas nothwendig zusammen und ist — wie wir wissen — ein wesentlicher Factor für das Zustandekommen der vermehrten Herzbeweglichkeit.

Ein Jahr, bevor RUMPF seine Befunde von excessiver Beweglichkeit des Herzens erhob, hat CHERCHEWSKY an 40 Personen, also an einem im Verhältnisse sehr kleinen Materiale, die passive Beweglichkeit des Herzens unter verschiedenen Bedingungen untersucht und gefunden, daß die Verschieblichkeit des Herzens mit der Elasticität der Gefäße (im Alter) abnehme; die deutlichste Verschieblichkeit bestehe ungefähr im 40. Lebensjahre. Dieses Resumé ist — zumindest in solcher allgemeiner Fassung — unzutreffend.

Nach CHERCHEWSKY ist das Herz auch desto mehr verschieblich, je nervöser das Individuum ist, dem es angehört. Er fand bei nervösen Cardiopathien zwei Druckpunkte, einen an der 7. linken Rippe in der vorderen Axillarlinie, einen zweiten, der bei aufrechter Stellung durch Percussion des

linken Leberlappens manifest werde. Der Schmerz strahle von hier in die Herzgegend aus. „Beide Symptome — sagt CHERCHEWSKY — haben eine gemeinsame Ursache, die erhöhte Verschieblichkeit des Herzens.“

Die Angaben von CHERCHEWSKY ermangeln bis zum heutigen Tage der Bestätigung durch andere Autoren. Meinen eigenen Standpunkt habe ich bereits genügend hervorgehoben.

Nach der Angabe von ALOIS PICK bildet geringe Beweglichkeit des Herzens ein häufigeres, größere Beweglichkeit ein relativ seltenes Vorkommniß. Er fand die letztere bei sieben von mehr als tausend untersuchten Fällen. Das abnorm bewegliche Herz — meint PICK — findet sich sowohl bei sonst gesunden, kräftigen Menschen als eine wahrscheinlich angeborene Anomalie, andererseits findet man es bei gleichzeitigem Vorhandensein von Herzfehlern, sowie von anderen Organerkrankungen, ohne daß jedoch ein genetischer Zusammenhang zwischen diesen pathologischen Processen und dem Zustandekommen des abnorm beweglichen Herzens ersichtlich wäre. PICK meint schließlich, daß die abnorme Beweglichkeit des Herzens mitunter gar keine Beschwerden verursacht, in der größten Zahl der Fälle jedoch, wie auch aus den Angaben RUMPF's hervorgehe, mit Herzklopfen, Schwindel, Oppressions- und Schwächegefühl, sowie Unvermögen, die linke, seltener die rechte Seitenlage einzunehmen, verbunden sei.

Die Berufung auf die diesbezügliche Angabe von RUMPF zum Beweise dafür, daß die subjectiven Beschwerden von Kranken mit beweglichen Herzen auf diese Beweglichkeit zurückzuführen seien, kann, wie bereits gesagt wurde, als beweisend nicht anerkannt wurde.

Von den 7 Fällen PICK's haben 2 Gelenkrheumatismus (einer wiederholt), der 3. eine heftige Malaria überstanden, die recidivirte und den Kranken stark herunterbrachte; im 4. Falle bestand hochgradige Arteriosklerose, im 5. Cholelithiasis und beiderseitige Spitzenaffection, im 6. ohne Zweifel eine musculäre Erkrankung des Herzens. Bleibt ein Fall, von dem wir zu wenig wissen, weil in dem Befunde über die Qualität des „Spitzenstoßes“ nichts gesagt und eine etwaige Herzhypertrophie nicht ausgeschlossen ist. In 6 von den 7 Fällen erklären sich die subjectiven Beschwerden ohne die gezwungene Annahme des Causalnexus zwischen ihnen und der Herzbeweglichkeit. PICK hat ohne Frage zu sehr unter dem Eindrucke der RUMPF'schen Angaben gestanden, als er die Schlußfolgerungen aus seinen Befunden zog. Die vermehrte Beweglichkeit ist in allen Fällen PICK's als secundäre, durch erworbene Veränderungen bedingte, ex hypertrophia et dilatatione ventriculi sinistri und aus Veränderungen an der Aorta abzuleiten. Als angeborene Form, im Sinne der eingangs beschriebenen Anomalie, ist somit nur ein Fall (von mehr als tausend Untersuchten) und auch dieser nur mit aller möglichen Reserve zuzugeben.

Als gleichbedeutend mit „Cor mobile“ wird von manchen Autoren — manchmal irrthümlich — das sogenannte Krankheitsbild der „Cardiopsis“ bezeichnet.

Der Begründer der Lehre von der Cardiopsis, zugleich ihr eifrigster Prophet, ist der italienische Forscher RUMMO, der in Wort und Schrift stets von neuem für seine Schöpfung eintritt und diese Lehre auch durch seine Schüler immer wieder propagiren läßt.

Der Krankheitsbegriff RUMMO's setzt sich aus anatomischen und klinischen Veränderungen zusammen.

Man hat eine primäre, „protopathische“ Form und eine secundäre, „deuteropathische“ zu unterscheiden. Die Ursache der idiopathischen Form ist nach RUMMO ein gewisser, meist angeborener Mangel in der Entwicklung des elastischen Gewebes des Gefäßsystems und des Herzens, den er „Ugropatia“, auch „Sistemopatia vascolare congenita“ nennt, und der im concreten Falle auch die Aufhänge- und Stützapparate des Herzens betreffen soll. Als solche bezeichnet RUMMO ohne genauere Scheidung die großen arteriellen Gefäße, die Venen, auch die Verzweigungen der Pulmonalarterie, das Zwerchfell,

das Pericard, schließlich die Lungen, das hintere Mediastinum und die in das Pericard übergehende cervico-pericardiale Aponeurose.

Durch alle diese Apparate, hauptsächlich durch das Gefäßbündel, werde das Herz in Schwebelage erhalten und vermöge nicht, seiner Schwere folgend, auf das Zwerchfell hinabzusinken. Geben jene Apparate aber nach, dann trete ein der Enteroptose analoger Vorgang ein, das Herz falle vollkommen auf das Zwerchfell hinab.

Es gibt eine Senkung ersten Grades, die initiale Form, bei der bloß die Herzspitze dislocirt ist, und eine Senkung zweiten Grades, die complete Form, bei welcher man im TRAUBE'schen Raume Herzschall percutirt. Die ganze (statische) Modification der Herzlage besteht aus Rotation um die antero-posteriore Achse — dadurch nimmt die Neigung des Herzens zur Horizontalen zu —, ferner aus Dislocation nach links und abwärts.

Am Ende gebe zuweilen auch das Zwerchfell nach, der linke Leberlappen senke sich herab, es entstehe ein „Prolaps des Herzens“.

Die Aenderung der Herzlage hat — nach RUMMO — im ganzen dreierlei Ursachen:

1. Volums- und Massenzunahme des Herzens, die „volumetrische“ Dystopie (doch kommen Hypertrophien ohne Cardioptose und Ptosis ohne Hypertrophie vor).

2. Druckveränderungen in Thorax und Abdomen, die „mechanische“ Dystopie (nimmt z. B. bei Pleuritis dextra der Druck rechterseits zu, dann wird das Herz nach links dislocirt, bei Druckabnahme rechterseits nach rechts).

3. Tonusveränderungen der Stütz- und Aufhängeapparate des Herzens, d. h. Elasticitätsverminderung derselben durch die erwähnte, angeborene Anomalie, die Ugropathie, welche erst in zweiter Linie Herzhypertrophie im Gefolge haben soll. Diese Cardioptose wäre somit eine besondere Localisation der DUCHESNE'schen Ptosidiatheose.

Das Zustandekommen der Herzhypertrophie bei der letzteren, seiner classischen Form, stellt sich RUMMO in folgender Weise vor:

Ist das Gefäßbündel schlaff und das Herz daher stärker zur Unterlage geneigt, dann ändern sich die Winkel zwischen der Längsachse des Herzens und der Gefäßachse, die Herzarbeit müsse zunehmen, theils wegen vermehrter Reibung des Blutes — nach dem Gesetze der Curve, theils, weil die Unterstützung der Herzarbeit durch die Gefäßwände ausfällt, theils deshalb, weil das Herz erhöhter Arbeit bedürfe, um sich während der Systole in die Höhe zu heben und zu entleeren. So seien am Ende wieder die statischen Symptome — die Dystopie und die volumetrischen Symptome — die Hypertrophie, vereinigt, aber bei dieser, der „idiopathischen“ Form von Cardioptose, sei die Ptosis das Primäre, durch die Ugropathie gegeben, die Volumszunahme erst secundär.

Die objectiven Kennzeichen der Cardioptose sind nach RUMMO Dislocation der Herzspitze nach außen und unten durch überwiegende Hypertrophie des linken Ventrikels und Senkung des Herzens. Doch komme es vor, daß die Percussion bloß Senkung des unteren Theiles nachweist und der gleiche Nachweis am oberen Rande nicht gelingt, weil auch das Gefäßbündel sich oftmals erweitere und dadurch eine von oben her direct in den Herzschall übergehende Dämpfung bewirke.

Neben diesen Veränderungen am Herzen beschreibt RUMMO an seinen cardioptotischen Individuen Tiefstand der Lungen, Senkungen von Leber, Magen und Nieren, ferner Hernien etc.

Subjective Symptome der Cardioptose sind u. a.: Cardiale und respiratorische Asthenie, Druck- und Angstgefühle, Dyspnoe, Herzklopfen, Tachycardie, Beklemmungen, Herzschmerzen, Präcordialangst, Schwindel.

Wenden wir nunmehr statt der Terminologie RUMMO's die uns geläufigeren Bezeichnungen an, so haben wir gesehen, daß es Fälle gibt, in welchen bei Volumszunahme des

Herzens Tiefstand desselben zustande kommt. Diese Veränderung kann als Veränderung sui generis jedoch kaum anerkannt werden. Die anatomische Anlage des Herzens und des Herzbeutels und die topographischen Verhältnisse der Brustorgane bringen es ja mit sich, daß ein an Volum zunehmendes Herz dem Zwerchfell entlang immer weiter nach außen und unten reicht, und zwar bis zu einem gewissen Grade in gleicher Weise, ob die Volumszunahme die linke oder die rechte Herzkammer betrifft, unter sonst gleichen Verhältnissen natürlich mehr, wenn die Volumszunahme der linken Kammer überwiegt. Geht mit der Volumszunahme des Herzens auch eine Erweiterung, geht mit ihr eine Verlängerung der Aorta ascendens einher, dann erst gesellt sich dem „Tiefstande“ der anatomischen Herzspitze, dem nur scheinbaren Tiefstande des Herzens, auch Tiefstand der Herzbasis bei, dann erst liegt eine Senkung des ganzen Organes vor; und diese erst ist erfahrungsgemäß und natürlicherweise mit vermehrter Beweglichkeit desselben verbunden.

Wenn RUMMO diese Consequenzen, die in der Natur der Sache liegen, diese secundären Erscheinungen, mit dem speciellen Namen „Cardioptosis“ belegen will, so liegt diesem Vorgange gar nichts im Wege, nur sollte diese Bezeichnung auf solche Fälle beschränkt bleiben, wo auch die Herzbasis in der beschriebenen Weise tiefer gerückt ist, denn daß die palpatorischen und die percutorischen Grenzen eines vergrößerten Herzens weiter nach links außen und unten reichen, ist ja selbstverständlich und brauchte keine weitere Erwähnung. Es liegt auch keinerlei Grund vor, die eventuellen Insufficienzerscheinungen solcher Herzen auf die „Cardioptose“ zu beziehen, da die Veränderungen des Herzens sie nach unseren Begriffen hinreichend erklären.

Auf die sogenannte mechanische Dystopie habe ich nicht weiter einzugehen.

Die statische Dystopie, die primäre Form, RUMMO's protopathische Cardioptose, jedoch bedarf der Besprechung. Auch bei ihr findet sich nach RUMMO Volumszunahme, Hypertrophie des Herzens — vorwiegend der linken Kammer —, doch seiner Meinung nach secundär, auf die durch die Ptose vermehrte Herzarbeit zurückzuführen, primär sei die Ugropathie.

Es ist nun bemerkenswerth, daß man in den Anamnesen der Fälle RUMMO's und seiner Schüler, und zwar aller Fälle, die als protopathische Cardioptosen beschrieben werden, Daten findet, wie übermäßigen Sport, Alkoholmißbrauch, Gelenkrheumatismus, Endocarditis, angeborene Mitralstenose, Malaria, excessive Kraftanstrengungen, Traumen anderer Art, Arteriosklerose, und daß in den Krankengeschichten selbst Erkrankungen des Herzmuskels niemals ausgeschlossen sind. Nach unseren gegenwärtigen Vorstellungen über die Genese der Herzhypertrophie sehen wir uns in solchen Fällen kaum genöthigt, eine Veranlassung der Hypertrophie erst noch zu suchen.

Die Genese der Hypertrophie ist in den Antecedentien der einzelnen Pat. klar vorgezeichnet, aber nicht im Sinne RUMMO's, dessen Vorstellungen von dem Modus der Herzarbeit die Physiologen kaum befriedigen können.

Das Herz hebt sich übrigens — im Gegensatze zur Anschauung RUMMO's — während der Systole nicht von seiner Unterlage — dem Pericard — ab, sondern bleibt, ob dieselbe tiefer gerückt ist oder nicht, immer in Contact mit ihr; während der Systole tritt eine Verkürzung des Längsdurchmessers des Herzens nicht ein. Die Vorstellung RUMMO's von dem Mechanismus der systolischen Umformung des Herzens stimmt mit den Thatsachen ebenso wenig überein wie die Angabe, daß das Herz auf das Zwerchfell hinabzufallen vermöge.

Es werden ja schließlich auch bei anscheinend idiopathisch-hypertrophischen Herzen Myocardveränderungen gefunden, wenn man nur in genauer Weise darnach sucht. Die diesbezüglichen Erfahrungen von KREHL, HIS und ROMBERG, welche lehren, wie große Sorgfalt der Untersuchung dazu

gehört, um mit Sicherheit das Bestehen einer Herzmuskelaffectio auszuschließen zu dürfen, können gerade mit Bezug hierauf nicht genug hervorgehoben werden. Es ergeht der idiopathischen Herzhypertrophie wie ehemals der perniciosen Anämie; ihr Geltungsgebiet wird kleiner und kleiner, weil man u. a. auch die mannigfachen Erkrankungen berücksichtigen lernt, denen das Herz z. B. schon in den Kinderjahren unterliegen kann. Es gibt Kinder, die von Geburt aus hypertrophische Herzen haben, somit aus einer Zeit, in der die Arbeit des linken Herzens für die Genese der Hypertrophie kaum in die Wagschale fällt. Hier handelt es sich zum geringeren Theile um Entwicklungsfehler, zum größeren — wie bereits ROKITANSKY hervorhob — um abgelaufene fötale Endo- und Myocarditiden. Für die Herzhypertrophie der ersten Kinderjahre kommt sicherlich auch die Ueberfütterung der Kinder in Betracht, die, zumal in den besseren Ständen, heutzutage gang und gäbe ist; denn auch für das Kind, und vielleicht noch mehr als für den Erwachsenen, besteht die physiologische Relation zwischen Körpermasse und Herzgewicht.

Daß subjectiven Herzerscheinungen von Kindern oftmals keinerlei anatomische Substrate zugrunde liegen, ist bekannt. Nach den Erfahrungen HENOCH's klagen viele Kinder, und zwar mehr Knaben als Mädchen, im Alter von 10 Jahren bis zur Pubertät über Palpitationen und Schmerzen in der Herzgegend, zu denen mitunter Athemnoth — besonders bei stärkeren Bewegungen — hinzutritt. Die Untersuchung kann in diesen Fällen auch nicht die geringsten objectiven Veränderungen nachweisen. Nach der Pubertät schwinden jene Erscheinungen vollkommen, der objective Status bleibt wie vorher vollkommen normal.

Ich erwähnte dies bloß, um zu zeigen, daß man auch anamnestische Daten bei Herzkranken mit entsprechender Kritik und Reserve aufzunehmen hat.

Aus der RUMMO'schen Klinik hat sodann jurans in verba magistri FERRANINI „Anomalien des Körperbaues bei Cardioposis“ beschrieben.

Zur Bekräftigung der Hypothese von der angeborenen Schwäche der Bandapparate der einzelnen Organe, der Dysgenese oder Histopathie der Stützsubstanzen des Körpers, führt FERRANINI Degenerationszeichen und Anomalien an den mit Herzptosis ohne „Herzhypertrophie“ behafteten Kranken an. Die Anomalien der Kranken (2 Männer und 2 Frauen zwischen 18 und 24 Jahren) bestanden in Asymmetrie des Schädels, schwacher Entwicklung des Skelettes, Verkrümmungen des Thorax und der Extremitäten, psychischen Defecten etc.

Bei allen Kranken fand sich Pulsatio epigastrica; bei der Percussion zeigte es sich, daß die untere Grenze den Schwertfortsatz um 3·5—4·5 Cm. überragte, die relative Dämpfung an der 3. Rippe, im 3. Intercostalraume oder an der 4. Rippe begann. Bei der Auscultation fanden sich die Zeichen der Mitralstenose. Die Anamnese wird nicht weiter berührt.

„Diese 4 Fälle — sagt FERRANINI — zeigen so recht einwandfrei (!) die große Bedeutung einer angeborenen, vielleicht hereditären, krankhaften Anlage des Gefäßsystems, die die Ptosie des Herzens verursacht und den ganzen Circulationsapparat, speciell das elastische Bindegewebe desselben in Mitleidenschaft zieht. Infolge dieser primären Alteration der Gefäßwand findet sich an den peripheren Gefäßen eine Reihe trophischer Störungen, z. B. Varicen. Das ätiologische Agens, das seine Spuren in den verschiedenen Organen hinterlassen hat, hat bei allen 4 Individuen außer der typischen Ptosie des Herzens auch die Mitralstenose verursacht, die also als ein Entwicklungsfehler zu betrachten ist.“

Uebersetzen wir die Sprache FERRANINI's in unsere landesübliche Sprache, so haben wir 4 Kranke mit Mitralstenose vor uns, die als frühzeitig erworbene, vielleicht als ange-

borene Formen von Stenose des linken venösen Ostiums zu betrachten sind.

Die angeborene Mitralstenose scheint häufiger vorzukommen, als in der Regel angenommen wird.

Angeborene und frühzeitig erworbene Klappenfehler gehen nun bekanntlich oft mit Wachstums- und anderen Entwicklungshemmungen, auch solchen psychischer Art einher. Bei Mitralstenose findet sich naturgemäß immer Größenzunahme des rechten Ventrikels, in Fällen hochgradiger Stenose eine Dämpfung, die auf Größenzunahme des rechten, Größensabnahme des linken Ventrikels hinweist. Diese Verhältnisse aber liegen uns zweifellos in den Fällen FERRANINI's vor. Worin FERRANINI die Möglichkeit sieht, eine Vergrößerung des Herzens in seinen Fällen auszuschließen, bleibt unklar; aus seinen Angaben erhellt auch nicht die Ptosie des Herzens, sondern bloß die Hypertrophie und Dilatation der rechten, die mangelhafte Füllung der linken Kammer. Varicen bei Individuen mit einem schweren Klappenfehler als Zeichen einer primären Gefäßalteration aufzufassen, dürfte nur demjenigen gelingen, der eine vorgefaßte Meinung um jeden Preis bestätigen will, und dem es dann allerdings nicht allzu schwer unterlaufen kann, daß er statt primär secundär, statt Folge Ursache sagt.

Unser heutiges Thema, das „bewegliche Herz“, hat auch DETERMANN erörtert in einem Aufsätze, betitelt „Die Beweglichkeit des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers (Cardioptose)“. Ich brauche wohl kaum noch hervorzuheben, daß (excessive) „Beweglichkeit des Herzens“ und Cardioptose im Sinne der Autoren, von denen diese Termini stammen, nicht identisch sind. Ein excessiv bewegliches Herz ist nicht nothwendig auch herabgesenkt und ein cardiopnotisches nicht nothwendig übermäßig beweglich. Die Nebeneinanderstellung jener Bezeichnungen als gleichbedeutend kann daher nicht gebilligt werden.

DETERMANN untersuchte die Verschieblichkeit des Herzens theils durch Percussion und Palpation, theils mit der Roentgenphotographie, theils experimentell, mißt jedoch bloß dem zweiten und dritten der drei genannten Verfahren Beweiswerth bei.

Gegen das DETERMANN'sche Verfahren der Bestimmung der Herzverschiebung durch Roentgenphotographie ist ein gewichtiger Einwand zu erheben.

Eine solche Untersuchung wäre bloß dann beweisend gewesen, wenn DETERMANN bei der Bestimmung der einzelnen Punkte des Herzcontours immer bloß den Schatten berücksichtigt hätte, welcher durch die vom Focus der Röhre auf den Schirm gefällte Normale oder Senkrechte geworfen wird; an der Hand dieses Schattens allein ist die Verschiebung einwandfrei controlirbar. Dies that DETERMANN nicht und achtete bloß darauf, daß sich rechte und linke Seitenlage genau senkrecht zur Richtung der Belichtung und zur Platte verhielten, was natürlich eine Fehlerquelle bedeutet und Täuschungen zuläßt, zumal hier, wo es sich um oft so geringe Lageveränderungen handelt.

Die experimentelle Methode DETERMANN's bestand darin, daß Versuchsthiere (Kaninchen und Hunden) nach Spaltung der Haut und des Unterhautzellgewebes eine große Nähnadel dort eingestochen wurde, wo man nach Lage des Spitzenstoßes die Muskelmasse des linken Ventrikels vermuthen konnte, circa 1½ Cm. medianwärts vom Spitzenstoß. (Hier trifft man aber bei den Versuchsthiere wohl zumeist bereits auf das Septum oder sogar auf den rechten Ventrikel.) Steckte die Nadel fest im Herzen, dann wurde ein trockener Grashalm mit Wachs daran befestigt, so daß derselbe die gerade Verlängerung der Nadel bildete. Wenn nun das Thier auf die linke Seite gelegt wurde, so sah man, daß das Herz nach links sank, denn der Grashalm stand jetzt zu der in Rückenlage gesehenen Richtung in einem Winkel von 10° nach rechts, d. h. der innerhalb des Thorax befindliche Theil der Nadel war um ein entsprechendes Maß nach links durch die Herzverschiebung gezogen worden.

Bei Rechtslagerung des Thieres waren die Abweichungen geringere, ihre Richtung eine entgegengesetzte. „Nach Messung von Nadel, Halmlänge, sowie des innerhalb des Thorax steckenden Nadelstückes ließ sich — sagt DETERMANN — unter Zuhilfenahme der Winkelabweichung die absolute Größe der Herzverschiebung nach links und rechts berechnen.

Auch abgesehen davon, daß die Lageverschiebungen des Herzens bei Lagewechsel des Körpers an Hunden und Kaninchen nicht vergleichbar sind, weil die anatomischen Verhältnisse des Herzbeutels bei Hund und Kaninchen von Grund auf differiren, kann den „Nadelversuchen“ DETERMANN'S ein beweisender Werth kaum zugesprochen werden. Dergleichen Nadelversuche sind nach der Erfahrung aller, die sie aus irgend einem Anlasse einmal angewandt haben, Quellen vielfacher, ganz unberechenbarer Täuschungen. Läßt schon der Versuch, aus ihnen die Richtung der Verschiebung abzuleiten, mannigfache Einwände zu, so gilt dies umsomehr von dem Versuche, die Größe der Verschiebungen auf diese Weise sogar berechnen zu wollen.

Den klinischen Befunden DETERMANN'S ist zu entnehmen, daß der Grad der Verschieblichkeit des Herzens in hohem Grade von dem Habitus der Kranken abhängt. „Schlecht genährte, schlaffere Individuen mit geschädigter Muskelsubstanz, nach chronischem Fieber, bei Carcinom, schwerem Diabetes etc. haben ein in hohem Grade verschiebliches Herz, bei besser genährten, straffen Individuen ist es nur wenig verschieblich.“ — „Ernährungszustand, die Art der Musculatur, der Turgor und die Farbe der Haut, die Züge und die Farbe des Gesichtes boten einen gewissen Anhaltspunkt zur Beurteilung.“ — „Fettreiche Leute haben kein sehr bewegliches Herz, jedoch schien das oft von dem gleichzeitigen hohen Zwerchfellstand abzuhängen.“ — „Das Herz von Frauen ist nach DETERMANN beweglicher als das von Männern, auf den schlafferen Frauenhabitus zurückzuführen.“ — „Das Schnüren ist nicht gleichgiltig für die Herzlage; beim festen Schnüren wird das Herz mehr vom Corset als vom Zwerchfell getragen.“ (!) „Bei Neugeborenen besteht keine Beweglichkeit des Herzens, bei gesunden Kindern eine sehr geringe Herzverschieblichkeit.“ — „Bei alten Leuten scheint die Beweglichkeit des Herzens nach den Seiten abzunehmen.“ — „Leute, die ihre Muskeln viel üben, und die sich einen guten Ernährungszustand bewahrt haben, zeigen eine geringere Herzbeleglichkeit als solche, die hauptsächlich in geschlossenen Räumen thätig sind.“ — „Bei längere Wochen fortgesetzten körperlichen Anstrengungen ist zugleich mit dem Sinken des Ernährungszustandes eine vermehrte Beweglichkeit des Herzens zu constatiren.“ — „Schwangere haben in den letzten Monaten, wenn das Zwerchfell recht hoch steht, fast immer eine geringere Beweglichkeit des Herzens als gewöhnlich, besonders kräftige Erstgebärende. Das Herz ist hiebei gewissermaßen nach oben hin „plattgedrückt.“ (!) — „Durch Luftaufblähung des Magens kann man sich von dem Einflusse der Raumbeschränkung auf die Herzbeleglichkeit überzeugen.“ — Bei Enteroptose erfährt das Zwerchfell von unten her nicht den Druck wie bei Gesunden, es sinkt nach abwärts, mit ihm das Herz.“ — „Eine primäre Schwäche des Aufhängeapparates des Herzens kann zugleich vorhanden sein mit derjenigen, die in der Bauchhöhle das Bild der Enteroptose hervorruft; so entsteht — bei vielen Neurasthenikern — die Cardioptose.“ — Die höchsten Grade von beweglichem Herzen fand DETERMANN bei schweren, lange Zeit dauernden Fällen von Chlorose. — „Die Chlorose hat etwas Specifisches, das die Herzbeleglichkeit beeinflusst.“ — „Ist bei den verschiedensten Herzerkrankungen das Herz erheblich schwerer als normal, so lastet es mehr auf dem Diaphragma. Da dieses in der Mitte straff befestigt ist, so wird es mehr an den Spitzen nachgeben.“ . . . „Das Herz wird also, soweit es die Gefäßbefestigung erlaubt, auf der schrägen Fläche des Zwerchfells nach links unten hinuntergleiten.“ — „Die hochgradige Herzbeleglichkeit geht oftmals mit einer Reihe von subjectiven Störungen von Seiten

des Herzens einher.“ — „Mechanische Hinderung der Circulation bei excessiver Herzverschiebung, Irritationen der zum Herzen gehenden Nervenfasern und der Muskelzellen des Herzens selbst kommen hiefür in Betracht.“

Das eben Gesagte ist eine Blütenlese aus den Angaben DETERMANN'S über das bewegliche Herz. Der Einfluß RUMMO'Scher Anschauungen auf dieselben ist unleugbar. Sie beweisen auch, daß eine fehlerhafte Methodik trotz ausdauernden, bewunderungswürdigen Fleißes zu fehlerhaften Schlüssen verleiten muß. Wie soll z. B. die Percussion über die Verschieblichkeit des Herzens nach Aufblähung des Magens Aufschluß ertheilen, wo doch gerade durch die Aufblähung des Magens die Percussion des Herzens in der Mehrzahl der Fälle unmöglich und illusorisch wird. Die Durchleuchtungsversuche DETERMANN'S kommen nicht in Betracht. Ich habe die Versuchsergebnisse DETERMANN'S nur in der Minderzahl der Fälle bestätigt gefunden. Die passive Herzbeleglichkeit geht mit dem Habitus nicht parallel; bei sehr fettreichen Leuten ist die Bestimmung der Verschieblichkeit so schwer, daß ich mich jedes Urtheiles enthalten möchte; die Beweglichkeit des Herzens bei alten Leuten hängt von der speciellen Beschaffenheit der Aorta und der Aortenwurzel ab; allgemeine Regeln lassen sich hier nicht aufstellen. Ein Parallelismus zwischen Cardioptose und Enteroptose scheint nach meinen Erfahrungen nicht zu bestehen, die beiden Symptomencomplexe sind vielmehr von einander durchaus unabhängig. Ich habe auch 30 Chlorosen genauestens untersucht und nicht gefunden, daß im Wesen der Chlorose etwas Specifisches gelegen sei, das die Herzbeleglichkeit beeinflusst. Die Erklärung, welche DETERMANN über das Zustandekommen der subjectiven Störungen von Seite des Herzens bei hochgradiger Herzbeleglichkeit gibt, ist für die Kritik gegenstandslos, weil das, was er zu erklären sucht, auf unrichtigen Voraussetzungen beruht.

Als constantes Symptom wird die abnorme Beweglichkeit des Herzens schließlich von AUGUST HOFFMANN bei „paroxysmaler Tachycardie“ beschrieben.

Sie wissen, m. H., daß man als „paroxysmale Tachycardie“ eine Affection bezeichnet, deren hervorstechendstes Symptom die in Anfällen auftretende ungemein große Beschleunigung der Herzaction ist, eine Beschleunigung, die Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate andauern kann. Man unterscheidet bekanntlich kleinere Anfälle mit mildem Verlauf und große Anfälle, die sich mitunter überaus bedrohlich zu gestalten pflegen. Die Anfälle entwickeln sich zumeist unvermittelt, die Zahl der Herzschläge steigt plötzlich auf das Doppelte, Dreifache und Vierfache an. Nach HOFFMANN, der das Bild der paroxysmalen Tachycardie in überaus klarer und fesselnder Weise beschrieben hat, bemerkt man während des Anfalles oft, daß die schon beschleunigte Herzaction ein noch schnelleres Tempo annimmt, als wenn das Herz gewissermaßen stoßweise zu noch schnellerem Lauf angetrieben würde. Oft ist auch außerhalb der Anfälle die Frequenz der Herzschläge abnorm erhöht. Während der Anfälle ist die Herzaction in der Regel regulär, doch kommen auch Ausnahmen von dieser Regel vor. Mit der Frequenzzunahme ist gewöhnlich auch „Embryocardie“ verbunden, d. h. die Intervalle zwischen den beiden Herztönen werden gleich lang, die Herztöne einander an Klang und Stärke vollkommen ähnlich. Der Anfall kann rasch schwinden, wie er gekommen ist — das ist der häufigere Vorgang —, er kann auch allmählig wieder abklingen, die Herzaction kehrt, sich stufenweise verlangsamernd, wieder zur Norm zurück. Den einzelnen Etappen des Langsamerwerdens bei Schwinden des Anfalles können, wie jenen der zunehmenden Beschleunigung in seinem Beginne, einige Irregularitäten vorangehen.

Die Anfälle von „paroxysmaler Tachycardie“ dürften allem Anscheine nach in der Mehrzahl der Fälle mit anfallsweise auftretenden Herzinsufficienzen identisch sein. Hiefür spricht eine Reihe von klinischen Befunden. So der Parallelismus zwischen solchen Anfällen und dem Befunde von

Dilatation des Herzens, der „Gegensatz“ von MARTIUS, nämlich stürmische Herzaction und verbreiteter Spitzenstoß bei schwachem Pulse, ferner die auffälligen Volumschwankungen, die sich an solchen Herzen kurz vor, während und kurz nach dem Anfälle percutorisch nachweisen lassen. Dafür spricht das Auftreten von Venenpulsationen, von Stauungen, Oedemen, Cyanose, Dyspnoe, Ascites, Oligurie, sämtlich Kriterien der Herzinsuffizienz. Kehren auch nicht alle genannten Symptome bei jedem einzelnen dieser Kranken und in jedem einzelnen Anfälle wieder, so ist doch das eine oder das andere von ihnen jedesmal, zumindest andeutungsweise, nachweisbar.

Mit diesen objectiven Symptomen gehen eine Reihe von subjectiven Beschwerden einher, die, von geringen Sensationen und unbedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens angefangen bis zu den hochgradigsten Erscheinungen, alle Stufen der Erkrankungssymptome des Herzens vertreten können.

Mancher Kranke ist während des Anfalles in seinem Befinden nur wenig gestört, während andere in demselben das Bild der Angina pectoris darbieten, den Eindruck von Schwerkranken hervorrufen und über das Gefühl der hochgradigsten Prostration, die Empfindung völligen Vergehens klagen.

Aetiologisch kommen bei der „paroxysmalen Tachycardie“ in Betracht: Heredität, nervöse Erkrankungen, Basedow, Aufregungen und Schreck, organische Erkrankungen des Centralnervensystems und Verletzungen, Vergiftungen durch Belladonna, Alkohol, Nicotin, Blei, Kaffee, ferner Anämien und schwächende Einflüsse, darunter acute Erkrankungen und Affectionen der Abdominalorgane, Veränderungen an den Sexualorganen, in erster Linie bei Frauen. Auch Ueberanstrengung spielt in der Anamnese der „paroxysmalen Tachycardie“ oft eine führende Rolle, ich füge mit Rücksicht auf früher Gesagtes hinzu, auch in der Anamnese der chronischen Insuffizienz des Herzens.

In vielen, ja den meisten Fällen in der Literatur der „paroxysmalen Tachycardie“ sind anatomische Herzerkrankungen ohne Frage vorhanden gewesen.

Nach Angabe HOFFMANN's hat in keinem der von ihm beobachteten Fälle von „paroxysmaler Tachycardie“ (er verzeichnet fünf Eigenbeobachtungen) abnorme Beweglichkeit des Herzens gefehlt. Die Untersuchungen geschahen einerseits mittelst der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen mit einem dazu angegebenen Meßapparate und andererseits durch Untersuchung der Lage des Spitzenstoßes bei verschiedenen Körperstellungen.

„Kann man — sagt HOFFMANN — in aufrechter oder vorgebeugter Haltung den Spitzenstoß deutlich innerhalb der Mammillarlinie fühlen, und ergibt auch die Percussion der Herzdämpfung ein normales Verhalten, so ist man, wenn man in linker Seitenlage den Spitzenstoß an einer weiter nach außen liegenden Stelle als wie in Rückenlage oder aufrechter Stellung sicher fühlt, berechtigt, anzunehmen, daß die Herzsitzengegend ihre Stelle an der Thoraxwand um so viel geändert hat, als die Entfernung der beiden Orte des Spitzenstoßes beträgt. Die Verschiebung nach rechts ist viel unsicherer zu controliren, und habe ich mich in den meisten Fällen begnügt, die Verschieblichkeit nach links zu untersuchen.“

Aus meinen einleitenden Ausführungen ist hervorgegangen, daß die erhöhte Verschieblichkeit der Stelle des Spitzenstoßes allein kein hinreichendes Kriterium zur Annahme eines „beweglichen Herzens“ darstellt.

Betrachten wir nun die fünf eigenen Beobachtungen HOFFMANN's: Der erste Patient hat in venere mehrfach excedirt. (Wir wissen, daß Sexualexcesse das Herz zur Hypertrophie anregen. Noch besser bekannt ist uns dies für die Masturbation.) Im zweiten Falle sind starker Nicotin- und Alkoholgenuß zugestanden. (Für solchen Abusus gilt der alte Satz: Es kommt nicht allein auf das Maß der einwirkenden Schädlichkeit an, sondern auch auf die individuelle Toleranz.) Fall 3 betrifft eine Frau, die bereits als Kind an Herzklopfen

gelitten hat und die gegenwärtig nach heftigen psychischen Aufregungen erkrankt ist. Fall 4, eine 39jährige Frau, neigt zu fieberhaften Bronchitiden, hatte oft Athemnoth und Ohnmachten. Fall 5 ist zur Obduction gekommen. Man fand: Dilatatio et Hypertrophia cordis, theilweise Verfettung des Herzmuskels.

Wir sehen somit, daß auch in den Fällen HOFFMANN's nirgends ein stringenter Beweis für die Abhängigkeit der Herzsymptome von der „abnormen“ Herzbeweglichkeit gegeben ist, denn diese Symptome erklären sich aus Anamnese und Status in ganz ungezwungener Weise.

Das Material HOFFMANN's, insgesamt 5 Fälle, ist übrigens auch zur eventuellen Entscheidung einer derartigen Frage zu gering. Wenn HOFFMANN außerdem bei 67 Fällen von Herzneurosen ausnahmslos eine das gewöhnliche Maß weit überschreitende Beweglichkeit des Herzens constatiren konnte, dann ist dies eine vergleichsweise ganz ungeheure Zahl, die vielleicht ausschließlich auf Rechnung seiner unzureichenden Untersuchungsmethode zu stellen ist.

Zuletzt hat, vor etwa zwei Monaten, in die uns heute beschäftigende Frage MOSSE in Berlin eingegriffen. Er stellte im Verein für innere Medicin in Berlin einen 26jährigen Patienten vor, der über Unbehagen und Druck in der Magengegend klagte. Der Kranke hat der Beschreibung nach einen langen, schmalen Thorax; der Winkel, den die Rippenbogen bilden, ist ziemlich spitz. Am stehenden Patienten ist im 5. Intercostalraume eine Pulsation, weiter nach innen eine parepigastrische Pulsation sicht- und fühlbar und beginnt die anscheinend nicht vergrößerte absolute Herzdämpfung oben erst an der 5. Rippe; die Herztöne sind rein, im 3. Intercostalraume deutlicher. In Rückenlage rückt die Herzdämpfung höher, fast bis zur 4. Rippe; abnorme Verschieblichkeit des Herzens besteht nicht. Im Roentgenbilde sieht man, daß die Herzspitze im 6. Intercostalraume steht, daß das Herz im Ganzen nach unten gerückt ist und eine mehr perpendiculäre Lage einnimmt. Das Zwerchfell steht beiderseits tiefer als normal.

Wir müssen MOSSE vollkommen beistimmen, der in dem eben beschriebenen Falle von „Bathycardie“, d. h. Tiefstand des Herzens, spricht. Dieser Terminus läßt keinerlei unrichtige Auffassung zu, einerseits nicht die Verwechslung mit Cardioposis, die stets einen erworbenen Zustand darstellt, und andererseits nicht mit „Cor mobile“, denn das Herz des Mosse'schen Patienten war nicht überbeweglich. Wir haben auch bereits gehört, daß Cardioposis und Cor mobile nicht identificirbare Begriffe sind.

MOSSE leitet den Tiefstand des Herzens in seinem Falle nach dem Vorbilde RUMMO's von einer durch angeborene Disposition ermöglichten und durch besondere Ueberanstrengung zum Ausdrücke gelangten Erschlaffung des Aufhänge- und Stützapparates des Herzens her.

Die Anwendbarkeit des RUMMO'schen Gedankens erscheint mir jedoch auch hier nicht gegeben. Meines Wissens sind alle ptotischen Herzen RUMMO's auch hypertrophisch; das Herz des Mosse'schen Patienten zeigt keine Spur davon.

Wir wissen auch bereits, daß es nicht angeht, ohne genauere Specification auf die „Aufhänge- und Stützapparate des Herzens“ zu recurriren.

Die Anomalie kann im Falle Mosse's die Stützapparate des Herzens nicht betreffen und auch nicht in einer „Erschlaffung“ dieser Vorrichtungen bestehen. Wäre dies der Fall, dann müßte dieses Herz auch abnorm beweglich sein. Der vorliegenden Anomalie kann bloß eine Veränderung am Aufhängeapparate zugrunde liegen, u. zw. eine abnorme Länge der übrigens in normaler Weise fixirten Aorta ascendens. Wäre diese Veränderung im Falle Mosse's erworben, dann müßten als Kriterien nothwendig vorhanden sein: Abnorme Beweglichkeit des Herzens oder diese und Größenzunahme desselben.

Der Tiefstand dieses Herzens kann auch nicht durch primäres Tieferrücken des Zwerchfells allein bedingt sein, denn

das Herz kann sich nicht senken, wenn die Aorta unverändert geblieben ist.

Daß bei Individuen mit paralytischem Thoraxbau relativer Tiefstand des Herzens (der Herzspitze) und relativer Tiefstand des Zwerchfells vorkommt, ist so bekannt, daß ich es kaum erwähnen müßte. Wenn ich es trotzdem erwähne, so geschieht es nur, weil ich hierin Uebergänge zum Befunde MOSSE's erblicken muß. Was dem paralytischen Thorax an Breite abgeht, ersetzt er zum Theile gewissermaßen durch seine Länge; auch die anatomische Anlage seiner Organe folgt mehr dem Längen- als dem Breiten-durchmesser. Zukünftigen Untersuchungen mag es gelingen, dieser Annahme die Bestätigung zu bringen. Als anatomisches Substrat dafür läßt sich schon jetzt die Thatsache anführen, daß die Länge der Aorta ascendens ceteris paribus in hohem Grade wechselt, und daß Individuen mit relativ tiefer Herzlage auch ein relativ langes Aortenansatzstück (Aorta ascendens) besitzen.

In Bezug auf die Herzbeschwerden bei dem Kranken MOSSE's sind weitere Mittheilungen abzuwarten.

Fasse ich nun die Schlüsse zusammen, die aus der Kritik der Literatur vom beweglichen Herzen abgeleitet wurden, dann finden wir, daß von der Lehre über das bewegliche Herz eigentlich nur wenig übrig bleibt, das auf Thatsächliches zurückgeführt werden kann. Dieses Thatsächliche lautet:

Die erhöhte Beweglichkeit des Herzens ist entweder auf angeborene Anomalien der Länge und der Beschaffenheit des Bandapparates des Herzbeutels oder auf (erworbenes) Beweglicherwerden des Herz-Aufhängeapparates, in seltenen Fällen, wie z. B. dem RUMPF'schen, theilweise auch des Stützapparates zurückzuführen.

Die Termini „Cardioptose“, „Cor mobile“ und „Bathycardie“ bezeichnen verschiedene, wohl zu unterscheidende Anomalien.

Es liegt kein Grund vor, die protopathische Cardioptose RUMMO's als einen Krankheitsbegriff für sich, als eine specielle Krankheitsentität, aufzufassen.

Die Herzbeschwerden Kranker mit „Cor mobile“ und „Cardioptosis“ rühren sämmtlich weder von der vermehrten Beweglichkeit des Herzens noch von dessen Tiefstande her, vielmehr von den in solchen Fällen niemals fehlenden Veränderungen der Herzsubstanz selbst.

Literatur:

CHERCHEWSKI, „Gaz. méd. de Paris“, 1887, Nr. 53. — DETERMANN, „Zeitschrift f. klin. Med.“, 1900, pag. 29. — FERRANINI, „Centralblatt f. inn. Med.“, 1900, Nr. 1. — HOFFMANN, Die paroxysmale Tachycardie, Wiesbaden 1900. — PICK, „Wiener klin. Wochenschrift“, 1889, pag. 747. — RUMPF, Verhandlungen des Congresses f. inn. Med., Wiesbaden 1888. — RUMMO, „La Cardioptosi“, Palermo 1899. — v. SCHÄTTER, Die Lageveränderungen des Herzens etc. im ZIEMSEN'schen Handbuche.

Referate.

E. KÜSTER (Marburg): Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere.

Den Ausgangspunkt der Betrachtungen KÜSTER's („Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane“, Bd. XI, H. 11) bilden ausschließlich die Oponephrosen, für deren verschiedene Stadien und Arten er neuerdings die Bezeichnung Sackniere-Cystinephrosen in Vorschlag bringt.

Die Hindernisse, welche zur Aufstauung eines aseptischen Harns im Nierenbecken führen, haben ihren Sitz fast ausschließlich im Harnleiter, und zwar vorzüglich am Uebergang desselben zum Nierenbecken. Bei angeborener Sackniere tritt das Hinderniß in Form von ringförmigen Narben und klappenartigen Falten auf. Hiezu kommen bei erworbener Sackniere, zumal für die große Gruppe der durch Wanderniere erzeugten, die Biegungen und winkligen Knickungen des Canals. Hieher zu zählen sind auch die im Harnleitereingang und im Ureter eingeklemmten Steine.

Alle diese sehr verschiedenen Hindernisse erfordern zu ihrer Beseitigung sehr verschiedenartige Eingriffe.

Die 21 Operationen, welche mit Ausschluß der Steine im Harnleiter bis heute veröffentlicht worden sind, wurden nach sehr verschiedenen Principien ausgeführt. Nur bei dreien derselben kam der transperitoneale Schnitt zur Anwendung (TRENDELENBURG, HELFERICH-ENDELEN, BAZY), von denen nur 1 Fall heilte, während die beiden anderen starben; von den übrigbleibenden 18 Fällen, die auf lumbalem Wege operirt wurden, heilten 17 vollständig, und bei einem (WELLER VAN HORK) wurde nach vollendeter Plastik sofort zur Nephrektomie übergegangen, weil eine vorher übersehene Strictur des Ureters entdeckt worden war.

Die indicirten Eingriffe lassen sich in drei Gruppen scheiden.

A. Operationen zur Veränderung der Form des Nierenbeckens.

Es handelt sich fast ausschließlich um Sacknieren, welche durch Verlagerung des Organs erzeugt worden sind und welche in den meisten Fällen die Form der intermittirenden Hydronephrose angenommen haben.

Behoben wird dieser Zustand durch:

1. Die Nephropexie, von GUYON im Jahre 1889 vorgeschlagen, welche die Stellung des verbogenen Ureters richtig gestaltet.

2. Die Harnleiterstreckung im engeren Sinne, Ureterolysorthisis nach RAFIN (VERRIÈRE), die in der operativen Lösung des in seiner Verkrümmung festgewachsenen Ureters mit nachfolgender Nephropexie besteht.

3. Die Beckenfaltung, Pyeloplicatio, besser Pyeloptysis, nach J. ISRAEL. Das eröffnete Nierenbecken wird durch mehrere Nahtreihen, ohne Bethheiligung der Mucosa nach Art LEMBERG'scher Suturen verkleinernd geschlossen. Diese Art des Eingriffs sichert einen Erfolg meist nur in Combination mit Nephropexie, oder bei sehr alter Ausbuchtung, wo die Sackwandmuskulatur schon Schaden gelitten hat.

B. Anastomosenbildung. Diese kann ausgeführt werden zwischen zwei Bezirken desselben Ureters, Uretero-Ureterostomie nach KELLY, ferner zwischen Ureter und Nierenbecken, Ureteropyelostomie. Mittels eines geknüpften Messers spaltet man vom Innern des Hohlraumes aus Sackwand und Ureter zugleich, sodann wird jederseits die Schleimhaut des Ureters mit derjenigen der Sackwand mit einer Nahtreihe vernäht. Es bleibt ein offener Trichter, durch welchen aller Harn bequem abfließt (TRENDELENBURG, BARDENHEUER, HELFERICH, ALBARRAN).

Die Anastomosenbildung zwischen Nierenbecken und Blase, Nephrocystanastomose, wurde mit Erfolg von REISINGER ausgeführt.

C. Plastische Operationen mit und ohne Ureterenresection. Auch hier sind wieder mehrere Formen zu unterscheiden:

1. Durchschneidung des verengernden Gewebes in der Richtung des Canals, quere Naht.

2. Resection des Harnleiters und Vereinigung der Stümpfe mittels Suture. In dieser Form ist die Operation wegen der Gefahr der Stricturbildung noch nicht gemacht worden.

3. Resection des Ureters und Einfügung des unteren Stumpfes in das Becken, Pyeloneostomie nach KÜSTER. Die Methode ist nur auf hochgradige Ureterenverengerungen anwendbar, welche ihren Sitz dicht unterhalb des Nierenbeckens haben. Von so operirten Fällen kamen 4 zur Heilung. N—L.

IGNATZ STEINHARDT (Nürnberg): Ueber Magenausspülungen im Kindesalter. Beitrag zur Behandlung der kindlichen Verdauungsstörungen.

Das Material erstreckt sich auf 46 Fälle mehr oder weniger heftigen Erbrechens bei kleinen Kindern; das jüngste Kind war 5 Wochen, das älteste 2 Jahre alt. Die Technik bietet bei kleinen Kindern viel weniger Schwierigkeiten als bei Erwachsenen. Heftiges Sträuben findet man nur, wenn die Sonde durch den Mund eingeführt wird; führt man jedoch die Sonde durch die Nase ein, so verhalten sich die Kinder ganz ruhig, können sogar während der

Magenausspülung einschlafen. Als Magensonde dient ein weicher Nélatonkatheter, und zwar sind je nach dem Alter des betreffenden Kindes verschiedene Größen nöthig, im Ganzen kommt man mit den Nummern 6, 8 und 10 aus („Münch. med. Woch.“, 16. April 1901). Zur Einführung selbst wird die Sonde angefeuchtet, dann in ein Nasenloch eingeführt und unter leichtem Druck vorgeschoben. Sie gleitet leicht und glatt, wie von selbst, in den Magen hinab. Die Furcht, mit einer solchen Sonde statt in den Oesophagus in den Kehlkopf zu gerathen, ist unbegründet. Dagegen kommt es zuweilen vor, daß die durch die Nase eingeführte Sonde beim Passiren des Nasenrachenraumes sich umstülpt und dann wieder beim Mund zum Vorschein kommt. Dieser Abweg läßt sich leicht vermeiden, wenn man mit dem Zeigefinger der linken Hand durch den Mund des Kindes hindurch bis an die hintere Rachenwand vorgeht und die Sonde im Moment des Passirens geradeaus dirigirt. Ist die Sonde in den Magen gelangt, so zeigt sich dies gewöhnlich durch eine aus dem Magen aufsteigende Flüssigkeitssäule an. So lange die Spülflüssigkeit nicht eingegossen ist, soll man den Trichter möglichst tief halten, damit nicht zu viel Luft aspirirt wird, erst wenn er gefüllt ist, hebt man ihn hoch. Es genügt der Druck, bei welchem die Flüssigkeit noch gerade langsam einläuft. Dies geschieht am besten bei einer Druckhöhe, wie sie dem Niveau des Kopfes der das Kind haltenden Person entspricht. Als einzuzugießende Spülflüssigkeit hat Verf. nur reines Wasser von etwa Körpertemperatur verwendet. In Bezug auf die Flüssigkeitsmenge, welche einlaufen soll, gilt als Norm, daß man so lange nachzugießen hat, bis die Spülflüssigkeit vollkommen klar zurückläuft. Daher ist die Menge der Spülflüssigkeit verschieden. Bei jedem einzelnen Eingießen soll man nicht weniger als 100 Ccm. Flüssigkeit verwenden, um kräftige Spülwirkung zu erzielen. Die Nothwendigkeit und der Werth der Magenausspülungen beim acuten gastrischen Erbrechen der kleinen Kinder ist allgemein anerkannt. Streng indicirt ist dieselbe in solchen Fällen, wo es nicht gelingt, des Erbrechens durch medicamentöse oder diätetische Maßnahmen Herr zu werden, desgleichen in Fällen, wo das Erbrechen in stürmischer Weise einsetzt; so kann bei den rapid einsetzenden Brechdurchfällen kleiner Kinder die Magenausspülung von lebensrettender Bedeutung sein, wenn sie frühzeitig vorgenommen wird. Contraindicirt ist die Ausspülung bei solchen Fällen im Collapsstadium. Eine weitere Indication zur Ausspülung gibt das chronische Erbrechen bei kleinen Kindern. Verf. gelangt zu den folgenden Schlußsätzen: 1. Die Magenausspülung bei kleinen Kindern, selbst bei Säuglingen ist auch in der Privatpraxis technisch leicht ausführbar und unschädlich. 2. Sie ist vor allem dann bei den acuten Verdauungsstörungen der kleinen Kinder indicirt, wenn man mit einer sonst bewährten medicamentösen und diätetischen Therapie eine wesentliche Besserung des Erbrechens nicht erzielt. 3. In weitaus den meisten Fällen tritt eine deutliche und rasche Besserung infolge der Magenausspülung ein. M. K.

L. KEDZIOR und J. ZANIETOWSKI (Krakau): **Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit.**

Es ist gelungen, durch Durchschneidung der Corpora restiformia bei Kaninchen die Symptome der BASEDOW'schen Krankheit künstlich hervorzurufen. Die Verf. theilen nunmehr folgenden Fall mit („Neurologisches Centralblatt“, 1901, Nr. 10): 18jähriges Mädchen mit BASEDOW; nach Resection der rechten Hälfte der Struma und Unterbindung der linken Arteria thy. sup. und inf. Besserung, dann wieder Verschlimmerung und epileptoide Anfälle; Tod an croupöser Pneumonie. Die Section ergab außer dieser noch Hypertrophie der Thymus, Veränderungen am Herzen und an den inneren Genitalien, Anzeichen von frischen und älteren Blutungen im ganzen verlängerten Mark, Gefäßerweiterung, besonders in der Umgebung der linken Olive, das linke Corpus restiforme viel kleiner als das rechte, bei Uran-Carminbehandlung (KADYJ), alle anderen Theile roth, die Corpora restiformia gelblich, das linke wachsgelb, im linken die Fasern sehr spärlich; auch die Kleinhirnsseitenstrangbahn und der Vagus kern scheinen links kleiner zu sein. Hochgradige Asymmetrie, jedoch ohne bedeutende Unterschiede im

Faserverlauf, auch in der mittleren und unteren Partie der Medulla oblongata.

Aus dieser Darstellung, meinen die Verf., ergibt sich, daß die Veränderungen des linken Corpus restiforme im vorliegenden Falle als eine Grundlage der BASEDOW'schen Krankheit anzusehen waren. INFELD.

J. FABRY (Dortmund): **Ueber einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus (Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica).**

Der an sich nicht leicht zu deutende Fall gewinnt noch erheblich an Schwierigkeit in der Beurtheilung dadurch, daß wegen Unterlassung jeder anatomischen Untersuchung (infolge Weigerung der Kranken) bloß die klinische Beobachtung herangezogen werden kann. Eine bis dahin gesunde Frau erkrankte („Archiv f. Derm. u. Syph.“, Bd. LIV) im Alter von 60 Jahren; es traten zunächst an den Augenlidern Sugillationen auf, die ohne besondere subjective Symptome in der Dauer von 14 Tagen bald kamen, bald schwanden; dazu gesellten sich später durch Kratzen veranlaßte, blutige, wochenlang bestehende Striemen, die gleichfalls nach kürzerer oder längerer Zeit schwanden, wobei sie die bekannten Verfärbungen durchmachten, die wir auch sonst an Sugillationen zu sehen gewohnt sind. Diese Erscheinungen dauerten ohne Unterbrechung an, steigerten sich in der Folge und ungefähr 1 Jahr vor dem Tode der Kranken trat ein mächtiges Oedem der Zunge auf, das sich nicht rückbildete, sondern bestehen blieb, so daß die Zunge zur Zeit, als der Autor die Patientin sah, ungefähr auf das Fünffache ihres Volums vergrößert, weit aus dem Munde heraushing, ohne daß die rohe Form derselben, von der Vergrößerung abgesehen, allzuviel gelitten hätte. Es gelang zu dieser Zeit durch Ueberstreichen mit einem stumpfen Gegenstand beliebige Figuren an jeder Stelle der allgemeinen Decke hervorzurufen, indem sich an die Striche eine quaddelähnliche Leiste anschloß; während aber die Schwellung nach ungefähr 10 Minuten schon zurückging, blieb die Röthung bestehen, um innerhalb 2 bis 4 Wochen die bekannte Skala der Regenbogenfarben durchzumachen und schließlich ohne Pigmentirung zu schwinden. Es handelte sich also um eine Urticaria haemorrhagica factitia. Damit ist allerdings eine Erklärung für das persistente Oedem der Zunge nicht gegeben. Auch die Annahme einer schweren Allgemeinerkrankung, zu welcher der Autor hinneigt, erscheint (von der Anämie abgesehen) durch nichts gestützt, sie bleibt eine Muthmaßung. Daß es sich um eine genuine Urticaria handelte, ist sicherlich auch von der Hand zu weisen. DEUTSCH.

REMY (Liège): **Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille.**

Aus den Ergebnissen der Untersuchungen des Verfassers („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 555) seien hier nur jene Thatsachen hervorgehoben, die für den Kliniker von Interesse sind. Die Untersuchungen des Verf. bezogen sich auf die bacteriologische Untersuchung der Stühle Typhuskranker, auf die Feststellung des Antagonismus zwischen dem Typhusbacillus und dem Bacterium coli, sowie auf den Nachweis des Typhusbacillus im Wasser. Verf. bediente sich eines von ihm zusammengesetzten Nährbodens, einer Gelatine, die im Wesentlichen mit der von PETERMANN angegebenen Kartoffelgelatine übereinstimmt. Aus den Untersuchungen ergibt sich, daß diejenigen Typhusbacillen, die im Verlaufe der zweiten Woche aus dem Stuhle gezüchtet wurden, ebenso wie die bei der Autopsie aus der Milz cultivirten Typhusbacillen eine sehr beträchtliche Lebensfähigkeit haben. Dem gegenüber besitzen die gegen das Ende der Erkrankung cultivirten Bacillen nur eine schwache Lebensenergie. In drei Fällen konnten aus dem Stuhle Typhusbacillen noch zu einer Zeit cultivirt werden, da bereits alle anderen Zeichen des Typhus inclusive der Serumreaction versagten. Hieraus folgert Verf., daß die Anwesenheit typischer Typhusbacillen unter allen diagnostischen Symptomen das einzige ist, das schon an und für sich den Kliniker berechtigt, die Diagnose Typhus mit Sicherheit zu stellen. In den Stühlen von Personen,

die an anderen Affectionen als an Typhus litten, wurden niemals Typhusbacillen gefunden; zweimal (unter 12 Fällen) fand er einen Bacillus, der wohl die morphologischen Eigenschaften des Typhusbacillus darbot, der aber durch das Typhusserum nicht agglutinirt wurde. In dem Ergebnisse seiner Untersuchungen sieht Verf. den Beweis, daß der Typhusbacillus thatsächlich der Erreger des Abdominaltyphus ist. — Die zweite Mittheilung („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 705), die sich mit der Frage des Antagonismus zwischen dem Typhusbacillus und dem Bacterium coli beschäftigt und die Veränderungen feststellt, welche diese beiden Mikroorganismen bei gleichzeitiger Züchtung in einem und demselben Medium erleiden, ist ausschließlich bacteriologischen Interesses, scheint wohl auch noch dringend einer Nachprüfung und allfälliger Bestätigung zu bedürfen.

Dr. S.

CARL BRUNS (Barmen): Ueber Behandlung und Verhütung arthrogener Contracturen im Kniegelenke.

Die Behandlung der Contracturen im Kniegelenke, die sich nach Ablauf chronisch-entzündlicher Prozesse einzustellen pflegen, war von jeher ein sehr schwieriges Capitel der Chirurgie. Zur Behebung der Contracturen wurde oft die Gelenksresection ausgeführt. Da Verf. bemerkte, daß die Ursache für die Contractur größtentheils in den Weichtheilen, und zwar in der Muskulatur liegt, versuchte er die Contractur durch Muskeltransplantation zu heilen und theilt zwei mit gutem Erfolge operirte Fälle mit („Centralblatt f. Chir.“, 1901, 6). Im ersten Falle wurde die Sehne des Biceps auf den Quadriceps verpflanzt, im zweiten Falle wurden die Sehnen des Biceps und Semitendinosus freigelegt und an die Quadricepssehne angenäht. Im zweiten Falle, wo wegen der Hochgradigkeit der Contractur die Streckung nicht ganz durchgeführt werden konnte, hat sich im Verlaufe der Nachbehandlung unter der Wirkung des dauernden Muskelzuges das Gelenk vollständig gestreckt.

ERDHEIM.

RASUMOWSKY (Kasan): Beitrag zur Frage über die operative Behandlung der Echinokokken. Provisorische Fixirung der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand.

Als BOBROR eine neue Methode zur operativen Behandlung des Leberechinococcus ersann, welche darin bestand, daß der Echinococcusack entleert und nach Reinigung vollständig geschlossen und in die Bauchhöhle versenkt wurde, hat man der Operation eine bedeutende Abkürzung der Krankheitsdauer (gegen die frühere Einnähung des Sackes) und Vereinfachung der Nachbehandlung nachgerühmt. Als Nachtheil dieser Methode wurde hervorgehoben, daß trotz der strengsten Antisepsis eine Infection des Sackes möglich sei, und daß in einem solchen Falle der inficirte Inhalt des Sackes in die freie Bauchhöhle sich entleeren kann.

Diesem Uebelstande trachtet R. durch seine Operationsmethode zu steuern, die er schon früher bei Blasenoperationen anwandte. Er vernäht den Cystensack mit einer eigenartigen, doppelten, schlingenförmigen Matratzennaht, welche auch durch die Bauchdecken geführt und hier über Gazebüschchen geknüpft wird. Die Naht legt einerseits breite Flächen des Serosaüberzuges des Ech.-Sackes aneinander und drückt andererseits den ganzen Sack an das Peritoneum parietale an; wenn eine Infection des Inhaltes und eine Perforation des Sackes in den ersten Tagen post operationem eintreten sollte, wird der Inhalt infolge Congruenz der Schnittflächen sich durch die Bauchdecken entleeren. Nach Lüften von zwei mittleren Nähten ist es beim einfachen Verbandwechsel möglich, zwischen den gelockerten Rändern der Bauchdeckennaht mit einer Sonde in den Sack hineinzukommen, ohne daß die Fixation des Sackes an das Peritoneum parietale gelockert wird. Es gelingt also leicht, noch nachträglich, wenn nöthig, die Drainage des Sackes durchzuführen.

Ein weiterer Vortheil dieser Methode liegt darin, daß es möglich ist, alle Nähte, auch die des Sackes, nach 10—12 Tagen zu entfernen, wodurch es möglich wird, daß die lockeren Adhäsionen zwischen Leber und Bauchdecken durch die Respirationsbewegungen

sich immer mehr dehnen, um endlich ganz zu verschwinden und normalen topographischen Verhältnisse im Abdomen Platz zu zu machen.

Außer vier nach dieser Methode operirten Fällen theilt Verf. („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 63, H. 1) die Krankengeschichten von 22 Fällen zum Theil mit Exstirpation des Sackes und der Kapsel, zum Theil mit Drainage behandelter Fälle von Ech. verschiedenster Localisation.

ERDHEIM.

A. PICK (Prag): Neue Mittheilungen über Störungen der Tiefenlocalisation.

PICK hat die Tiefenlocalisation schon vor Jahren zu bestimmen versucht und bringt jetzt („Neurologisches Centralblatt“, 1901, Nr. 8) klinisches Material. Der vorliegende Fall betrifft einen Paralytiker, bei dem als Nacherscheinungen eines mit linkseitigen Ausfallserscheinungen (Hemiplegie, Anästhesie, homonymer lateraler Hemianopsie) und Déviation conjugquée nach rechts einhergehenden apoplektiformen Anfalles transitorische Störung der Tiefenlocalisation bestand; sie zeigte sich darin, daß der Kranke ein vorgezeigtes Object beim Zugreifen verfehlt, indem er regelmäßig zuerst dahinter greift. Die Störung hängt, wie zwei andere Paralytiker mit ganz ähnlichen Anfällen zeigen, nicht von der Hemianopsie, auch nicht von der Bewußtseinsstörung ab. Thiere, denen Excisionen des Parietallappens gemacht worden waren, boten ganz dieselben Erscheinungen wie die Kranken mit Scheitellappenläsionen.

INFELD.

N. ROSENFELD (Straßburg): Zur optisch - sensorischen Aphasie.

Im vorliegenden Falle („Neurologisches Centralblatt“, 1901, Nr. 9) war auf ein schweres Trauma, das die linke Schädelhälfte betraf, Erblindung des linken Auges (Netzhautablösung), sowie Aphasie gefolgt, und zwar ohne Hemianopsie und Seelenblindheit. Verf. findet, daß sein Kranker mit Hilfe des Tastsinnes die Namen jener Gegenstände findet, bei denen es sich um einfache Tastqualitäten handelt, jedoch nicht derjenigen, wo er sich noch durch Abtasten ein Urtheil über die Form, Ausdehnung u. s. w. bilden muß.

INFELD.

S. NAXERA (Prag): Die diagnostische Bedeutung der Pupillenungleichheit.

Auf der böhmischen Poliklinik in Prag, Abtheilung des Prof. THOMAYER wurde in 500 Fällen die Pupillenweite mittels eines eigenen Instrumentes (construirt nach THOMAYER'S Angabe) gemessen, und zwar nicht nur in ausgewählten Fällen, sondern die Untersuchung wurde systematisch bei allen Ambulanten, sowie sie in die Ordination kamen, unternommen („Sbornik klin.“, Bd. II, H. 2). In 88 Fällen (d. i. 17.6%) wurde eine Ungleichheit gefunden. Bei der Mehrzahl der Untersuchten handelte es sich um ein ziemlich gutes Befinden oder um Krankheiten, die mit dem Nervensystem nichts zu thun hatten. Auch durch Anomalien der Refraction oder Accommodation konnte die so oft vorgefundene Anisocorie nicht erklärt werden. Dies beweist das Gegentheil der allgemeinen Ansicht: die Pupillenungleichheit ist nicht immer ein wichtiges Symptom einer Nervenkrankheit, und sein diagnostischer und prognostischer Werth darf nicht allzu hoch geschätzt werden.

STOCK.

Literarische Anzeigen.

Terapia della malattia dell' infanzia ad uso di medici e studenti del **Dott. Prof. Cesare Cattaneo**. Milano 1901, Ulrico Hoepli.

Das CERVESATO in Bologna und HEUBNER in Berlin gewidmete Buch unterscheidet sich von ähnlichen, die Therapie des Kindesalters behandelnden Taschenbüchern in mehrfacher Beziehung. Als Einleitung bringt der Autor allgemeine therapeutische Bemerkungen und eine Tabelle der für die verschiedenen Altersstufen indicirten Mitteldosen der wichtigen Medicamente. Der Stoff des Buches selbst ist nach den einzelnen Krankheitstypen alphabetisch

geordnet. Aetiologie, Prophylaxe und Therapie, letztere in größerer Ausführlichkeit, sind genügend klar besprochen, um dem Leser einen Ueberblick über das Wichtigste zu bieten. Neben den häufigen Krankheiten des Kindesalters haben auch seltenere Affectionen, die selbst in größeren Lehrbüchern nicht immer Berücksichtigung finden, Aufnahme gefunden.

Was die Durchführung des Stoffes selbst betrifft, könnte das Trachten nach möglicher Reichhaltigkeit und Berücksichtigung der verschiedenen Methoden in manchen Punkten vielleicht den Anschein einer gewissen Polypragmasie hervorrufen oder den weniger erfahrenen Arzt zu dieser verleiten. Trotzdem wird das nett ausgestattete Buch dem Studirenden wie dem Arzte gute Dienste leisten. Es steckt viel Wissen und viel Mühe darinnen. NEURATH.

Kurzgefaßtes Lehrbuch der Chirurgie. Ein Vademecum für Studirende von **Dr. Georg Benno Schmidt**, Privatdocent für Chirurgie in Heidelberg. I. allgemeiner Theil. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

Das Buch hat den Zweck, dem Studirenden ein leichteres Verständniß und eine raschere Orientirung auf dem Gebiete der gesamten Chirurgie zu ermöglichen. Dementsprechend sind im Buche nur sichere Thatsachen — in kurzer und knapper Form — enthalten, ohne daß ein tieferes Eindringen in die chirurgischen Specialfragen versucht wird. Der I. Theil enthält die Capitel über Wunden und Wundbehandlung, Wundkrankheiten, Verbrennung und Erfrierung, Geschwülste, Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Gewebe. Die Ausstattung des Buches ist eine gute. DE.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

VI.

Den tiefgreifenden Schaden, den der Mangel einer strammen Organisation der ungarländischen Aerzteschaft nach sich zieht, erkennt man am besten aus den Mittheilungen, welche aus dem Schoße des Krankenunterstützungsvereines in die Oeffentlichkeit dringen. Die in den Annalen der Geschichte des ungarischen Aerztestandes einzig dastehende Action hat nämlich zur Auflösung des genannten Vereines geführt und den Gründern die Ueberzeugung beigebracht, daß ein Krankenunterstützungsverein nur im Zeichen der freien Aerztewahl prosperiren könne. Ein gemeinsames Vorgehen des Aerztecorsps dürfte, selbstredend wenn auch die öffentliche Meinung ihre Bestrebungen unterstützt, die brennende Frage der Verstaatlichung des öffentlichen Sanitätsdienstes um einen bedeutenden Schritt der Lösung näher bringen. Eine alle competenten Factoren umfassende Bewegung im Interesse der unaufschiebbaren Reorganisation der Sanitätspflege wäre heute um so zeitgemäßer, als gerade jetzt wieder der Versuch gemacht wird, die öffentliche Meinung mit Hilfe nichtssagender Zeitungsnotizen einzulullen. Es ist nämlich im Wege der Tagespresse seitens der obersten Sanitätsbehörde dem großen Publicum zur Kenntniß gebracht worden, daß der Sanitätsrath dem Ministerium für innere Angelegenheiten ein Elaborat über die Verstaatlichung des Sanitätsdienstes überreicht habe, und daß die oberste Sanitätsbehörde dieser Frage nähertreten werde. Von den bisherigen Erfahrungen gewitzigt, kann die ungarländische Aerzteschaft an die bona fides dieser Kundgebung nicht glauben und sollte es auch nicht zugeben, daß die öffentliche Meinung mit Versprechungen, die gar nicht ernst gemeint sind, irreführt werde. Die Aufgabe der Aerzteliga wäre es, alle Hebel in Bewegung zu setzen, um zu verhindern, daß dieses gründlich durchgearbeitete Elaborat ohne Sang und Klang im Papierfriedhofe des Archivs zu Grabe getragen werde. Es muß vielmehr Alles aufgeboten werden, daß die Frage auf der Tagesordnung bleibe, bis ihre Lösung spruchreif geworden ist.

Schon vor Jahren wurde in den Spalten dieser Zeitschrift auf die dringende Nothwendigkeit hingewiesen, daß das nach jeder Richtung hin veraltete Rochusspital durch ein modernes, allen Anforderungen entsprechendes Krankenhaus ersetzt werde. Die Hauptstadt, die in den letzten Jahrzehnten durch Errichtung mehrerer Krankenhäuser der öffentlichen Krankenpflege große Opfer gebracht, war aber seither noch nicht in der Lage, dieser Forderung Rechnung zu tragen und richtete an die Regierung das Ansuchen, es möge statt dessen ein Landesspital errichtet werden. Ueber die Frage, ob Stadt oder Staat diesem Uebelstande abzuhelfen habe, wurde Jahre lang herumgestritten. Indessen ist das alte Gebäude trotz mehrfacher Renovirungen derart baufällig geworden, daß es heute für Spitalszwecke absolut unbrauchbar ist, und daß selbst ein Umbau nicht empfohlen werden kann. Nichtsdestoweniger hat der Staatssecretär JULIUS GULLNER anläßlich einer Besichtigung des Rochusspitals den weisen Ausspruch gethan, der wie das Delphische Orakel klingt: „Das Rochusspital könne

in seinem heutigen Zustande nicht belassen werden. Wenn kein neues Spital statt dessen errichtet werden könne, müsse dieses Gebäude hergestellt werden.“ Und so wird nun wieder darum gestritten werden, ob die öffentliche Krankenpflege in Budapest eine communale oder staatliche Aufgabe ist.

Aus den Daten der Volkszählungen ließ sich die Zahl der Geistesgestörten nicht genau feststellen. Da aber die Kenntniß dieser Zahl vom Standpunkte der Sanitätsverwaltung sehr nothwendig ist, werden jetzt die Geisteskranken conscribirt. Die Zählbogen werden von den Comitatsärzten ausgefüllt und die Comitatsphysici haben die Durchführung der Zählung zu controliren. In einer besonderen Rubrik soll ausgewiesen werden, wie groß der Schaden ist, welchen der Mißbrauch des Alkohols im Lande hervorruft, da dies administrativen und nationalökonomischen Verfügungen zur Basis dienen soll. BL.

Kleine Mittheilungen.

— Eine neue Methode der operativen Heilung des chronischen **Ascites** empfiehlt SCHIASSI („Sem. méd.“, 1901, Nr. 19): Verticaler Schnitt von circa 15—20 Cm. Länge in der Verlängerung der rechten Mammillarlinie vom Rippenbogen bis gegen die Fossa iliaca; senkrecht darauf — zwischen oberem und mittlerem Drittel — ein Schnitt, der im Epigastrium endet, circa 2—3 Cm. links von der Linea alba. Die Schnitte werden bis zum Peritoneum parietale geführt. Entleerung des Ascites durch eine kleine Oeffnung im Peritoneum; dann werden die zwei dreieckigen musculo-cutanen Lappen vom Peritoneum getrennt und zurückgeschlagen und dieses letztere im Sinne des ursprünglichen T-Schnittes getrennt. Abtastung der Bauchorgane, speciell des Leberhilus zur Verificirung der Indication zur Operation. Das große Netz wird eventriert und mit sero-serösen Knopfnähten am Peritoneum parietale befestigt. Sanftes Reiben der Oberfläche des extraperitonealen Netzes mit einem in 1%iger Sublimatlösung getauchten Gazetampon zur Beschädigung des Endothels und Erleichterung der gewünschten Verklebung. Die Enden des Netzlappens werden durch zwei oder drei Catgutknopfnähte fixirt. Vereinigung der Fascien, Muskeln und Haut durch Etagnennähte. Keine Drainage.

— Seine Erfahrungen bei der Behandlung des **Empyems der Pleura** theilt PERTHES mit („Mitth. a. d. Grenz. f. M. u. Ch.“, Bd. XII, H. 4 u. 5). Um die Lunge nach Empyemoperationen rasch zur Ausdehnung zu bringen und so die Behandlung der Pleuraempyeme abzukürzen, hat P. ein Verfahren der Nachbehandlung angegeben, welches darauf beruht, daß eine Wasserstrahlpumpe im Pleuraraum dauernd einen regulirbaren, luftverdünnten Raum erzeugt und so die Lunge zur schnellen Entfaltung bringt. Um einen möglichst luftdichten Abschluß des Pleuraraumes zu erzeugen, legt P. eine breite Gummibinde um den Thorax an, welche mit Flanellbändern befestigt wird. Die Methode der Aspiration mittels Wasserstrahlpumpe hat den Vortheil, daß sie noch wirksam bleibt, wenn der Abschluß der Höhle gegen die Außenluft kein vollständiger ist. Bevor die Aspirationsbehandlung eingeleitet wird, müssen, nach vorheriger Rippenresection, der Eiter und die Coagula aus der Pleurahöhle entfernt werden. In den ersten Tagen der Behandlung ist die secernirte Eitermenge eine große,

sie nimmt aber ziemlich schnell ab. Wenn infolge der Aspiration Schmerzen im Thorax eintreten, dann kann der negative Druck (zwischen 30—120 Mm.) sehr leicht verringert werden. Sollten die Schmerzen aber dennoch nicht geringer werden, dann ist die Methode auszusetzen. Die Methode hat sich sowohl in acuten, als auch in chronischen und in complicirten Fällen sehr gut bewährt. Die Höhlen sind entweder ganz geschwunden oder sie verkleinerten sich sehr schnell. Sollte es aber bei dieser Behandlung einmal nicht zur vollständigen Heilung kommen, gewährt sie dennoch durch Verkleinerung der Höhle den Nutzen, daß die Thoraxplastik nicht so umfangreich sein muß, wie ohne Aspiration.

— Ueber **Säuglingsernährung mit Vollmilch** berichtet SCHLESINGER („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 7). Der Autor ist der Ansicht, daß die meisten Säuglings-Nährpräparate sich bewährten, weil sie die nöthigen Nährstoffe in leicht verdaulicher Form enthalten und einen Nährwerth besitzen, welcher der Frauenmilch gleichkommt. Letzterer wird aber nicht erreicht bei der so weit verbreiteten Ernährung der Säuglinge mit verdünnter Kuhmilch; die Kinder erhalten dabei entweder, wie es meistens geschieht, ein zu geringes Quantum an Nährstoffen, oder eine zu große Menge von Wasser. Um diese zu große Flüssigkeitsmenge durch den Körper zu treiben, muß der kindliche Organismus einen großen Theil der durch die Nahrung gelieferten Energie dazu verwenden, diese übermäßige Arbeit zu leisten, daher bleibt dann zu wenig für die Erhaltung und den Aufbau des Körpers übrig. Hierin sieht Verf. die Ursache der Atrophie. S. bestreitet, daß die unverdünnte Kuhmilch für den Säugling schwer verdaulich sei; da sie denselben Caloriengehalt wie die Frauenmilch hat, empfiehlt er die Ernährung mit Vollmilch als die billigste und einfachste, die zudem geeignet erscheint, die große Kindersterblichkeit in den Kreisen der armen Bevölkerung herabzusetzen.

— Zur **Behandlung des Herzens während des Ablaufes fieberhafter Infectionskrankheiten** empfiehlt ABRAMS („New York Med. News“, 1901, 16. März) die Anwendung von kohlensauren Bädern. Dieselben bewirken bloß eine unbedeutende Herabsetzung der Körpertemperatur und können im Bedarfsfalle mit gewöhnlichen kühlen Bädern combinirt werden. Auch durch Ueberspritzen, resp. Uebergießen der Körperoberfläche mit leicht erwärmtem kohlensauren Wasser, d. h. durch die sogenannte Siphonmethode, erzielte A. angeblich Herabminderung der Pulsfrequenz und gute Resultate. Eine weitere Methode, die günstig auf die Circulation wirkt, ist Friction des Körpers, besonders der Brust nach vorhergehender Waschung mit Alkohol. Nach A.'s Beobachtungen betrug kurz nach diesen Proceduren die Pulsfrequenz circa 20 Schläge weniger als vorher und blieb längere Zeit in gleicher Höhe und Stärke.

— Zur **Verhütung von Decubitus** wird empfohlen („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 6), die bedrohten Hautstellen zweimal täglich mit folgender Mischung (mit einem feinen Pinsel) zu bepinseln:

Rp. Balsami peruviani	1·0
Guttaperchae	4·0
Chloroformii	30·0
M. D. S. Aeußerlich.	

— Eine **neue Zuckerreaction** gibt SOLLMANN an („Centralbl. f. Phys.“, 1901, Nr. 2). Verf. verwendet an Stelle des Kupfers der FEHLING'schen Lösung Kobalt oder Nickel. Bei der apfelgrünen Nickellösung tritt ein Umschlag zu Kanariengelb, bei der blaugrünen Kobaltlösung zu Röthlichbraun ein. Beide Reactionen treten erst beim Kochen auf und haben den Vortheil, daß Ueberschuß des Metalls, wie beim Trommer, sie nicht hindert. Die Kobaltprobe ist positiv bei Zuckern (Dextrose, Invertzuckern, Galaktose, Laktose), Aldehyden und Gummiarten. Die praktische Anwendung stößt aber zunächst noch auf Schwierigkeiten, weil auch normaler Harn, mit Kobaltlösung gekocht, Veränderungen der Farbe bietet.

— Zur **Technik und Verwendbarkeit subcutaner Chinin-injectionen** erwähnt BLÜMCHEN Folgendes („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 16). Die bisher zu subcutanen Injectionen verwendeten Chininsalze wirken theils sehr schmerzhaft, theils sogar nekrotisirend. Wässrige Lösungen sind wenig wirksam, da sich z. B. Chininum muriaticum nur im Verhältnisse von 1 : 34 löst. Löst man aber das Chinin in kochendem Wasser, dann löst sich 1 Grm.

salzsaures Chinin in 1 Ccm. Wasser klar und fällt bei der Temperatur von 38° nicht aus. B. empfiehlt daher, eine 2 Ccm.-Spritze, Canüle und Pincette mehrere Minuten in einem Gefäße zu kochen. Mit der Pincette, die den Rand des Gefäßes überragt, erfaßt man dann Canüle und Spritze und zieht 2 Ccm. des kochenden Wassers auf. Dann gießt man den Rest weg, thut jetzt 1 Grm. Chinin in das Gefäß und spritzt die 2 Ccm. heißen Wassers aus der Spritze darüber. Es entsteht eine klare Lösung, die aufgesogen und am besten auf 2 Körperstellen vertheilt wird. Die einfache wässrige Lösung gelangt so aseptisch in den Körper, sie wird absolut schmerzlos aufgenommen, ist überall mit geringen Umständen herzustellen, verbürgt sichere Wirkung, ist im Preise dem billigsten Präparate gleich und sichert bei Massenbehandlung unter geringem Zeitaufwande die Einverleibung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

VII.

BRAUN (Leipzig): **Ueber Mischnarkose.**

Vortr. demonstirt einen Apparat zur Aether-Chloroformnarkose, dessen Princip darin besteht, daß ein Gebläse zu gleicher Zeit aus einer Aether- und einer Chloroformflasche Dämpfe in die Maske sendet, und daß man imstande ist, durch einen Hahn beliebig den Aether oder das Chloroform abzuschließen.

H. WOHLGEMUTH (Berlin): **Ueber eine neue Sauerstoff-Chloroformnarkose.**

W. demonstirte einen Apparat, dessen Wesen darin besteht, daß aus einem Cylinder mit comprimirtem Sauerstoff unter regulirbarem Druck Luft ausströmt, die durch einen am Cylinder selbst angebrachten, automatisch und regulirbar tropfenden Chloroformapparat streicht und dieses Chloroform, indem es sich innig mit demselben mischt, gasförmig in die geschlossene, nur mit einem Expirationsventil versehene Maske leitet. Die zahlreichen Versuche, die W. in der VON BERGMANN'schen Klinik und im jüdischen Krankenhause u. s. w. gemacht hat, haben in Bezug auf das Aussehen der Pat., Puls, Athmung, schnellstes Erwachen, den Mangel jeglicher Cyanose oder irgendwelcher toxischen Nachwirkungen derartig auffallend günstige Resultate geliefert, daß W. den Eindruck hat, daß bei der Sauerstoff-Chloroformnarkose eine Asphyxie oder gar eine Athmungs- oder Herzlähmung nicht eintreten könne. Der Chloroformverbrauch ist bei seiner Methode ein äußerst geringer, so daß bei großen Operationen, Laparotomien, Nierenexstirpationen etc., in einer Stunde nur 7—18 Grm. Chloroform gebraucht wurden. Auffällig war die Pulsfrequenz, die bei jungen und alten Individuen, bei schwer anämischen wie bei fettleibigen, arterio-sklerotischen, wie bei herzkranken Individuen fast constant 60 Schläge betrug. Ein kleiner Puls wurde unter der Narkose voll und blieb es bis zum Ende derselben. Das Erwachen erfolgte plötzlich wie aus einem Schlafe, in den meisten Fällen noch auf dem Operationstisch mit völlig klarem Bewußtsein. Erbrechen nur in 20% aller Fälle, mit Einschluß aller poliklinischen Nichtvorbereiteten, erfolgte höchstens 1—2mal beim ersten Erwachen. Kopfschmerzen, Katzenjammer traten nie auf. Auch bei kleinsten Kindern wurde nie eine Spur von Cyanose beobachtet. Die Narkose war allen Pat. eine angenehme. W.'s Erfahrungen erstreckten sich auf 181 Fälle.

TILMANN (Greifswald): **Zur Frage des Hirndrucks.**

Für die Lösung der Frage, ob der Hirndruck in sitzender Stellung und in horizontaler Lage sich ändert, sind T. 2 Beobachtungen sehr lehrreich gewesen, zwei Fälle, die bei horizontaler Lage Koma bekamen und in sitzender Stellung wieder erwachten. Er hat darauf Versuche an Hunden gemacht, indem er Flüssig-

keiten von verschiedenem specifischen Gewicht auf das Gehirn einwirken ließ, und hat aus ihnen den Schluß gezogen, daß das Blut nicht nur durch Raumbeschränkung, sondern auch im Sinne des Gesetzes der Schwere Hirndruck ausübt.

BRUN (Göttingen): Ueber die Resection des Halsympathicus bei Epilepsie.

B. ist erstaunt, daß JONNESCO, in der Ausdehnung wie er 1899 angab, in 6 Fällen alle 3 Ganglien des Halsympathicus exstirpiert hatte. Er hielt es bei den anatomischen Schwierigkeiten für unmöglich, wollte sich aber selbst davon überzeugen und ging von der Hinterseite des Sternocleido, ein Weg, den er für besser hält, ein. Vortr. zeigte nun an Photographien, daß das Ganglion superius schwer, das Ganglion inferius gar nicht zu sehen ist; und er hat es daher unterlassen, dasselbe mit fortzunehmen, weil er es für zu gefährlich hielt. Einen Einfluß auf die Athmung und die Herzthätigkeit hat er nicht gesehen, dagegen fand constant eine Ptosis des oberen Augenlids, eine Verengerung der Pupille und Dilatation der Gefäße statt, auf die JONNESCO den Hauptwerth bei der Epilepsie legt. Eine Veränderung der Spannung des Pulses konnte er nicht finden, vermehrte Schweißsecretion war nicht constant. Die Verengerung glich sich im Laufe der Zeit wieder aus, auch die Dilatation der Gefäße blieb nicht; sie war nach 24 Stunden so gut wie verschwunden. Er glaubt auch nicht, daß sie im Gehirn von Dauer sei, wie er überhaupt an die Erfolge dieser Operation nicht glaubt. Von 9 Fällen hat er 2 Todesfälle, von denen der eine nach doppelseitiger Exstirpation im Anfall starb. Die Operation als solche hält er für ungefährlich; aber geheilt ist kein Kranker worden.

SCHUCHARDT (Stettin): Ueber die paravaginale Methode der Exstirpation uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs.

Vortr. glaubt, daß mit Hilfe seines Schnittes die Indicationen zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus sehr viel weiter gestellt werden können und zeigt Präparate, die beweisen sollen, wie durch sein Verfahren die ganzen Parametrien mit weggenommen werden können. Der Schnitt selbst ist ganz ungefährlich, die Gesamtmortalität aller leichten und schweren Fälle war 12%. Der Schnitt ist stets per primam geheilt. Er hat 60 Operationen an 58 Pat. gemacht. Unter den einfachen Operationen hatte er 88%, von den complicirten 37%, von den schweren Fällen 14% vollständige Heilungen. Wenn er nur die 5 Jahre zurückliegenden Fälle rechnet, hat er 40% Dauerheilungen zu verzeichnen. Seine absolute Heilbarkeit ist also noch immer doppelt so groß, wie die beste Statistik aller anderen Gynäkologen.

Notizen.

Wien, 15. Juni 1901.

Die Reform des Krankenversicherungswesens in Oesterreich.

Das Parlament wird sich im Herbste mit der Revision jener Gesetze beschäftigen, welche der Krankenversicherung gewidmet sind. Den Aerzten Oesterreichs leuchtet ein Hoffungsstrahl. Es ist ja nicht ausgeschlossen, ja, man sollte glauben, es ist zu erwarten, daß nunmehr auch jene Forderungen Gehör finden, welche die Aerzteschaft Oesterreichs seit dem ohne ihre Mitwirkung zustande gekommenen Gesetze erhebt, des Gesetzes, dessen Durchführung ohne die Aerzte unmöglich gewesen wäre.

Die österreichischen Aertzekammern haben angesichts der bevorstehenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes ein ausführliches Memorandum abgefaßt, das namens aller Kammern von der niederösterreichischen, mährischen und Wiener Aertzekammer gezeichnet ist. Gleichzeitig haben sämtliche Aertzekammern eine Petition an das Herrenhaus gerichtet, welche die Forderungen der Aerzte bezüglich der Reform des genannten Gesetzes präcisirt und begründet. Während wir uns vorbehalten, auf das oberwähnte Memorandum eingehend zurückzukommen, repro-

duciren wir nachstehend die Petition der Kammern. Dieselbe hat folgenden Wortlaut:

„Das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 hat seit seinem nunmehr zwölfjährigen Bestande sowohl in materieller als auch in socialer Beziehung seine nachtheiligen Wirkungen auf den ärztlichen Stand in der traurigsten Weise geäußert. Der durch dieses Gesetz vorgeschriebene obligatorische Beitritt auch wohlhabender und der unbeschränkte facultative Beitritt selbst reicher Personen zu den Krankencassen hat den Aerzten einen großen Theil ihrer für ihre Existenz unbedingt nothwendigen Privatpraxis entzogen. Die schlechte Bezahlung der ärztlichen Leistungen, die Ueberbürdung durch Zuweisung einer zu großen Zahl von Cassenmitgliedern, der gänzliche Mangel eines Rechtsschutzes gegenüber den Cassenvorständen, haben insbesondere jene Aerzte, welche Stellen bei den Krankencassen angenommen haben, auf das Schwerste geschädigt.

„Die vielfachen Berathungen, welche die Aertzekammern und andere ärztliche Corporationen in allen Gebieten der Monarchie pflogen, um das Verhältniß der Aerzte zu den Krankencassen in einer nur einigermaßen befriedigenden Weise zu regeln, haben sich infolge der gänzlichen Ignorirung der Aerzte bei Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes trotz eifrigster Bemühungen als fruchtlos erwiesen.

„Eine Denkschrift, welche sämtliche Aertzekammern im Jahre 1898 Sr. Excellenz dem damaligen Ministerpräsidenten Grafen THUN überreichten, schilderte die Wirkung der Krankencassen auf die Aerzte in deutlicher Weise und verlangte dringendst die Abänderung des Krankencassengesetzes mit billiger Rücksichtnahme auf die Aufgabe und Stellung der Aerzte.

„Erst in jüngster Zeit hat der in Wien stattgefundene außerordentliche Aertzekammertag, an welchem sämtliche Aertzekammern Oesterreichs durch Delegirte vertreten waren, in der verschiedensten Weise die Unhaltbarkeit der geltenden gesetzlichen Bestimmungen über das Krankenversicherungswesen hervorgehoben und einmüthig eine Abänderung des Gesetzes verlangt.

„Die Aerzte können und wollen sich nicht mehr dem schweren Drucke unterwerfen, welcher durch die Krankencassen in ihrer jetzigen Form auf sie ausgeübt wird.

„Daß die Krankencassen einen Hauptantheil an dem rapiden Niedergange des ärztlichen Standes haben, geht daraus hervor, daß gerade seit dem Bestande der Krankencassen sowohl die Erwerbsverhältnisse, als das Ansehen, dessen sich der ärztliche Stand bis dahin zu erfreuen hatte, eine erschreckende Einbuße erlitten haben. Die Krankencassen tragen mit Schuld daran, daß gerade in den letzten Jahren die Mißachtung der ärztlichen Leistungen und die sowohl von ungebildeten Volksklassen, als auch von intelligenten Ständen und Corporationen mit verletzender Absichtlichkeit zur Schau getragene Geringschätzung der medicinischen Wissenschaft und der Aerzte solche Dimensionen angenommen haben.

„Wäre es nicht viel natürlicher und gerechter, daß die Aerzte und ihre Leistungen in demselben Grade eine höhere und allgemeinere Anerkennung fänden, als gerade in den letzten Decennien die Medicin und Chirurgie durch die wissenschaftliche Forschung die großartigsten Erfolge aufzuweisen haben?

„Wenn die Aerzte wie in früherer Zeit ihrem Berufe mit Hingebung und Erfolg nachgehen sollen, so müssen sie in ihrem Wirken jene Würdigung und Anerkennung finden, welche zu einer erfolgreichen Ausübung ihres Berufes unbedingt nothwendig sind.

„Das kann aber nur erreicht werden, wenn die Gesetzgebung, überzeugt von der Nothwendigkeit eines tüchtigen und leistungsfähigen Aertzestandes, auf ärztliche Interessen jene Rücksichten nimmt, welche sie diesem für das Volkwohl geradezu unentbehrlichen Stande gegenüber zu nehmen verpflichtet ist.

„Wir richten demnach unter Hinweis auf die dieser Petition beigeschlossene Denkschrift im Namen aller durch die Aertzekammern vertretenen Aerzte Oesterreichs an das hohe Haus die erste und dringende Bitte, bei der Reform des Krankenversicherungswesens, sei es, daß dieselbe durch eine Revision des bestehenden Gesetzes, sei es durch Schaffung eines neuen Gesetzes bewirkt werden sollte, den Interessen der Aerzte die gebührende Aufmerk-

samkeit zuzuwenden und die nachstehenden Forderungen als gerechte anzuerkennen und zu berücksichtigen.

„Diese Forderungen sind:

I. Es soll die Zugehörigkeit zu einer Krankencasse von dem Einkommen des zu Versicherten abhängig gemacht werden.

1. Die Versicherungspflicht soll nur bis zu einem Einkommen von jährlich 2000 K festgestellt, dagegen auf alle Arbeiter, Angestellten u. s. w. unter diesem Einkommen ausgedehnt werden.

2. Das Versicherungsrecht (der freiwillige Beitritt) soll gänzlich aufgehoben oder ebenfalls nur bis zu einem Einkommen von 2000 K gestattet werden.

3. Das Versichertbleiben bei den Krankencassen soll auch für die früher Versicherungspflichtigen in dem Momente aufhören, wo ihr Einkommen die Einkommensgrenze von 2000 K übersteigt.

II. Es soll im Gesetze ausdrücklich die Möglichkeit ausgesprochen werden, daß die „freie ärztliche Behandlung“ auch nach dem System der freien Arztwahl stattfinden kann; für Orte mit mehr als 20.000 Einwohnern soll diese Art des ärztlichen Dienstes als Regel normiert werden.

III. Es sollen in das Gesetz oder in das Musterstatut Bestimmungen über die entsprechende Honorierung der cassenärztlichen Leistungen aufgenommen werden. Die Höhe des Honorares soll von den Aerztekammern im Einvernehmen mit den Krankencassen festgesetzt werden, indem bei fallweiser Entlohnung ein eigener Tarif für die Einzelleistung, bei Pauschalbezahlung hingegen eine nach der Kopffzahl der Versicherten bestimmte Jahrespauschalquote festgestellt wird. Diese Honorarbestimmungen sind in die Directiven, nach welchen Aerzte Verträge mit Krankencassen abzuschließen haben, aufzunehmen.

IV. Es sollen die Cassen, die keine freie Arztwahl einführen, sondern den ärztlichen Dienst durch bestimmte Rayons-Cassenärzte besorgen lassen, gesetzlich verpflichtet werden, die dem einzelnen Cassenarzte zur eventuellen Behandlung im Erkrankungsfall zugewiesene Anzahl der Versicherten auf 800 bis 1000 zu beschränken, um eine Ueberbürdung der Cassenärzte und eine dadurch bewirkte Schädigung der Cassenmitglieder zu verhüten.

V. Es sollen, um die rechtliche Stellung der Cassenärzte bei den Krankencassen mit bestimmten Cassenärzten zu wahren, folgende Bestimmungen getroffen werden:

1. Die Bestellung von Cassenärzten findet nur auf Grund rechtsgiltiger Verträge statt.

2. Die Directiven, nach denen diese Verträge abgeschlossen werden, sind von den zuständigen Aerztekammern im Einvernehmen mit den Krankencassen festzustellen.

3. Die von den Krankencassen herauszugebenden Instruktionen für den cassenärztlichen Dienst sind im Einvernehmen mit den Aerztekammern auszuarbeiten.

4. Für Streitigkeiten zwischen Krankencassen und Cassenärzten ist ein Schiedsgericht einzusetzen, dem ein Delegirter der Aerztekammer mit Sitz und Stimme beigezogen werden soll.

5. Vor Entlassung von Cassenärzten sollen die Krankencassen verpflichtet sein, ein Gutachten der Aerztekammer einzuholen. Die strafweise Entlassung soll nur mit Zustimmung der Aerztekammer in Kraft treten dürfen.

6. Die Krankencassen sollen verpflichtet werden, die Bestellung von Cassenärzten und die mit ihnen abzuschließenden Verträge den Aerztekammern zur Kenntniß zu bringen.

Bezüglich der Meisterkrankencassen erlauben wir uns, in Ausführung des auf dem außerordentlichen Aerztekammertage in Wien vom 25. Mai 1901 einstimmig gefaßten Beschlusses, die Forderung zu stellen, das die Meisterkrankencassen begründende Gesetz wolle dahin abgeändert werden, daß die Meisterkrankencassen verpflichtet sein sollen, ihren Mitgliedern ein Krankengeld, nicht aber berechtigt sein sollen, denselben ärztliche Behandlung zu gewähren.

(Personalien.) Der Nestor der Aerzte Wiens Dr. W. A. KÖNIG feierte am 11. d. M. in voller Geistesfrische sein 50jähr. Doctoren-Jubiläum; aus diesem Anlasse hat der Decan der medicinischen Facultät dem Jubilar im Festsale des medicinischen Doctoren-Collegiums das erneuerte Doctordiplom überreicht. — Der Privatdocent Dr. OTTOKAR KUKULA ist zum a. o. Professor der Chirurgie an der böhmischen Universität in Prag, der Docent am Institute für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M. Dr. MAX NEISSER zum Professor ernannt worden.

(Denkmäler.) Im Arcadenhofe der Wiener Universität werden demnächst zwei neue Denkmäler, und zwar jenes des ehemaligen Klinikers Prof. ADALBERT DUCHEK und des Chirurgen Prof. J. H. Frh. v. DUMREICHER enthüllt werden. — In Budapest ist — wie uns von dort berichtet wird — das Denkmal des Anatomen MIHALKOVICS am 3. d. M. im neuen anatomischen Institute enthüllt worden.

(Habilitation.) Dr. FRIEDRICH v. SÖLDER hat sich als Privatdocent für Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Universität habilitirt.

(Ferialcourse.) Die diesjährigen Ferialcourse werden gleich denen im Vorjahre in zwei Cyklen gelesen; der 1. Cyklus beginnt am 5. August, der 2. am 2. September. Jeder Cyklus dauert 4 Wochen. August-Cyklus: Anatomie und Histologie (HELLY, MARBURG, TOBIS); Pathologische Anatomie und Bacteriologie (ALBRECHT, GHON, KRETZ, LANDSTEINER, MARBURG); Pharmakognosie (HOCKAUF); interne Medicin (SCHLESINGER, KATZ, CZYHLARZ, SCHMIDT, SORGO); Kinderkrankheiten (MOSER); Neurologie und Psychiatrie (FRANKL-HOCHWART, REDLICH, ERBEN, INFELD, PILCZ); Chirurgie (SCHNITZLER); Augenheilkunde (MÜLLER, WINTERSTEINER, FRÖHLICH, HANKE); Laryngologie und Rhinologie (RÉTHI, HARMER, GROSSMANN); Ohrenheilkunde (ALT, BING, HAMMERSCHLAG, ALEXANDER, FREY); Dermatologie und Syphilidologie (ULDMANN, MATZENAUER); Geburtshilfe und Gynäkologie (DITTEL, MANDL, PEHAM, REINPRECHT). September-Cyklus: Anatomie und Histologie (TANDLER, MARBURG, TOBIS); Pathologische Anatomie und Bacteriologie (ALBRECHT, KRETZ, LANDSTEINER, STOERK, MARBURG); Pharmakognosie und Lebensmittel-Untersuchung (HOCKAUF, MITLACHER); Experimentelle Pathologie (BIEDL); Interne Medicin (PAL, BRAUN, PINELES, SINGER, DONATH, HÖDLMOSEB, WEINBERGER); Roentgen-Untersuchung (WEINBERGER); Hydrotherapie (STRASSER); Kinderkrankheiten (FRÜHWALD); Neurologie und Psychiatrie (FRANKL-HOCHWART, ELZHOLZ, RAIMANN); Chirurgie (ENGLISCH, SCHNITZLER, FÖDERL); Augenheilkunde (ELSCHNIG, KUNN, MÜLLER, SACHS, WINTERSTEINER); Laryngologie und Rhinologie (KOSCHIER, GROSSMANN, RÉTHI, HARMER); Ohrenheilkunde (BING, HAMMERSCHLAG, ALEXANDER, FREY); Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, MATZENAUER, LÖWENBACH); Geburtshilfe und Gynäkologie (LIHOTZKY, NEUMANN, KNAUER, KEITLER); Zahnheilkunde (LOOS). Die Inscription der Course erfolgt bei den betreffenden Vortragenden, und ist das Honorar an dieselben direct im Vorhinein zu entrichten. Das Programm über die Course ist bei den Portieren des k. k. allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik erhältlich; dasselbe kann auch per Post vom Decanate der medicinischen Facultät gegen Einsendung von 25 Heller in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte werden im medicinischen Decanate ertheilt.

(Curortwesen.) Unter den Vorlagen, welche dem am 17. d. M. zusammentretenden niederösterreichischen Landtage unterbreitet werden sollen, befindet sich ein Gesetzentwurf, betreffend die Regelung des Curortwesens.

(Eine wichtige Entscheidung) ist vor Kurzem in einem Streitfalle zwischen einer Arzteswitwe und einer Unfallversicherungsgesellschaft getroffen worden. Im Vorjahre starb — wie die „Kl.-Th. Wschr.“ meldet — in Mauthausen der Gemeindecart Dr. KARL ROGGENHOFER infolge einer Blutvergiftung, die er sich bei Ausübung seines Berufes durch eine Infection zugezogen hatte. Der Verstorbene war polizzenmäßig gegen Unfälle versichert, die er etwa bei Vornahme ärztlicher Operationen durch Infection erleiden würde. Die Witwe verlangte nun von der Gesellschaft die

Auszahlung der Versicherungssumme und betrat, als die Gesellschaft die Zahlung verweigerte, den Klageweg. Bei der Verhandlung vor dem Handelsgerichte machte die beklagte Gesellschaft geltend, daß hier kein bei der Vornahme einer Operation erlittener Unfall vorliege, da Dr. ROGGENHOFER an den Patienten, bei denen er sich inficirt hatte, keine Operation vorgenommen habe; ferner behauptete die Gesellschaft, daß den Arzt an seinem Unfälle insofern ein Verschulden treffe, als er trotz einiger Schurfe, die er infolge eines Schnupfens auf der Nase und den Lippen hatte, die Behandlung der betreffenden Patienten übernahm. Das Handelsgericht verurtheilte nach durchgeführter Verhandlung die Gesellschaft zur Zahlung der Unfallssumme an die Witwe des Arztes und betonte in den Urtheilsgründen, daß ein manueller Eingriff eines Arztes an einem Patienten ohne Rücksicht auf die Benützung eines Instrumentes als eine Operation anzusehen sei. Das Ober-Landesgericht bestätigte das angefochtene Urtheil erster Instanz.

(Nachträgliches zum Leipziger Strike.) Aus Leipzig wird uns geschrieben: Der in so erfreulicher Weise zum Abschlusse gelangte Streit zwischen den Aerzten und der Krankencasse hat während seines Verlaufes unseren Collegen auch manche Enttäuschung nicht erspart und manch klägliches Zwischenspiel geboten. Die herbste der Enttäuschungen wurde den Aerzten durch auswärtige Collegen zuthell, Strikebrecher, welche die Noth der Unseren benützend, diesen in den Rücken gefallen und in den Dienst der Ortskrankencassen getreten waren. Nunmehr haben die ärztlichen Bezirksvereine diesen Aerzten das innerhalb der Bezirksvereine gewährleistete Wahlrecht auf drei, bezw. vier Jahre entzogen.

(Statistik.) Vom 2. bis inclusive 8. Juni 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6928 Personen behandelt. Hievon wurden 1529 entlassen; 171 sind gestorben (10.05% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 34, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 64, Scharlach 101, Masern 292, Keuchhusten 21, Rothlauf 33, Wochenbettfieber 5, Rötheln 4, Mumps 21, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 721 Personen gestorben (+ 86 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Districtsarzt von Irvitz in Mähren Dr. MATHIAS MIKISCHEK im 34. Lebensjahre; in Rzeszow Dr. EDUARD SEGEL, 69 Jahre alt; in Tharandt Dr. JUDEICH.

Verantwortlicher Redacteur: Doctent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Juni-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Malaria, Wechsel- fieber, Sumpffieber.“ Von Prof. Dr. Alois Monti, Director der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brünnen-Vereinigung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalz wasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfestung, Verfestung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

Hussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“ für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.) Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER. (Steiermark) (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygia“ in Moran.)

SAUERBRUNN
Prospecte durch den Director, Südbahnstation: Pöltschach. PRACHTVOLLER SOMMERAUFENTHALT

Bewährte Heilstätte für Magen-, Leber- u. Nierenleiden, Zuckerharnruhr, Gallensteine, Nachen- u. Kehlkopfkatarrhe, etc.

Bäder-Studien-Reise für Aerzte, Solbäder und Solbad-Kinderheilstätten Deutschlands, unter wissenschaftlicher Leitung von Professor Dr. A. BAGINSKY. Abreise 1. August. — Dauer 14 Tage. — Preis 300 Mark. Prospecte gratis und franco durch Berlin W., Friedrichstr. 72. **CARL STANGEN'S** Reise-Bureau Berlin W., Friedrichstr. 72.

Dr. KRAMER'S Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke in PRAG-BUBENTSCH.

Familiäre Verpflegung. — Billigste Bedingungen. — Prospecte gratis.



Farbentfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.
Pharmaceutische Abtheilung.

Jannigen.

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder. Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Nedonal.

Neues Hypnoticum, absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nervöse Agrypnie. Dos.: 1½—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten. Auch per clysm.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum. Bester Ersatz für Salicylate. Frei von üblen Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend. Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat, geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich. Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo. Dos.: 5—10% Salben.

Heroin. hydrochl.

Protargol

Aristol

Creosotal

Jodothyryn

Lycetol

Eisen-Somatose

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Simulation von Nervensymptomen. Von Doc. Dr. S. ERBEN in Wien. — Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand. Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus. Von Dr. ROMOLO POLACCO. — **Referate.** AUGUST BIER (Greifswald): Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blute, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken, von neuen Gesichtspunkten aus betrachtet. — J. W. RÜNEBERG (Helsingfors): Ueber die diffuse Nephritis (Morbus Brightii). — v. CRIGGERN (Leipzig): Die Feststellung kleiner Mengen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle von den Leistenringen aus. — SALFELD (Wiesbaden): Zur Behandlung der Gicht mit Chinsäure. — O. FRANKENBERGER (Prag): Ein Beitrag zur Casuistik der Tabes dorsalis. — KROMPECHER (Budapest): Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de LANDERER et sur la virulence des bacillus tuberculeux. — OSSIPOFF: Influence de l'intoxication botulinique sur le système nerveux central. — WENDEL (Marburg): Charakterveränderungen als Symptome und Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns. — MICHAÏLOW: Ein Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür. — FRANKE (Braunschweig): Das Benzin in der Chirurgie. — REINHARD (Kaiserswerth): Ein Beitrag zur Aethernarkose. — HAGEN-TORN: Beitrag zur Frage des Ureterkatheterismus. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. ADAM POLLITZER. — Leçons de physiologie expérimentale. Par RAPHAËL DUBOIS, Professeur à l'université de Lyon. — Oesterreichischer Hebammenkalender pro 1901. Von Dr. EMIL ECKSTEIN. — **Feuilleton.** Streiflichter aus dem ärztlichen Standesleben. Von Dr. MAXIMILIAN STRANSKY in Wien. X. — Der VII. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. (Orig.-Corr.) — **Kleine Mittheilungen.** Ueber den Einfluß künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns auf Epilepsie. — Zur Präventivbehandlung der Hyperidrose der Füße. — Ueber die Wirkung des Extractum Chinae Nanning. — Ueber die Wirkung der Digitaliskörper auf das Säugethierherz. — Acetopyrin. — Gelatineinjectionen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. Congreß für innere Medicin in Berlin. Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse.“) VII. — **Aus englischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Öffene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Simulation von Nervensymptomen.

Von **Doc. Dr. S. Erben** in Wien. *)

Simulirt wird seit Menschengedenken. Schon in den Schriften der ältesten Aerzte finden sich Capitel über die Kunst, „simulirte Krankheiten zu heilen“. Auch jeder Anwesende hat bereits mit Leuten zu thun gehabt, die bestrebt waren, Krankheiten vorzutäuschen, um sich gewissen Dienstverrichtungen zu entziehen, der Militärpflicht auszuweichen oder Urlaub zu erwirken. Seit dem Jahre 1889 jedoch, wo bei uns die legale Arbeiterschutzgesetzgebung eingeführt wurde, ist es einer breiten Schichte der Bevölkerung möglich, aus Simulation wirthschaftliche Vortheile zu ziehen, daher mein Thema derzeit ein actuelles ist.

Reine Simulanten sind selten, meist handelt es sich nur um das Bestreben, vorhandene Krankheitserscheinungen gefährlicher darzustellen, sie in den Vordergrund zu schieben, damit sie der Arzt nicht übersehe, ihnen eher eine größere Bedeutung beilege. Da man solches Bestreben nicht nur bei Rentenbewerbern, sondern auch bei einer Gruppe von Psychoneurosen findet, und zwar unter Umständen, bei welchen dem Kranken aus seinem Leiden keine augenfälligen Vortheile erwachsen, muß man event. die Uebertreibung als Symptom einer bestehenden Nervenerkrankung deuten. In der Literatur gibt es auch manche Beispiele dafür, daß stigmatisirte Simu-

lantem endlich durch genauere Prüfung als reelle Kranke erkannt und vom Verdachte befreit wurden.

* * *

Nun will ich die einzelnen Nervensymptome casuistisch durchgehen und bei jedem darauf hinweisen, wie man sich Einsicht verschafft.

Jemand verlangt für seine Lähmung mit Geld entschädigt zu werden, z. B. für eine Lähmung der Hand: Vor einem Monate behandelte ich einen Dachdecker mit Schlafähmung (= periphere Radialislähmung); dieselbe besserte sich so weit, daß ich ihn veranlaßte, seine Arbeit wieder aufzunehmen. Nach einer Woche kam er wieder und remonstrirte, er habe keine Kraft in der Rechten, er lasse seinen Hammer fallen und gefährde als Dachdecker die Passanten; die aufgenöthigte Arbeit habe eine Verschlimmerung hervorgebracht. Die Sache war sehr ernst zu nehmen, da man unter solchen Umständen als Arzt leicht unter die Sanction jenes Strafparagrafen fällt, der das Vergehen gegen die körperliche Sicherheit behandelt. Der Mann hielt mir die Hand mit leicht gebeugten Fingern hin: Er konnte die Finger ein wenig beugen, aber gar nicht strecken; ich hatte Wochen vorher an ihm eine Radialislähmung gesehen; was er jetzt bot, war ein anderes Bild, also war hier keine Verschlimmerung, sondern eine andere Krankheit zu suchen. Radialislähmung war aus der Haltung allein auszuschließen, denn er hatte die Grundphalangen gestreckt und konnte angeblich nur die Mittel- und Endphalangen nicht strecken (Functionsausfall der Interossei — N. ulnaris). Demnach konnte es sich um eine Erkrankung des N. ulnaris handeln. Aber auch das konnte auf den ersten Blick ausgeschlossen werden, da die Finger aneinander

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctorencollegiums“ am 1. April 1901.

gedrückt waren, während das erste Symptom einer Schwäche des Ulnaris sich in der erschwerten Adduction der Finger zeigt; dieselbe ist schon zu einer Zeit unmöglich, wo die Stellung der Finger im Sinne der Krallenhand noch gar nicht angedeutet ist. Die Gelenke waren frei, in den Nerven fand ich nicht die Ursache für seine Beschwerden, so nahm ich eine Uebertreibung der von der vorausgegangenen Streckerlähmung restirenden Schwäche an und wurde in diesem Urtheile bekräftigt, als es sich herausstellte, daß er keine Arbeit hatte finden können. So gut gelang es ihm nicht, die Radialislähmung nachzubilden, daß er mich hätte täuschen können.

Ich fand in meiner Gerichtspraxis einen Fall von simulirter Lähmung des Deltoides. Der Mann konnte seinen Arm nicht erheben, nur minimalst; er ließ ihn schlaff herabhängen. Ich betonte nach längerer Untersuchung, daß es mir nun klar sei, er könne den Arm nicht heben. Ich erhob den Arm passiv und ordnete ihm an, den Arm recht behutsam zu senken, damit er sich nicht schade. Das ging! Er wußte nicht, daß das Senken des Armes von den Hebern desselben besorgt wird. Das war übrigens auch mir bis vor 3 Jahren fremd, wo die Untersuchungen von ZUCKERKANDL und ERBEN darüber Aufklärung brachten („Wiener klin. Wochenschr.“, 1898, D).

SACHS und FREUND (Breslau) hatten sich unsere Untersuchungsergebnisse zu Nutze gemacht. Sie sahen einen ähnlichen Kranken, der den Arm nicht erheben konnte. Die Entstehungsbedingung dieses Zustandes machte ihn verdächtig. Sie ließen den Untersuchten die Bauchlage einnehmen, so daß der Arm vom Untersuchungstische herabhäng. Nun befahlen sie, den Arm an den Stamm zu ziehen, das ging prompt; darauf hieß es, den Arm sinken zu lassen. Das aber gelang ihm nicht, meinte der Widerspenstige, weil er nicht wußte, daß die Entfernung des Armes vom Stamme in diesem Falle nicht von dem Armheber, sondern von der Schwere besorgt wird.

Schwerer als complete Lähmung (Gebrauchsunfähigkeit) ist der objective Nachweis von verminderter Kraft (**Parese**): Das Auftreten von Zittern bei forcirter Bewegung spricht dafür, daß der Betreffende seine äußerste Kraft angewendet hat.

Jemand behauptet Schwäche in den Beinen. Bei der Untersuchung bringt er nur minimalen Widerstand gegen eine passive Kniebeugung auf; das ist nicht glaubwürdig, wenn er sich auf den Beinen halten kann und den Weg zum Arzte gemacht hat — man braucht zum Zwecke des Gehens eine ansehnliche Leistung des Kniestreckers.

Wir können die Klage über Schwäche im Bein noch durch eine Methode prüfen: Wir verwerthen die Untersuchungsergebnisse BRÜCKE'S. Bei feinen Bewegungen treten die Antagonisten mit in Action, schaffen für die sich contrahirenden Agonisten Widerstände (Bremsen), damit die Bewegung ruhig und präcis erfolge; aber bei brusken Bewegungen fallen die Antagonisten weg, um den Agonisten zu vollem Effecte zu verhelfen. Treiben wir einen solchen Kranken zur äußersten Kraftanstrengung, indem wir ihn heißen, unserem Bemühen, das Knie zu strecken, entgegenzuwirken. Er setzt dabei kräftig an, kommt aber nicht vorwärts, und wir ermitteln durch Betasten, daß mit den Kniebeugern auch die Kniestrecke angespannt wurden. Die Streckere sind bei der energischen Kniebeugung, die er hätte intendiren sollen, hart geworden — das ist ein Täuschungsversuch, er wollte seine Schwäche demonstrieren, indem er den Effect einer kraftvollen Beugerwirkung durch gleichzeitige Anspannung der Antagonisten unterdrückte; normaler Weise hätten die Antagonisten erschlaffen müssen. Dieselbe Probe ist auch im Ellbogen und den anderen Gelenken anzubringen, stets haben bei großer Kraftanstrengung die Antagonisten zu erschlaffen.

Jemand zeigt verminderten Händedruck. Dem kommt man durch folgende Taktik bei: Man läßt ihn bei stark ge-

beugtem Handgelenk drücken, so fest er nur kann, und dann bei überstrecktem Handgelenk; erweist sich zuletzt der Händedruck nicht stärker als bei gebeugtem Handgelenk, haben wir mit einem Betrüger zu thun, denn er hat nicht mit der ganzen, ihm zur Verfügung stehenden Kraft gedrückt. Auch der normale Mensch hat weniger Kraft bei maximal gebeugtem Handgelenk als bei gestrecktem; der Grund liegt in den zu kurzen Fingerstreckersehnen (*Extensor digit. comm.*; relative Längeninsufficienz, HENKE), die Fingerstrecker reichen nicht aus für gleichzeitige Hand- und Fingerbeugung. Wollen wir die Finger beugen (beim Faustschluß), müssen wir darum die Handstrecker in Action setzen — nicht weil wir physiologisch geschult sind, sondern unbewußt. Schon die Kinder wissen in ihren Spielen das anzuwenden; um ihren Kameraden etwas aus der Hand zu ringen, beugen sie kräftig das betreffende Handgelenk herab und die Faust öffnet sich von selbst, weil da die Finger nicht mehr extrem gebeugt bleiben können.

Findet sich an einer Extremität allgemeine oder umschriebene Atrophie, ist dieselbe sicher ein Zeichen geschwächter Muskelfunction oder verminderten Gebrauches.

Die Analyse des Ganges ist zu complicirt, ich will mich heute mehr mit einfacheren, elementaren Phänomenen beschäftigen.

* * *

Zittern wird gerne gewählt, um Krankheit vorzutäuschen. Es gibt Autoren, die behaupten, wer während einer einstündigen Untersuchung fortwährend zittert, ist frei von dem Verdachte, das Zittern zu simuliren (P. SCHUSTER). Andere aber sind dessen sicher, daß derjenige, welcher sich lange im Zittern geübt hat, schwer zu desavouiren ist (SEELIGMÜLLER). Man stelle jedesmal die näheren Eigenschaften der Zitterbewegung fest: Die Größe der Oscillationen, die Schnelligkeit des Rhythmus, die Gelenke, welche an der Zitterbewegung theilhaftig sind, und jene Gliedabschnitte, welche nur erschüttert werden. Diese Vorerhebungen gehören zur Einleitung. Nun gibt es eine Reihe von Entlarvungsmethoden: Nehmen wir an, es zittern die Finger. Wir fixiren die Finger bis auf einen, der frei bleibt — sei es der Mittelfinger oder der kleine Finger — und constatiren, ob dieselbe Zitterform auch an dem nun isolirten Finger sich offenbart und ob er überhaupt zittert. Ist das Zittern durch willkürliche Innervation erzeugt gewesen, so wird sich dies dann herausstellen. Findet man bei der Betrachtung der Muskeln, welche an der Zitterbewegung mitwirken, fasciculäre Contractionen oder nur einzelne Muskeln in Bewegung, deren isolirte willkürliche Innervation nicht möglich ist — dann haben wir es mit wirklichem Zittern zu thun. Weiters läßt man sich das Zittern längere Zeit vorführen, um den Kranken zu ermüden; ändert sich hiebei der vorher festgestellte Typus des Zitterns, werden die Bewegungen größer, weniger gleichmäßig, die Athembewegungen unregelmäßig und tiefer, ändert sich die Pulszahl (in jüngster Zeit behauptet S. KORN-FELD selbst Aenderungen des Blutdruckes), so sind das alles Zeichen von Anstrengung (CHARCOT). Eine beachtenswerthe Methode empfahl Prof. FUCHS.¹⁾ Er ließ in der Luft schreiben oder zeichnete Linien, die sich zum Kreis, Viereck und zu sonstigen Formen gestalten, welche der Untersuchte prompt nachzubilden hatte, und zwar mit einer solchen Präcision, daß man sicher seine Aufmerksamkeit auf diese Beschäftigung concentrirte; gleichzeitig achtet man auf die Zitterbewegungen der anderen Hand, ob in dieser sich Mitbewegungen gezeigt haben oder ob das Zittern unregelmäßig geworden oder vielleicht ganz aufgehört hat. Jemand zeigt beim Gehen und besonders beim Sitzen, auch beim Liegen Zittern in den Sprunggelenken oder Knien. Man läßt ihn auf den Bauch legen und die Füße mittelst Kniebeugung emporheben. Das Zittern war

¹⁾ „Monatschrift f. Unfallheilkunde“, 1894.

vorgetäuscht, wenn es nun ausbleibt; sowie der Untersuchte die Füße sinken läßt und mit den Zehen an der Unterlage einen Anhaltspunkt gewinnt, kann er wieder zittern. SEELIGMÜLLER²⁾ schob nun eine geölte Glasplatte unter die Fußspitzen und das Zittern unterblieb — ein weiterer Beweis für Simulation.

* * *

Jemand leidet angeblich an **Schmerzen**. Schmerz wird am häufigsten simulirt. Nehmen wir an, eine stumpfe Gewalt hätte den Schädel oder Rücken getroffen und soll große Schmerzhaftigkeit zurückgelassen haben. Ist die betreffende Stelle verändert (der Knochen aufgetrieben, verdickt), dann ist die Entscheidung leicht; nun bestehen keine Residuen der chirurgischen Verletzung. Man drückt auf die angeblich schmerzende Stelle und achtet darauf, ob der Untersuchte erbleicht, ob sich seine Pupillen erweitern (Hippus ist vorher auszuschließen, ebenso Wechsel in der Accommodation oder in der Belichtung), oder ob sein Puls während des Drückens beschleunigt wird (MANNKOPF); dabei darf der Untersuchte den Athmungstypus nicht ändern, weil das allein schon die Herzbewegungen beeinflussen kann. Wenn diese Proben negativ ausfallen, ist man nicht berechtigt, Schmerz auszuschließen. ROSENTHAL fand an der MENDEL'schen Klinik unter 39 Kranken zweimal das MANNKOPF'sche Symptom.³⁾

Jemand gibt an, an einer umschriebenen Stelle auf Druck Schmerzen zu haben. Man setzt zwei Finger derselben Hand so auf, daß der eine Finger innerhalb der Schmerzzone und der zweite außerhalb derselben aufruht. Die Finger müssen so nahe bei einander stehen, daß sie der Untersuchte nicht auseinander halten kann. Man drückt bald mit dem einen, bald mit dem anderen; der Untersuchte weiß nicht, daß man den Druck wechselt und ermöglicht damit eine Prüfung seines Druckschmerzes; das ist die MÜLLER'sche Methode.⁴⁾ Haben wir Druckschmerz an der Wirbelsäule gefunden und derselbe wechselt seine Localisation an verschiedenen Untersuchungstagen, so spricht das gerade nicht für Simulation, da wir dieses Wechseln der Druckschmerzhaftigkeit auch bei Neurosen finden, deren Träger für ihre Krankheit nicht entschädigt werden, also kein Motiv zu täuschen haben.

Schmerzen in den Gliedern, welche durch Affectionen der Knochen oder Nerven bedingt sind, werden gewöhnlich von vasomotorischen Störungen begleitet, und zwar im Sinne eines Gefäßspasmus. Jene Glieder sind kühl; nahezu immer treffe ich ein kühles Knie an jenem Bein, das an peripherer Ischias erkrankt ist — ein sehr wertvolles Kennzeichen für den Schmerz („Wiener klin. Wochenschr.“, 1894, Nr. 47).

Wenn lebhafter Schmerz an den Gliedern oder an der Wirbelsäule durch einen localen Proceß erzeugt wird (ich meine Prozesse in loco doloris), so besteht als häufiges Begleitsymptom andauernde Muskelspannung, welche alle Bewegungen an jener Stelle unterdrückt oder wenigstens die Ausführung der schmerzhaften Bewegungen. Jener Körpertheil wird ruhig gestellt. Bekannt sind die charakteristischen Einstellungen bei schmerzhaften Erkrankungen der Gelenke, daneben sind noch hervorzuheben die Verbiegungen der Wirbelsäule (Torticollum und die neuralgische Skoliose); GUSSENBAUER hat, der erste, den ursächlichen Zusammenhang solcher Haltung mit Hüftweh entdeckt. Entweder wird eine schmerzhafteste Stelle durch fixirte Haltung vor Muskelndruck bewahrt, die betreffende Musculatur durch andauernde Annäherung der Ansatzpunkte entspannt (Beispiel hiefür ist die homologe Skoliose bei Ischias, Psoasabsceß etc. — Entspannungsskoliose), oder es rücken die Knochen auseinander, um mehr Raum zu schaffen, es entsteht die gekreuzte Skoliose (bei Wurzelischias,

rheum. Schiefhals), und es ist dann unmöglich, diese Haltung durch active oder passive Bewegung auszugleichen (das ist Entlastungsbestreben, Schonung). Also Steifheit wird ein Merkmal für Schmerz.

Schon die Art, wie der Untersuchte sich bewegt, seine Vorsicht beim Bücken und Anziehen, wie er seine Glieder gebraucht, lassen Schlüsse zu in Bezug auf vorhandene Schmerzhaftigkeit. Selbst das kann natürlich simulirt sein; der Schmerz sitzt seit einigen Tagen in der Lende und der Kranke will sich nicht bücken — so ein Fall ist zweifelhaft, er kann ja die Lende beim Bücken umgehen und die Hüfte mehr heranziehen. Thatsächlich beobachtet man dieses Verhalten, solche Kranke bücken sich mit steifer Lende mit unausgeglichener Lendenlordose unter vicariirender Hüftbeugung; das entspricht reellem Kreuzschmerz. Bei der Lumbago haben wir stets eine Excursionsbeschränkung der Lendenwirbelsäule in einer der vier Richtungen. Bei der Rhachialgie wird dies nicht angetroffen, Rhachialgie unterscheidet sich von der Lumbago auch durch die Localisation: der Schmerz erstreckt sich da über einen großen Theil der Wirbelsäule und ist nicht auf das Kreuz beschränkt.

Für alle Fälle von Schmerz reicht man nicht aus und besonders kann man den Grad eines Schmerzes nicht nachweisen.

* * *

Hat man zu prüfen, ob eine **Empfindungsstörung** (anästhetische Zonen oder Hemianästhesie) echt ist, so sucht man nach der von CHARCOT entdeckten, begleitenden Ischämie. Besteht dieselbe nicht, so dürfen wir die Empfindungsstörung nicht ausschließen. Dann kommt zunächst die Methode der Ueberaschung daran: Man läßt mittelst des aufgesetzten Pinsels unvermuthet einen vollen faradischen Strom einbrechen. Ein anderes Verfahren beruht auf der Thatsache, daß die Empfindung eines schwachen Reizes von einem stärkeren Reiz unterdrückt wird: Man berührt mit dem Finger eine beliebige Körperstelle und gleichzeitig sticht man intensiv die anästhetische (GOLDSCHIEDER); spürt der Untersuchte nur den Stich, dann spricht das nicht für die angegebene Empfindungsstörung. THEM streicht bei unterempfindlichen oder unempfindlichen Zonen in großen Zügen über die Haut, und zwar nach verschiedenen Richtungen, die er sich vom Untersuchten nachher bezeichnen läßt. Er wählt die Strichregion so, daß die unterempfindliche Zone mitten darin ist. Während der wiederholten Striche stellt er es derart an, daß er einmal nur über das begrenzte Gebiet des Empfindungsausfalles streicht, und wußte der Untersuchte auch dann die Richtung anzugeben, ob der Strich gerade, quer oder schief verläuft, dann hat er sich verrathen. Ich brauche in diesem Kreise nicht zu erwähnen, daß bei den genannten Proben die Augen verschlossen sein müssen. Ergibt sich eine anästhetische Zone genau entsprechend dem Verbreitungsbezirke eines peripheren Nerven, sind Zweifel schlecht angebracht.

* * *

Das **ROMBERG'sche Symptom** wird nicht selten simulirt, aber selten wird es in vollkommener Weise vorgetäuscht. Das Schwanken bei geschlossenen Augen wird mitunter bereits producirt, wenn die Beine noch gespreizt sind, nicht erst bei aneinander gelegten Fersen; dadurch wird der Verdacht rege. Ich sah einen Romberg, wo der Untersuchte nach Schluß der Augen geradeaus wie ein gefällter Baumstamm nach hinten stürzte, es war kein Aequilibiren um die gerade aufrechte Stellung herum — das ist kein Romberg. Ein anderesmal merkt man die Vorsicht im Fallen. Reicht man einem Ataktischen die Hand, die er nur zu berühren braucht, und läßt ihn die Augen schließen, so droht er niemals zu fallen, er ist genügend orientirt, um sich aufrecht zu halten; wer aber das ROMBERG'sche Zeichen vortäuscht,

²⁾ Ueber traumatischen Tremor und die Simulation desselben. Jahrb. f. Psych., III, pag. 45, 1882.

³⁾ „Monatschr. f. Unfallheilk.“, 1897.

⁴⁾ „Monatschr. f. Unfallheilk.“, I. Bd.

der wird es auch bei dieser Versuchsanordnung in grober Weise in Scene setzen.

Von FREUND und SACHS ist der Vorschlag gemacht worden, den Kranken die Beine aneinander schließen zu lassen und ihn darauf durch Zurufe zu beschäftigen: mit dem Zeigefinger die Nasenspitze, dann wieder das Kinn und andere Ziele in rascher Aufeinanderfolge berühren. Bald kommt die rechte, bald die linke Hand daran; mitten darin odnet man ihm an, die Augen zu schließen und commandirt weiter neue Ziele für den Zeigefinger, so daß der Untersuchte nicht Zeit gewinnt, die Situation zu überdenken. So kommt man der Wahrheit auf die Spur.

* * *

Gesteigerte Reflexe werden oft vorgetäuscht. Man führt eine Reihe rasch aufeinander folgender Schläge gegen das Lig. patellae, von denen man einige nur markirt, so daß der Untersuchte sein Bemühen, den Effect des Anschlages zu erhöhen, verräth, indem er dem Schläge auch dann entgegenkommt, wenn ich den Schlag nur in der Luft geführt habe. Sind erhöhte Sehnenreflexe vom Fußclonus oder Patellarclonus begleitet, ist die Reallität der gesteigerten Reflexthätigkeit sichergestellt; allerdings findet man bei erhöhtem Kniephänomen nicht constant auch einen Fußclonus.

* * *

Schwindel wird oft geklagt und bei Mangel von Begleitsymptomen vom Arzte ebenso oft bezweifelt. Bestehen eine Ohraffection, eine Allgemeinerkrankung (Intoxication, Infection, Gefäßerkrankung, Nephritis) oder Gehirnsymptome, ist der Zweifel übel angebracht. Sonst haben wir aber nicht viele Mittel, uns zurechtzufinden. Wir gehen darauf aus, den Schwindel künstlich zu erzeugen; gelingt dies besonders leicht, dann glauben wir an die Klage; ist dies aber nicht der Fall, haben wir kein Recht, ihm den Schwindel abzustreiten. Die Methoden für experimentellen Schwindel bestehen darin, durch rasche Bewegungen des Körpers und besonders des Kopfes das Gleichgewicht zu stören; man läßt den Untersuchten tief bücken, rasch nacheinander Kehrteuch machen, mit dem Kopfe energische Beutel- oder Drehbewegungen ausführen. Tritt hiebei Taumeln auf, schwankt der Kranke oder zeigt er gar Nystagmus nach Aufhören der genannten Bewegungen, so sind dies objective Kennzeichen für Schwindel, derselbe war hier leicht zu erzeugen. Wenn der Untersuchte sich bei der Untersuchung frei bewegt, allein zu uns mitten durch das Gewühl von Menschen und Wagen gekommen ist, spricht das dafür, daß der Schwindel nicht hochgradig sein kann, sonst wäre er vorsichtiger gewesen.

* * *

Selbst wenn man erkennt, daß ein Symptom übertrieben oder gar geheuchelt war, darf man doch nicht das ganze Krankheitsbild als simulirt betrachten. Stets wird Spitalsbeobachtung werthvoll sein, weil da dauernde Ueberwachung und häufige Wiederholung der Untersuchung möglich sind. Es gehört zum Gange unserer klinischen Untersuchung, daß man nicht bei einem Symptom stehen bleibt, daß man nach Begleitsymptomen fahndet und sich durch Gruppierung der Merkmale ein Krankheitsbild enthüllt, so daß ein Symptom durch das gleichzeitige Vorhandensein der weiteren verificirt wird (das gilt z. B. bei Kopfschmerz). Ich wollte aber heute nur diesen Ausschnitt unseres diagnostischen Manövirens behandeln — die Prüfung der einzelnen Symptome.

Die Krankheitszustände, die auf neurologischem Gebiete hauptsächlich in Betracht kommen, sind Ischias, Lumbago, Neurasthenie, Hysterie, die Unfallsneurosen, Epilepsie, Tic convulsif und die kleinen Krampfkrankheiten; davon ein anderes. Allerdings sucht man hiebei zunächst alle vorhandenen Phänomene auf eine kurze Formel zu vereinfachen und dadurch zum klinischen Krankheitsbegriffe, zu einer Diagnose zu

kommen; sowie dies aber erledigt ist, muß man wieder jedes einzelne Symptom auf seine Punzierung prüfen.

Ich wollte Ihnen mit den heutigen Erörterungen illustriren, daß auch auf diesem Gebiete Fortschritte gemacht wurden. Wir betreiben das Erkennen von Simulation nicht mehr wie vor 50 Jahren durch die *Mixtura diabolica* oder durch die *Points de feu* und ähnliche grausame Erfindungen. Unsere Methode ist nicht mehr, die Standhaftigkeit des Untersuchten durch die Mittel der Inquisition zu erschöpfen, wir treiben nicht das Handwerk eines Schergen. Durch klinische Kenntnisse allein und eine genaue Analyse der gebotenen Erscheinungen kommen wir dahinter, ob Lähmung, Zittern, Schmerz u. s. w. bestehen, oder ob der Untersuchte nur den Schein eines Kranken erweckte.

Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand.

Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus.

Von **Dr. Romolo Polacco.**

(Fortsetzung.)

‘Bevor ich die Behandlungsmethode auseinandersetze, die ich auf Grundlage von klinischen Versuchen und bacteriologischen Forschungen bei der Therapie des Abdominaltyphus definitiv eingeschlagen habe, sei es mir gestattet, einige mir als nicht unwichtig scheinende statistische Betrachtungen mitzutheilen.

In einer Abtheilung des Ospedale Maggiore, zu Mailand wurden in den Jahren 1898—1899 184 mit Ileotyphus behaftete Individuen aufgenommen: hiebei ist zu bemerken, daß diese Abtheilung aus localen und Bequemlichkeitsrückichten die schwersten Kranken beherbergt. Alle diese Patienten wurden nach verschiedenen Methoden behandelt, hauptsächlich aber nach dem symptomatischen Verfahren, welchem die systematische Verabreichung von Chinin in allen anderen Tagen beigefügt wurde, ein Verfahren, welches heute noch von ERB befolgt und als das beste empfohlen wird. Bei diesen 184 Fällen hatte man im Ganzen 42 Todesfälle, d. i. 22·22%. Um den Einwand zu zerstreuen, daß meine Statistik im pessimistischen Sinne aufgestellt ist, habe ich von der Gesamtzahl 42 die Zahl jener vor dem fünften Tage verstorbenen Individuen abgezogen, welche, sei es durch den langen Transport vom Hause oder vom Lande erschöpft waren, oder wo durch irgend eine andere Ursache der letale Ausgang stattgefunden hatte, noch bevor die Spitalsbehandlung eine nennenswerthe Wirkung hätte ausüben können.

Es starben also innerhalb der ersten 5 Tage 5 Individuen, was die Sterblichkeit bis zu 37 oder zu 20·01% vermindert. Es ist unzweifelhaft, daß diese Ziffer eine beträchtliche ist, weil sie nicht einmal von der Statistik GRIESINGER'S (18·8%) und MURCHISON'S (1848—1862, London fever Hospital 18·5%) erreicht wird. Die im Ospedale Maggiore zu Mailand erreichte Sterblichkeit übertrifft die, welche in sonstigen Statistiken der jüngsten Zeit bekannt gegeben sind; so betrug in der Epidemie 1886—1887 von Hamburg die Mortalitätsziffer in den schwersten, in den Spitalern behandelten Fällen nur 9·8%; sie ist nur der Mortalität, die in den Wiener Spitalern 1846—1861 beobachtet wurde und 22·2% erreichte, gleich. Man darf jedoch nicht vergessen, daß die Sterblichkeit in Wien den alten Epidemien und der alten Statistik angehört.

Die von mir bezeichneten Zahlen erscheinen um so schlimmer, wenn man das Alter der Patienten in Betracht zieht; ist es doch bekannt, daß, während der Abdominaltyphus von den Klimaten, den Jahreszeiten und den Rassen sehr wenig beeinflußt wird, er in Bezug auf das Alter ganz entschiedene Differenzen in der Schwere der Krankheit darbietet. Und in der That, während in allen Statistiken die

geringste Sterblichkeit der Kinder hervorgehoben wird, habe ich in den 37 Todesfällen 4 Individuen, die im Alter von 7 bis 10 und 12, die im Alter von 11—20 Jahren standen.

Kinder unter 7 Jahren wurden in einer Specialabtheilung internirt. Bei Individuen von 41—50 Jahren erreicht die Sterblichkeit 42·85% und von 51—60 Jahren 100%.

Es war daher meinerseits ganz gerechtfertigt, ja ein Gebot der Pflicht, in derselben Spitalabtheilung, die eine alle bekannten Statistiken übertreffende Ileotyphussterblichkeit lieferte, eine neue Therapie einzuführen, die durch lange vorhergehende Versuche von mir als eine von jedweder Gefahr freie erkannt war. Meine Behandlung wurde im Jahre 1900 bis 1901 (März) in 37 Fällen versucht, unter welchen ich bloß 2 Todesfälle hatte; einer davon erfolgte, als seit 10 Tagen die Verabreichung des Heilmittels deshalb unterbrochen werden mußte, weil es uns ausgegangen war; der andere ereignete sich am 6. Tage der Krankheit und noch bevor 3 Tage seit dem Beginne der Darreichung des Heilmittels verstrichen waren. Man ersieht daraus, daß ich mit Recht behaupten könnte, daß die von mir mittels Anwendung des Ichthoforms und der Ichthyolbäder erreichte Mortalität gleich Null war; allein wenn ich sie auch in der Totalziffer von 5·4% annehme, ist sie dennoch geringer als jene der von mir zu Rathe gezogenen Statistiken; sagt doch selbst CURSCHMANN, daß die heutigen Erfahrungen in der Aufstellung einer Durchschnittsterblichkeit von einem Minimum von 9—12% bis zu einem Maximum von 14% übereinstimmen.

Ich will nun in kurzen Worten die von mir definitiv angewendete Behandlungsmethode anführen: Am Tage des Eintrittes des Kranken in das Spital lasse ich, wenn auch der Patient an profuser Diarrhoe leidet, eine Gabe Calomel verabreichen, die von 50—75 Cgrm., je nach dem Alter und der körperlichen Beschaffenheit des Kranken, variiert. Ist die Temperatur sehr hoch, so wird ein Eisbeutel auf den Kopf gelegt. Die Diät besteht in der abwechselnden Darreichung von Milch und Fleischbrühe und beiläufig 150 Grm. gewöhnlichen rothen Weines täglich. Nachdem die Stuhlentleerungen erfolgt, oder im Falle die Calomelwirkung nach wenigen Stunden sich nicht einstellt, durch ein Klysma Seifenwasser herbeigeführt worden, benützt man die für die Bestreuung der Platten aufgesammelten Excremente dazu, um die bacteriologische Diagnose durch die Differentialgelatinen zu machen. Wenn der Patient sich als seit einigen Tagen krank erweist, so fängt man unmittelbar darauf das Blut (gewöhnlich durch die Durchstechung einer Armvene) zum Zwecke der Serumiagnostik an, die, wenn der Patient weniger als eine Woche krank ist, bis zur Hälfte der zweiten Woche hinausgeschoben wird. Schon am ersten oder zweiten Tage des Spitalaufenthaltes fängt die eigentliche Behandlung an, welche in der Verabreichung von reichlichen Gaben von Ichthoform bis zu 3 Grm. täglich bei Kindern und bis zu 5—6 Grm. täglich bei Erwachsenen besteht. Während der Behandlungsdauer werden die Fäces zum Zwecke der Erneuerung der bacteriologischen Untersuchung wiederholt gesammelt. Außer dem Ichthoform wird nie eine andere Arznei verabreicht, mit Ausnahme der gewöhnlichen Hydrochlor.-Limonade, die man als gewöhnliches Getränk reichlich gibt.

Nur in den letzten Zeitperioden werden, sofern der Stuhl hart verbleibt, noch einige Dosen Calomel oder Magnesia citrica eingegeben. Sobald die Apyrexie seit einigen Tagen eine absolute ist, fängt man an, die tägliche Gabe des Ichthoforms rasch zu verringern und sie bis zu 2 Grm. täglich bei Kindern und zu 4 oder 3 Grm. täglich bei Erwachsenen zu reduciren. Man setzt dann das Mittel ganz aus, sobald außer dem mehrtägigen Ausbleiben des Fiebers, und auch wenn Fieber infolge von Diätfehlern besteht, die Consistenz der Fäces eine absolut harte geworden ist. Dies geschieht bei Anwendung des Ichthoforms viel eher als bei der Verabreichung anderer Mittel; mitunter hat der Patient während der ganzen

Fieberperiode nur noch einige Tage diarrhoische Stühle aufzuweisen.

Ich habe in einer meiner früheren Arbeiten⁴⁴⁾ erwähnt, daß bei der Anwendung des Ichthoforms nicht nur die subjectiven Darmbeschwerden rasch beseitigt, sondern auch die Meteorismuserscheinungen bald zum Schwinden gebracht werden, was — angenommen, daß der Meteorismus, wie die heutigen Forschungen zeigen, weniger der Intensität der Typhuserscheinungen im Darne, als der Schwere der allgemeinen Infection zu verdanken ist — den Beweis für die günstige Wirkung des Mittels auf die Infection liefern würde. Ich muß nun hinzufügen, daß in allen von mir behandelten Fällen — und deren Zahl ist nunmehr eine beträchtliche — jene Zustände tiefen Sopors und Halbdeliriums, die die schweren typhösen Infectionen so sehr kennzeichnen, jene psychischen Erregungen, die oft, aber besonders in der zweiten Woche vorkommen, jene krankhaften Träume und Hallucinationen furchtsamer Natur, die die Kranken vom Bette aufzustehen und oft Fluchtversuche zu machen veranlassen, stets gefehlt haben.

Wenn ich nun diese Thatsachen näher betrachte und sie mit den von den bacteriologischen Versuchen gelieferten Thatsachen vergleiche, kann ich nicht verkennen, daß sie als unzweifelhafte Beweise einer Verminderung der Infectionskraft anzunehmen sind, weshalb, selbst wenn man den Forschungsergebnissen SANARELLI'S⁴⁵⁾ gemäß die gegenwärtigen Begriffe des typhösen Fiebers verwerfen und die neuen, von ihm angegebenen Ansichten acceptiren wollte, die Vortheile der von mir vorgeschlagenen Heilmethode unverändert dieselben bleiben würden.

Bekanntlich beruht der gegenwärtige Begriff des typhösen Fiebers auf der zufällig stattgehabten Einwanderung des Typhusbacillus in den Darm; hier vermehrt er sich und bestimmt an und für sich oder durch seine Toxine die Schädigung des Darmes, wodurch der typhöse Proceß charakterisirt wird. Das Gift wird sonach vom Organismus aufgesogen und stellt die Ursache der allgemeinen krankhaften Erscheinungen dar. Nur von secundärer Wichtigkeit und daher nicht nothwendig wäre — nach den heutigen Begriffen — die Thatsache der Einwirkung des Typhusbacillus auf die inneren Organe, nämlich auf die Milz und Lymphdrüsen, weil dessen natürlicher und hauptsächlichlicher Sitz stets der Darm ist.

Diesen Theorien stellt SANARELLI eine andere⁴⁶⁾ gegenüber, die aber noch zu jung und zu wenig discutirt ist, um endgiltig beurtheilt werden zu können. SANARELLI und mit ihm andere Autoren⁴⁷⁾ meinen, daß die Theorie des Abdominaltyphus nach sorgfältigen und vielfachen Untersuchungen im Folgenden zusammengefaßt werden könne: Der EBERTH'sche Bacillus localisirt sich, unmittelbar nach seinem Eintritte in den menschlichen Organismus, im lymphatischen System und scheidet dort sofort sehr thätige Toxine aus, deren Wirkung einerseits in den nervösen Centren, andererseits in fast electiver Art in allen Schleimhäuten und besonders in jener des Dünndarmes fühlbar wird. Diese von den Toxinen ausgeübte Wirkung ist von der unmittelbaren Anwesenheit der specifischen Mikroben ganz unabhängig und ist genug, um heftige venöse Stauungen, ausgedehnte embryonale Infiltrationen, Hypertrophie der PEYER'schen Plaques, Entzündungsprocesse, Blutungen und Dünndarmgeschwüre und hauptsächlich eine gänzliche Abschuppung des Darmepithels rasch hervorzurufen. In diesem Augenblicke tritt der normale Colibacillus, der schon früher vorhandene Darminsasse, in den Vordergrund. Unter dem Einflusse der Typhustoxine und

⁴⁴⁾ L'Ichthoformio ed il suo impiego nella terapia medica („Bollettino della Poliambulanza di Milano, Fascicolo VI, 1900).

⁴⁵⁾ „Lezione di Igiene“, Bologna 1899.

⁴⁶⁾ BAUMGARTEN'S Jahresbericht, X, 1894, pag. 261.

⁴⁷⁾ WATHELET M. A., Recherches bacteriolog. sur les déjections dans la fièvre typhoïde („Annales de l'Institut Pasteur“, Nr. 4, pag. 252, 1895).

der schweren Veränderungen der Darmschleimhaut wird er äußerst giftig, vermehrt sich außerordentlich stark und wird bald der einzige mikrobische Repräsentant dieses Theiles des Digestionstractes. Sobald der Colibacillus allein und fast als Herr des Schlachtfeldes geblieben, bringt er nicht nur seine Toxine ins Treffen, sondern er kann die entzündete und abgeschuppte und deshalb wehrlos gebliebene Darmschleimhaut überschreiten, verbreitet sich in die benachbarten Organe und verursacht entweder allgemeine Infectionen oder aber mehr minder schwere, secundäre Localerscheinungen, je nachdem der typhöse Organismus mehr oder weniger von den Typhus-toxinen durchsetzt worden ist, welche letztere überdies gegen die vom Colibacillus verursachte Ansteckung vaccinirende Wirkung besitzen würden.

Diese SANARELLI'sche Theorie, die, wenn sie auch rationell ist und sogar von mancher Thatsache, so den raschen Todesfällen an Abdominaltyphus ohne locale Darmerscheinungen unterstützt wird, ist von den Klinikern noch nicht acceptirt worden und beeinträchtigt auch in keiner Weise die von mir ausgeführten therapeutischen Versuche und meine erzielten Resultate.

In den schwereren Formen des Abdominaltyphus, vor allem in jenen, wo eine Neigung zu bronchopulmonalen Erscheinungen deutlich hervortritt, ferner in jenen, wo das Fieber hartnäckig hoch bleibt und Neigung zu Decubitus besteht, habe ich seit einiger Zeit in Verbindung mit der internen Ichthoformtherapie das Ichthyol, d. i. das Ammon. sulfoichthyolic. in Form von Bädern mit recht gutem Erfolge angewandt.

Dieses Heilverfahren anzuwenden, veranlaßte mich vor allem der vorjährige Aufenthalt an Prof. CURSCHMANN's Klinik in Leipzig, da ich in jener mit Recht berühmten Klinik die Kohlensäurebäder bei der Behandlung verschiedener Krankheiten, insonderheit bei jenen des Kreislaufsystems, reichlich anwenden sah, außerdem eine Arbeit Dr. K. DOERING's⁴⁸⁾, in welcher derselbe ausführte, daß die von ihm bei Messung des Blutdruckes erhaltenen Wirkungen für die Ichthyol- und Kohlensäurebäder analog, ja sogar für das erstere Mittel viel bemerkenswerther waren, als für das zweite, da dieselben bei einem kürzeren Aufenthalte des Kranken im Bade erzielt wurden. Die bei der innerlichen Verabreichung des Ichthoforms und der gleichzeitigen Anwendung der Ichthyolbäder bei der Therapie des Abdominaltyphus erzielten Resultate erschienen mir so wichtig, daß ich es für rathsam erachtete, dieselben in einer vorläufigen Mittheilung in der „Deutschen medicin. Wochenschrift“, Nr. 5, 1901, zu veröffentlichen.

Wenn die Temperatur sich hartnäckig hoch zeigte, wenn das Sensorium mehr als gewöhnlich benommen war (ich habe schon erwähnt, daß ich bei der Ichthoformcur niemals einen mit Delirium und Sopor einhergehenden, echt typhösen Zustand zu beobachten hatte) und vor allem, wenn der Zustand des Herz-Lungenkreislaufes so wenig zufriedenstellend war, daß Entzündungsprozesse infolge Stauung zu befürchten waren, oder wenn der Zustand der Hautdecke derart war, daß der Ausbruch einer lästigen und gefährlichen Furunculosis oder eines Decubitus zu gewärtigen war, nahm ich zu den Ichthyolbädern meine Zuflucht.

Die bei den ersten Anwendungen des Mittels erlangten Heilergebnisse waren derart, daß ich gerne stets davon Gebrauch gemacht hätte, allein in unserem allgemeinen Krankenhause ist infolge der großen Anzahl der in den Sälen liegenden Kranken, besonders wenn letztere nicht transportabel sind, die Verabreichung von Bädern eine unbequeme, langwierige Procedur. Ich ließ daher in der Nähe des Krankenbettes eine Wanne mit warmem Wasser (28° R.) herrichten, in welchem eine Dosis von 60 Grm. Ichthyol (Ammon. sulfo-

⁴⁸⁾ DOERING, Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin: „Ueber Blutdruckmessungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer“ („Deutsche Aerzte-Zeitung“, Berlin, 1. August 1900, H. 15).

ichthyolic.) gelöst war. Während man das Bad bereitete, wurde von mir die Temperatur, der Puls, die Respiration, der Blutdruck mittels des Sphygmomanometers von RIVA-ROCCI gemessen und die sphygmographische Curve abgenommen. Sodann wurde der Kranke von einem Wärter gehoben und ihm, wenn das Fieber sehr hoch war, sofort ein Eisbeutel auf den Kopf gelegt. Das Bad wurde ungefähr 15 Minuten lang gebraucht und während des Verweilens des Pat. im Bade das Wasser um 2—4° nach und nach abgekühlt und in beständiger Bewegung gehalten. Den schwersten Kranken wurde vor, während und nach dem Bade eine Dosis von beiläufig 100 Grm. Marsalawein verabreicht. Bei einem längeren Gebrauche dieser Bäder hatte ich nie den geringsten Anstand zu verzeichnen, ebenso wenig geschah es mir, daß die Kranken nach dem ersten Bade gegen das zweite Einwendungen gemacht oder dasselbe gar verweigert hätten. Im Gegentheile, das von ihnen empfundene Gefühl von Wohlbefinden war ein solches, daß sie die Wiederholung des Bades eindringlich verlangten. Ich bemerke in dieser Hinsicht, daß dieses Gefühl von Wohlbefinden mit der relativ hohen Temperatur des Wassers unzweifelhaft verbunden ist; ich habe mich daher während des Bades jeder Messung und Berechnung enthalten, da solche nicht von besonderer Wichtigkeit sind, andererseits aber durch die Abkühlung des Kranken Belästigung und Schaden hätten verursachen können. Als beständige Wirkung des Bades konnte ich außer der vollständigen Ermunterung des vorher etwas benommenen Kranken eine ganz merkliche Besserung seiner Athmung beobachten, was aus der Percussion und Auscultation hervorging. Die Respiration, die bei den mit schweren Formen und hohem Fieber behafteten Kranken schwach, oberflächlich und sehr rapid ist, nahm rasch an Frequenz ab, um an Tiefe zu gewinnen. Man sah den Brustkorb sich mächtig heben, ein deutlicher Beweis, daß alle Lungenpartien in Function traten.

Nach 10—15 Minuten, als die Temperatur des Wassers bis auf 24° R. herabgesetzt worden war, wurde der Kranke aus dem Bade genommen, auf ein provisorisches Bett gelegt, mit warmen Leintüchern abgetrocknet und in wollene Decken eingehüllt. Sodann wurden die Messungen und Berechnungen erneuert, die nach einigen Stunden und in den folgenden Tagen wiederholt wurden.

(Schluß folgt.)

Referate.

AUGUST BIER (Greifswald): Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blute, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken, von neuen Gesichtspunkten aus betrachtet.

Als Erscheinungen nach der Transfusion von Thierblut finden sich schon in der älteren Literatur beschrieben: 1. Athemnoth, welche sich bis zu den höchsten Graden steigern kann, vermehrter Hustenreiz bei Lungenkranken, blutiger Auswurf. 2. Lebhaftes Röthung und Hitze in der Haut, meist des Gesichtes, dann auch des übrigen Körpers. 3. Stets Kreuzschmerzen, zuweilen auch Kopfschmerzen. 4. An Darm und Magen die Zeichen heftig vermehrter Peristaltik. 5. Fieber, welches mit einem heftigen Schüttelfrost einsetzt und beträchtliche Höhe erreichen kann. Verf. faßt die Erscheinungen gleichsam als aseptische Infectionskrankheit auf. Die Infectionserreger sind vor allem die fremden Blutkörperchen. Sie erzeugen Schüttelfrost und Fieber, werden vom menschlichen Blute wie die Bakterien agglutinirt und gelöst, erzeugen dann Albuminurie, Hämoglobinurie und acuten Milztumor. Es ist denkbar, daß manche dieser Eigenschaften zu Heilzwecken angewendet werden kann, vor allem hat man in der Thierbluttransfusion ein Mittel in der Hand, die großartigsten vorübergehenden Hyperämien mit nachfolgender, länger dauernder seröser Durchtränkung in inneren Organen und in der Haut hervorzurufen. Namentlich diese Ueberlegung veranlaßte den Verf. zur Wiederaufnahme der Thierbluttransfusion. „Die

Transfusionen wurden lediglich mit frischem Blut von gesunden Hammeln ausgeführt („Münch. med. Woch.“, 9. April 1901). Die Technik deckt sich im wesentlichen mit der von LANDERER für die intravenösen Zimmtsäureinjectionen angegebenen und ist einfach. Injicirt wird in eine angestaute Vene der Ellenbeuge. Es wurden entweder gleich anfangs 20—25 Ccm. Thierblut eingespritzt oder mit 5 Ccm. angefangen und allmählig gestiegen. Man beobachtete dabei, daß es thatsächlich bis zu einem gewissen Grade gelingt, den Menschen an fremdes Blut zu gewöhnen, bis das eigene Serum hämolytisch wird, ein Umschlag eintritt und man mit den verwendeten Blutmengen ganz beträchtlich herabgehen muß. Behandelt wurden im ganzen 11 Fälle, meist hoffnungslose Kranke mit vorgeschrittener Tuberculose der Lunge, des Kehlkopfes, Darmes, Hodens, Peritoneums, Knochen- und Gelenktuberculose, Lupus etc. Ein Pat. mit Hodentuberculose nahm um 10 Pfund zu, und es zeigte sich Besserung der Blasengeschwüre, ein zweiter Pat. mit schwerer Lungen- und Hodentuberculose zeigte nach 2monatlicher Behandlung, während welcher er 10 Einspritzungen bekommen hatte, eine Gewichtszunahme von 18 Pfund. In einem Falle von chronischer Bauchfelltuberculose mit Ileuserscheinungen wurden letztere schon durch die erste Einspritzung beseitigt. Bei den Lupusfällen wurden merkwürdige Rückbildungsvorgänge beobachtet, indem die Geschwüre sich überhäuteten. Es scheint also die Behandlung thatsächlich in einigen Fällen günstige Erfolge erzielt zu haben. Von Erscheinungen nach der Transfusion wurde beobachtet: Erbreehen (bei den 4 Lupusfällen), fast regelmäßig Hustenreiz, der meist zu trockenem Husten führte, Schmerzen im Nacken, im Kreuz oder in der Wirbelsäule.

Im Vordergrund stand bei allen Fällen die enorme Röthung und häufig Schwellung des Gesichtes. In den meisten Fällen trat Stuhl drang und einige Zeit nach der Einspritzung die Entleerung eines reichlichen geformten Stuhles ein. Hautexantheme, namentlich Urticaria, wurden häufig beobachtet und traten gewöhnlich erst nach mehreren Tagen, beziehungsweise nach mehreren Einspritzungen auf. Sehr auffallend war in den meisten Fällen die mächtige Steigerung des Appetites und der Nahrungsaufnahme, nur die Lupusfälle machten eine Ausnahme. Eine besondere Stellung nimmt das Transfusionsfieber ein, indem die Kranken sowohl während des Schüttelfrostes als auch während der nachfolgenden Temperatursteigerung sich subjectiv wohl befanden. Die Wirkungen der Thierbluttransfusion, welche möglicherweise einen heilenden Einfluß ausüben können, sind folgende: 1. Die Möglichkeit, vorübergehende Hyperämien, auf capillärer Stauung beruhend, und seröse Durchtränkung der verschiedensten Körpertheile, auch der inneren, hervorzurufen. 2. Eine mächtige Anregung des Stoffwechsels und Appetites. 3. Das hohe „aseptische Transfusionsfieber“. 4. Möglicherweise auch die Aenderung der Blutbeschaffenheit, welche die Einspritzungen hervorrufen. Von den verschiedenen Thierblutarten ist das Lammblood für den Menschen am wenigsten giftig, und es ist denkbar, daß das Blut anderer Thierarten noch heftigere Reactionserscheinungen hervorruft und daher ersterem vorzuziehen ist. Verf. hat auch bei inoperablen bösartigen Geschwülsten Versuche mit Thierbluteinspritzungen angestellt und wird seinerzeit über die dabei gemachten bemerkenswerthen Beobachtungen berichten. M. K.

J. W. RUBEK (Helsingfors): Ueber die diffuse Nephritis (Morbus Brightii).

R. erörtert die klinische Gruppierung und die Diagnose der verschiedenen Formen von diffuser Nephritis („Nordiskt Medicinskt Arkiv“, 1901, Bd. 34, H. 1). Seine Hauptgesichtspunkte lauten kurz zusammengefaßt:

Der klinische Begriff „diffuse Nephritis“ oder „BRIGHT'sche Krankheit“ muß sowohl die degenerativen wie die entzündlichen Formen der acuten und chronischen, mit Albuminurie verbundenen, diffusen Nierenerkrankungen, nicht aber die Stauungsniere oder die Altersatrophie und ebensowenig die ohne bleibende Veränderungen der Nieren auftretenden Albuminurien umfassen.

Die Krankheit beruht in allen ihren Formen auf der Einwirkung toxischer Stoffe, die infolge bacterieller Infection oder

abnormen Stoffwechsels im Organismus entstehen oder auch von außen in ihn gelangen. Diese Stoffe rufen vor Allem in den Nieren, wo ihre Ausscheidung zum wesentlichsten Theil erfolgt, aber in bedeutendem Maße auch im Gefäßsystem und im Herzen ausgebreitete Krankheitsprocesse zusammengesetzter, entzündlicher und degenerativer Natur hervor.

Die Eintheilung der Krankheit in verschiedene klinische Gruppen muß ihre ätiologischen, symptomatischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen allseitig berücksichtigen und kann sich nicht ausschließlich auf ein einzelnes von diesen Momenten stützen. Als besondere klinische Formen können aufgestellt werden: 1. Die genuine Schrumpfniere oder Granularatrophie der Nieren. 2. Die amyloide Fettniere oder amyloide Degeneration. 3. Die einfache Fettniere. 4. Die Schwangerschaftsnephritis. 5. Die Infectionsnephritis, d. h. die durch Infectionskrankheiten hervorgerufene Nephritis. 6. Die Nephritis vom Typus der Infectionsnephritis, aber mit andersartiger Aetiologie (Erkältung u. dgl.). 7. Die toxische Nephritis, d. h. die durch von außen her in den Organismus hineingelangte toxische Substanzen verursachte Nephritis. Uebergangs- und namentlich Combinationsformen zwischen diesen Gruppen kommen häufig vor.

Für die Diagnose der Krankheit, sowohl in Bezug auf etwaige Albuminurien nicht-nephritischer Natur, wie in Anbetracht der verschiedenen Formen, in denen die Nephritis selbst auftreten kann, kommen neben der Aetiologie und dem allgemeinen Verlauf der Krankheit, in erster Linie die Symptome seitens des Circulationsapparates sowie die Beschaffenheit der im Harn vorkommenden geformten Bestandtheile in Betracht. Symptome von Gefäßsklerose, von endocarditischen oder muskulären Herzaffectionen sowie das Vorhandensein zellenreicher Exsudateylinder im Harnsediment weisen auf das Bestehen entzündlicher Vorgänge in den Nieren hin. Diese Erscheinungen fehlen daher bei den ganz oder vorwiegend degenerativen Formen, bei denen dagegen hyaline und feinkörnige Cylinder sowie Reste fettig entarteter Epithelzellen häufig im Urin angetroffen werden. BR.

V. CRIEGER (Leipzig): Die Feststellung kleiner Mengen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle von den Leistenringen aus.

Verf. macht auf einen Kunstgriff beim Nachweis mäßiger Mengen von Flüssigkeit in der Bauchhöhle aufmerksam („Berl. klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 19), der ihm gute Dienste geleistet hat. Es ist v. C. aufgefallen, daß der Poliklinik mitunter Frauen aus der Gynäkologischen Poliklinik zugeschiedt wurden, bei denen freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle gelegentlich einer inneren Untersuchung vom DOUGLAS'schen Raume aus festgestellt worden war, während der Nachweis derselben auf dem Wege der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden der Palpation und Percussion nicht recht überzeugend gelang. Dagegen ergab die Nachprüfung durch Touchiren, ganz besonders an der stehenden Frau, die Richtigkeit der Diagnose so überraschend leicht, daß v. C. nunmehr in allen zweifelhaften Fällen, in denen diese Feststellung wichtig war, diese Methode anwandte. Leider versagt dieselbe öfters wegen der besonders im poliklinischen Material so außer ordentlich häufigen krankhaften Veränderungen im untersten Abschnitt des Bauchfells. Nun machte sich das Bedürfnis nach entsprechenden Feststellungen beim Manne geltend. Der Versuch, vom Mastdarm aus die Flüssigkeit zu fühlen, mißlang, wie vorauszu sehen war. Dagegen ließ sich ein zuverlässiges Ergebnis gewinnen, wenn ein Finger in einen Leistenring eingeführt wurde, während die andere Hand durch Beklopfen der Bauchwand Wellen in der Flüssigkeit erregte. Man läßt den Kranken aufrecht vor sich stehen, während man selbst sitzt. Dann nehme man zum Einführen in den rechten Leistenring des Kranken die linke Hand, und umgekehrt, führe die Beere des Zeigefingers möglichst tief in den Leistencaual ein (während der Handrücken immer parallel zur Bauchwand des Kranken bleibt), und stütze schließlich seinen Ellbogen auf sein eigenes Knie, damit sich so der Arm und der Finger von selbst, ohne weiterer Muskelanspannung und Verdrehung zu bedürfen, in der richtigen Lage hält, und man bequem fühlen

kann. Man vermeide sorgfältigst, dem Kranken hiebei durch Druck auf den Samenstrang, Kratzen der Haut, unnötiges Bohren u. dgl. Schmerzen zu erregen, da er sonst seine Bauchdecken contrahirt und die Untersuchung erschwert. Es ist wichtig, nicht von der angegebenen Richtung abzuweichen und den Finger auch so weit wie möglich vorzuschieben. Denn wenn man in den Bauchdecken stecken bleibt, oder die Fingerbeere medial abweicht, fühlt man beim Beklopfen des Bauches aller nicht ganz mageren Personen natürlich immer nur das Schwappen des Unterhautfettgewebes. Es ist nicht nötig, daß man immer eine Strecke weit in den Leisten canal vordringt; bei den Personen, bei welchen dies nicht gelingt, entspricht doch der äußere Leistenring selbst bekanntlich einer wesentlich verdünnten Stelle der Bauchwand, und man wird auch so zum Resultate kommen. Ein Vorzug der Methode ist es, daß das Schwappen meteoristisch aufgetriebener Därme an dem im Leistenringe liegenden Finger ein anderes Gefühl erzeugt, als bewegte Flüssigkeit, während der Unterschied beider Empfindungen durch die Bauchdecken hindurch oft recht unsicher ist. B.

SALFELD (Wiesbaden): Zur Behandlung der Gicht mit Chinasäure.

Die Frage nach der Entstehung und dem Wesen der Gicht ist vielfach unentschieden, doch steht die Beteiligung der Harnsäure an allen gichtischen Processen fest; auch ist sicher nachgewiesen, daß die Tophi aus Harnsäure bestehen, also eine Ablagerung von Harnsäure in den Geweben stattfindet. Die Behandlung der Gicht war bisher eine speculative und ging von zwei Gesichtspunkten aus: 1. Die Lösung der in erhöhtem Maß gebildeten Harnsäure zu betreiben; 2. die Ausscheidung der vermehrten Harnsäure aus dem Körper zu heben oder zu beschleunigen. Hiezu ist in letzter Zeit eine neue Methode der Behandlung getreten, nämlich die Bildung der Harnsäure im Körper aufzuheben oder zu verringern („Münch. med. Woch.“, 16. April 1901). Den ersten zwei Grundsätzen entsprach die Behandlung der Gicht mit Stoffen, deren Harnsäure zerstörende Wirkung im Reagensglase nachgewiesen war. Doch versagte diese Methode im Organismus auch schon im Reagensglase beim Hinzuthun von Harn.

Auffallend ist es, daß bei Vögeln, bei welchen durch Behandlung der Nieren mit Chromsäure die Harnsäureausscheidung aufgehoben war und sich im Körper Harnsäureablagerungen gebildet hatten, festgestellt wurde, daß das Piperazin prompt wirkte, indem es diese Ablagerungen theils auflöste, theils deren Bildung gänzlich verhinderte. Nunmehr scheint es gelungen, ein Mittel ausfindig zu machen, das es ermöglicht, auch bei echter Gicht die sich in vermehrtem Maße bildende Harnsäure zu lösen oder doch so umzuwandeln, daß sie dem Körper unschädlich und ausgeschieden wird. Diesen Bedingungen entspricht die Chinasäure. Ihr allein kommt von allen bis jetzt angegebenen Gichtmitteln eine starke, Harnsäure umwandelnde Wirkung zu. An ihrer Stelle trifft man dann im Harn die Hippursäure an. Es wurde also im Körper ein ähnlicher Zustand erzeugt, wie er bei Pflanzenfressern de facto besteht. In jüngster Zeit wurden Präparate hergestellt, welche Chinasäure enthalten, u. zw. das Sidonal, eine Vereinigung von Chinasäure und Piperazin, und das Uronin, eine Verbindung von Chinasäure und Lithium. Verf. hat mit dem Sidonal praktische Versuche angestellt, nachdem er sich durch Selbstversuche von der Unschädlichkeit einer Dosis von 7 Grm. pro die überzeugt hatte. Das Sidonal wurde den Pat. in Pulvern à 1 Grm., u. zw. 5—6 Grm. pro die verabreicht. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in diesen Fällen niemals beobachtet, in zwei Fällen bedeutende Steigerung des Appetites angegeben. Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen zur Ansicht gelangt, daß das Sidonal bei Gicht eine günstige Wirkung entfaltet und sogar den acuten Gichtanfall coupirt. Für die allgemeine Praxis bietet es noch den Vortheil, daß man einer allzustrengen Diät entrathen kann. Sidonal wird gern genommen, der Geschmack ist ein angenehmer, unangenehme Nebenwirkungen sind nicht zu verzeichnen. Der allgemeinen Anwendung steht nur noch der hohe Preis hindernd im Wege.

M. K.

O. FRANKENBERGER (Prag): Ein Beitrag zur Casuistik der Tabes dorsalis.

Verf. bespricht einen interessanten Fall von Tabes, in dem es sich vorzüglich um eine Affection der sensiblen und motorischen Gehirnnerven handelte, und zwar aus der ersten Gruppe, des Opticus, Trigeminus und Vagus (Paralysen, Hyperästhesien, Neuralgien und Parästhesien), aus der zweiten Gruppe des Oculomotorius und Abduceus der rechten Seite, Trigeminus, Vagus, respective Accessorius; dann zeitweise sich einstellende Parese des linken Oculomotorius, Incontinentia urinae, hyperkinetische Störungen, Hustenanfälle ohne objectiven Befund, Erstickungsanfälle, sogenannte Larynxkrisen, endlich Magenschmerzen und Erbrechen, gastrische Krisen. Dagegen fehlten Ataxie und das ROMBERG'sche Symptom. Die Patellarreflexe waren erloschen. Es handelte sich also um einen Fall von Tabes, in welchem die Störungen hauptsächlich in den oberen cervicalen, bulbären und Gehirnnerven sich kundgaben, — um Tabes superior, wo die Spinalsymptome, namentlich die Ataxie, entweder gänzlich fehlen, oder durch längere Zeit kaum angedeutet sind.

Die Pat. war 11 Monate auf der Klinik und hatte in der Zeit 31 Larynxkrisen und etwa 6 gastrische Krisen. Die Papillentrophie wurde gleich am Anfange constatirt. Das rechte Stimmband war gelähmt, unbeweglich, in Cadaverstellung, sein Rand ausgehöhlt.

Es kann also, meint Verf. („Z. II. lek. klin.“: „Klin. práce a edeloni“, H. 1), die Lähmung des Stimmbandes das erste Symptom der Tabes sein (sowie die Paralyse des rechten Stimmbandes das erste Symptom eines Aneurysma aortae), wogegen vorausgesetzt werden kann, daß Lähmungen des N. recurrens öfters bei Tabes vorkommen, als allgemein angenommen wird, da die Paralyse des Posticus, um die es sich eben gewöhnlich handelt, ohne offenbare Symptome verläuft und daher häufig übersehen wird. STOCK.

KROMPECHER (Budapest): Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de LANDERER et sur la virulence des bacillus tuberculeux.

Die Untersuchungen des Verf. („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 723) zeigen, daß die präventive Behandlung mit Zimmtsäure den Versuchsthiere nicht nur keine Immunität gegen die Tuberculose verleiht, sondern auch nicht im geringsten den Verlauf der Erkrankung bei den Thieren verlangsamt. Bei therapeutischer Anwendung der Zimmtsäure bei tuberculösen Thieren war weder makroskopisch noch mikroskopisch irgend welche Heilungstendenz nachweisbar. Weitere Untersuchungen bezogen sich auf die Wirkung lebender und durch Hitze abgetödteter, menschlicher Tuberkelbacillen verschiedener Virulenz und der Tuberkelbacillen der Fische, auf das Verhalten von Versuchsthiere, die mit diesen (lebenden oder abgetödteten) Bacillen geimpft wurden, gegenüber dem Tuberkulin und auf die Wirkungsweise des Tuberculins, das aus diesen verschiedenen Arten von Bacillen hergestellt wurde. Da diese Fragen des allgemeinen Interesses entbehren, soll auf sie nicht weiter eingegangen werden. Dr. S.

OSSIPOFF: Influence de l'intoxication botulinique sur le système nerveux central.

Als Erreger des Botulismus wurde bekanntlich von VAN ERMENGEN ein Bacillus entdeckt, dessen Toxine die Ursache der Krankheitserscheinungen sind. O. untersuchte nun („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 769) den Einfluß dieser Toxine auf das Centralnervensystem; analoge Untersuchungen wurden schon früher von MARINESCO, sowie von KEMPNER und POLLACK ausgeführt. Verf. fand nun, daß das Botulismustoxin bei Meerschweinchen, Katzen und Affen die charakteristischen Krankheitssymptome hervorruft. Es erzeugt tiefgehende Veränderungen an den Gefäßen und Zellen des Centralnervensystems, auch spielt die Phagocytose hiebei eine wichtige Rolle. Es finden sich aber keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür, daß die durch das Botulismustoxin erzeugten Veränderungen in den

Ganglienzellen specifisch und verschieden wären von jenen Veränderungen, wie sie durch andere Toxine, z. B. das Diphtherie- oder Tetanustoxin, erzeugt werden. Es ist jedoch möglich, daß die Veränderungen bei dem Botulismus intensiver und ausgedehnter sind.

Dr. S.

WENDEL (Marburg): Charakterveränderungen als Symptome und Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns.

Im Anschlusse an Verletzungen des Stirnhirns wurden oft gewisse bleibende psychische Störungen, welche sich in einer Veränderung des Charakters und des äußeren Benehmens documentirten, beobachtet. In 2 Fällen, die W. aus der Klinik KÜSTER mittheilt („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 4 und 5), waren diese Störungen vorübergehend. Im ersten Falle handelte es sich um ein 12jähriges Mädchen, das eine complicirte Schädelfractur mit Depression und Druck auf das Stirnhirn zeigte. Nachdem Pat. 10 Tage bewußtlos war, erwachte sie zur Besinnung, zeigte aber ein sehr verändertes Wesen. Sie schreit viel, ist eigensinnig, unartig, geräth, wenn ihr etwas nicht nach Wunsch geschieht, in Tobsucht, während sie früher ein sehr bescheidenes und artiges Mädchen war. Allmählig verschwanden diese Erscheinungen und die Pat. blieb dauernd geheilt.

Der 2. Fall betraf eine 24jährige Pat., welche vom Wagen stürzte und im Anschluß daran bewußtlos wurde. Es bestand eine Compressio cerebri, und zwar des Stirnlappens durch einen mächtigen Blutkuchen. Nach Unterbindung der Art. mening. und Ausräumung des Blutkuchens schwanden die Hirndruckerscheinungen allmählig, gleichzeitig machte sich ein eigenartiges Benehmen bemerkbar; Pat. zeigte ein ungeberdiges, trotziges gewalthätiges Wesen, sie schimpfte auf Aerzte und Pflegerinnen mit gemeinen Ausdrücken, andererseits zeigte sie einen großen Hang zum Spotten und Witzeln. Dieser Zustand dauerte 18 Tage und verschwand allmählig, so daß Pat. nach 5 Wochen geheilt entlassen wurde.

Da es sich in beiden Fällen um Verletzung des rechtseitigen Stirnhirns handelte, während in einem Fall von Verletzung des linksseitigen Stirnhirns, der auf der Klinik beobachtet wurde, diese Charakterveränderung nicht bemerkt wurde, glaubt Verf., daß der Rechtseitigkeit der Affection eine gewisse Bedeutung zuzuschreiben sei.

ERDHEIM.

MICHAJLOW: Ein Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür.

Die Stillung profuser Magenblutungen auf operativem Wege gelingt wegen der versteckten Lage des blutenden Gefäßes nur sehr selten. Verf. theilt einen Fall mit („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 4 u. 5), bei dem wegen der günstigen Lage des Geschwüres die Blutung durch Excision des ganzen Geschwüres zum Stillstand gebracht werden konnte. Es handelte sich um eine 48jährige Frau, die jahrelang Ulcusbeschwerden hatte und sich wegen heftiger Schmerzen zwei Theegläser als Schröpfköpfe auf die Nabelgegend setzen ließ. Im Anschlusse daran bekam Pat. einigemal heftiges Bluterbrechen und mehrere Ohnmachtsanfälle. Da es den Anschein hatte, daß eine weitere Blutung der Pat. tödtbringend sein könnte, wurde zur Operation geschritten. An der hinteren Fläche des Magens an der Grenze zwischen pylorischem und mittlerem Theil wurde ein Geschwür gefunden, an dessen Grunde das offene Lumen eines Arterienastes zu sehen war. Excision des Geschwüres und Naht. Vollständige Heilung.

ERDHEIM.

FRANKE (Braunschweig): Das Benzin in der Chirurgie.

Zur chirurgischen Reinigung der mit Oel und Theer beschmutzten Hände der Arbeiter, sowie zum Entfernen von Salben und Pflastern empfiehlt Verf. („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 11) an Stelle des bis jetzt ausschließlich in Verwendung gestandenen Aethers das viel billigere Benzin. Dasselbe hat den Vortheil, daß es

auch bei zarter Haut, dann auf Wunden und Hautabschürfungen keinen Schmerz, höchstens leichtes Brennen verursacht.

ERDHEIM.

REINHARD (Kaiserswerth): Ein Beitrag zur Aethernarkose.

Um die unangenehmste Nebenerscheinung der Aethernarkose, nämlich die starke Absonderung von Speichel und Schleim zu verhindern und auf diese Weise die Gefahr der consecutiven Pneumonie zu verringern, hat R. mit gutem Erfolge das Atropin benützt. Verf. empfiehlt („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 11) von einer Lösung

Rp. Atropin. sulf.	0 01
Morph. muriat.	0 2
Aqu. destill.	10 0
S. zur Injection.	

je nach den Verhältnissen $\frac{1}{2}$ —1 PRAVAY'sche Spritze $\frac{3}{4}$ —1 Stunde vor der Einleitung der Narkose einzuspritzen.

Die einzigen Nebenerscheinungen, die dabei beobachtet wurden, waren Trockenheit und Kratzen im Halse. Als weiterer Vortheil wäre noch zu erwähnen, daß Atropin die Herzschwäche und die Schwäche des Athemcentrums in der Medulla oblongata zu beheben imstande ist.

ERDHEIM.

HAGEN-TORN: Beitrag zur Frage des Ureterkatheterismus.

Verf. berichtet („Wratsch“, 1901, Nr. 2) auf Grund seiner in der Klinik von Prof. GUYON zu Paris gemachten Studien, daß der Ureterkatheterismus bei Erkrankungen der Harnwege von großer diagnostischer Bedeutung ist. Er bemerkt, daß der Ureterkatheterismus in der GUYON'schen Klinik in weitem Maßstabe geübt wird, sowohl bei stationären als auch bei ambulatorischen Kranken. H. will Klagen von Seiten der Patienten über Verschlimmerung ihres Zustandes nach dem Katheterismus niemals gehört haben. ALBARRAN und seine Assistenten finden den Ureter ziemlich schnell, in 2—3 Minuten. Nur in äußerst seltenen Fällen mißlang die Manipulation.

L—y.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. Adam Politzer. Vierte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit 346 Abbildungen. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

POLITZER'S Lehrbuch der Ohrenheilkunde liegt in gänzlich neu bearbeiteter Form vor uns. Schon in den früheren Auflagen gehörte es zu den beliebtesten und verbreitetsten Lehrbüchern nicht nur des Specialfaches, sondern der medicinischen Literatur überhaupt. Es ist daher kein Wunder, daß man allseits mit größter Spannung dem Erscheinen der neuen Auflage entgegen sah. Es hat dieselbe die daran geknüpften Erwartungen nicht nur erfüllt, sondern sie noch weit übertroffen.

Seitdem die erste Auflage dieses Buches erschien, hat sich der Inhalt der otiatrischen Disciplin wesentlich geändert und erweitert — um wie viel, zeigt am besten ein Vergleich der gegenwärtigen mit der ersten Auflage. Für jede Periode im Fortschritte der Ohrenheilkunde hatte die jeweilige Auflage des POLITZER'schen Lehrbuches die Bedeutung eines Standard work. So gut es immer den ganzen Inhalt des Faches erschöpfend darstellte, ebenso brachte es auch stets diejenigen Fragen zur ausführlichen Erörterung, welche jeweilig im Vordergrund des Interesses standen.

Die diesmalige Ausgabe insbesondere steht unter dem Zeichen der Otochirurgie. Diese hat im abgelaufenen Decennium den Hauptinhalt der otiatrischen Arbeit ausgemacht, ihr gehören auch die am gründlichsten umgearbeiteten Capitel des neuen Buches an. Was hier über die Pathologie und Klinik der eiterigen Erkrankungen des Schläfebeins, über die Indicationsstellung und die eigentliche Operationslehre gesagt wird, kann nicht nur als ein

Muster lichtvoller Darstellung des so ausgedehnten Materiales gelten, sondern es wird hier auch eine bis ins Detail gehende systematische Zusammenstellung sämtlicher Errungenschaften auf diesem Gebiete gegeben.

Daß in einem solchen Zusammenhange der Autor oft genug Gelegenheit hat, sich selbst zu citiren, und gerade bei den wichtigsten Punkten es dem Leser klar wird, wie bedeutungsvoll die eigenen Anschauungen des Autors für die allgemeine Auffassung der betreffenden Capitel sind, ist selbstverständlich. Außerordentlich gelungene Originalillustrationen begleiten den Text, speciell die Operationslehre in einer Vollständigkeit und Klarheit, wie sie bis jetzt selbst in Monographien nicht zu finden war.

Neben der Otochirurgie haben jedoch auch alle anderen Capitel der Ohrenheilkunde eine gründliche Durcharbeitung erfahren. Insbesondere ist hier auf die Abschnitte „Hörprüfung“, „Otosklerose“, „Katarthalische Adhäsivprocessse“, „Intracranielle Erkrankungen“, „Neurosen“, „Taubstummheit“ hinzuweisen, sowie auf den ganz neuen Abschnitt „Otitis media der Säuglinge und im Kindesalter“.

Ein wesentlicher Vorzug des Buches ist darin gelegen, daß überall das klinische Material auf ausführliche anatomische, physiologische und pathologische Darlegungen bezogen wird, und demnach nicht nur dem Leser eine Ergänzung der von ihm selbst gewonnenen Erfahrungen am Kranken geboten wird, sondern daß er auch das volle Verständniß für die Bedeutung der Krankheitsbilder mit Rücksicht auf allgemeine Gesichtspunkte gewinnt. Gerade in diesem gegenseitigen Durchdringen von Klinik und theoretischer Auseinandersetzung scheint dem Referenten der Umstand begründet zu sein, daß das POLITZER'sche Lehrbuch jenes Interesse erweckt, das nur wirklich individuell gefärbten Büchern entgegengebracht wird.

Die Darstellung der großen Fülle neuen Stoffes läßt überall die eminente klinische Erfahrung, die scharfe Kritik und das Lehrtalent des Autors durchblicken. So ist dies neue Buch weit entfernt davon, eine Compilation literarischen Materiales zu sein wie viele andere; es zeigt uns vielmehr das ganze Wissensgebiet der modernen Ohrenheilkunde, durchdrungen und beherrscht von der autoritären Auffassung des Verfassers, in einheitlicher Weise vorgetragen. Schon deshalb wird es nicht nur dem Studirenden und dem praktischen Arzte die beste Anleitung beim Studium des Faches bieten, sondern auch dem in der Praxis Stehenden als verlässliches Nachschlagewerk zur Ergänzung seiner Kenntnisse werthvoll werden. Mit allergrößtem Interesse werden aber die

Fachgenossen das Neue, das ihnen in dem Buche geboten wird, aufnehmen und selbst bei bekannteren Themen mit wabrem Vergnügen der interessanten Darstellung des Autors folgen.

Es ist kein Zweifel, daß diese neue Auflage des POLITZER'schen Buches einen Markstein in der otiatrischen Literatur bedeutet. Die Ausstattung des Buches ist tadellos. FREY.

Leçons de physiologie expérimentale. Par Raphaël Du-bois, Professeur à l'université de Lyon. Avec la collaboration de EDMOND COUVREUR, chef de travaux pratiques de physiologie à la faculté des sciences. Paris 1900, Georges Carré et C. Haud.

Ein ganz vorzügliches Buch, welches seinem Plane nach vorzugsweise bestimmt ist, den französischen Studenten, welche sich um das Certificat d'études supérieures de physiologie bewerben, als Leitfaden bei den praktischen Uebungen zu dienen, und ihnen die Mühe ersparen soll, während der Demonstrationen schriftliche Aufzeichnungen zu machen. Dieser Absicht entsprechend ist die Darstellung klar, präzise und nur soweit ins Detail gehend, als es zum Verständnisse des jeweiligen Versuchs nothwendig ist; überall ist sie durch gut gewählte und gut ausgeführte Abbildungen unterstützt, welche, mehr als dreihundert an Zahl, einerseits die wichtigsten Instrumente und ihre Anordnung vorführen, andererseits in übersichtlichen anatomischen Bildern die topographischen Verhältnisse der bezüglichen Regionen klarlegen. Das Buch wird auch in deutschen Landen bei experimentellen Arbeiten gute Dienste leisten. Fe.

Oesterreichischer Hebammen-Kalender pro 1901. Von Dr. Emil Ekstein. VII. Jahrgang. Mit 16 Abbildungen. Wien 1901, Perles.

Wie seine Vorgänger repräsentirt sich auch der diesjährige Kalender als ein in Bezug auf Inhalt und Form gleich ausgezeichnetes Taschenbuch für Hebammen, für dessen Verbreitung alle Aerzte eintreten müssen, denen die Hebung des Hebammenstandes und die Heranbildung wirklich brauchbarer Hilfskräfte am Herzen liegt. Wie nothwendig die Wiederholung der Schulregeln für unsere Hebammen ist, beweisen ja die in Deutschland eingeführten Wiederholungskurse. Einen theilweisen Ersatz für dieselben wird die Lectüre des Kalenders bieten, der die Hebamme stets begleiten soll und ihr in den 100 Geburtstabellen zugleich eine ausführliche Protokollführung gestattet. FISCHER.

Feuilleton.

Streiflichter aus dem ärztlichen Standesleben.

Von Dr. Maximilian Stransky in Wien.

X.

In ernster Zeit.

Tiefgreifend ist der wirthschaftliche Niedergang in allen Verhältnissen des politischen und gesellschaftlichen Lebens. Allbekannt sind die Ursachen desselben in unserem Stande. Ueberfüllung durch die Angehörigen desselben, Organisation ganzer Gesellschaftsclassen gegen unseren Stand, die unglückselige Krankencassengesetzgebung und — last but not least — unsere mangelhafte Organisation und das geringe Verständniß des Einzelnen für die Bestrebungen der Gesamtheit.

Regierung und Volksvertretung — die uns immer passiv oder gefügig fand — lieh uns bisher herzlich wenig Gehör. Die politische Atmosphäre ist gewitterschwanger, die Regierungsmänner sind so genügsam geworden, daß sie ihrem Schöpfer danken, wenn eine Parlamentssitzung ohne Tumult abgeht. Das Parlament beschließt nicht, wie einst, Gesetze zum Wohle der Gesamtheit; nein! jede Partei bekommt ihr „Gesetz“ als Concession und Belohnung für gute Sitten, und es wird als höchste Staatskunst angesehen, einer Partei eine Concession zu verschaffen, ohne die andere zu reizen und zum Widerstande zu zwingen.

Daß dem Schosse eines solchen Parlamentes kein Initiativantrag entsproßen kann, der unseren Wünschen nahkömmt, ist klar. Wir Aerzte sind wie viele andere schwach organisierte Stände der Stoßball zwischen den Parteien, ein Stand, der wohl bald aufgerieben sein wird, wenn er sich nicht energisch zur Wehr setzt und nicht durch eine großangelegte Action seinen Wünschen Nachdruck zu geben vermag.

Wir Aerzte sind keine politische Körperschaft, sondern nur eine — leider noch nicht vollkommen — organisierte Vereinigung, die in den Ärztekammern ihre Vertretung findet. Freunde hat der Stand gar keine. Trotz alles lobenswerthen Einsetzens der Sanitätsreferenten bei den Landesbehörden und insbesondere im Ministerium des Innern ist unser Geschick in die Hände theils indifferenter, theils übelwollender Juristen gelegt, denen jegliches Verständniß für unsere Bestrebungen fehlt; die Bevölkerung andererseits sympathisirt mit den Curpfuschern und begrüßt jede Gelegenheit mit Vergnügen, dem mißliebigen gelehrten Stande etwas am Zeuge zu flicken.

Wenngleich die Zustände sich in den letzten Jahren schon etwas gebessert haben, werden trotzdem Ukase edirt, die bei uns Entrüstung hervorrufen müssen, da sie unsere Leistungen niedriger taxiren als jene der Handwerker — vide den neuen gerichtsarztlichen Tarif —; die einschneidendsten, unseren Stand betreffenden Verfügungen — vide Erlaß der Statthalterei für Böhmen — werden getroffen, um auf den Zügen irgend eines obsuren Genossenschaftsvorstehers ein Lächeln der Zufriedenheit hervorzurufen.

Es sei daher immer und immer wieder gesagt: „Unsere Hilfe liegt nur in uns selbst.“ Seit Jahren verfechten wir daher in diesen

Blättern die Idee der Einigkeit, den Gedanken der Organisation, der festen und unlöslichen wirthschaftlichen Vereinigung, die den Gegnern und Feinden gegenüber als eine eiserne, nicht zu besiegende Phalanx dastehen muß.

In Wien haben diese Bestrebungen in der That einen Erfolg gehabt. Die Gründung des „Verbandes der Aerzte Wiens“, dessen Thätigkeit anfänglich eine vielversprechende war, die glatte, auf der Basis eines Compromisses zustande gekommene Wahl der Aerztekammer und die Vereitelung der Besetzung der cassenärztlichen Stellen bei den Meistercassen sind ein beredter Beweis hiefür.

Nun waren die Wege geebnet und, begleitet mit einem „Glückauf zu frischer, emsiger Arbeit“, konnte die neue Kammer ihre Thätigkeit beginnen. Groß war die Arbeitslast, die ihrer harrete, denn es waren über ein Jahr lang nur die laufenden Geschäfte besorgt worden; alles Wichtigere und die gesammten Ehrenrathangelegenheiten blieben der neuen Kammer, respective dem Vorstande vorbehalten, der eine monatelange, fast unausgesetzte Thätigkeit entfalten mußte, um die alten Reste aufzuarbeiten.

Die materiellen Verhältnisse der Aerzte waren unterdessen nicht besser geworden, konnten es auch in der kurzen Zeit nicht geworden sein; im Gegentheil, es entstanden stets von neuem Hilfscassen; die Zahl der Aerzte vermehrte sich und damit die Noth, ja sogar das Elend vieler. Ethik und Moral sind fast disparate Begriffe, und so verminderte sich leider die Zahl der gegen die Standesordnung Fehlenden nicht, und fast hat es nach den Vorgängen innerhalb der Kammer den Anschein, als ob die imponirende Harmonie, die sich noch zu Beginn der Kammerthätigkeit in so monumentaler Weise bei der allgemeinen Aerztersammlung documentirte, etwas gelockert wäre. Die Periode des Mißtrauens, des Mangels an collegialem Wohlwollen, der persönlichen Eifersüchteleien, die minder intelligente Corporationen als Kinderkrankheit längst abgestreift haben, scheint in der Aerzteschaft jetzt leider aufzutauhen. Die Aerztekammer, die Vertretung derselben, muß naturgemäß, da sie ja im Vertrauen und in der Mitarbeit sämtlicher Collegen nur die Gewähr für ein gedeihliches Wirken erblickt, in ihrer Thätigkeit und auch Arbeitsfreudigkeit gehemmt werden, wenn die opferwillig arbeitenden Männer jede ihrer Handlungen mißdeutet sehen und kleinliche Anlässe zu großen Affären aufgebauscht werden und als cause célèbre sogar in politische Blätter hinausgetragen werden, um dem staunenden p. t. Publico zu dessen Freude den Anfang vom Ende der eigentlich nie recht geglaubten Solidarität der Aerzte zu verkündigen. Sapienti sat!

Niemals hat ehrliche Arbeit unverdient eine ungerechtere Beurtheilung erfahren. Die Wiener Kammer hat es verstanden, sich zu einem Factor, mit dem man rechnen muß, emporzuarbeiten. Unterstützt wird sie durch die Thätigkeit des früheren Regierungsvertreters und des Landessanitätsreferenten, deren Thätigkeit für die Interessen der Aerzteschaft offen und freudig anerkannt werden sollen. Die Eingaben der Kammer werden mit erstaunlicher Schnelligkeit und durchwegs günstig erledigt, die Kammer hat auf ihren Wunsch nunmehr einen ständigen Delegirten im Landessanitätsrath, die Kammer wird — wie nie zuvor — in allen die Aerzte betreffenden Angelegenheiten, ja in Personalien, um ihr Gutachten angegangen, die Recurse in Ehrenrathangelegenheiten ausnahmslos zu Gunsten des Ehrenraths erledigt. Kurz, es ist ein ersprießliches Zusammenarbeiten der n.-ö. Statthaltereie mit der Kammer mit Vergnügen zu constatiren, wozu früher leider nie ein Anlaß war.

Nunmehr kommen wir zu dem wichtigsten Factor.

Immer und immer hört man die Klagen der Aerzte, daß die wichtigsten Gesetze ohne die Mitwirkung der Aerzte geschaffen werden. Das Krankencassengesetz und das Meistercassengesetz kam ohne und gegen die Aerzte zustande. Gegenwärtig wird von der Regierung eine neue Vorlage über die Aenderung der gesammten Krankencassengesetzgebung in Gemeinschaft mit den Vertretern der Aerzte ausgearbeitet. Die Ergebnisse der vor 2 Jahren abgehaltenen Krankencassenenquôte werden wohl berücksichtigt werden. Außerdem sind die Präsidien der Aerztekammern für Wien, Böhmen und Mähren von sämtlichen Kammern beauftragt worden, sowohl den Regierungsorganen als den Mitgliedern des socialpolitischen Ausschusses im Parlamente alle nöthigen Be-

hilfe an die Hand zu geben, um die Regierungsorgane und die Volksvertreter über unsere Forderungen zu orientiren.

Die Regierungsvorlage ist in großen Zügen vollendet; in dieselbe sind jedoch nach Befragung der Präsidien der genannten Kammern, respective des Wiener Kammerpräsidenten, die seit Jahren geäußerten Postulate der Aerzte aufgenommen worden. Ein ausführliches Memorandum wurde in Gemeinschaft mit einer Petition beiden Häusern des Reichsrathes übergeben, und zwar im Abgeordnetenhaus von Dr. BAERNREITHER, im Herrenhause von Hofrath Dr. LUDWIG.

Wir stehen nun in ernster Zeit! Im Herbst des heurigen Jahres wird diese Vorlage vor das Parlament kommen. Die Wünsche der Aerzte sind in dem Memorandum — auf das wir noch zurückkommen werden — zusammengefaßt und begegnen in den Kreisen der Regierung einer freundlichen Aufnahme.

Doch bis zur Annahme im Parlamente ist noch ein großer Schritt.

Bei allem Wohlwollen der Regierung glauben wir, daß uns ohne ernsten Kampf kein Sieg winkt. Im Parlamente wird jede Vorlage, die den Krankencassen nur die geringsten Opfer zu Gunsten der Aerzte auferlegt, sofort bei einer großen Zahl von politischen Parteien einmüthigen Widerstand finden.

Es heißt also, alle Kräfte anzuspannen, denn das Schicksal der praktischen Aerzte hängt von einer gedeihlichen Aenderung des Krankencassengesetzes ab. Sollte diese nicht die Gewährung unserer Wünsche bringen, so ist der Stand vernichtet und proletarisirt.

Alle Mann deshalb zur Arbeit! Der „Verband der Aerzte Wiens“ möge nunmehr in Action treten! Statt Kritik an irrelevanten Beschlüssen der Aerztekammer zu üben, möge diese Körperschaft den Zweck emsig verfolgen, zu welchem sie eigentlich gegründet wurde; es möge eifrig organisirt werden, es mögen alle Aerzte den Vereinen zugeführt und für unsere Bestrebungen begeistert werden. Der Verband möge über die Mittel und Wege berathen, die uns zu Gebote stehen, und die man mit Erfolg anwenden kann, um im Falle der Annahme eines für uns ungünstigen Gesetzes unseren Wünschen Nachdruck zu verleihen. Denn dem Untergange des Standes lassen wir uns nicht zutreiben, ohne ganz gründliche Repressalien vorher versucht zu haben.

Durch Einigkeit in geharnischter Abwehr werden die Aerzte endlich soweit getrieben werden, daß man über ihre Wünsche nicht zur Tagesordnung übergehen darf. Die Aerztestrikes von Krakau, Nürnberg, Düsseldorf und in Sachsen haben bewiesen, daß energisches Vorgehen zum Ziele führt.

Solche eventuell sich ergebende Maßregeln vorzubereiten, muß Aufgabe des „Verbandes“ sein; die Kammer darf eine solche Thätigkeit nicht unternehmen, ohne daß sie in Gefahr käme, aufgelöst zu werden.

Und dies oder eine freiwillige Thätigkeitseinstellung wäre eine große Unklugheit. Die Regierung würde einigen Sanitätsconzipisten oder Bezirksärzten auf unsere Kosten ganz artige Adjuta verschaffen, und wir Aerzte hätten das Nachsehen.

Die Advocaten dürfen, wie in diesen Blättern wiederholt betont wurde, uns nicht als Beispiel gelten, denn dieser Stand hatte als Rückhalt über 70 Abgeordnete, Advocaten im Parlamente, die ohne Unterschied der Parteistellung einig daran gingen, ihrem Stande zu helfen. Die 5 Aerzte im Abgeordnetenhaus sind wohl zu schwach, um gegen die Uebermacht der Anderen etwas zu Gunsten ihres Standes auszurichten.

Angesichts der Gefahr, die eine ungünstige Aenderung des Krankencassengesetzes für die Existenz unseres Standes mit sich bringt, möge der nochmalige Ruf nach Einigkeit nicht verhallen. Der voraussichtliche Kampf wird und muß uns ralliirt finden. Durch wohlwollende Mithilfe, durch Ausscheidung des Trennenden und Hervorsuchen des Einigenden wird die Aerzteschaft in der Aerztekammer und im Verbande einen Sammelpunkt finden des Schutzes und der Abwehr, aber eventuell auch der Offensive.

Dann wird vielleicht wieder die Zeit kommen, in der die Aerzte ihren schönen, trotz aller Widerwärtigkeiten so geliebten

Beruf wieder mit Lust und Liebe werden ausüben können, werden Tage kommen, in denen das Ansehen dieses einst so hochgeehrten Standes wieder seine Höhe erreichen wird, Tage, in denen der Spruch der Dichter wieder Geltung haben wird, die schon vor Jahrtausenden vom Arzte sagten: „*ἰατρός πολλῶν ἀντάξιός ἄλλων*“ und seine Kunst dadurch zu einer „erhabenen“ emporhoben, indem sie sagten: „*ἰατρική τεχνέων μὲν πασέων ἐστὶν ἐπιφανεστάτη*“.

Der VII. Congreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

Breslau, Anfangs Juni.

Während der Pfingstwoche, begünstigt von herrlichem Wetter, das zum Aufenthalte in Wald und Flur einlud und nicht zu gedrängtem Beisammensein in schwülen Stuben und Hörsälen, haben sich diesmal innerhalb der Mauern unserer Stadt die deutschen Dermatologen zusammengefunden. Was ihnen an geselliger Unterhaltung geboten ward, es ist nicht viel gewesen, doch geistigen Genuß haben sie in reichstem Maße gehabt, denn was es auf dermatologischem Gebiete an Neuheiten zu sehen und zu hören, zu demonstrieren und zu lehren gibt, hier wurde es gleichsam auf dem Präsentirteller aufgetischt. Das Arrangement war nicht minder glücklich als die Wahl Breslaus, des dermatologischen Vorortes von Deutschland. Es heißt, daß diese Wahl ein Zeichen des Vertrauens für den Vorsitzenden NEISSER gewesen ist, der bekanntlich noch vor kurzem wegen seiner Impfversuche eine große Reihe von Angriffen, Vorwürfen und Schmähungen, natürlich von unberufener Seite, über sich hatte ergehen lassen müssen.

Der Congreß stand unter dem Zeichen der Demonstrationen. Es war sicherlich ein guter Gedanke, die Referate — so wie auf den beiden letzten internationalen Congressen in Paris und London — in gedruckter Form gleich anfangs vertheilen zu lassen. Dadurch blieb fast die ganze Dauer der Verhandlungen für die Discussion und die Demonstrationen erhalten. Wenn sich die Vorträge kurz fassen, wenn Discussionen und Demonstrationen den wesentlichen Theil eines Congresses ausmachen, dann sind die größten Schäden beseitigt, welche allen derartigen Versammlungen anzuhaften pflegen, und der große Erzfeind aller Congresses, die Langeweile, ist kalt gestellt und ohnmächtig geworden. Eine Demonstration hat immer etwas Anregendes an sich, eine Discussion ist, zumal wenn sie der Vorsitzende gut zu leiten versteht, immer gewissermaßen ein dramatischer Vorgang, der die Aufmerksamkeit mehr zu fesseln vermag als die eintönige epische Darstellung, vulgo Vortrag. Diese Erfahrung kommt in allen gelehrten Vereinigungen und auf allen Congressen immer wieder zum Ausdrucke. Man könnte daher vielen bereits ein wenig überlebten Versammlungen dadurch auf die Beine helfen, daß man Demonstrationen und Discussionen in den Vordergrund rückt und Vorträge, die sich oftmals besser lesen als hören lassen, erst in zweite Linie stellt.

Der erste Ref. BLASCHKO illustrierte seinen Bericht „Ueber die Beziehungen zwischen Hautnervenvertheilung und Hauterkrankungen“ durch zahlreiche wunderschöne anatomische Tafeln. Die Schlußfolgerungen aus seinem Referate lauten: Herpes zoster ist stets verursacht durch die Erkrankung eines Spinalganglion. In der Regel ist nur ein Ganglion erkrankt. Das Uebergreifen des Zoster auf benachbarte Spinalnervenbezirke kann durch Erkrankung mehrerer Ganglien, durch communicirende Fasern von Spinalnerven und auch transsegmental zustande kommen. Die linearen Naevi verfolgen an der Hautoberfläche ein regelmäßiges Liniensystem, das mit demjenigen übereinzustimmen scheint, welches die Cutispapillen einhalten. Die linearen Naevi sind Folgen von Entwicklungsstörungen; ihre Vorliebe für gewisse Linien, z. B. an den Extremitäten, erklärt sich daraus, daß in der ersten Embryonalperiode an diesen Linien besonders starke Verschiebungen der einzelnen Hautterritorien stattgefunden haben. Sind diese Hautaffectionen strich- oder bandförmig angeordnet, dann ist die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit nervösen Störungen nicht

zu leugnen, doch auch die Prädisposition gewisser Hautlinien für Dermatosen in Betracht zu ziehen. Hautaffectionen mit der Begrenzung eines peripheren oder spinalen Nervenbezirks erwecken den Verdacht einer peripheren, radiculären oder spinalen Erkrankung, insbesondere dann, wenn neben den Hautveränderungen Sensibilitätsstörungen und andere einschlägige nervöse Affectionen in Erscheinung treten.

Als zweiter Ref. fungirte E. SCHIFF. Er sprach „Ueber die therapeutische Anwendung der Roentgenstrahlen“ und verfocht vor allem die Behandlung des Lupus vulgaris mit Roentgenstrahlen. Die Resultate — sagte er — sind bei vorsichtiger Dosirung überaus gute; in nicht geübten Händen allerdings ist die Methode gefährlich. Dies gilt auch für die Behandlung der Hypertrichosis, speciell der Bartentwicklung bei jungen Frauen. Das Resultat der Behandlung ist in solchen Fällen ein dauerndes. Eine vorsichtige Roentgentherapie scheint auch für jene Fälle empfehlenswerth, in denen die Epilation einen wesentlichen Theil localer Therapie darstellt. Zur Vermeidung unangenehmer Nebenwirkungen empfiehlt FREUND folgende fünf Punkte zu berücksichtigen: 1. Turgescenz der Haut durch seröse Durchtränkung des Gewebes, 2. Lockerung der Haare, 3. Pigmentverschiebungen, 4. Erythema, 5. Spannungsgefühl, Jucken und Brennen erheischen Sistirung der Roentgenbehandlung.

Sehr großes Interesse erregten die Ausführungen von FORCHHAMMER „Ueber die Lichtbehandlung nach FINSEN“. Dieser ganz ausgezeichneten Behandlungsmethode stehen derzeit noch leider die großen Kosten im Wege, mit denen die Installation eines FINSEN-Institutes verbunden ist und der mit der Behandlung nothwendig verbundene große Zeitaufwand. Nach den bisherigen Ergebnissen kann mit Bestimmtheit erwartet werden, daß der Lupus vulgaris durch FINSEN-Therapie vollkommen zur Heilung zu bringen ist. Außer bei Lupus vulgaris ist die FINSENsche Therapie angezeigt für Ulcus rodens, Acne vulgaris, Naevus vasculosus planus, locale Hauttuberculose; zweifelhaft ist ihre Wirkung bei Lupus erythematodes und Alopecia areata; Favus, Trichophytie und Sykosis werden nicht beeinflußt. Die Wirkung des Sonnenlichtes beruht auf der Erregung einer specifischen photochemischen Entzündung und auf Abtödtung bacterieller Keime.

Unter den Demonstrationen erwähne ich jene einer ganz ungewöhnlich großen Zahl von Lupuskranken zur Illustration der verschiedenen modernen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris.

Es waren Roentgenstrahlen, FINSEN-Therapie und Heißluftbehandlung nach HOLLÄNDER zur Verwendung gelangt. Urtheile ich nach dem Eindrücke, den ich selbst empfand, und nach der Stimmung der Congressisten, so muß die FINSEN-Therapie, soweit es auf die Behandlung des Lupus vulgaris ankommt, als allen anderen Methoden weitaus überlegen bezeichnet werden. Die Roentgentherapie des Lupus, die auf der Breslauer Klinik bis zur Verschörfung fortgesetzt wurde, dürfte wohl schwerlich zur Nachahmung anregen. Aussichtsreicher scheint das von SCHIFF und FREUND geübte Verfahren der Anwendung von Roentgenstrahlen in vorsichtiger Dosirung, wobei sich ganz gute kosmetische Effecte erzielen lassen. Aussichtsreich scheinen mir auch die Apparate STREBEL's zu sein zur Erzeugung eines an ultravioletten Strahlen reichen Inductionsfunkenlichtes, mit dem vielleicht dem FINSEN-Lichte analoge Wirkungen zu erzielen sein werden.

Ueber die dermatische Wirkung der TESLA-Ströme kann nach dem auf dem Congresse Geschaute nicht einmal ein vorläufiges Urtheil formulirt werden.

MATZENAUER demonstirte einen Fall von Pityriasis rubra Hebra, einen Fall von Dermatitis atrophicans und einen Fall von Chylorrhoe aus einem Naevus am linken Oberschenkel, BLASCHKO zeigte an Mäusen die epilirende Wirkung einiger Thalliumpräparate und NEISSER demonstirte Moulagen, welche Exanthemformen an Ferkeln mit Syphilisproducten inficirter Eltern darstellen. Mit dem Gesagten habe ich nur eine kleine Auswahl aus der Fülle des auf dem Breslauer Congresse Geschehenen und Gehörten getroffen. Hier habe ich wieder einmal nach langer Zeit erfahren, daß auch ein wissenschaftlicher Congreß nicht immer das Symbol der Langeweile sein

muß. Und dafür sollte mein kurzer Bericht Beweis sein und Zeugenschaft ablegen.

Zum Schlusse führe ich noch eine sociale Reform an, zu der der Deutsche Dermatologen-Congreß die Initiative geben will. Er beantragte nämlich eine Eingabe an den Bundesrath, die dahin lautet, daß bei der bevorstehenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes die Paragraphe gestrichen werden, welche den Cassen das Recht geben, den Versicherten, die sich durch geschlechtliche Ausschweifung eine Krankheit zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmäßige Krankengeld nicht oder nur theilweise zu gewähren.

Durch die erwähnten, derzeit in Kraft stehenden Bestimmungen ist die Prophylaxe der venerischen Krankheiten erschwert und deren Verbreitung in ungenügendem Maße behindert, da die Behandlung der Erkrankten so nicht nur nicht in entsprechender Weise gewährleistet, sondern sogar vielfach unmöglich wird. Mit Recht fordern daher die Aerzte seit langem die Aufhebung jener Paragraphe. Hoffentlich fällt das Votum des Dermatologen-Congresses mit genügender Wucht in die Wagschale, um die maßgebenden Factoren zur Beseitigung der veralteten Ausnahmsgesetze für venerisch Erkrankte zu bewegen. Ds.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den **Einfluß künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns** und künstlich erhöhten Hirndruckes auf **Epilepsie**, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen berichtet BIER („Mitth. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.“, Bd. VII, H. 2 und 5). Man kann durch Anlegen eines Gummibandes um den Hals eine beliebig starke venöse Hyperämie des Gehirns hervorrufen. Nachdem die Unschädlichkeit eines solchen Vorgehens erwiesen war, hat B. selbst 5 Nächte hinter einander eine so fest anliegende Stauungsbinde am Halse getragen, daß eine deutliche Schwellung und Blaufärbung des Gesichtes auftrat. Nur während der ersten Nacht machte die Binde Beschwerden und bedingte während des darauffolgenden Tages Kopfschmerzen. Die an 10 Epileptikern angestellten Versuche haben weiterhin die Thatsache ergeben, daß hochgradige venöse Gehirnhyperämie und sehr starke Druckerhöhung in der Schädelkapsel auffallend gut ertragen wurden, daß dadurch die Anfälle zum mindesten nicht verstärkt oder vermehrt wurden, und daß es nicht gelingt, durch sehr schroffe Schwankungen der Blutfülle und der Spannung im Schädel einen epileptischen Anfall hervorzurufen. Die Zahl derselben wurde eher vermindert, nur in einem Falle nahmen Schwere und Dauer der Anfälle zu. Auch die der Epilepsie eigenen seelischen und geistigen Störungen schienen bei mehreren Kranken durch die Stauungsbinde günstig beeinflußt zu werden. In keinem Falle trat jedoch eine wirklich anhaltende Besserung auf. Weiterhin hat B. die Stauungshyperämie des Gehirns auch in 3 Fällen von Chorea hervorgerufen und glaubt dadurch in einem derselben eine hervorragende Besserung herbeigeführt zu haben. Mit ausgezeichnetem Erfolge hat er die Stauungsbinde auch in mehreren Fällen von „nervösem Kopfschmerz“ angewandt.

— Zur **Präventivbehandlung der Hyperidrose der Füße** und ihrer Folgezustände hat MERZ („Schweiz. Monatsschr. f. Offic. aller Waffen“) das Tannoform angewendet. Er hält das Einreiben einer kleinen Menge von Tannoform zwischen die Zehen, an deren Ober- und Unterseite, an der ganzen Fußsohle und an den Fußrändern für die rationellste Anwendungsweise. Eines Lappens oder Wattebausches bedarf es hiezu nicht, es kann mit der eigenen Hand und mit den Fingern geschehen, was die gleichzeitige Anwendung bei einer größeren Truppe oder Schule wesentlich vereinfacht. Die beste Zeit für die Anwendung ist der Abend vor dem Schlafengehen. Das Vorausschicken eines Fußbades ist wünschenswerth, aber nicht durchaus nöthig. Tannoform bringt den Schweißgeruch zum Verschwinden. Es ist ein absolut unschädliches Mittel.

Ueber die **Wirkung des Extractum Chinae Nanning** berichtet THOMALLA („Therap. Monatsh.“). Die chemische Untersuchung des genannten Extractes ergibt constanten Alkaloidgehalt von 5%, ferner: Alle wirksamen Bestandtheile der rothen Chinarine befinden sich in gelöstem Zustande im Präparate. Alle nicht

wirksamen, also nutzlosen und den Magen beschwerenden Substanzen sind ausgeschieden. Die in den Rinden vorhandene Chinagerbsäure ist nicht in Chinarothe umgesetzt, sondern in gelöster Form vorhanden. TH. fand vorzügliche Wirkungen des Extractum Chinae Nanning bei Appetitlosigkeit Bleichsüchtiger. Nach längerem Gebrauch des Mittels schwand die Dysmenorrhoe dieser Patientinnen. Ebenso erfolgreich wandte er dieses Präparat an bei Appetitlosigkeit Scrophulöser und Tuberculöser, bei acutem und chronischem Magenkatarrh, bei Fiebernden und Wundkranken und bei Reconvalescenten.

— Ueber die **Wirkung der Digitaliskörper auf das Säugthierherz** berichteten L. BRAUN und W. MAGER („Sitzber. d. k. Akad. d. Wiss.“, Bd. 108). Die Autoren haben mit verschiedenen Digitalispräparaten (Digitalisinfus und -Macerat, Digitalin, Digitonin und Digitoxin) Versuche angestellt und gefunden, daß die genannten Präparate sich in ihrer Wirkung im Großen und Ganzen gleich verhalten. Man hat folgende Stadien der Digitalisvergiftung zu unterscheiden: a) das Stadium vermehrter Frequenz und vergrößerter Amplituden, b) das Stadium der primären Verlangsamung, c) das Stadium der Irregularitäten mit deren mannigfachen Formen, einschließlich der secundären Verlangsamung. Das dritte Stadium der Vergiftung führt nach großen Dosen unter Zunahme der Irregularitäten zum systolischen Herzstillstande oder in rückläufiger Form zur Erholung des Herzens. Nach größeren Dosen kommen die einzelnen Stadien in gedrängterer Form zum Ausdrucke. Die einzelne Form und die Phasen der Digitaliswirkung sind von dem Zustande der Coronarcirculation unabhängig und nur von der Giftwirkung allein abhängig. Die Amplitudenvergrößerung tritt in der Regel sofort auf; dem Auftreten der Frequenzzunahme geht eine Latenzzeit voraus; selten ist dieses Verhältniß umgekehrt. Die Beseitigung vorhandener Tonusschwankungen tritt erst nach einer Latenzperiode ein. Halbsystolische Dauercontractionen gehören fast ausnahmslos dem Stadium der Irregularitäten an. Der Digitaliswirkung entsprechen verschiedene periodische Aenderungen der Herzaction. Die primäre Verlangsamung entsteht durch Verlängerung der Pausen und Diastolen, die secundäre der Systolen und Pausen. Die primäre Verlangsamung ist Hemmungswirkung, die secundäre Muskelwirkung. Die Digitaliswirkung im Stadium der secundären Verlangsamung bleibt trotz Atropinisierung erhalten und ist somit (am ausgeschnittenen Herzen) eine reine Wirkung auf den gangliomusculären Apparat. Im combinirten Versuche übt Atropin eine vorübergehende Reizwirkung aus, worauf die Kriterien der Digitalisvergiftung wiederkehren. Die Digitaliswirkung ist in einigen ihrer Componenten der Reizung des Vagus analog. Die Tonusschwankungen sind wie die übrigen Irregularitäten und Periodicitäten als Erschöpfungsphänomen aufzufassen. Die Leistungsfähigkeit des Herzens wird durch mäßige Digitalisgaben zunächst erhöht, sodann herabgesetzt. Dem Herztode geht am isolirten Herzen niemals eine Erhöhung der Frequenz unmittelbar voraus. Die Digitaliskörper wirken immer herabsetzend auf die Coronarcirculation ein. Die Zuführung von Digitalisstoffen vermag unter nicht näher bekannten Umständen eine flimmernde Herzaction vollkommen zu regularisiren.

— Das **Acetopyrin** nennt BOLOGNESI („Bull. gén. de therap.“, 1901, 30. März) ein sehr gutes Mittel für die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus, da es prompt und sicher wirkt, keine gastrischen Störungen und kein Ohrensausen verursacht. Auch als Antifebrile sei es sehr zu empfehlen, da es innerhalb einer Stunde die Temperatur um 1—1.5° erniedrigt und auch bei Phthisikern gut verwerthet werden kann, weil es keine Collapserscheinungen verursacht. Als Antineuralgicum soll es insbesondere bei der Ischias günstig wirken. Ferner wird es empfohlen als innerliches Mittel bei Gonorrhoe. Die Dosirung ist 0.5 mehrmals täglich.

— Mit **Gelatineinjectionen** hat CONNER („New York Med. News“, 1901, 16. März) 3 Fälle von Aortenaneurysma behandelt. Beim ersten Falle erzielte er einen geringen Erfolg, beim zweiten konnte er keine Besserung beobachten, dagegen heftigen localen Schmerz; der 3. Fall endete durch Ruptur des Aneurysma letal. Der Autor folgert aus seinen Befunden, daß zum großen Theil die Besserung bei dieser Methode durch die absolute Bettruhe, welche die Kranken lange einhalten müssen, zustande kommt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

VII.

Ueber Myelitis acuta.

V. LEYDEN (Berlin), Ref.: Vortr. gibt zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die Entwicklung unserer Kenntnisse dieser Krankheit. Das Symptomenbild war schon lange bekannt, ehe man ihr pathologisches Substrat kennen lernte. Man sprach früher immer von Myelomalacie als Ursache aller Querlähmungen. Erst allmählig wurde aus der Summe der Rückenmarkslähmungen die Entzündung als eigene selbständige Erkrankung herausgeschält. Jetzt kann man folgende verschiedene Formen des acuten Processes unterscheiden: 1. Die entzündliche Erweichung als eine starke Form und Folge der Entzündung, von dieser also nicht, wie es früher geschehen, zu trennen. 2. Blutungen (Hämatomyelie), gleichfalls klinisch und anatomisch nicht scharf von der Entzündung zu scheiden. Entzündungs- und Blutungsherde haben große Aehnlichkeit miteinander. Die Myelitis tritt nun in vierfachen Formen auf: 1. transversale Myelitis, 2. disseminirte, 3. Poliomyelitis. Auszuschließen sind dagegen die Degeneration nach Kachexien, perniciosöser Anämie, Diabetes u. s. w. 4. Compressionsmyelitis, namentlich durch Wirbelcaries bedingt, die klinisch der acuten Myelitis nahesteht, wenn auch gewisse Abweichungen vorhanden sind. Noch undeutlicher wird die entzündliche Veränderung bei den Tumoren des Rückenmarkes, aber auch hier bestehen noch Aehnlichkeiten. Für die Aetiologie der Myelitis kommen heute in erster Reihe pathogene Infectionen in Betracht. Das sind die früher als spontan betrachteten Myelitiserkrankungen. Gesichert ist die bacterielle Ursache allerdings nur bei der Poliomyelitis. Anzuschuldigen sind vornehmlich die Erreger der Cerebrospinalmeningitis (JÄGER, WEICHELBAUM), auch die Streptokokken. Hauptsächlich tritt die Myelitis im Anschluß an andere Infectionskrankheiten auf: Influenza, Typhus, auch leichtere Affectionen, wie Angina, auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Ein Theil dieser postinfectiösen Myelitis ist in Genesung ausgegangen. Ferner kommt das Trauma als Ursache in Betracht, nicht auch das locale, sondern auch allgemeine Erschütterungen. Bei dieser Ursache lassen sich Hämorrhagien vermuthen, ferner finden sich dabei gerade öfters disseminirte Herde. Von Giften können gelegentlich Alkohol, Blei, Arsen, Kohlenoxyd pathogen in dieser Richtung wirken. Auch der Schreck ist als Ursache einmal festgestellt worden. Für die chronische Myelitis kommt auch Tuberculose, Syphilis, Gonorrhoe in Betracht. Die Symptomatologie hängt von der Beschränkung der Erkrankung auf die Segmente des Rückenmarks ab: Bulbus, Cervical-Dorsaltheil. Im Verlauf der Myelitis sind zunächst die Initialsymptome bemerkenswerth. Die Schnelligkeit des Auftretens geht zuweilen bis zur Entstehung des Bildes einer Myelitis acutissima, andererseits ist öfters schubweise Entwicklung der Krankheit zu beobachten. Erst nach mehreren Tagen wird meist ihre Höhe erreicht. Leider ist das Fortschreiten des Processes oft nicht zu hindern, er geht weiter 1. nach oben, dann entsteht das lebensgefährliche Bild der acuten Bulbärparalyse, die indeß auch gelegentlich rückgängig werden kann; 2. in die Breite; 3. bis zum Auftreten von neuroplastischen Erscheinungen: Cystitis, Decubitus und trophischen Störungen an den Extremitäten bis zur Gangrän. Zuweilen gehen auch solche Erscheinungen noch zurück, dann bessert sich die Prognose für das Leben, nicht aber für die Wiedererlangung vollständiger Gesundheit. Sowohl die transversale als die disseminirte Myelitis erscheinen uns heute heilbar, da Exsudate, Hämorrhagien u. s. w. sich zurückbilden können. Das ist gerade der Fortschritt der neueren Erkenntniß. Häufig kommt der Ausgang in chronisches Siechthum vor. In das Gebiet der Myelitis gehört auch die spastische Spinalparalyse. Der Therapie stehen wir heute nicht mehr so ohnmächtig gegenüber wie früher, wenn auch nicht gerade mit Arzneimitteln.

REDLICH (Wien), zweiter Referent behandelt in seinem Referate hauptsächlich die pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie der acuten Myelitis. Nach der Ausbreitung des Processes unterscheiden LEYDEN-GOLDSCHIEDER eine transversale, eine diffuse und disseminirte Myelitis und endlich die Poliomyelitis. Diese Formen haben aber unter einander Uebergänge, einerseits die Poliomyelitis zur disseminirten Myelitis, andererseits diese zur transversalen und diffusen. Größere Herde gehen stets mit Herabsetzung der Consistenz bis zur wirklichen Erweichung einher, der theils Oedem, Hyperämie u. s. w., theils wirkliche Nekrose des Gewebes entspricht.

Die acute Poliomyelitis zeigt in frischen Stadien alle Charaktere eines Entzündungsprocesses mit vorwiegend vasculären Vorgängen, die hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, im Vorderhorn entsprechend dem Territorium der Arteria spinalis anterior und centralis localisirt sind. Es ist aber die Möglichkeit zuzugeben, daß in einzelnen Fällen von acuter Poliomyelitis von CHARCOT die Veränderungen auf acute Degenerationserscheinungen der Ganglienzellen sich beschränken.

An die acute Poliomyelitis schließt eng eine vorwiegend auf Herde der grauen Substanz sich beschränkende Form der multiplen disseminirten Myelitis, wo gleichfalls vasculäre und Infiltrationsprocesse im Vordergrund stehen. Meist handelt es sich dabei auch um jüngere Individuen. In den anderen Fällen von acuter Myelitis beherrschen zwei Arten histologischer Veränderungen das Bild: einerseits acute Degenerationserscheinungen der nervösen Elemente, vor allem Quellung der Nervenfasern und Axencylinder (Lückenfelder, blasenförmiger Zustand), die isolirt, selbst in multiplen Herden sich finden können oder in der Peripherie anderweitiger Herde, z. B. mit Blutungen, Gefäßveränderungen, Fettkörnchenzellenanhäufungen, Infiltration des Gewebes u. s. w. combinirt. In anderen Fällen wieder finden sich mehr minder umfangreiche Erweichungen mit Nekrose aller Gewebsbestandtheile, höchstens daß die Gefäße zurückbleiben. Diese nekrotischen Herde entsprechen manchmal in ihrer Ausdehnung bestimmten Gefäßterritorien; durch Confluenz mehrerer Herde entstehen umfangreiche Erweichungen.

Bei allen Formen der Myelitis können entzündliche Veränderungen auch der Meninge vorhanden sein.

Ref. erörtert dann die Schwierigkeiten der anatomischen Abgrenzung der acuten Myelitis gegenüber anderweitigen spinalen Processen. Ein doctrinärer anatomischer Standpunkt scheint hier nicht angezeigt, schon darum, weil eine allgemein gültige Definition der Entzündung fehlt. Auch MAGER'S Ansicht, der in entzündlichen Veränderungen der Gefäße das charakteristische Merkmal der acuten Myelitis sieht, ist undurchführbar, ebenso wie die Versuche einer Abgrenzung der acuten Entzündung des Rückenmarks nach ätiologischen Momenten, Infection und Intoxication im Sinne von BRUNS. Nur ein vermittelnder Standpunkt kann den Bedürfnissen der Klinik wie den Forderungen der pathologischen Anatomie gerecht werden. Ueber jeden Zweifel erhaben ist die entzündliche Natur der acuten Poliomyelitis und der ihr verwandten Formen der multiplen Myelitis. Bei den andern Formen wird eine entzündliche Genese festzuhalten sein, sofern sie im Sinne von VIRCHOW Folge einer Irritation sind, Thrombosen oder Embolien nicht nachzuweisen sind, insbesondere wenn sich noch anderweitige entzündliche Veränderungen, z. B. an den Gefäßen, finden. Uebrigens sind die Uebergänge zwischen acuter Degeneration des Parenchyms und acuter Entzündung fließende.

Vortr. bespricht sodann die Frage der Aetiologie der acuten Myelitis in Bezug auf die pathologische Anatomie. In erster Linie ist die sogenannte infectiöse Myelitis zu nennen, die vorwiegend, aber nicht ausschließlich den Formen mit vasculären Entzündungsprocessen entspricht. Von größter Wichtigkeit ist die Frage der directen bacteriellen Genese der acuten Myelitis. Die Zahl der Fälle mit positiven Bacteriennachweisen im Rückenmark ist eine geringe, darunter finden sich sowohl die specifischen Krankheitserreger, wie sogenannte banale Infectionen. Bei längerer Dauer der Krankheit können die Bacterien auch wieder aus dem Rückenmark verschwunden sein. Als Verbreitungswege der Bacterien

dienen die Blutgefäße, der Subarachnoidalraum und der Centralcanal. In der Mehrzahl der Fälle dürfte es sich aber nicht um directe Bacterienwirkung, sondern vielmehr um Toxinwirkung handeln. Jedoch stellt die Infection nicht die einzige Ursache der acuten Myelitis dar, vielmehr dürften auch Erkältungen, Intoxicationen, Traumen u. s. w. an sich imstande sein, dieselbe zu erzeugen, wiewohl darüber ein sicheres Urtheil noch nicht abzugeben ist.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Royal Medical and Chirurgical Society.

ERNEST S. REYNOLDS: Das Auftreten von Arsenikvergiftung bei Biertrinkern im nördlichen und mittleren England im Jahre 1900.

Vortr. beschreibt zunächst den Nachweis des Arsens in dem zur Brauerei verwendeten Zucker, sowie in anderen zur Bierbereitung dienenden Materialien. Bemerkenswerth war u. a. das Auftreten bulböser oder vesiculöser Spätexantheme in Fällen, wo seit mehr als sechs Wochen kein Bier getrunken worden war. Der beobachtete Herpes zoster ist eher infolge directer Reizung der Spinalganglien durch das Arsen, als durch eine bloße prädisponirende Wirkung des letzteren zu erklären. Auftreten psychischer Störungen wurde so selten beobachtet, daß man nicht berechtigt ist, das Arsen als ein Gift zu betrachten, welches durch directe Beeinflussung der Hirnrinde Psychosen hervorruft. Die klinischen Symptome zeigen, daß das Arsen den Herzmuskel in ganz besonderem Maße schädigt. Die bei den Massenvergiftungen beschriebenen Symptome waren ähnlich wie die bei den in Havre und Hyères beobachteten Fällen, und zwar: 1. Störungen von Seite des Verdauungstractes, 2. Kehlkopfkatarrh, Bronchitis und acute Hautaffectionen. 3. Sensibilitätsstörungen, 4. Lähmungen und chronische Hautaffectionen. Die vom Vortr. beobachteten 500 Fälle lassen sich in folgende Gruppen einreihen, und zwar: 1. Fälle, wo sämtliche Symptome ausgeprägt waren, 2. solche, wo Erscheinungen von Seiten der Haut im Vordergrund standen, 3. Fälle, mit vorwiegender Herz- und Leberaffection, 4. Fälle mit vorwiegenden Lähmungserscheinungen. Von den 500 Fällen betrafen 291 Männer, 209 Frauen. Bei den Männern waren Herpes, Herz- und Lebererkrankung, bei den Frauen die anderen Symptome häufiger zu beobachten.

Buzzard ist der Ansicht, daß es sich bei den beschriebenen Fällen vorwiegend um Polyneuritis handelt, wobei auch neben dem Arsen der Alkohol eine wichtige Rolle spielt. Im Allgemeinen ist der Arsengehalt des Bieres weit geringer, als die Dosen, die man z. B. Epileptikern zu therapeutischen Zwecken verabreicht. In einem Falle, wo der Pat. in 50 Tagen circa 1 Grm. arseniger Säure in Form von Solutio Fowleri nahm, wurde Erythromelalgie, Parästhesie, Abschuppung an den Handtellern, Verlust der Patellarreflexe und Gefühl hochgradiger Schwere in den Beinen beobachtet.

Medical Society of London.

HUGH WALCHAM und CLIFFORD BEALE: Ueber die Skiagraphie bei Erkrankungen der Brustorgane.

Um ein brauchbares Bild auf dem Fluoreszenzschirm oder auf der photographischen Platte zu erhalten, ist ein Apparat erforderlich, welcher Funken von beträchtlicher Länge liefert. Der Pat. soll mit dem Gesichte nach abwärts liegen, wobei große Sorgfalt darauf zu verwenden ist, daß die Antikathode in der Röhre zu der untersuchten Stelle in streng verticaler Richtung steht. Stereoskopische Bilder können durch den MACKENZIE-DAVIDSONschen Apparat erhalten werden. Eine Expositionsdauer von zwei Minuten genügt in der Regel, doch muß dieselbe umso länger sein, je weiter die Röhre des Roentgenapparates von dem Object entfernt ist. Bei Beobachtungen am Fluoreszenzschirm muß die Röhre nahe an die Thoraxwand gebracht werden. Besonders nützliche Aufschlüsse lassen sich erhalten, wenn man von vorne, von rückwärts und in diagonaler Richtung durchleuchtet. Wenn die Strahlen nur einige Minuten einwirken, so sind keinerlei schädliche Folgen

zu befürchten. Dermatitis wird nur bei einer Expositionsdauer von $\frac{1}{2}$ —2 Stunden beobachtet. Zur Deutung der Bilder ist genaue Kenntniß der von gesunden Brustorganen gelieferten Schattenbilder erforderlich. Unter normalen Verhältnissen ist der Schatten des Herzens, des Zwerchfells und der Mediastinalplatten deutlich sichtbar, daneben noch schwache Schatten neben dem linken Herzrand und zu beiden Seiten des Mediastinalschattens. Diese gehören dem Pericard und der Pleura visceralis an. Die Schatten der Schulterblätter, der Achselfalte und der Brustwarzen lassen sich leicht identificiren, wenn der Pat. die Arme bewegt. Gesunde Lungen geben keinen Schatten, auch nicht beginnende tuberculöse Ablagerungen, sondern es geben erst vorgeschrittene tuberculöse Veränderungen deutliche Schattenbilder. Es lassen sich Fälle nachweisen, wo ein positives Schattenbild erhalten wird, bevor noch klinische Symptome auf die bestehende Tuberculose hinweisen. Bei scheinbar einseitiger Erkrankung wird oft auch in der anderen Spitze ein Schatten beobachtet und so die wahre Ausdehnung der Krankheit klargestellt. Je weiter die Krankheit vorgeschritten ist, desto dunkler erscheint der Schatten, besonders bei Verkäsung. Cavernen geben sich auf dem Bilde als helle Flecken inmitten tiefdunkler Schatten kund. Die bei vorgeschrittenen fibrösen Veränderungen auftretenden Schatten lassen sich von den durch tuberculöse Prozesse bedingten leicht unterscheiden. Das Emphysem gibt sich durch auffallende Helligkeit der erkrankten Lungenpartien kund. Bei frischer, trockener Pleuritis ist nur ein sehr schwacher Schatten sichtbar, während bei seröser Pleuritis die Rippenschatten verwischt, wenn auch nicht ganz verdeckt werden und auch die obere Grenze des Exsudates sich nicht selten deutlich im Schattenbilde ausprägt. Eitrige Exsudate geben tiefe Schatten, die an Intensität den durch die Knochen erzeugten Schatten gleichstehen, desgleichen Abscesse und Käseherde.

Auch in dem dichten Parenchym der Niere lassen sich käsige Tuberkel im Schattenbilde deutlich erkennen. Bei Herzerkrankungen ist der diagnostische Werth der Roentgendurchleuchtung ein geringerer und sind noch zahlreiche Beobachtungen auf diesem Gebiet erforderlich. Die wichtigsten Dienste leistet die Roentgendurchleuchtung beim Nachweis von Aneurysmen und Tumoren der Brusthöhle in Fällen, wo die klinischen Symptome noch keine sichere Diagnose gestatten. Auch vergrößerte und verkäste Bronchialdrüsen geben ein deutliches Schattenbild. Auf dem Schirme kann man die Bewegungen des Herzens und des Zwerchfelles verfolgen, ferner bei Aneurysmen aus der Intensität des Schattens entnehmen, ob die Höhle mit Gerinnseln oder mit flüssigem Blut ausgefüllt ist, ferner Aufschluß auf die Ausdehnung und Lage der Stelle der stärksten Pulsation gewinnen.

Lewis Jones meint, daß die Skiographie auch für die Diagnose der beginnenden Tuberculose von Werth sein kann, und überhaupt ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel für die Erkrankungen der Brustorgane darstellen wird.

Sansom bemerkt, daß es noch nicht angeht, die physikalischen Untersuchungsmethoden bei Seite zu lassen, und daß die Roentgendurchleuchtung nur als ergänzendes Verfahren in Betracht kommt.

Kingston Fowler berichtet über zwei Fälle von Tuberculose, wo durch die Skiographie keine verwertbaren Resultate erhalten wurden.

Notizen.

Wien, 22. Juni 1901.

(Universitätsnachrichten.) Zum Decan der medicinischen Facultät für das Studienjahr 1901/02 ist der Professor der gerichtlichen Medicin Dr. ALEXANDER KOLISKO gewählt worden. — Der a. o. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Universität in Krakau Dr. KARL KLECKI ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

(Personalien.) Die kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische deutsche Akademie der Naturforscher hat an Stelle des verstorbenen Prof. PETTENKOFER den Hofrath Prof. Dr. NOTHNAGEL zum Vorstandsmitgliede der Fachsection für Medicin gewählt. Die beiden anderen Vorstandsmitglieder der Section sind v. LEYDEN und VIRCHOW. — Der Sanitätsrath und Primararzt der Landeskranken-

anstalt in Brünn Dr. KARL KHATOLICKY hat den Franz Joseph-Orden, der praktische Arzt in Wels Dr. ALBIN SALLER das Ehrenkreuz des Schaumburg-Lippe'schen Hausordens, der Seesaniärarzt Dr. WILHELM STRASSER den ottomanischen Medjidie-Orden 4. Cl. erhalten.

(Das Wahlrecht weiblicher Aerzte in die Aerztekammern.) Ueber die Beschwerde der Baronin Dr. POSSANNER in Wien, welcher die politischen Behörden die Aufnahme in die Wählerliste der Wiener Aerztekammer mit Hinweis auf § 6, Alinea 1 des Kammergesetzes („Von dem Wahlrechte und der Wählbarkeit sind ausgeschlossen: 1. Alle Mitglieder, welche nach den bestehenden Gesetzen von der Ausübung des activen und passiven Wahlrechtes in die Gemeinde ausgeschlossen sind . . .“) verweigert hatten, hat der Verwaltungsgerichtshof in seiner Sitzung vom 19. d. M. dahin entschieden, es werde der Beschwerde stattgegeben und die angefochtene Ministerialentscheidung aufgehoben. Diese Entscheidung des österreichischen Verwaltungsgerichtshofes, welche nunmehr auch den weiblichen Aerzten das active und passive Wahlrecht in der Kammer sichert, ist umso bemerkenswerther, als sie im directen Gegensatz zu dem Judicate desselben Gerichtshofes vom 15. Juni 1899 steht, mit welchem dem Recurse eines Wiener Arztes gegen den rechtlichen Bestand der damaligen Kammer stattgegeben worden ist, weil 425 in der Liste für die Gemeinderathswahlen nicht vorkommende Aerzte in die Wählerliste für die Aerztekammer aufgenommen worden waren.

(Die österreichischen Humanitätsanstalten.) Der Jahresbericht über die öffentlichen Humanitätsanstalten Oesterreichs im Jahre 1901 liegt uns vor. Wir entnehmen demselben Folgendes: Die Anzahl der öffentlichen Krankenanstalten in Oesterreich beträgt gegenwärtig 221 gegenüber 211 im Jahre 1899 und hat sich somit innerhalb der letzten 2 Jahre um 10 vermehrt. Es wurden während dieses Zeitraumes 11 neue Anstalten errichtet, bezw. bestehende Privatanstalten mit dem Oeffentlichkeitsrechte ausgestattet. Aufgelassen wurde ein öffentliches Bezirksspital. Die Zahl der in den öffentlichen Krankenanstalten zur Verfügung stehenden Krankenbetten hat sich von 30.095 im Jahre 1899 auf 31.692 Betten, somit um 1597 oder um 5.3% erhöht. Auf die neuen öffentlichen Krankenanstalten entfallen 565 Betten, während die weitere Zunahme um 1032 Betten ausschließlich auf die Erweiterung der bestehenden Krankenanstalten zurückzuführen ist. Von der Gesamtzahl der Krankenanstalten entfallen auf Niederösterreich im Jahre 1901 29 mit 6749 Betten, Oberösterreich 8 mit 546, Salzburg 2 mit 390, Steiermark 15 mit 2691, Kärnten 3 mit 744, Krain 1 mit 480, Triest 1 mit 1403, Görz und Gradisca 2 mit 312, Istrien 3 mit 634, Tirol 24 mit 2680, Böhmen 75 mit 7517, Mähren 13 mit 2171, Schlesien 7 mit 610, Galizien 30 mit 3825, Bukowina 4 mit 402 und Dalmatien 4 mit 538 Betten. Die Verpflegstaxen in den öffentlichen Krankenanstalten haben keine erheblichen Veränderungen erfahren. Die durchschnittliche, in Oesterreich auf eine öffentliche Krankenanstalt entfallende Verpflegsgeldgebühr ist von 148 auf 150 Heller per Kopf und Tag gestiegen. Eine Vermehrung der Zahl der öffentlichen Gebäranstalten und der Landes-Irrenanstalten hat seit dem Jahre 1899 nicht stattgefunden, doch ist der Belagraum in den ersteren von 1694 auf 1863 und in den Landes-Irrenanstalten von 11.642 auf 12.627 Betten gestiegen.

(Aerzte als Geschworene.) Gelegentlich eines Antrages betreffend die Befreiung der Aerzte vom Geschwornendienst führte der Ref. Dr. v. JOSCH in der Aerztekammer für Kärnten vor kurzem aus, daß in Kärnten Aerzte nicht zu Geschworenen ausgelost werden. Auch könne jeder Arzt, der eine Befreiung vom Geschwornendienste anstrebe, dies im Wege des Bürgermeisteramtes erreichen, welches ihn als unentbehrlich bezeichne. Mit Recht meinte jedoch auch der nämliche Ref., daß die Function eines Geschworenen zu den Rechten eines Staatsbürgers gehöre; es erscheine daher nicht zweckmäßig, sich desselben freiwillig zu geben.

(Aus Berlin) schreibt uns unser dortiger Correspondent: Vor wenigen Tagen ist die neue Prüfungsordnung für die Aerzte des Deutschen Reiches im Verordnungswege erschienen; ihre Be-

stimmungen treten am 1. October in Kraft. Ich werde Gelegenheit haben, Ihnen in allernächster Zeit eingehender über die einschneidende Abänderung unserer bisherigen Prüfungsvorschriften Bericht zu erstatten.

(ALBRECHT VON HALLER), dem großen Arzte und Naturforscher, soll in seiner Vaterstadt Bern ein Denkmal errichtet werden.

(Weibliche Vertrauenspersonen in der Fabrikaufsicht.) Die „Berufsgenossenschaft“ meldet: Bekanntlich hat die sächsische Regierung seit einem Jahre bei den Kreishauptmannschaften weibliche Vertrauenspersonen angestellt, bei denen Arbeiterinnen sich Raths erbolen und Beschwerden vorbringen sollen. Das Bedürfniß zu dieser Einrichtung scheint nicht allzu stark gewesen zu sein, denn, wie die Berichte der Gewerbeinspectoren feststellen, ist von der Einrichtung hier und da gar nicht, an anderen Orten fast gar nicht Gebrauch gemacht worden.

(Aufhebung der chirurgischen Gremien.) In der letzten Sitzung des Abgeordnetenhauses der eben abgelaufenen Session wurde namens des Sanitätsausschusses über den Beschluß des Herrenhauses, betreffend das Gesetz bezüglich der Aufhebung der chirurgischen Gremien und die Ueberweisung des Vermögens derselben an die Aerztekammern referirt. Der Gesetzentwurf wurde ohne Debatte in zweiter und dritter Lesung unverändert angenommen.

(Wie man sich der Zahlung an einen Arzt entledigt), darüber belehrt folgender Brief, welchen der Zahnarzt Dr. K. in M. W. erhalten hat und den das „Oesterr. Aerzte-Kammer-Blatt“ reproducirt: „Euer Wohlgeboren! Nachdem mein Sohn Karl, trotzdem er kleinjährig ist, es nicht für gut befunden hat, anzufragen, ob er sich auf meine Kosten von Ihnen behandeln lassen darf, Sie selbst es auch unterließen, vorsichtshalber meine Einwilligung zur Behandlung meines Sohnes auf meine Kosten einzuholen, so thut es mir sehr leid, aus principiellen Gründen die Begleichung Ihrer kleinen Honorarnote verweigern zu müssen. Achtungsvoll Adrian Freiherr von L. . .“

(Bibliographia medica Hungariae.) Ein überaus bemerkenswerthes Werk ist soeben „sumptibus Athenaei“ in Budapest erschienen. Es ist die „Bibliographia medica Hungariae“ 1472—1899, ein „Catalogus librorum medicinalium qui in Hungaria vel rem medicinalem patriae nostrae attingentes etiam extra Hungariam in lucem prodierunt“. Verf. des großen, einen geradezu bewunderungswürdigen Fleiß repräsentirenden Kataloges ist Dr. TIBERIUS VON GYÖRG. Man lese in dem Vorworte des Buches, wie v. GYÖRG es gemacht, welche Mühewaltung er darauf verwendet. Die ungarische und die Wissenschaft aller Länder ist ihm in hohem Grade zu Dank verpflichtet.

(Realschulabiturienten und Medicinstudium.) Die so lebhaft discutirte Frage der Berechtigung zum Universitätsstudium ist rascher entschieden worden, als man vielfach angenommen hatte. Der Bundesrath hat nämlich die Zulassung der Realgymnasiasten vorbehaltlos, diejenige der Oberrealschüler unter der Bedingung einer Nachprüfung im Lateinischen genehmigt. Angesichts der vollendeten Thatsache wird man sich — meint die „Berl. klin. Wschr.“ — nun darauf beschränken müssen, auf den Erlaß gleicher Bestimmungen auch für die anderen Facultäten hinzuwirken; daß für die Juristen eine gleiche Ordnung der Dinge bevorsteht, wird versichert. — Im Uebrigen ist aus der neuen Prüfungsordnung vorläufig zu erwähnen, daß die Studiendauer auf 10 Semester verlängert und das praktische Jahr definitiv eingeführt wird; die Vorprüfung wird am Schlusse des 5. Semesters, die Staatsprüfung am Schlusse des 10. Semesters stattfinden.

(Statistik der Aerzte Deutschlands.) Nach den Angaben des soeben erschienenen Reichsmedicinalkalenders („D. med. Wschr.“) betrug die Anzahl der Aerzte im Deutschen Reiche Mitte October 1900 27.374, i. e. um 685 mehr als im Vorjahre, ist also seitdem um 2.6% gestiegen. In Preußen wurden gezählt 16.498 Aerzte, in Bayern 3036, im Königreich Sachsen 2098, in Württemberg 881, in Baden 1087, in Hessen 683, in Elsaß-Lothringen 770. Von den anderen Bundesstaaten seien erwähnt Braunschweig (248), Hamburg (585), Bremen (141). Von den preußi-

schen Provinzen zählte die meisten Aerzte die Rheinprovinz (2583). Auf 10.000 Einwohner kamen im Deutschen Reiche Aerzte 5·24 gegen 5·11 im Vorjahre; die höchste Verhältnißzahl weist Hamburg auf 8·58:10.000 Einwohner. In Wiesbaden entfielen auf einen Arzt im Ganzen 1083 Einwohner. — Die preußischen Großstädte weisen u. a. folgende Ziffern auf: Berlin 2360 (1 Arzt: 798 Einwohner), Breslau 545 (1:775), Frankfurt a. M. 334 (1:862), München 694, Dresden 428 (1:924), Leipzig 416 (1:1094), Nürnberg 157 (1:1661). In Universitäts- und Garnisonsstädten sind verhältnißmäßig viele, in Industriestädten verhältnißmäßig wenige Aerzte. — Auf den Flächenraum berechnet, wohnen im Deutschen Reiche auf 100 Qkilom. 5·06 Aerzte gegen 4·94 im Vorjahre. Schon aus dem hier Angeführten ergibt sich, daß auch in Deutschland die Ueberfüllung des ärztlichen Berufes in geradezu erschreckender Zunahme begriffen ist. Hat auch die Zahl der Medicinstudirenden seit einigen Semestern um ein Geringes abgenommen, so dürften die medicinischen Facultäten durch die Zulassung der Realschul-Abiturienten zum Studium der Medicin neuerlich einen so starken Zuzug erfahren, daß wohl auf viele Jahre hinaus die angestrebten und erhofften Verbesserungen der Lage der Aerzte Deutschlands bloß fromme Wünsche bleiben werden, denen erst in fernen Zeiten Erfüllung zu werden vermag.

(Forensisches.) Ueber eine interessante Entscheidung berichtet „Brit. Med. Journal“: Einer graviden Frau wurde das linke Bein zerschmettert. Das Kind kam später mit einem deformierten linken Bein zur Welt. Die Mutter verlangte dafür 50.000 Dollars Schadenersatz, wurde aber vom obersten Gerichtshofe in Chicago abgewiesen, weil „das Kind zur Zeit des Unfalles nicht als ein besonderes Individuum zu betrachten gewesen sei, das eine Klage unabhängig von der Mutter hätte einreichen können!“

(Statistik.) Vom 9. bis inclusive 15. Juni 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6879 Personen behandelt. Hievon wurden 1407 entlassen; 217 sind gestorben (13·3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 59, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 69, Scharlach 95, Masern 274, Keuchhusten 27, Rothlauf 47, Wochenbettfieber 4, Röheln 4, Mumps 40, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa — — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 717 Personen gestorben (— 4 gegen die Vorwoche).

Spatenbräu. Als gehaltvolles, abgelagertes Bier wird Spatenbräu allen sogenannten „Gesundheitsbieren“ vorgezogen. Von den Aerzten als hervorragendes diätetisches Kräftigungsmittel geschätzt, wird dasselbe insbesondere in der Reconvalenscenzenzeit verordnet und von den Patienten fast ausnahmslos gerne genommen und getragen. Der flaschenweise Bezug, die spesenfreie Zustellung in Wien und der Versandt in die Provinz ermöglichen es Jedermann, dasselbe einzulegen. Bestellungen nimmt das **Münchener Spatenbräu-Depöt** in Wien, I., Fährichgasse 10, entgegen.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Oehmen F.**, JOHANN GOTTFRIED RADEMACHER. Bonn 1900, P. Hanstein. — M. 4.—
- Rohleder F.**, Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Berlin 1901, Fischer's med. Buchhandlung. — M. 4.50.
- Helferich H.**, Atlas und Grundriß der traumatischen Fracturen und Luxationen. 5. Auflage. München 1901, J. F. Lehmann. — M. 12.—
- Triboulet und Mathieu**, L'Alcool et l'Alcoolisme. Paris 1900, Carré & Naud. — Fr. 5.—
- Lüning-Schulthess**, Orthopädische Chirurgie. München 1901, J. F. Lehmann. — M. 16.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshühl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshühl Sauerbrunn und Budapest.

Guajacetin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0·5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0·5 Grm. Guajacetin 8 K so h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel . . . Wohlschmeckend und leicht verdaulich . . .

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik
Actien-Gesellschaft, Berlin-Grünau.

Depöt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei
Franz May, Wien, VIII/2, Josefstädterstr. 64.

Steiermärk.

ROITZSCHER

SAUERBRUNN **Jempel-Styria Quelle**
WELTBERÜHMTES
Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Empfehle zur geeigneten Beachtung meinen bei den Herren Aerzten sehr beliebten und gern verordneten

Lahusen's Jod-Eisen-Leherthran mit PHOSPHOR

(Bestandtheile: 0,2 FeJ und 0 01 P in 100 Th. Thran.)
Nur in Originalflaschen 100,0 = K 1.60, 250,0 = K 3.—.
Das beste und vollkommenste Leberthran-Präparat. Wegen seiner praktischen Zusammensetzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den Stoffwechsel im Blut einwirkend und appetitanregend) bei

Scrophulose • Tuberkulose • Rhachitis • Anämie
Geschmack unübertroffen fein, daher ohne Anstand von Gross und Klein genommen. Besonders für die **Kinderpraxis** geeignet. Unbegrenzt haltbar, kann Sommer u. Winter genommen werden. — Der Ordin. setze man den Namen **Lahusen-Bremen** hinzu, da sonst keine Garant. f. Echth.

Zu haben in allen Apotheken Oesterreichs, Ungarns etc.
Hauptniederlage in **Wien**: Carl Brady's Apotheke zum König v. Ungarn, Fleischmarkt 1; in **Gmunden**: Salzkammergut-Apotheke von J. & C. Obertsaller; in **Budapest**: Jos. v. Török's Apotheke, Königsgasse; **Egger'sche Apotheke**, Waitzner Boulevard 17; in **Prag**: B. Fragner's Apotheke zum schwarzen Adler, Kleinseite; in **Bielitz**: A. Frankl's Adler-Apotheke, Ring 13.

Ausführliche Broschüren und Proben verlange man zur besseren Orientierung gratis vom Fabrikanten **Apotheker Lahusen in Bremen.**

PRIVAT-HEILANSTALT

für

Gemüths- u. Nervenranke

in
Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

REINIGER GEBBERT & SCHALL WIEN X3
UNIVERSITÄTSSTR. 12
ELEKTR.-MED. APPARATE
ROENTGEN & ERLANGEN LICHTHEILAPP.
BERLIN-N. BAYERN MUENCHEN
FRIEDRICHSTR. 131-C BUDAPEST-VI SONNENSTR. 13
Ö-UTCZA 42
ILL. KATALOGE GRATIS

Tropon

natürliches, chemisch reines Eiweiss
ist aus bestem südamerikanischem Fleisch und Leguminosen gewonnen. Es enthält in der Trockensubstanz 98% reines Eiweiss und führt dem Körper in concentrirter Form kräftezeugende Nahrung zu, ohne den Magen zu belästigen.

EISEN-TROPON

enthält 2-5 reines metallisches Eisen, besteht aus einer Verbindung von Tropon mit Pepsin und ist sehr leicht assimilierbar. Hervorragendes eisenhaltiges Nährmittel bei Anämie, Chlorose und Blutkrankheiten.

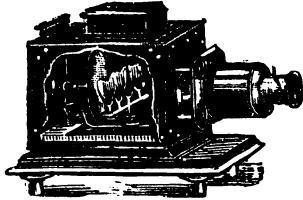
TROPON-KINDERMEHL

ist das verlässlichste Nährpräparat der Gegenwart m. 17% Eiweissgehalt u. bildet einen vollständigen Ersatz für die beste Milch. Tropon-Kindermehl ist leicht verdaulich, befördert das Wachstum schon im zartesten Alter und verhindert Durchfall sowie Darmkatarrh.

Vorrätig in allen Apotheken und Drogengeschäften.

Oesterr.-ungar. Tropon-Werke: Dr. Röder & Co., Klosterneuburg.
Bureau: Wien, VIII., Kochgasse 3.

FRITZ EBELING, Wien — XVII., Hernaler Gürtel 2, —
Ecke der Breitenfeldergasse, VIII. Bez.
4 Ehren-Diplome. — 4 goldene Medaillen. Gegründet im Jahre 1886.
Optisch-mechanische Werkstätte für **Mikroskope und Projections-Apparate**



mit Mikroskop für elektrisches Licht, speciell zu Vorträgen auf Kliniken und für größere Hörsäle geeignet, sowie mit Acetylenlicht neuester Construction mit intensiver gleichmässiger Beleuchtung: Vierflammenbrenner, Brenndauer 2 Stunden.
Für Schulen und Familienkreise mit Gas- oder Spiritusglühlichtlampen.
Preislisten auf Verlangen.

PLASMON (Eiweiss und Nährsalze der Milch).

Löslich, geschmack- und geruchsfrei, billig.

In den ersten staatlichen und städtischen Krankenanstalten (k. k. Spitälern in Wien, kgl. preuss. Garnisons-Lazarethen, Irren-Anstalten, Volkshelanstalten etc.) dauernd in Gebrauch. — Indication: Alle Fälle, wo eine leichtverdauliche, concentrirte und reizlose Nahrung, bezw. eine forcirte Ernährung erwünscht ist. — Dosirung: Esslöffelweise in Suppen, Brei, Milch, Cacao etc. laut Gebrauchsanweisung. — Engros-Preise für Krankenhäuser und Aerzte ad us. propr.

Plasmon-Cacao, -Chocolade, -Hafercacao, -Biscuits, -Zwieback.
Proben und Literatur kostenfrei. Erhältlich in Apotheken und Drogerien.
General-Vertretung der
PLASMON-GESELLSCHAFT m. b. H., NEUBRANDENBURG I. M.
WIEN, IV., Grosse Neugasse Nr. 14.

C. Haubner's
Engel-Apotheke
Wien
I. Bezirk, Bognergasse Nr. 13.

General-Depôt der:

- I. Orig. Bernatzik's sterilisirten subcutanen Injektionen in zugeschmolzenen Glasphiolen in beliebigen medicamentösen Lösungen und genauester Dosirung. Sauerstoff in Gummiballons.
- II. Amerik. Fluid-Extracte von Parke Davis & Co. in Detroit. Extractum hydrastis canad. — Cascar. sagrada. — Hamamelis virg. — Condurango — Gossypii — Ipecac. — Kava Kava — Cola — Pichi — Rhus aromatic. — Viburn. prunifol. etc.
- III. Syrup hypophosphites Fellow original. (Nicht zu verwecheln mit minderwerthigen Nachahmungen. Ausserordentlich günstige Heilerfolge bei Krankheiten der Lunge und Athmungsorgane, bei Anämie u. Krankheiten des Nervensystems, bei Neurasthenie, bei Rachitis und Scrophulosis der Kinder.)
- IV. Sandow's brausenden Salze: Brom, Bromeisen, Chinineisencitrat, Jodazinsalz, Karlsbad, Ems, Vichy etc.
Sandow's kohlensauen und kohlensauen Eisen-Bädern, Ersatz für Nauheim.
- V. Pilul. sanguinal. Krewel. cum Kresot., Guajacolcarbonat., Extr. rhei, Chinin., Jod., Arsen. etc.
Pastill. angin. asept. Bergmann, Hals- und stomach. Magenkauphabletten.

Animale Lympe

Reine Retrovaccine, stets frisch und sicher wirkend.

1/5 Tube für	1 Impf.	= M. 0.50
1/4 " "	2-3 " "	" " 0.75
1/2 " "	10-12 " "	" " 1.50
1/1 " "	20-25 " "	" " 2.50
" "	50 " "	" " 4.50
" "	100 " "	" " 8.-

Bei öfterem Bedarf auf Wunsch Jahresrechnung. Versandt zu jeder Jahreszeit.

Institut für animale Lympe von
G. Aehle Nachfolger, Lübeck.
Unter staatlicher Aufsicht stehend.
Telegramm-Adresse: „Löwen-Apotheke“.

Verlag von
URBAN & SCHWARZENBERG
Wien und Berlin.

Seeben erschien:
Ohrenheilkunde
von
Dr. VICTOR URBANTSCHITSCH,
a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität u. Vorstand d. Abtheilung f. Ohrenkranke an d. allgem. Poliklinik in Wien.
Vierte, neu bearbeitete Auflage.
Gr. 8. XII u. 594 S. m. 77 Holzschn. u. 8 Taf.
Preis: K 14.40 = M. 12.— geheftet,
K 16.— = M. 14.— gebunden.

Offerire Rassehunde

Collies (schottische Schäferhunde), **Arridale Terrier**, **Bulldoggen** (Zwergpinscher u. Zwergspitze eignen sich als Damenhunde) von 35 Mark bis 300 Mark, **Rattenpinscher**, **Wolfspitze**, **Foxterrier** von 20 Mark bis 150 Mark je nach Alter, Schönheit, Leistung und Prämierung. Auf Wunsch liefere alle Arten Rassehunde, Hühner, Kanarienvögel u. s. w. Versandt von lebenden Thieren ins Ausland nur gegen vorherige Einsendung des Betrages. — Eingegangene Dank- und Empfehlungsschreiben über gelieferte Thiere stehen zu Diensten. Bei Anfragen bitte Retourmarke beizulegen.

H. BROCK, Eythra, Bezirk Leipzig
(Deutschland).

Serravallo's China-Wein mit Eisen.

Für Reconvalescenten und Blutarme von ärztlichen Autoritäten bestens empfohlen.
Wird seines vortrefflichen Geschmacks wegen besonders von Kindern und Frauen sehr gerne genommen.
Vielfach prämiirt. Ueber 1000 ärztliche Gutachten. — Auf Wunsch erhalten die Herren Aerzte Literatur und Proben franco und unentgeltlich.

J. Serravallo, Apotheker, Triest-Barcola.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Einige Worte über eine sehr selten zu beobachtende krankhafte Complication der Gravidität. Von Professor Dr. LUDWIG KLEINWÄCHTER. — Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand. Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus. Von Dr. ROMOLO POLACCO. — **Referate.** H. WESTPHALEN (St. Petersburg): Die chronische, spastische Obstipation. — SCHLEICH (Berlin): Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs. — CIPOLLINA (Berlin): Ueber die Oxalsäure im Organismus. — WIESSNER (Luckau): Ein Fall von doppelseitiger Luxatio manus dorsalis. — BOAS (Berlin): Ueber occulta Magenblutungen. — CELLI (Rom): Die neue Prophylaxe der Malaria im Latium. — SPENGLER (Davos): Unter welchen Voraussetzungen desinficiren Formalindämpfe? — ENGELHARDT (Jena): Untersuchungen über den Fettgehalt des menschlichen Blutes. — JENŐ KOLLARITS (Budapest): Beitrag zur Kenntniß der anatomischen Grundlage der Muskeldystrophie. — **Literarische Anzeigen.** Studien zu einer Physiologie des Marsches. Von Prof. Dr. ZUNTZ und Oberstabsarzt Dr. SCHUMBURG. — Öffentliche Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf Desinfection. Bearbeitet von Privatdocent Dr. TH. WEYL, mit Beiträgen von Hafenanzt Dr. NOCHT und Director Dr. SCHWARZ. — **Feuilleton.** Beiträge zur socialen Medicin. Von Dr. MAX KAMANE in Wien. VI. — **Kleine Mittheilungen.** Zimmtsäuretherapie bei Tuberculose. — Aspirin in der Augenheilkunde. — Hedonal. — Das Protargol zur CREDE'schen Augeneinträufelung. — Creosotal und Duotal bei nichttuberculösen Erkrankungen der Respirationsorgane. — Die Cerebrospinalmeningitis bei Kindern mit wiederholten Lumbalpunktionen behandelt. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congreß für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) VIII. — 30. *Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) VIII. — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Das „Graubuch“ der Aerzte Oesterreichs. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Einige Worte über eine sehr selten zu beobachtende krankhafte Complication der Gravidität.

Von **Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter.**

Die Fälle, in denen trotz Erkrankung des inneren Abschnittes des Genitalsystemes Gravidität eintritt, sind bekanntlich durchaus nicht selten. Wie relativ häufig beobachten wir nicht Gravidität bei von früher her bestehenden Neoplasmen des Uterus, wie bei Carcinom und Myomen. In gleicher Weise verhält es sich bezüglich der Neoplasmen des Ovariums, namentlich der Ovarialcysten. Daß Gravidität sogar auch bei eiterigen Entzündungen des Adnexes erfolgen kann, hat zuerst H. MITCHIE („Pregnancy complicated by suppuration within the pelvis.“ „Brit. Gyn. Journ.“, 1895, Bd. XI, pag. 160) und dann ROBERT HLAVACEK („Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eiterigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarter Organe.“ „Monatsschr. für Geb. und Gyn.“, 1897, Bd. VI, pag. 327) nachgewiesen. Bekannt ist es weiterhin, daß selbst Residuen vorausgegangener Entzündungen des Beckenbindegewebes, auch wenn sie sehr umfangreich sind, den nachfolgenden Eintritt einer Gravidität nicht unbedingt unmöglich machen müssen, wie dies, um nur zwei Beispiele hervorzuheben, die Fälle von HUGGENBERGER („Bericht aus dem Hebammeninstitut“, pag. 17) und FELSENRICH („Dystokie durch eine parametranne und peritoneale Exsudatschwiele.“ „Wiener med. Wochenschr.“ 1889, Nr. 22), zeigen. Schließlich bezeugen die nicht vereinzelt vorkommenden Fälle von

Graviditätseintritt nach vorausgegangener operativer Uterusfixation im Wesen das Gleiche.

Ganz anders dagegen verhält es sich mit den Entzündungen der inneren Sexualorgane (ausgenommen die Vagina) und des Beckenbindegewebes, die zu einer bestehenden Gravidität hinzutreten.

Diese Entzündungen kommen so selten vor, daß sie in den Hand- und Lehrbüchern entweder ganz totgeschwiegen oder nur mit so wenigen Worten oberflächlich gestreift werden, daß sich daraus entnehmen läßt, der betreffende Autor habe nie einen einschlägigen Fall selbst beobachtet.

FRITSCH und BANDL, von denen der erstere das Capitel „Uterus“ und letzterer das Capitel „Tuben, Ligamenta, Beckenperitoneum und Beckenbindegewebe“ vor 13 Jahren im BILLROTH-LUECKE'schen Handbuche der Frauenkrankheiten bearbeitete, sprechen mit keinem Worte von einem Hinzutreten einer Entzündung der genannten Organe und Gewebe zu einer bestehenden Schwangerschaft. Das Gleiche gilt von DÖDERLEIN, von dem der Abschnitt „Uterus“ im jüngst erschienenen VEIT'schen „Handbuch der Gynäkologie“ herrührt. Ebenso wenig berührt v. ROSTHORN, der in diesem Handbuche die Erkrankungen des Beckenbindegewebes in wahrhaft classischer Weise beschreibt, auffallender Weise dieses Thema auch nur mit einem Worte. Bezüglich der gangbaren Lehrbücher der Gynäkologie muß dasselbe gesagt werden. Ebenso totgeschwiegen wird dieses Thema in den jetzt benützten geburtshilflichen Lehrbüchern.

Eine Ausnahme machen nur das 1888/1889 erschienene, von PETER MÜLLER herausgegebene Handbuch der Geburtshilfe und das von OLSHAUSEN-VEIT verfaßte (ehemals SCHRÖDER'sche) Lehrbuch der Geburtshilfe (Auflage 1899).

Bezüglich der Perimetritis sagt VEIT in dem erwähnten P. MÜLLER'schen Handbuch (II., pag. 1), daß eine solche

frische in der Schwangerschaft nicht vorkomme. Eine Ursache für wirkliche acute Perimetritis sei in der Schwangerschaft nur dann vorhanden, wenn es sich etwa um gleichzeitiges Vorkommen von Tumoren im Uterus oder besonders der Ovarien handle. Von diesen könne in der Schwangerschaft, ebenso wie auch sonst, die Form der Perimetritis ausgehen, die von SCHEFFNER als gutartige beschrieben wurde, etc. Alle stärkeren Grade plötzlicher Erkrankung des Beckenperitoneums seien im höchsten Grade verdächtig auf Ruptur extrauteriner Fruchtsäcke oder eines geschwängerten rudimentären Hornes. Die bekannten drei letal verlaufenen Fälle HÖRDER'S und LEOPOLD'S von Peritonitis in der Schwangerschaft („Archiv f. Gynäk.“, 1877, XI., pag. 391) hält er für nichts anderes als heftige Steigerung früher überstandener Perimetritis. Daß endlich durch Infection mit pathogenen Organismen bei der Untersuchung von Schwangeren neben directer Erkrankung des Genitalcanales auch eine septische Peritonitis entstehen könne, hält er nicht für zweifelhaft. Die anderen Arten der Peritonitis in der Schwangerschaft, die, in der Umgebung des Uterus vor sich gehend, ebenso zustande kommen können wie bei den Nichtschwangeren, wie z. B. die Perforationsperitonitis, will er als nicht hieher gehörig gar nicht erwähnen. Entzündliche Prozesse des Uterus sind in der Schwangerschaft nach ihm nicht sicher nachgewiesen, und er verzichtet daher auf eine Schilderung der Metritis gravidarum.

In demselben Bande dieses Handbuches (auf pag. 879) spricht sich P. MÜLLER im IX. Abschnitte „Die Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ über die Peritonitis bloß dahin aus, daß sie nur selten während der Schwangerschaft auftritt und ihr Einfluß auf letztere von ihrer Ursache, Intensität und ihrem langsameren oder schnelleren Verlauf abhängt, jedoch nicht immer. Im Allgemeinen sei der Einfluß ein ungünstiger, indem fast regelmäßig die Schwangerschaft unterbrochen werde. Andererseits übe aber auch die Schwangerschaft einen ungünstigen Einfluß auf die Peritonitis aus und laufe letztere um so häufiger letal aus, je weiter die erstere vorgeschritten sei. Ein acutes Auftreten der Parametritis schein in der Schwangerschaft viel seltener vorzukommen als bei der Perimetritis.

Im OLSHAUSEN-VEIT'schen Lehrbuche äußert sich (auf pag. 478) VEIT, der unter anderen Capiteln auch das über „Metritis“ und „Perimetritis“ in der Schwangerschaft liefert, theilweise im Gegensatz zu seinen Anschauungen vor 12 Jahren dahin, daß die Entzündung des Parenchyms der schwangeren Gebärmutter selbst jedenfalls sehr selten sei. Bezüglich der Perimetritis tritt er gegenüber seinen früheren etwas verschwommenen Anschauungen jetzt mit der richtigen, decidirt ausgesprochenen auf, daß der stark hyperämische Zustand, in dem das den Uterus überziehende Peritoneum während der ganzen Schwangerschaft verharrt, keine Neigung habe, in entzündliche Formen überzugehen, so lange eine Infection fehlt. Ueberhaupt seien deutliche Perimetritiden oder allgemeine Peritonitiden in der Schwangerschaft ganz selten und kämen nur vor, wenn sie durch eclatante Ursachen — Infection (besonders bei criminellem Abort), Austritt von Eiter aus den Tuben, Uterusrupturen u. dgl. — bedingt seien.

Mit dem Mitgetheilten ist Alles das erschöpft, was sich in der Literatur über das Hinzutreten von Entzündungen des Uterus, seiner Adnexen und des Beckenbindegewebes bei Gegenwart von Gravidität angeführt findet. Wie oben bereits erwähnt, zählen nach VEIT ganz richtig alle diese Pelveoperitonitiden und allgemeinen Peritonitiden, die bei den Schwangeren ebensogut wie bei den Nichtschwangeren auftreten können, nicht hieher. Zu diesen gehören beispielsweise der Fall von W. J. Gow („Peritonitis ante partum“, „Edinb. med. Journ.“, Juni 1888. „Centralbl. f. Gyn.“, 1889, pag. 103), in dem eine Schwangere intra partum infolge einer traumatischen Peritonitis starb, der von FREES („Ein primärer

paranephritischer Absceß in der Schwangerschaft.“ Centralbl. f. Gyn.“, 1893, pag. 963), indem infolge eines paranephritischen Abscesses, wahrscheinlich entstanden infolge einer schweren Verletzung, eine allgemeine, letal endende Peritonitis eintrat, der Fall, den ich vor Jahren in diesen Blättern veröffentlichte, in dem es bei einer typhuskranken Schwangeren zur Perforation und consecutiv zu allgemeiner, letal auslaufender Peritonitis kam u. s. w.

Vergebens suchte ich in der Literatur nach Mittheilung von Fällen, in welchen die früher gesunde Schwangere von einer Parametritis befallen wurde. Ich konnte keinen finden.

Ich forschte deshalb nach solchen Fällen, weil mir vor nicht langem einer unter die Hände kam, der, wie es mir scheint, der einzige in seiner Art ist.

Dieser Fall ist nachstehender:

Prot.-Nr. 7292. 13. Juni 1900. N. N., 28jährige, 8 Jahre bereits verheiratete Frau, die zwei Geburten überstanden die letztere, vor 4—5 Jahren, ist angeblich im 3. bis 4. Monate gravid und soll die letzte Menstruation Mitte März 1900 gehabt haben. Seit 8 Wochen leidet die Frau an unregelmäßig auftretenden heftigen Metrorrhagien unter gleichzeitigen Schmerzen im Schoße, der Kreuzbein- und der linken Unterbauchgegend, die in das linke Bein ausstrahlen. Es besteht angeblich Harndrang und ist das Harnlassen schmerzhaft. Auch der Stuhlgang ist angeblich schmerzhaft. Es soll Constipation bestehen.

Der Befund am Abend des oben erwähnten Tages war folgender:

Die mäßig gut genährte Kranke ist etwas anämisch, die Körpertemperatur beträgt 37.4°. Der Uterus ist vergrößert und überragt dessen Fundus die Symphyse um 2 Querfinger. Die Vaginalportion ist beinahe ganz verstrichen, der äußere Muttermund etwas eröffnet. Der Uterus fühlt sich wohl wie ein gravid an, aber so fest und hart wie bei Gegenwart einer Wehe. Er ist fixirt, namentlich in der Gegend des inneren Muttermundes. Leichte Versuche, ihn passiv zu bewegen, rufen heftige Schmerzen hervor. Links neben dem Uterus, in der Höhe des inneren Muttermundes und höher oben, ist in ziemlich weitem Umfange eine festere Resistenz zu fühlen, die keine harten umschriebenen Grenzen darbietet, sondern allmählig, gegen die Peripherie hin, verschwindet. Das Gleiche, aber in geringerem Umfange findet sich links neben dem Uterus. Nach vorne zu, hinter der Symphyse, tastet man deutlich eine umschriebene harte Stelle von der Größe einer wälschen Nuß. Der Douglas fühlt sich nicht normal an, sondern etwas vorgewölbt, infiltrirt, härter. Leichter Druck auf die härteren Stellen erzeugt starke Schmerzen. Blutabgang ist nicht da.

Nach dem Befunde mußte die Diagnose Parametritis, ohne Zweifel complicirt mit Perimetritis bei bestehender Gravidität am Ende des 3. oder am Beginne des 4. Graviditätsmonates und angeregte vorzeitige Wehentätigkeit, wahrscheinlich infolge des bestehenden Entzündungsprocesses, gestellt werden.

Da es sich bei der Seltenheit des Falles darum handelte, zu bestimmen, ob der entzündliche Proceß, schon von früher her bestehend, in die Gravidität hineinreichte oder erst während letztere zustande gekommen sei, wurde die einschlägige Anamnese nach dieser Richtung noch eingehend eruiert. Nach den Angaben der Kranken und deren Gatten war die Frau vor dem Graviditätsbeginne vollkommen gesund. Ein etwa während der Gravidität stattgefundenes Trauma, das vielleicht als ätiologisches Erkrankungsmoment hätte gedeutet werden können, wurde von der Kranken und deren Gatten geleugnet. Anhaltspunkte, die vielleicht auf einen vorausgegangenen Schwangerschaftsunterbrechungsversuch hingewiesen hätten, lagen gleichfalls nicht vor. Einschlägige Fragen wurden entschieden verneint und lagen, nach den Verhältnissen zu schließen, Verdachtsmomente nach dieser Richtung nicht vor. Auch der Brief des Hausarztes an mich, der die Krankengeschichte der Frau enthielt, sprach sich gegen einen solchen Verdacht aus.

Die Kranke stand 14 Tage hindurch in meiner Behandlung. Ich schlug ein möglichst expectatives Verfahren ein und ging nur insoweit, als es nöthig war, symptomatisch vor. Ich ließ die

Kranke, die früher zeitweilig herumgegangen war, die strengste Bettruhe einhalten, reichte *Viburnum prunifolium*, um die vorzeitige Wehentätigkeit zu bekämpfen, gegen die heftigen Schmerzen ließ ich Vaginalkugeln mit Ichthyol und etwas Morphium einlegen, erregende Umschläge appliciren und sorgte mittels leichter salinischer Aperientien für eine regelmäßige Darmfunction. Nach 4—5 Tagen ließ das abendliche, nicht einmal bis 38° angestiegene Fieber nach und beruhigte sich die Wehentätigkeit, so daß sich wieder eine Vaginalportion bildete. Am 2., 7. und 8. Behandlungstage gingen einige Blutstropfen per vaginam ab. Nach und nach milderten sich die Schmerzen und ebenso schwand allmählig der Harndrang. Die Exsudate nahmen ebenfalls nach und nach an Umfang ab. Als das Fieber dauernd geschwunden, ließ ich die Kranke einige warme Vollbäder gebrauchen.

Außere Verhältnisse zwangen die Kranke am 27. Juni 1900 aus meiner Behandlung zu treten und in ihre Heimat zurückzukehren. Bei der Entlassung waren die Exsudate wohl noch nicht zur Gänze geschwunden, aber gegen früher bedeutend reducirt, namentlich die im Douglas und links, sowie die rechts neben dem Uterus gelagerten. Anfangs September theilte mir der Hausarzt mit, die Exsudate seien Mitte Juli gänzlich resorbirt gewesen. Die Schwangerschaft schreite ungestört weiter und sei die Frau vollständig genesen. Wie ich später von dem Hausarzte erfuhr, gebar die Frau rechtzeitig ohne Schwierigkeiten eine reife lebende Frucht und überstand das Puerperium ganz normal.

Nach dem ersten Befunde und dem Krankheitsverlaufe zu schließen, lag zweifelsohne eine Parametritis, complicirt mit einer Perimetritis, die nach Angabe des Hausarztes in der 5. bis 6. Schwangerschaftswoche einsetzte und bis in die 17. bis 18. anhielt, vor. Ob die Blutungen, die vom Erkrankungsbeginne an durch 8 Wochen hindurch bestanden, thatsächlich sehr heftig waren, ließ sich nachträglich nicht mehr feststellen. So lange ich die Kranke unter den Augen hatte, waren die sich einigemal wiederholenden Blutabgänge ganz unbedeutend. Ausgesprochen dagegen war die vorzeitig sich einstellende Wehentätigkeit, die mehrere Tage anhielt, wie dies die verstrichene und später sich wieder bildende Vaginalportion erwies. Das geringe Fieber mit einem Temperaturmaximum von nicht einmal 38° hatte die Wehentätigkeit gewiß nicht vorzeitig angeregt, wohl aber die Exsudation um den Uterus. Letztere war es wahrscheinlich, die im Beginne der Erkrankung Metrorrhagien hervorrief, die dann späterhin, als die Setzung des Exsudates bereits beendet war, aufhörten und sich weiterhin nur noch spurenweise wiederholten. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß nicht vielleicht noch ein anderes Moment da war, das den Eintritt der Blutung begünstigte oder gar direct hervorrief, von dem noch später Erwähnung gemacht werden soll.

Unwillkürlich wirft sich die Frage auf, wodurch diese seltene Erkrankung zustande kam. Daß ihr eine Infection zugrunde lag, ist nach unseren heutigen Anschauungen selbstverständlich. Von wo aus aber diese Infection stattfand, ließ sich nachträglich nicht mehr sicherstellen, da keine ausgesprochenen Anhaltspunkte nach dieser Richtung hin vorlagen. Irgend eine entzündliche Affection von früher her, von der aus sich die Exsudation im Becken hätte erklären lassen, war nicht da, ebensowenig fand früher ein Trauma statt. Unwillkürlich, wenn auch die Verhältnisse der Kranken dafür keinen Anhaltspunkt boten, drängte sich der Gedanke auf, daß die Entzündung auf einen artificiellen Schwangerschaftsunterbrechungsversuch, resp. auf eine hiebei stattgefundene Infection zurückzuführen gewesen sei, und paßten zu dieser Annahme theilweise, wenn nicht vielleicht zur Gänze, die früher dagewesenen und so lange Zeit andauernden Metrorrhagien.

Der mitgetheilte Fall erweist die Unrichtigkeit der oben angeführten Ansicht VEIT'S, daß eine frische Perimetritis in der Schwangerschaft nicht vorkomme. Sie kann ebenso vorkommen wie eine frische Parametritis. Ist die Para- und Perimetritis keine allzuschwere, kommt es nachträglich zu

keiner Eiterbildung, so kann, selbst wenn die Entzündung eine ausgebreitete ist und sich bereits vorzeitig Wehen einstellen, die Schwangerschaft ununterbrochen bleiben, wie dies der mitgetheilte Fall deutlich erweist. Dieser Fall liefert ein neuerliches Beispiel dafür, wie tolerant zuweilen der gravide Uterus ist. Trotz den Blutungen, trotz den in weitem Umfange gesetzten Exsudaten, trotz dem Fieber und trotz den vorzeitig eingetretenen Wehen, die so bedeutend waren, daß die Vaginalportion zum Verstreichen kam und sich der Muttermund eröffnete, kam es dennoch nicht zur vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung, und trug die Schwangere ihre Frucht bis zum normalen Graviditätsende aus. Nebenbei sei noch erwähnt, daß sich mir auch diesmal wieder das *Viburnum prunifolium* als ein ausgezeichnetes Mittel bewährte, die vorzeitig eingetretene Wehentätigkeit vollständig zu calmiren.

Aus dem Ospedale Maggiore zu Mailand.

Diagnostische und therapeutische Versuche über den Abdominaltyphus.

Von **Dr. Romolo Polacco.**

(Schluß.)

Die von mir bei dem Gebrauche der Ichthyolbäder stets constatirten Thatsachen kann ich in den folgenden Sätzen recapituliren.

I. Herabsetzung der Temperatur um 0.5—1—2°.

II. Beträchtliche Verminderung der Pulsfrequenz. (Dabei muß ich bemerken, daß, wenn man die Messung des Pulses gleich nachdem der Kranke aufs Bett gelegt und während dessen Abtrocknung vornimmt, man viel höhere Zahlen erhält, als wenn man den Puls eine Viertelstunde später mißt.)

III. Deutliche Verringerung der Athmungsfrequenz bei gleichzeitiger größerer Tiefe der Respiration. Diese Verringerung erreicht oft 10 Athemzüge in einer Minute und darüber, und muß mit derselben Vorsicht ermittelt werden, die man bei der Messung des Pulses anwendet.

IV. Abnahme des Blutdruckes, der mit dem Sphygmomanometer gemessen wird. Diese Abnahme, die gewöhnlich 30 Mm. erreicht, öfters jedoch diese Ziffer übersteigt, hält mehrere Stunden, zuweilen auch den ganzen, dem Bade folgenden Tag an.

V. Erniedrigung der sphygmographischen Linie, der sphygmomanometrischen Druckabnahme entsprechend.

Die beobachteten Wirkungen waren:

1. Mehr minder deutlich hervortretendes Verschwinden der Dämpfungstellen, Verminderung oder Aufhören von Bronchialathmen, der feuchten, nicht consonirenden Rasselgeräusche, welche auf Partien von Lungenatelektase deuten, bei welchen gewöhnlich die Dämpfung stärker zu werden, die Athmung den Bronchialcharakter und das Rasseln die Consonanz anzunehmen pflegt und so zur hypostatischen Pneumonie Veranlassung gibt.

2. Ruhiger, tiefer, erquickender, gewöhnlich mehrere Stunden, manchmal sogar die ganze dem Bade folgende Nacht anhaltender Schlaf.

Die Anzahl der meinerseits jedem Kranken verabreichten Bäder wurde von der Schwere des Falles und der Wichtigkeit der einzelnen Erscheinungen bestimmt. In keinem Falle jedoch benötigte ich mehr als 6 Bäder, die einen um den anderen Tag verabreicht wurden, während in den meisten Fällen schon nach 2 oder 3 Bädern der Zustand des Kranken ein derartiger war, daß das Bad entbehrt werden konnte.

Dabei hatte nicht nur kein Kranker an Furunculosis, Decubitus oder Bronchopulmonalzufällen zu leiden, sondern es wurden in manchen Fällen unerwartete, vortheilhafte Nebenwirkungen erzielt. Unter anderen will ich den Fall einer

35jährigen, fettleibigen Dame hervorheben, die seit mehreren Monaten an einer nach dem gynäkologischen Befunde keineswegs von localen Erkrankungen des Geschlechtsapparates abhängenden Metrorrhagie zu leiden hatte. Diese Metrorrhagie, die einer Reihe von inneren Mitteln und einer Unzahl von heißen Vaginaleinspritzungen getrotzt, hörte nach dem ersten Ichthyolbade auf, wiederholte sich während der ganzen Krankheit nicht mehr und machte einer Reihe von regelmäßigen Menstruationen Platz.

Den Beweis, daß dies keine bloße Zufälligkeit war, lieferte mir eine andere Kranke aus der Privatpraxis, bei welcher eine Retroversio uteri mit hinterer Perimetritis so lästige Symptome von Uterinalcongestion gegeben hatte, daß die Frau behauptete, im Unterleibe einen dicken, pulsirenden Körper zu fühlen. Auch hier verschwanden die Congestionserscheinungen nach einem jeden Ichthyolbade, um dann infolge der momentan nicht beseitigten localen Zustände nach und nach wieder zum Vorschein zu kommen.

In welcher Art diese neue Anwendungsweise des Ichthyols zu wirken vermag, kann ich und will ich noch nicht näher bestimmen, trotz der großen Menge schon veröffentlichter und noch immer erscheinender Arbeiten, die diesem Mittel außer der antiseptischen, schon von berühmten Bacteriologen⁴⁹⁾ ihm zuerkannten Wirkung, noch eine fast spezifische Heilaction gegen das Kleinfieber⁵⁰⁾ zuerkennen, so daß DE-RENZI⁵¹⁾ sich zu der Aeußerung veranlaßt sieht, daß „wenn bei einem mit den Erscheinungen des Kleinfiebers behafteten Kranken das Ichthyol wirkungslos bleibt (2—8 Kapseln täglich), man mit großer Wahrscheinlichkeit an einen diagnostischen Fehler denken muß.“⁵¹⁾ Andere Arbeiten von GÜNTHER⁵²⁾ und SOLT⁵³⁾, der 9 Fälle von Typhus anführt, die von einer böartigen Epidemie herstammten und von ihm mittels Anwendung von 3—12 Ichthyolpillen täglich, oder 5—20 Tropfen Ichthyol mit Aq. Menth. pip. aa. partes aequales in etwas Wasser 3mal täglich zu nehmen, behandelt wurden, erhalten durch die Forschungen BIEDERT'S⁵⁴⁾ neue Bekräftigung, welcher bei Besprechung der Darmantiseptik sich in folgender Weise äußert:

„Manche erzielen den Zweck mit Abführmitteln; Ricinusöl, Kalomel sind zeitweise von merklichem Nutzen, denn sie bewirken gleichfalls durch Eliminirung der Infection die Darmdesinfection. Rascher, schonender und greifbarer thut das die Darmreinspülung mit Ichthyollösung etc.“

Und weiter: „Ich streife nur die Möglichkeit, durch Hemmung der schon im Dünndarm beginnenden Zersetzung und Entzündungsvorgänge (Bismuth, Ichthoform, die neuen Tanninabkömmlinge, Bismuthosite), sowie durch Förderung der Resorption (vielleicht Ichthyol, Pancreon) der schließlich drohenden Katastrophe vorzubeugen.“

Es wäre daher nicht unmöglich, daß die Ichthyolbäder eine directe antiseptische Wirkung haben könnten, da Autoren, wie NEUHAUS⁵⁵⁾ und RÜTIMAYER⁵⁶⁾ und neulich CURSCHMANN, in dem aus den Roseolen entnommenen Blute eine reiche Menge Bacillen fanden.

⁴⁹⁾ Vide: a) FESSLER: Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infectionskrankheiten (München 1891). — b) LATTEUX: Recherches bacteriologiques sur les propriétés antiseptiques de l'Ichthyol („Bull. et Mém. de la Société de Médecine“, Clermont, Daix Frères, 1892). — c) ABEL: Ueber die antiseptische Kraft des Ichthyols („Centralbl. f. Bacteriologie u. Parasitenkunde“, 1893, Nr. 13).

⁵⁰⁾ „Kleinfieber“, wird auch Fieber des Mittelländischen Meeres, Pseudotyphus, neapolitanisches Fieber, Malta-Fieber, typhoides Sumpffieber genannt.

⁵¹⁾ DE-RENZI E., Nota sull' Ittiolo in medicina („Nuova rivista clinico-terapeutica“, Nr. 8, Agosto 1900).

⁵²⁾ Eine interessante und treffliche Wirkung des Ichthyols („Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“, Nr. 8, 1892).

⁵³⁾ SOLT, Ichthyol beim Typhus („Die ärztliche Praxis“, Nr. 1, 1901).

⁵⁴⁾ J. BIEDERT, Ueber Ernährung und Ernährungsstörungen, Gastrectasie u. Colitis („Die Therapie der Gegenwart“, Nr. 1, 1901).

⁵⁵⁾ „Berlin. klin. Wochenschrift“, Nr. 6 u. 44, 1896.

⁵⁶⁾ „Centralbl. f. klin. Medicin“, Nr. 9, 1897.

Wollte ich nun die Möglichkeit einer inneren Desinfection durch das Ichthyol und Ichthoform, welche sich eigentlich aus meinen umfangreichen Versuchen ergibt, auf sich beruhen lassen, auch die Möglichkeit einer desinficirenden Wirkung durch die Haut, die von vielen Autoren⁵⁷⁾ bewiesen worden ist, nicht annehmen, so würde die günstige Wirkung der Ichthyolbäder, wie mich manche der bisher angestellten Versuche glauben lassen, durch eine echte Leukocytose, die dann eine größere phagocytische Wirkung hervorbringen würde, zu erklären sein. Es ist meine Absicht, die Versuche darüber fortzusetzen. Einstweilen möge die Thatsache genügen, daß die Ichthyolbäder für mich bei der Behandlung des Abdominaltyphus ein so mächtiges Hilfsmittel waren, daß ohne dasselbe mehrere sehr schwere Fälle zu einem glücklichen Endresultate nicht gediehen wären.

Um meine therapeutischen Versuche zu vervollständigen, hätte ich auch den von JEZ in Wien⁵⁸⁾ dargestellten Antityphusextract, über welchen EICHHORST⁵⁹⁾ sich kürzlich im günstigen Sinne geäußert, gerne versuchen wollen; allein abgesehen von dem hohen Preise dieses Präparates, das aus Kaninchen gewonnen wird und dessen Gebrauch übrigens andere ergänzende Curen nicht entbehrlich macht und beläufig 70 Lire für jeden einzelnen Pat. kostet, hat mich das Urtheil von KOSSEL⁶⁰⁾, wonach die thermometrischen Curven der 18 Fälle von JEZ mit denjenigen anderer Fälle identisch sind, die dieser spezifischen Cur nicht unterzogen waren, und mehr noch von dem Gebrauche dieses Mittels die Thatsache abgehalten, daß ich einige, die jüngsten Veröffentlichungen EICHHORST'S betreffenden Anmerkungen der Züricher Klinik persönlich in Augenschein nehmen konnte, aus welchen hervorging, daß die Angaben KOSSEL'S der Wahrheit entsprechen.

Die Endurtheile, die ich aus meiner Arbeit, aus meinen zahlreichen und umfangreichen klinischen und bakteriologischen Versuchen zu ziehen berechtigt bin, kann ich in den fünf folgenden Sätzen zusammenfassen, i. e.:

I. Bei der Diagnose des Abdominaltyphus kann die bacterioskopische Untersuchung der Faeces äußerst wichtige Anhaltspunkte liefern, insofern als erstere in den ersten Tagen der Krankheit schon eine sichere Diagnose gestattet, wo die serumdiagnostische Reaction noch nicht verwerteth werden kann.

II. Als Abdominaltyphus können jene Fälle nicht angesehen werden, in welchen — bei beständigem Negativbleiben der serumdiagnostischen Reaction — die bakteriologische Untersuchung der Faeces nicht ausgeführt wurde.

III. Es ist eine Pflicht der heutigen Klinik, bei der Behandlung des Abdominaltyphus die veraltete symptomatische Therapie zu verlassen und die Causalbehandlung, d. h. die Darmantiseptik anzuwenden, da die bakteriologischen Forschungen die Möglichkeit dieser Antiseptik beweisen.

IV. Als bestes Darmantisepticum, sowohl wegen seiner Unschädlichkeit und Wirksamkeit, als auch wegen seiner fast spezifischen Wirkung auf den Abdominaltyphus ist vorzugsweise das Ichthoform anzusehen.

V. Um den Verlauf der Krankheit abzukürzen, um den Kranken Stunden und Nächte der Linderung und des Wohls zu verschaffen, um überhaupt Complicationen seitens der Bronchien, Lungen und der Haut zu vermeiden, muß man zu Ichthyolbädern seine Zuflucht nehmen.

⁵⁷⁾ Dr. C. BECK u. Dr. BELA V. FENYVESSY, „Ueber die Resorption des Ichthyols durch die Haut.“ Bruxelles, H. Lamartin, Ed. 1899.

⁵⁸⁾ „Wiener medicin. Wochenschrift“, 1898, Nr. 8.

⁵⁹⁾ „Therapie der Gegenwart“, Nr. 1, 1901.

⁶⁰⁾ LANDAU, „Die Serumtherapie“, 1900, pag. 39.

Referate.

H. WESTPHALEN (St. Petersburg): Die chronische. spastische Obstipation.

Die spastische Obstipation findet sich vorzugsweise bei neurotischen, hysterischen und neurasthenischen Personen, häufig bei Individuen mit ptotischen Bauchorganen. Das Wesen der spastischen Obstipation besteht in der Zurückhaltung fester Kothmassen durch Darmabschnitte, welche dieselben in Contraction festhalten und die Fortbewegung hemmen statt sie zu bewirken. Bei der reinen spastischen Obstipation entspricht die abgesetzte Kothmenge der eingeführten Kost; die Entleerung der Fäcalien ist eine erschwerte, sie findet unter starker Anwendung der Bauchpresse statt. Nach dem Stuhlgange besteht daher starkes Unbehagen, die Kranken sind erschöpft, haben Kopfweh und Schwindel. Es besteht die Empfindung eines unvollkommen abgesetzten Stuhles, im Gegensatz zu atonischen Obstipation. Die Fäces haben nahezu normale Consistenz, eigenthümlich zähe Beschaffenheit; sie sind gewöhnlich finger- bis bleistift dick, länglich, schmal, zuweilen abgeplattet; vielfach abgerissen, manchmal canalirt, klebrig und schmierig. Manche Patienten, die an spastischer Obstipation leiden, haben das Bedürfnis, mehrmals (3—8mal und mehr) am Tage Stuhl abzusetzen, „fragmentäre Stuhlentleerung“. Zu den häufigsten Klagen solcher Patienten gehört ein eigenthümliches Unbehagen um den Nabel herum, seltener ein richtiger Schmerz, das von der Nahrungsaufnahme unabhängig, sich nach der Defäcation verstärkt oder erst dann entsteht. — Der Darm zeigt in der Regel einen mittleren Gasfüllungszustand; fast regelmäßig begegnen wir einem localen Meteorismus, der palpatorisch und percutorisch feststellbar ist. Durch Palpation gelingt es auch, Darmschlingen als in Contraction befindlich zu erkennen, durch Percussion häufig die davor gelegene Darmpartie als aufgetrieben zu bestimmen. In der Cöcalgegend findet man gewöhnlich einen eigenthümlich weich-elastischen Wulst, der durch leises Streichen unter Auftreten gurrender Geräusche unter den Fingern verschwindet, um nach einigen Minuten wieder von neuem aufzutreten. Weniger charakteristische Resultate gibt die Percussion, welche locale Tympanie anzeigen kann, zumeist im Bereiche der rechten, noch häufiger der linken Flexur. Sehr oft besteht Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomens oder einzelner Theile desselben. Als besonders druckempfindlich erweist sich gewöhnlich die Cöcalgegend, namentlich aber eine der Lage des Ganglion aorticum sympathici entsprechende Stelle in Nabelhöhe, links neben dem Nabel.

Die spastische Obstipation ist auf eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit der sensiblen Darmnerven zurückzuführen, die reflectorisch einen tonischen Contractionszustand der Darmmuskulatur hervorruft und dadurch die Fortschaffung des Darminhaltes nicht fördert, sondern hemmt. Die gesteigerte Erregbarkeit dürfte als Aeußerung des nervösen functionellen oder organischen Grundleidens anzusehen sein. (B. kl. Wochenschr., 1901, Nr. 20.)

Therapeutisch ist rationellerweise zunächst das Grundleiden zu bekämpfen. Man sieht die spastische Obstipation daher oft während einer Bettliegecur oder einer Masteur von selbst verschwinden. Verschlimmerung des primären Leidens führt andererseits Verschlimmerung der spastischen Obstipation herbei. Daher erscheint die Ordination von Mineralwassertrinkeuren contraindicirt. Außerdem kommt die Hydrotherapie in Betracht. Massage erscheint W. contraindicirt. (Verf. befindet sich hierin im Widerspruche mit einer Reihe namhafter Autoren. Ref.) Sehr gut bewähren sich in der Behandlung der spastischen Obstipation Oelklystiere und das regelmäßige Trinken kleiner Oelmengen. Abführmittel sind contraindicirt; Opium- und Belladonnapräparate sind gelegentlich empfehlenswerth, für längeren Gebrauch jedoch kaum geeignet. BR.

SCHLEICH (Berlin): Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwüres.

Von der richtigen Anschauung ausgehend, daß das Ulcus cruris nicht heilt, weil die secundäre plasmatische Ueberfüllung der Haut- und des Unterhautzellgewebes und die daraus resultirende Bindegewebsclerose (induratives Oedem, Elephantiasis) Circulations-

verhältnisse schaffen, die der Heilung eines Geschwüres nicht zuträglich sind, hat SCHLEICH eine Behandlungsmethode erdacht, bei welcher nicht das Geschwür, sondern die ganze hyperplastische Extremität den Angriffspunkt bildet. Die Angaben SCHLEICH'S lauten folgendermaßen („Ther. d. Gegenw.“, 1901, 1):

Nach vorheriger gründlicher Waschung der Extremität mit Seife und Wasser und Entfernung aller Krusten wird der ganze Unterschenkel, von den Zehenansätzen bis unterhalb der Patella mit Ausnahme des Geschwüres in ziemlich dicker Schichte mit der SCHLEICH'schen Peptonpasta bestrichen.

Die Zusammensetzung derselben ist folgende:

Rp. Pepton. sicc. (WITTE),
Amyli,
Zinc. oxydat. aa. 20·0
Gummi arab. subill. pulver. 40·0
Lysol gutt. XV.
Ol. Meliss gutt. V.
Aqu. destill. qu. s. ut fiat pasta mollis.

Der continuirliche Peptonverband hat den Zweck, die Extremität gleichmäßig zu comprimiren und der plasmatischen Ueberfüllung der Gewebe dauernd entgegenzuwirken, und hat gegenüber anderen comprimirenden Verbänden den Vortheil der Porosität und Reizlosigkeit.

Das Geschwür wird mit Glutolserum bestreut und mit einem Bauschen Krüllgaze bedeckt, dann werden die Grenzen des Peptonanstriches an den Zehen, unterhalb der Patella und in der Nähe des Geschwüres mit schmalen Wattestreifen geschützt (ähnlich wie bei einem Gypsverband), und endlich wird die Extremität ganz exact, ohne jede Faltung von den Zehen bis hinauf zum Knie mit 2 Cambricbinden von 10 Mtr. Länge und 8 Cm. Breite, von unten nach oben eingewickelt und schließlich 2 gestärkte Gazebinden unter kräftigem Zug angelegt. Mit diesem Verband können die Leute herumgehen, Betruhe ist nur bei größeren Geschwüren mit starker Jauchung nothwendig. Der Verbandwechsel wird jeden 5. bis 6. Tag vorgenommen, entweder durch Aufschneiden mit der Gypsscheere oder nach vorherigem Aufweichen im Bade. Kommt es zum Stillstand in der Epidermisirung, dann werden THIERSCH'sche Transplantationen vorgenommen. Auch nach Heilung des Geschwüres muß der comprimirende Peptonverband circa 14 Tage noch getragen werden, worauf erst zur Flanellbindeneinwicklung übergegangen wird. Auch später ist, so oft die Verdickung des Unterschenkels eintritt, der Peptonverband anzuwenden. Wenn im Laufe der Behandlung an dem Geschwüre Pyocyaneus erscheinen sollte, dann sind Umschläge mit essigsaurer Thouerde für einige Tage zu verordnen.

Diese Behandlungsmethode hat dem Verf. in keinem einzigen Falle versagt und hat ihm die üblichen operativen Eingriffe bei größeren Geschwüren (Venenresection, Circumcision des Geschwüres) erspart. ERDHEIM.

CIPOLLINA (Berlin): Ueber die Oxalsäure im Organismus.

C. hat auf Veranlassung SALKOWSKI'S einerseits den Gehalt verschiedener Nahrungsmittel an Oxalsäure festgestellt, andererseits der Organe des Körpers („Berl. kl. Wschr.“ 1901, Nr. 20). Ersteres geschah in der Idee, daß die an Oxalsäure reichsten Organe auch als Bildungsstätte der Oxalsäure zu betrachten seien. Die Lösung dieser Aufgabe hat nicht nur physiologisches, sondern auch therapeutisches Interesse.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen lauten:

Die menschlichen und thierischen Organe enthalten kleine Mengen von Oxalsäure, am meisten die Milz (abgesehen von der Thymusdrüse, die für den Erwachsenen nicht in Betracht kommt).

Der Gehalt der Organe an Oxalsäure ist gering, aber er ist im Ganzen doch etwa 10mal so groß, als das Maximum der 24stündigen Ausscheidung durch den Harn.

Die Milz, vielleicht auch die Leber und Muskeln, sind imstande, aus Harnsäure durch Oxydation Oxalsäure zu bilden.

Der Gehalt mancher Nahrungsmittel an Oxalsäure ist so groß, daß er bei der Ernährung von Individuen, die an durch die Oxalsäure verursachten Störungen leiden, in Betracht kommt. B.

WIESSNER (Luckau): Ein Fall von doppelseitiger Luxatio manus dorsalis.

Das seltene Vorkommen traumatischer Luxationen des Handgelenks ist begründet in dem außerordentlich festen Gefüge des die an sich ziemlich weite Gelenkkapsel umgebenden Bandapparates, der auf der Außenseite besonders durch das von der Spitze des Processus styloideus radii zum Os naviculare ziehende Ligamentum laterale externum, auf der Innenseite durch das noch stärkere Ligamentum laterale internum, welches vom Processus styloideus ulnae zum Os triquetrum sich erstreckt, auf der Dorsalseite durch die Ligamenta rhomboidea recta und obliqua gebildet wird. Hiezu kommt noch der Schutz, den das Handgelenk durch die zahlreichen über dasselbe hinlaufenden Streck- und Beugeschnen erhält. Diese Verhältnisse geben dem Gelenk bei einer sehr großen Beweglichkeit eine bedeutende Sicherheit gegen Lageveränderungen der knöchernen Gelenktheile, und so kommt es, daß bei Gewaltwirkungen auf die Hand viel leichter ein Abreißen der unteren Radiussepiphyse, die typische Radiusfraktur, erfolgt, als daß eine Luxation entsteht.

W. beschreibt einen Fall doppelseitiger Luxation bei einem 14jährigen Knaben („Deutsche med. Wschr.“, 1900, Nr. 20), welcher während der Turnstunde beim Ueben des sogenannten halben Riesenschwunges im Stadium des Rückwärtsschwingens mit seinen Händen von der Reckstange abgeglitten und mit ausgestreckten Händen auf den Fußboden der Turnhalle gestürzt war. Beide Hände erschienen bajonettartig gegen den Vorderarm abgeknickt. Bei der Palpation war die gegen die Vola manus vorspringende Gelenkfläche des unteren Radiusendes deutlich abzutasten, der Processus styloideus radii stand unter dem Os naviculare, der Durchmesser des Gelenks vom Dorsum nach der Vola war um das Doppelte vergrößert. Die Beugeschnen waren gespannt und unter der Haut strangförmig sichtbar, ähnlich verhielten sich die Strecksehnen. Bewegungen im Handgelenk waren unmöglich, die Finger befanden sich in Beugestellung und konnten activ gar nicht, passiv nur in geringem Maße gestreckt werden.

Die Reposition gelang ohne Narkose leicht durch Zug und Gegenzug und directen Druck auf den Carpuskopf. G.

BOAS (Berlin): Ueber occulte Magenblutungen.

Blutungen der Magenschleimhaut kommen in zweierlei Formen vor, als schwere Gastrorrhagien und als kleine, aus Capillaren, Geschwüren oder ulcerirenden Geschwülsten stammende Hämorragien. In beiden Fällen kann das Blut seine normale Farbe behalten oder kaffeesatzartige Färbung annehmen. Handelt es sich um minimale Blutungen, dann tritt, besonders in saurem Medium, keine erkennbare Aenderung des Mageninhaltes ein („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 20). In solchen Fällen ist zum Blutnachweise die Guajacprobe die brauchbarste; man muß aber stets frisch bereitete Guajactinctur verwenden. Man schüttelt die ätherische Lösung nach Hinzufügen von Guajactinctur und Terpentinöl mit Wasser und Chloroform aus und läßt das Gemisch längere Zeit stehen. Am zweckmäßigsten ist für die Untersuchung auf latente Magenblutungen der mittels der Sonde so schonend als möglich entnommene Mageninhalt. Weniger geeignet ist das Erbrochene. B. fand in einer Serie von 83 untersuchten Fällen drei Gruppen Krankheitsfälle, in denen Blutungen constant fehlen, Neurosen, Gastritis anacida, Hyperaciditas, Hypersecretion und gutartige Ektasie; Fälle, in denen gelegentlich Blutungen vorkommen, Ulcus, Duodenalstenose, Lues ventriculi; Affectionen mit immer wieder sich findendem Blutgehalt, Magencarcinom, stenosirende Gastritis. Die occulten Magenblutungen entwickeln sich unter drei Bedingungen: Beim Geschwür, bei Tumoren mit Neigung zu Ulcerationen und bei starker Stauung. Die occulten Magenblutungen können eine wesentliche Unterstützung unserer bisherigen diagnostischen Methoden liefern, so z. B. bei der Unterscheidung zweifelhafter Fälle von Ulcus ventriculi gegenüber Magenulcerationen. Wir haben in den occulten Magenblutungen vielleicht die wichtigste Quelle des Carcinommarasmus zu erblicken; solche Kranke verbluten sich gewissermaßen tropfenweise. Aus den Angaben von B. ergibt sich

auch ein neuer therapeutischer Gesichtspunkt. Es obliegt uns in Zukunft die Aufgabe, der so häufigen kleinen parenchymatösen Blutungen in einer irgend erreichbaren Weise Herr zu werden. Bl.

CELLI (Rom): Die neue Prophylaxis der Malaria im Latium.

C. berichtet über die Erfolge seiner prophylaktischen Maßnahmen gegen die Malaria, die sich auf den Schutz des Bahnpersonales mehrerer Eisenbahnstrecken in sehr gefährdetem Gebiete erstreckten („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 20) und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, daß die Malaria nicht mehr ansteckend ist, wenn die Häuser vor dem Eindringen der Stechmücken geschützt sind. Mit der mechanischen Prophylaxis der Malaria und durch Schutz der Häuser und der bloßen Körpertheile sei praktisch ein großer Schritt nach vorwärts gemacht worden, besonders für die Eisenbahnbeamten und Wärter in Malariagegenden. Dr. S—.

SPENGLER (Davos): Unter welchen Voraussetzungen desinfectiren Formalindämpfe?

Als Erfordernisse für die Wirksamkeit der Formalindämpfe bezeichnet S. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 20) einen gewissen Feuchtigkeitsgehalt der Testobjecte und eine entsprechende Temperatur des Desinfectionsraumes; bei Zimmertemperatur ist die Wirksamkeit der Dämpfe viel geringer als bei 25° und darüber. Die Objecte dürfen ferner nicht bloß oberflächlich angefeuchtet sein, sondern müssen auch ganz durchfeuchtet werden. Die Desinfectionskraft der Formalindämpfe hängt auch ab von dem Sättigungsgrad des betreffenden Raumes mit Wasserdampf und der Ventilation; im hermetisch geschlossenen Raume erleidet sie angeblich eine Einbuße. Nach der Erfahrung S.'s bietet keine der bisher bekannten Desinfectionsmethoden die Sicherheit, Tuberkelbacillen im getrockneten Auswurf abzutöden. Mit vollkommener Sicherheit werde dieses Ziel erst bei Verwendung sauren Formalins (mit einem Gehalt von 0.5—1% Ameisensäure) erzielt, „wenn im Desinfectionsraume eine Temperatur von 25° oder darüber herrscht, und wenn die Infectionsstoffe vollkommen durchfeuchtet sind und unter dem Einflusse der Dämpfe bis zur Eintrocknung Wasser abgeben.“ Dr. S—.

ENGELHARDT (Jena): Untersuchungen über den Fettgehalt des menschlichen Blutes.

Die Frage der fettigen Degeneration der Organe ist durch neuere Arbeiten in ein neues Stadium getreten. Man ist von der Anschauung zurückgekommen, daß das Fett bei der fettigen Degeneration aus Eiweiß sich bilde. So fand z. B. ROSENFELD, daß die Fettleber bei Phloridzinvergiftung auf Fetteinwanderung beruhe. Es lag nach der Ansicht E.'s nahe anzunehmen („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, Bd. 70, H. 1 u. 2), daß ähnliche Verhältnisse wie beim Hungerthiere, dessen Blutgehalt gegenüber der Norm erhöht ist, auch bei consumirenden Krankheiten bestehen. Verf. unternahm daher Fettbestimmungen im Blute kräftiger und kachektischer Personen. Das Blut wurde durch Venenpunction aus der Vena mediana entnommen, und zwar Morgens nüchtern, um den Fettgehalt vom Einflusse der Nahrung unabhängig zu machen. Alle Analysen wurden nach der gleichen Methode ausgeführt. Es gibt recht beträchtliche individuelle Schwankungen. Man findet im Mittel bei kräftigen Personen einen Fettgehalt von 0.194%. Das Mittel bei 5 kachektischen Personen (Phthise- und Carcinomkranken) betrug 0.174%; es bestand also keine Erhöhung des Fettgehaltes. N.

JENÖ KOLLARITS (Budapest): Beitrag zur Kenntniß der anatomischen Grundlage der Muskeldystrophie.

Es handelte sich um einen zehnjährigen Knaben, der an pseudohypertrophischer Form der progressiven Muskeldystrophie litt. Das Anfangsstadium seiner Krankheit war nicht bestimmt feststellbar („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, Bd. 70, H. 1 u. 2). Seit

länger als zwei Jahren war der Knabe vollkommen unbehilflich, und unfähig zu gehen. Im klinischen Bilde ist Sehnenretraction hervorzubeben.

Die Section zeigte fettige Degeneration eines Theiles der Muskeln, Atrophie derselben und einzelne hypertrophische Fasern, im Ganzen also das gewöhnliche Bild der Dystrophie.

Im Nervensystem fand K. Verbreiterung des Canalis centralis, Faserarmuth der LISSAUER'schen Zone und der um den centralen Canal herum sich befindenden Substantia grisea centralis und der vorderen und rückwärtigen grauen Commissuren sowie der CLARK'schen Columnen, welche Faserarmuth im Halstheile anfang und im oberen Lumbaltheile endigte. In den vorderen Hörnern ist diese Faserlichtung weniger ausgeprägt. Die Ganglienzellen sind hier intact in Bezug auf ihre Structur, ihrer Größe nach aber bleiben sie hier sowohl wie auch im oberen Lumbaltheile stark zurück.

Zieht man diese Veränderungen in Betracht, dann muß es auffallen, daß der größte Theil der Abnormitäten mit dem bei Dystrophie beobachteten Muskelzustande nicht in Einklang steht. Vielleicht ist die Kleinheit der motorischen Zellen des Rückenmarks von Bedeutung, die K. als fehlerhaften Entwicklungsproceß auffaßt.

B.

Literarische Anzeigen.

Studien zu einer Physiologie des Marsches. Von Prof. Dr. Zuntz und Oberstabsarzt Dr. Schumburg. Berlin 1901, August Hirschwald.

Eines der interessantesten Bücher liegt in dem ersten Bande der dem preußischen Generalstabsarzt ALVIN VON COLER zu seinem 70. Geburtstage überreichten „Bibliothek v. COLER“ vor. Zahlreiche Militärärzte, aus den Reihen der Sanitätsofficiere hervorgegangene Professoren, sowie solche Aerzte und Universitätslehrer, die mit dem Sanitätscorps in naher Berührung stehen, haben sich zusammengethan und ihre wissenschaftliche Arbeit daran gesetzt, um dem verdienten Neubegründer des deutschen Militärsanitätswesens zu seinem 70. Geburtstage eine kostbare, kaum irgendwo ihresgleichen findende Gabe darzubringen. Und der erste Band dieser Bibliothek ist gleichzeitig ein höchst willkommenes Geschenk für die Wissenschaft

selbst. In nur wenigen Büchern findet man ähnlich reiche Anregung, und nur wenige Bücher können von sich mit gleichem Rechte wie das vorliegende von sich sagen, daß auf Grund des in ihnen dargelegten Materiales sehr viele andere Arbeiten entstehen werden, und daß jedes einzelne Capitel dem denkenden Leser neue Arbeitswege weist. Ueberall treten die von den Verf. auf Grund eigener Versuche gewonnenen Anschauungen in den Vordergrund, und auch dort, wo ältere Methoden besprochen werden, geschieht dies auf Grund eigener Erprobung und interessirt durch die geschickten Aenderungen und Anpassungen an gegebene Verhältnisse. An Arbeitsergebnis und an Ausblicken in künftige Arbeitsgebiete reich, wird das Buch sowohl dem Militärarzte wie auch dem Officiere, in Sonderheit aber dem Physiologen bei seiner Weiterarbeit werthvolle Dienste leisten.

FE.

Oeffentliche Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf Desinfection. Bearbeitet von Privatdocent Dr. Th. Weyl, mit Beiträgen von Hafnarzt Dr. Nocht und Director Dr. Schwarz. Mit 57 Abbildungen im Text. Jena 1900, Gustav Fischer.

Das vorliegende Buch bietet wohl eines der besten in der deutschen Sprache erschienenen Zusammenstellungen aller auf die Seuchenbekämpfung Bezug habenden öffentlichen Maßnahmen; daran schließt sich eine ausführliche Besprechung der Desinfectionsmittel und Desinfectionsverfahren. Das Buch bespricht in der bei WEYL bekannten, stets von Literaturnachweisen unterstützten klaren Schreibart im ersten Theile die Leichenschau, Meldewesen, Leichentransport, Verbote von Märkten und Volksversammlungen, Schließung öffentlicher Bäder und Schulen, Vertilgung der Ratten, Anordnung von Quarantänen und Krankenhauszwang, Bereitstellung von Isolirbaraken, Verkehrsbeschränkungen, öffentliche Belehrung, öffentliche bacteriologische Untersuchungsanstalten und Schutzimpfung, gibt fernerhin eine sehr willkommene Uebersicht über die besonderen bei den einzelnen Infectionskrankheiten nothwendigen Maßregeln und beschäftigt sich im zweiten Theile mit der praktischen Anwendung der Desinfectionsmittel. In der Hand jedes einzelnen Arztes wird das Buch gute Dienste leisten; es ist nicht bloß für beamtete Aerzte bestimmt, sondern soll auch dem praktischen Arzt bei der täglich an ihn herantretenden Frage nach entsprechender Desinfection Aufklärung und Anleitung geben.

r.

Feuilleton.

Beiträge zur socialen Medicin.

Von Dr. Max Kahane in Wien.

VI.

Bei der außerordentlichen Tragweite, welche das gesunde, normale, d. h. im Dienste der Fortpflanzung stehende Sexualleben für die Wohlfahrt des Individuums und im weiteren Sinne auch der Nationen und Staaten besitzt, fallen der socialen Medicin gerade auf diesem Gebiete, besonders bedeutungsvolle, aber auch besonders schwer zu lösende Aufgaben zu. Für das Auge des kundigen Beobachters zeigen sich zahlreiche Uebelstände auf dem Gebiete des sexualen Lebens, welche in den verschiedenen Culturstaaten mehr oder minder intensiv zu Tage treten, und zwar im allgemeinen um so intensiver, je weiter die Civilisation fortgeschritten ist, je mehr sie sich der Hypercivilisation nähert. Wenn auch nicht jene entsetzliche grauenhafte Entartung sich geltend macht wie im römischen Weltreiche zur Zeit seines Niederganges, so darf andererseits nicht außer Acht gelassen werden, daß damals nur die Reichsten und Mächtigsten die Vertreter einer unglaublichen Unsittlichkeit und Ausschweifung waren, während in unserer Zeit größere Bevölkerungsschichten betroffen erscheinen, was daraus erklärlich ist, daß die Fortschritte der Cultur den großen Massen immer zugänglicher werden und damit auch alle die Schäden, welche die Verfeinerung der Lebensform mit sich bringt, ihre Wirkung entfalten können.

Will man den sittlichen Zustand einer Nation beurtheilen, so bieten, falls es sich um ein Culturvolk handelt — Kunst und Literatur die verlässlichsten Maßstäbe. Eine Betrachtung derselben zeigt, daß das erotische Element namentlich in den Darbietungen der Bühne und der schönen Literatur einen breiten Raum einnimmt, daß die Culturmenschheit eine ganz außerordentliche Vorliebe für sinnenkitzelnde Darstellungen auf der Bühne und in den die Hauptmasse der literarischen Nahrung bildenden belletristischen Erzeugnissen an den Tag legt. Aber es ist nicht eine gesunde, in normalen Bahnen sich bewegende Erotik, welche eine derartige Anziehungskraft ausübt, wie sie in den Liedern Anakreons und der besten deutschen Minnesänger, ja auch noch in den derbkräftigen Geschichten BOCCACCIO's sich äußert, sondern es geht ein krankhafter Zug durch die moderne erotische Literatur, die alles Kräftige, Natürliche und Einfache verbannt und in einer Verherrlichung der Prostitution, allerdings in einer Prostitution verfeinerter Art ihren Gipfelpunkt erreicht, oder könnte die unglaubliche Anziehungskraft, welche französische Ehebruchsdramen und Ehebruchsromane mit ihrer Verherrlichung unproductiver Sexualbethätigung auf alle Gebildeten und Halbgebildeten ausüben, anders erklärt werden, als in einem Zuge der Zeit, die nach ungesunder Erotik ein intensives Verlangen zeigt? Kein Denker wird es als einen reinen Zufall betrachten, daß gerade in Frankreich, wo der Stift des Zeichners und die Feder des Dichters fast ausschließlich der überreizten Lüsterheit geweiht sind, auch die Zunahme der Bevölkerung eine abnorm geringe ist, und die größten Befürchtungen für die Zukunft des Landes erweckt. Auch hier wäre es gefehlt, die frivole Literatur und Kunst als alleinige Ursache dieser Erscheinung hinzustellen, sondern es ist das üppige Empor-

2*

wuchern ungesunder Erotik in Bild und Wort, ein sehr wesentlicher Maßstab für die beginnende Zersetzung, für die Einwirkung der Culturtoxine, die sich überall dort bilden, wo die Entwicklung und Differenzirung der Gesellschaft einen bestimmten Höhepunkt erreicht, bezw. überschritten hat. Das siegreiche Vordringen der erotischen Pikanterie und Frivolität bei anderen Nationen, welche früher als Horte der Sittlichkeit galten, zeigt, daß sich auch hier mit der Verfeinerung des Geschmackes und der Lebensformen eine zunächst die oberen Gesellschaftsschichten betreffende Zersetzung geltend macht. Hier muß die sociale Medicin, deren Gegenstand die Krankheiten des gesellschaftlichen Organismus sind, ihre wichtigste Aufgabe darin sehen, all diese Schäden, welche die Zukunft der Culturvölker ernstlich bedrohen, zu erkennen und nach Kräften zu ihrer Bekämpfung beizutragen.

Soll dieses Ziel erreicht werden, welches in einer Gesundung des Sexuallebens besteht, d. h. in der Herbeiführung eines Sexuallebens, das in erster Linie im Dienste der Fortpflanzung steht, so müssen vorerst die bestehenden Schäden auf diesem Gebiete bloßgelegt werden, denn nur einen Feind, den man gründlich kennt, kann man gründlich besiegen. Als die wesentlichsten und bedeutungsvollsten Schäden des Sexuallebens kommen in Betracht: die Masturbation, die Maßnahmen zur Verhütung der Conception namentlich in der Ehe und die sexuelle Perversität. Diesen drei Hauptschädlingen des Sexuallebens begegnen wir überall dort, wo Nationen degeneriren, wo die Bevölkerung statt natürlicher Progression Stillstand oder gar Abnahme zeigt.

Ueber die Masturbation ist schon vieles geschrieben und gesprochen worden, doch sind auch hier wie auf so vielen anderen Gebieten die Beobachter in sehr wesentlichen Punkten nicht einig. Während die Einen geradezu furchtbare Schilderungen, die der Phantasie eines Höllen-Breughel Ehre machen würden, von den Folgen der Masturbation entwerfen, erblicken andere in ihr einen fast physiologischen, nahezu unschädlichen Vorgang. Die Wahrheit liegt hier in der Mitte, und der müßige Streit wäre überflüssig gewesen, wenn man sich daran erinnern würde, daß auch hier das individuelle Moment wesentlich in Betracht kommt, wenn man sich auch ferner die wichtige Thatsache vor Augen halten würde, daß die sogenannte excessive Masturbation nicht so sehr Ursache, als Folge, bezw. Ausdruck einer Degeneration ist. Vom Standpunkt der socialen Medicin ist die ganz außerordentliche Verbreitung der Masturbation ein Moment von großer Bedeutung. Liegen auch keine verlässlichen Statistiken auf diesem Gebiete vor, so kann man doch sagen, daß wohl die große Mehrheit der heranreifenden Jugend in mehr oder minder intensivem Grade der Masturbation huldigt. Dies gilt sowohl für das männliche als auch für das weibliche Geschlecht, wenn auch bei letzterem aus äußeren und inneren Gründen der Nachweis schwer zu führen ist. Ebenso wichtig ist die Thatsache, daß die Masturbation sehr oft in einem frühen Lebensalter, d. h. noch lange vor Beginn der Pubertätsperiode betrieben wird. Es ist ein weitverbreiteter, aber nicht genug zu bekämpfender Irrthum, daß das frühe Kindesalter sexuell indifferent ist; man könnte sagen, daß gerade das Gegentheil richtig ist, daß nämlich die Neugier und das Interesse selbst kleiner Kinder in intensiver Weise auf Vorgänge des sexuellen Lebens sich richten. Auf den genannten Irrthum hin wird auch viel gesündigt, sowohl von Eltern als ganz besonders von Personen, die mit der Pflege, Wartung und Erziehung der Kinder betraut sind. Es würde ein Eingehen auf dieses Thema zu weit führen, jedenfalls ist es sicher, daß die stets rege Neugierde und auch Phantasie der Kinder sich auf sexuelle Vorgänge richtet, und daß ihre weiche, eindrucksfähige Psyche oft schon ganz früh und zum schwersten Schaden für die Weiterentwicklung durch sexuelle Gedanken und Vorstellungen vergiftet wird. In jüngster Zeit hat ein geistvoller, psychologisch tiefgründiger Neurologe — S. FREUD — auf die hohe Bedeutung sexueller Vorgänge, bezw. sexueller Traumen im Kindesalter für die Entstehung der schweren Neurosen hingewiesen. Es ist kein Zweifel, daß durch die unbeabsichtigte oder beabsichtigte frühzeitige Erweckung sexueller Regungen auch der Keim zu frühzeitiger und excessiver Masturbation gelegt wird, wenn dieser Keim auf einen empfänglichen Boden fällt. Da eine frühzeitige und intensive Ma-

sturbation gerade für das spätere Auftreten von Neurasthenie (bei bestehender Veranlagung) ein wesentlicher Factor ist, und da die Neurasthenie eine schwere Socialkrankheit darstellt, deren häufiges Auftreten als ein sicheres Zeichen der Degeneration eines Volkes zu betrachten ist, so tritt auch die Bedeutung der Masturbation vom Standpunkt der socialen Medicin deutlich zu Tage. Mag man auch über Art und Grad der Schädlichkeit der Masturbation schreiten, sicher ist, daß sie unter allen Umständen einen Schaden für das Individuum und bei ihrer außerordentlichen Verbreitung einen Schaden für die menschliche Gesellschaft mit sich bringt. Eine wesentliche Schädigung liegt darin, daß nicht nur das der Masturbation ergebene Individuum in seinem körperlichen, ethischen und intellectuellen Functionen geschädigt wird, sondern daß stärkere Masturbation auch zu frühzeitiger Abschwächung oder Aufhebung der Zeugungsfähigkeit führt, oder eine Nachkommenschaft producirt wird, welche die Stigmen der Entartung an sich trägt. Wer sich daran gewöhnt hat, in der Masturbation die Befriedigung seiner sexuellen Triebe zu suchen, wird kaum den Muth und die Energie finden, welche zur Gründung einer Familie erforderlich sind, er wird nichts zur Regeneration der Menschheit beitragen, sondern als verdorrter Ast vom Baume des Lebens abfallen. Das Problem der wirksamen Bekämpfung der Masturbation und damit auch der Beseitigung der Schäden, welche sie hinsichtlich der Regeneration der Menschheit mit sich bringt, ist eine Aufgabe, an deren Lösung Pädagogie und Medicin in gleichem Maße mitwirken müssen. Es fehlt auch keineswegs an rationellen Vorschlägen auf diesem Gebiete, aber bisher ist nur Weniges erreicht worden, weil eben die Aerzte dem Gegenstande nicht die Aufmerksamkeit zuwenden, die ihm gebührt, weil sie sich die Ideen der socialen Medicin nicht zu eigen gemacht haben und nur in der individuellen Behandlung bereits vorhandener Krankheiten ihre Aufgabe erblicken. Wäre jeder Arzt sich seiner Aufgabe auf diesem Gebiete bewußt, so könnte Großes erreicht werden, allerdings erst nach Ueberwindung großer Vorurtheile, die hier vielfach herrschen. Rationelle Erziehung von frühesten Jugend an, Anleitung zur Arbeit, Pflege des Körpers im Sinne einer rationellen Abhärtung wären zweifellos von segensreichster Wirkung bei der Bekämpfung der Masturbation, wenn sie nicht bloß Schlagworte blieben, sondern sinnvoll ins Werk gesetzt würden.

Die gegenwärtig so weit verbreiteten Maßnahmen zur Verhütung der Conception sind ein ebensolcher Krebschaden wie die Verbreitung der Masturbation, sie hängen auch ihrem Wesen nach innig mit dieser zusammen. Die Schäden, welche diese Maßnahmen für das Nervensystem des männlichen und weiblichen Theiles mit sich bringen, die daraus resultirende Zerrüttung und Untergrabung des Familienlebens, welche schließlich zur Unterwühlung des gesammten Organismus führt, haben vielfach beredete Schilderung gefunden, und auch hier wäre nur zu wünschen, daß die Aerzte — die berufenen Führer und Lehrer der Menschheit auf allen Gebieten der Volksgesundheit — ihre Prüderie ablegen und ihre Pflegebefohlenen mit allem Nachdruck über die schweren Folgen, die der präventive Geschlechtsverkehr mit sich bringt, aufklären und belehren. Hier handelt es sich meist um Angehörige der gebildeten Stände, die berufen sind, geistige Führer der Nation zu sein und deren Regeneration für das Staatsleben von wesentlicher Bedeutung ist. Das so oft gehörte Argument, daß der präventive Verkehr in der Ehe aus socialen Gründen nothwendig sei, weil es aus materiellen Gründen nicht möglich sei, eine zahlreichere Nachkommenschaft zu erhalten, ist nur auf den ersten Blick unanfechtbar, vor Allem stellt es selbst ein Zeichen der Schwäche und Degeneration dar, weil es ein Ausdruck der Furcht vor dem gesteigerten Daseinskampfe ist, dem kein Muthiger ausweichen darf. Hier hat der Dichter der „Fécondité“ so mächtige flammende Worte gesprochen, daß denselben kaum etwas hinzugefügt werden könnte.

Was nun die sexuelle Perversion betrifft, so kommt ihr bei allem speciell psychiatrischen und culturhistorischen Interesse gerade vom Standpunkte der socialen Medicin eine geringere Bedeutung zu. Typische sexuelle Perversion ist ein Zeichen schwerer Degeneration des betreffenden Individuums und immerhin kein so

häufiges Vorkommen, daß dadurch der sociale Organismus wesentlich geschädigt wird. Solche Individuen interessieren vor Allem den Irrenarzt und den Strafrichter. Immerhin ist die größere Häufigkeit der angeborenen, namentlich aber der erworbenen Perversitäten ein Zeichen der Entartung von Nationen und Racen und von diesem Standpunkte aus von Interesse. Die Hauptaufgabe der socialen Medicin auf dem Gebiete des Sexuallebens liegt jedoch unter allen Umständen in der Bekämpfung, bezw. Verhütung der Masturbation und des präventiven Geschlechtsverkehrs.

Kleine Mittheilungen.

— Einen Beitrag zur Casuistik der **Zimmtsäuretherapie bei Tuberculose** liefert aus der Heilanstalt Alland JULIUS POLLAK („Wiener klin. Woch.“, 1901, Nr. 9). P. benützte zu seinen Untersuchungen das von der Firma Kalle & Comp. hergestellte Hetol (zimmtsäures Natron). Bezüglich der Methode hielt er sich streng an die von LANDERER angegebenen Vorschriften. Die Behandlung wurde bei 51 Kranken mit uncomplicirter Lungentuberculose, bei 8 Patienten, bei denen Kehlkopftuberculose, und 5, bei denen Darmtuberculose mit der Lungenkrankheit combinirt war, durchgeführt. Von diesen Kranken waren 61 Patienten der Heilanstalt, die neben der Zimmtsäurebehandlung die Anstaltscur durchmachten, 3 Fälle wurden ambulatorisch behandelt; diese waren von besonderer Wichtigkeit, da bei ihnen die Anstaltsbehandlung entfiel; die drei Patienten gingen im Verlaufe der ganzen Behandlung ihrem Berufe ohne jedwede Störung nach. Zu den Versuchen wurden Kranke in allen Stadien der Tuberculose ausgewählt, von der einseitigen Spitzenaffection angefangen bis zu doppelseitigen Cavernen. Solche, die im Verlaufe ihrer ganzen Krankheit fieberfrei waren, neben solchen, die selten, und anderen, die constant fieberten. Was die 5 Patienten mit Darmtuberculose betrifft, wurde bei keinem ein nennenswerthes Resultat erzielt. Wohl muß bemerkt werden, daß vier derselben an einer weit vorgeschrittenen Lungentuberculose litten. Viel günstigere Resultate lieferten die Beobachtungen bei Kehlkopftuberculosen. Im Ganzen wurden 9 Fälle von Kehlkopftuberculose der Zimmtsäurebehandlung unterzogen. Bei einigen derselben ist die Heilung oder Besserung der Kehlkopftuberculose der Zimmtsäurebehandlung zuzuschreiben. In einigen Fällen wirkten die Injectionen direct antipyretisch, indem sie die Temperatur um einige Zehntel Grade herabsetzten. Bemerkenswerth ist ferner, daß in einigen Fällen die Expectoration wesentlich erleichtert wurde, in wenigen umgekehrt die Menge des Auswurfes abnahm oder der Husten verschwand. Besonders auffallende Nebenerscheinungen sah man bei keinem Kranken, vielleicht bei einigen im Anfange etwas Müdigkeit und Abgeschlagenheit in den Gliedern. Auch trat während der zahlreichen Injectionen nie eine Hämoptoe im unmittelbaren Anschlusse an die Behandlung auf. Das Ergebnis der P.'schen Untersuchungen lautet: Von reiner Lungentuberculose ohne jedwede Complication gelangten im Ganzen 48 Fälle zur Beobachtung; von diesen wurden in Abgang gebracht: 66·7% als wesentlich gebessert, 20·8% als gebessert, 10·4% als ungeheilt, 2·1% als gestorben. Somit wurde bei den mit Zimmtsäure behandelten Kranken bei 87·5% ein Erfolg erzielt.

— Ueber **Aspirin in der Augenheilkunde** berichtet Prof. B. WICHERKIEWICZ („Wochenschr. der Therapie und Hygiene des Auges“, 1900, 8. Nov.). Es gelangte zur Anwendung bei Conjunctivitis chronica, Iritis und Iridocyclitis, bei Skleritis und seröser Uveitis, auch bei Glaukoma acutum. Ferner erwies sich das Aspirin erfolgreich bei Neuralgien des Trigemini. Bei diesen Augenleiden können wir von der Anwendung des Aspirins nur dann Erfolg erwarten, wenn sie auf rheumatische Basis zurückzuführen sind. Die gewöhnliche Dosis betrug 1—2 Grm. täglich.

— Ueber **Hedonal** berichtet SCHLÜTER („Deutsche med. Woch.“, 1900, Nr. 48). Das Hedonal wurde in der Irrenanstalt Gehlsheim bei 11 Kranken in 90 Einzeldosen angewendet. Die Gaben betragen nie mehr als 3 Grm., nur in einem Falle wurden 2mal 2 Grm. in einem halbstündigen Zwischenraum gegeben. Die gewöhnliche Dosis war 2 Grm., die höchste Tagesdosis 5 Grm. Das Pulver

wurde meist in warmem Wasser oder warmer Milch verabreicht, seltener in Rothwein; es wurde in allen Fällen gern genommen, doch handelte es sich um Patienten, die auch bei anderen Medicamenten in der Regel keine Schwierigkeiten machten. Die Nahrungsaufnahme litt niemals während des Gebrauches, auch traten keine anderweitigen Darmerscheinungen ein. Die bisherigen Erfahrungen scheinen dazu aufzufordern, die Versuche fortzusetzen, und zwar besonders die Erfahrung, daß bei großen Dosen (3·0) der erhoffte Erfolg nie ganz ausblieb, und ferner, daß auch bei hohen Dosen irgend welche unangenehme Erscheinungen nicht beobachtet wurden. Es läßt sich noch nicht sagen, bei welchen Fällen von Schlaflosigkeit das Mittel besonders angezeigt sein könnte; empfehlen würde es sich aber jedenfalls, das Hedonal nicht lange Zeit hindurch fortzugeben, sondern es gelegentlich durch andere Schlafmittel zu ersetzen.

— Das **Protargol hat zur CREDE'schen Augeneinträufelung** ENGELMANN verwendet („Centralbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 1). In circa 80% der Fälle trat entweder überhaupt keine Secretion ein oder dieselbe war nur ganz gering und stets am 2. Tage erloschen. Daß auch die antiseptische Wirkung des Mittels in der angewendeten Concentration (20%) eine genügende ist, beweist der Umstand, daß der Procentsatz der Gonokokken-Blennorrhöen unter den ersten 1000 Fällen denjenigen der früheren Jahre nicht übertrifft (2:1000). Auf dem Congresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft wurde darauf aufmerksam gemacht, daß bei unrichtiger Herstellung des Mittels höchst unangenehme Reizwirkungen auftreten können. Wenn das Protargol warm bereitet oder gar gekocht wird, so tritt Zersetzung ein, es spaltet sich Silber ab, und die Folge ist Wirkungslosigkeit einerseits und Reizwirkung andererseits. Dasselbe tritt ein, wenn die Lösungen längere Zeit dem Lichte ausgesetzt oder mit Metall in Berührung gebracht werden. „Es ist deshalb von der größten Wichtigkeit, daß die Protargollösungen von guter Beschaffenheit sind“ (NEISSER).

— Ueber die Wirkung von **Creosotal und Duotal bei nicht-tuberculösen Erkrankungen der Respirationsorgane** berichtet E. TOFF („Deutsche Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 1). T. bespricht die guten Erfolge, welche man bei verschiedenen acuten Lungenaffectionen, wie Pneumonie, Bronchopneumonie und Bronchitis, durch die Anwendung des Creosot- und Guajacolcarbonats erzielen kann. Auch chronische, nicht tuberculöse Lungenkrankheiten werden durch das Creosotal in günstigster Weise beeinflusst. Bei Kindern ist die Anwendung eines 3—5%igen Creosotalleberthrans zu empfehlen und nehmen ganz kleine Kinder 0·15—0·5 Grm., größere 0·5—1·5 Grm. Creosotal pro die. Erwachsenen gibt man 8—10 Grm. Creosotal oder 2—3 Grm. Duotal innerhalb 24 Stunden, am besten in Emulsio amygdalina. Duotal wurde in Dosen von 2—3 Grm. täglich auch bei Abdominaltyphus angewendet. Die fäulnißhemmende Wirkung des Guajacolcarbonats im Darmcanal ist von verschiedenen Forschern, wie SEIFERT, HÖLSCHER und ESCHLE, experimentell nachgewiesen worden.

— Die **Cerebrospinalmeningitis bei Kindern hat in fünf Fällen mit wiederholten Lumbalpunktionen KOPLIK behandelt** („New-York med. news“, März 1901). Die Kinder standen im Alter von 8 Monaten bis zu 12 Jahren. Die Punctionen wurden bei 2 Kindern 2mal, bei 2 weiteren 3mal und bei einem 4mal vorgenommen. Die Menge der abfließenden, mehr oder weniger trüben Flüssigkeit war wechselnd und betrug 2—50 Ccm. In 4 Fällen wurden gute Resultate erzielt; die Kinder wurden nach verhältnißmäßig kurzer Zeit gesund aus der Behandlung entlassen. Der 5. Fall endete letal; allerdings handelte es sich hier um den jüngsten, in bereits sehr ungünstigem Zustande in das Hospital eingelieferten Pat. Auf Puls und Respiration hatte die Lumbalpunktion keinen merklichen Einfluß. Wohl aber zeigte sich bald danach meist Nachlaß der Hirndrucksymptome, insbesondere Verminderung des heftigen Kopfschmerzes und freiere Beweglichkeit des Genickes.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse.“)

VIII.

Ueber Myelitis acuta.

v. STRÜMPPELL (Erlangen), 3. Ref: Als Entzündung des Rückenmarks dürfen wir nur solche Erkrankungen desselben bezeichnen, die durch eine äußere (exogene), örtlich auf das Gewebe einwirkende Schädlichkeit hervorgerufen werden, und wobei sich neben der primären Schädigung des Gewebes auch die zur Abwehr der eingedrungenen Schädlichkeit und zum Ausgleich der eingetretenen Gewebsschädigung bestimmten reactiven Vorgänge im Gewebe (vor Allem die Vorgänge am Gefäßsystem, die Hyperämie, die seröse und die zellige Exsudation) entwickeln. Der Nachweis der Entzündungserreger stößt bei der Myelitis auf besondere Schwierigkeiten, da wir den Entzündungsherd meist weder direct untersuchen, noch nach außen kommende Krankheitsproducte aus demselben zur Untersuchung erhalten können. Am ehesten verspricht die Untersuchung der durch Lumbalpunktion erhaltenen Cerebrospinalflüssigkeit einigen Aufschluß zu geben. **v. STR.** hat bisher in zwei Fällen von frischer acuter Myelitis dies Verfahren anwenden können. In dem einen Falle handelte es sich um eine umschriebene acute, myelitische Erweichung im unteren Brustmark im Anschluß an ein Panaritium. Die Lumbalpunktion ergab eine durch Leukocyten getriebene Flüssigkeit, in der reichlich Staphylokokken vorhanden waren. Es handelte sich in diesem Falle also aller Wahrscheinlichkeit nach um eine umschriebene, direct bakteriogene Entzündung. In einem zweiten Falle von acuter Myelitis war die durch Lumbalpunktion erhaltene Flüssigkeit wasserklar, frei von Leukocyten und ganz steril. In diesem Falle handelte es sich aber nicht um eine umschriebene Erweichung, sondern um eine acute, disseminirte Myelitis, die mit einer Neuritis optica begonnen hatte. Dieser Befund, ebenso aber auch andere Gründe machen es wahrscheinlich, daß die disseminirte Myelitis, wenigstens in einem Theil der Fälle, nicht direct bakteriogenen, sondern hämatogen-toxischen Ursprungs ist. Bei den meisten derartigen toxischen Myelitiden macht sich schon eine gewisse elective Localisation der Erkrankung in Bezug auf die einzelnen Fasersysteme bemerkbar. Es gibt z. B. eine acute, disseminirte Myelitis, die fast ganz auf die Hinterstränge beschränkt ist. **v. STR.** beobachtete einen derartigen Fall im Anschluß an ein Erysipel. Dieser elective Charakter tritt um so stärker hervor, je langsamer die Intoxication einwirkt. So geht die disseminirte Myelitis in die sogenannte combinirte Strangerkrankung über. Je chronischer die Intoxication einwirkt, um so mehr tritt auch die entzündliche Reaction des Gewebes in den Hintergrund. Aus der „Myelitis“ wird immer mehr und mehr die einfache Degeneration des nervösen Gewebes mit secundärer Hyperplasie des Zwischengewebes. In diesem Sinne kann man — natürlich den exogenen Ursprung der Erkrankung vorausgesetzt — von chronischer Myelitis sprechen. Eine chronische, örtlich umschriebene Myelitis ist dagegen noch nicht sicher beobachtet worden, ihr Vorkommen aus gewissen Gründen auch von vornherein nicht sehr wahrscheinlich. Die multiple Sklerose darf nach der Auffassung **v. STR.**'s nicht zur chronischen Myelitis gerechnet werden, weil gewichtige Gründe dafür sprechen, daß die multiple Sklerose rein endogenen Ursprungs ist.

Schultze (Bonn) betont zunächst das öftere Vorkommen der Bethelung der Meningen bei der Myelitis, insbesondere der Polyomyelitis. Bacterien sind dabei nicht immer zu finden. Die Anwendung der **QUINCKE**'schen Lumbalpunktion ist aber zur Diagnosenstellung und mikroskopisch-bacteriologischen Untersuchung dringend zu empfehlen. **S.** macht noch darauf aufmerksam, daß eine acute Myelitis infolge von Wirbelcaries zuweilen vorgetäuscht wird bei Rückenmarkstumoren dadurch, daß die charakteristischen neuralgischen Beschwerden fehlen, weil sie durch die Lähmung verdeckt werden. Man sei also mit der Diagnose vorsichtig, weil sonst dadurch die frühzeitige Operation versäumt wird, die in einem von **S.** beobachteten Falle nach 13monatlicher totaler Lähmung nach Exstirpation des Tumors noch wesentliche Besserung gebracht hat.

v. Kahlden (Freiburg) betont, daß wie bei jeder Entzündung, so auch bei der Myelitis die Veränderungen nicht an den Gefäßen beginnen, sondern im Parenchym. Die degenerativen Gewebsveränderungen haben erst Alterationen der Gefäßwunde zur Folge, die ihrerseits wieder zu kleinzelligen Infiltraten, Exsudaten, Hämorrhagien u. dergl. führen.

Rothmann (Berlin) empfiehlt zur Förderung der Pathogenese auch das experimentelle Studium mittels der **LAM**'schen Methode (Injection von Bacteriensuspensionen, Lycopodiumkörnern und dergl. durch die Lumbalarterie in das Rückenmark), welche die Thiere am Leben läßt.

Goldscheider (Berlin) hält die **KAHLDEN**'sche Theorie für sehr zweifelhaft. In frischen Fällen von Poliomyelitis läßt sich nachweisen, daß die Erkrankung von den Gefäßen ausgeht und sich längs derselben verbreitet. So erklärte sich auch die gruppenweise Erkrankung der Ganglienzellen ungezwungen.

Ritter (Berlin) berichtet über sechs Fälle von Myelitis im Kindesalter (im Anschluß an Scharlach, Diphtherie und dreimal bei Lues hereditaria, davon zweimal bei Säuglingen). Bei Verimpfung des Exsudates im Wirbelcanal konnte bei Thieren ein Myelitis-ähnliches Krankheitsbild erzeugt werden.

MÜNZER (Prag): Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildungen.

a) Der von **CHARCOT** unter der Bezeichnung „Fièvre intermittente hépatique“ genau geschilderte und analysirte Symptomencomplex ist als selbständige Erkrankung zu betrachten.

b) Für eine Gruppe dieser Fälle dürfte das *Bact. coli commune* ätiologische Bedeutung besitzen.

c) Die Angabe **REGNARD**'s einer Verminderung der Stickstoffausscheidung in manchen Fällen von Febris intermittens hepatica im Fieberanfälle ist als richtig zuzugeben. Die Deutung dieser Beobachtung seitens **FR. RICK** ist unrichtig. Diese Verminderung besitzt nur nebensächliche Bedeutung und ist als Inanitions- und Retentionserscheinung aufzufassen. Die Verarbeitung der Eiweißkörper ist bei Febris intermittens hepatica zur Zeit der Fieberanfälle ebensowenig gestört als in der anfallfreien Zeit.

d) Der Annahme der **SCHRÖDER**'schen Hypothese von der specifisch harnstoffbildenden Function der Leber stehen eine Reihe wesentlicher Bedenken entgegen. Es ist die Möglichkeit zugegeben, daß das Vermögen, Harnstoff zu bilden, eine allen Gewebszellen zukommende Function darstelle, wobei es keinem Zweifel unterliegt, daß „die Leber als die größte und — am Stoffwechsel zunächst betheiligte Drüse“ — einen außerordentlich großen, ja vielleicht den Haupttheil des gesammten Harnstoffs bildet.

e) Auch die klinischen Untersuchungen zeigen, daß bei keiner der bisher darauf untersuchten Erkrankungen der Leber eine Behinderung der Harnstoffbildung nachgewiesen ist; es besteht also vorderhand keinerlei Berechtigung, bei Leberkrankheiten von einer infolge behinderter Harnstoffbildung zustande gekommenen Vergiftung des Körpers mit Vorstufen des Harnstoffs zu sprechen.

Rosenstein (Leiden) kann diese Affection als vollständige Erkrankung nicht anerkennen. Intermittirende Fieber kommen bei verschiedenen Lebererkrankungen vor, namentlich auch bei der hypertrophischen Lebercirrhose. Vor allem aber darf sie niemals nur auf Eiterungsprocesse bezogen werden.

Fr. Pick (Prag) verzichtet auf eine Widerlegung der Einwände des Vortr. gegen seine früheren Ausführungen, die er für unberechtigt hält.

HIRSCHBERG (Frankfurt a. M.): Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose.

Die hypertrophische Lebercirrhose galt bisher für eine unheilbare Krankheit. Dem Vortr. gelang es, bei einem an dieser Erkrankung leidenden Mann von 51 Jahren durch einen operativen Eingriff Heilung zu erzielen, trotzdem die Leber zur Zeit der Operation sich bereits in einem sehr weit vorgeschrittenen Stadium der Vergrößerung befand. An der Hand der betreffenden Krankengeschichte legt der Vortr. die Gründe dar, die ihn zur Operation veranlaßten. Es ist eine genugsam erwiesene Thatsache, daß bei der in Rede stehenden Leberentzündung die Leberzellen selbst lange intact bleiben, und daß in vielen Fällen erst durch den Druck der in den Lebergallengängen gestauten Galle eine Schädigung des Lebergewebes mit den schweren, zum Tode führenden Folgeerscheinungen herbeigeführt wird. Die Behandlung muß sich deshalb das Ziel setzen, die innerhalb der Leber gestaute Galle nach außen zu leiten. Da der Gallenausführungsgang weder verschlossen noch verengt war, da auch die Gallenblase nicht stark angefüllt war, so mußten die Lebergallengänge selbst durch das Lebergewebe hindurch eröffnet werden. Dies führte der Vortr. in der

Weise aus, daß er einen Bauchschnitt machte und dann eine Öffnung in die Leber von Fingerlänge und Fingerweite anlegte, aus der die Galle in starkem Strom ausfloß. Der Canal in der Leber wurde durch Gazestreifen verstopft, deren Enden zur Bauchwunde herausführten. Nach Entfernung derselben am 5. Tage blieb eine Bauchdecken-Lebergallengangfistel zurück, aus der anfangs sehr reichlich, später mäßig die Galle ausfloß und die am 30. Tage sich schloß. Das Befinden des vor nahezu einem Jahre Operirten ist ein gutes, er hat 25 Pfund zugenommen.

Naunyn (Straßburg) hält den Pessimismus der Prognose weder für die atrophische noch die hypertrophische Lebercirrhose berechtigt. Bei beiden kommen Spontanheilungen zuweilen vor. Es ist sehr fraglich, ob es sich in dem Falle des Vortr. um eine hypertrophische Cirrhose gehandelt hat. Dagegen spricht vor Allem, daß die harte Consistenz der Leber gefehlt hat. Wahrscheinlich hat es sich um eine infectiöse Cholangitis gehandelt.

Rosenstein (Leiden) bezweifelt gleichfalls die Diagnose, weil auch der Icterus gefehlt hat, gastrische Störungen im Beginne vorhanden waren u. a. m. Wenn also auch der Fall für die Möglichkeit der operativen Heilung der echten HANOT'schen Cirrhose nichts beweist, so weist er doch darauf hin, wie ihrer Entwicklung vielleicht Einhalt zu thun ist, wenn eine andauernde Gallenstauung ihrer Entstehung Vorschub zu leisten im Begriff ist.

Hirschberg hält an der Diagnose so lange fest, bis eine andere wahrscheinlicher gemacht ist und erwidert auf eine Frage EWALD-Berlin, daß sich in der entleerten Galle nur das Bact. coli gefunden hat.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

VIII.

DÜRRSEN (Berlin): Die vaginale Laparotomie als Concurrentoperation der ventralen Laparotomie auf Grund von 874 Fällen.

Der von D. angegebene vordere Scheidenbauchschnitt (Kolpocoeliotomia anterior) hat ihm den Bauchschnitt fast ganz entbehrlich gemacht. Die Technik des ersteren ist, wie D. an zahlreichen Momentphotographien demonstrirt, eine typische und leistungsfähige. Selbst die größten Eierstocksgeschwülste lassen sich durch die Scheide entwickeln und ihr Stiel sicher abbinden. Die Vortheile des Scheidenbauchschnittes bestehen in der geringeren Mortalität — trotz zahlreicher schwieriger Fälle hatte D. unter der letzten Reihe von 374 nur 2% Mortalität —, in der schnelleren Wiederherstellung und in der Vermeidung aller mit der Bauchnarbe verknüpften Unbequemlichkeiten und Gefahren. 700mal hat D. bei Retroversio-flexio operirt, indessen war in der Mehrzahl der Fälle die fehlerhafte Uteruslage mit den verschiedensten Adnexerkrankungen oder mit chronischer Beckenbauchfellentzündung combinirt. Die durch letztere gesetzten Verwachungen des Uterus und der Adnexe lassen sich durch die Kolpocoeliotomia anterior unter Leitung des Auges durchtrennen, und durch die Vaginofixation, auch des anteflectirten Uterus, läßt sich ihre Wiederbildung verhüten — ein Vortheil, welcher der Kolpocoeliotomia posterior gänzlich abgeht. Die nach Vaginofixation beobachteten Geburtsstörungen lassen sich durch die sorgfältige Vernähung der Bauchfellöffnung vermeiden. Die 37 darnach beobachteten Geburten sind ganz normal verlaufen.

In 300 Fällen wurden bei den verschiedensten Entzündungen oder Neubildungen der Eileiter und der Eierstöcke diese entfernt — doch wurde außer der Gebärmutter mindestens ein Eierstockrest zurückgelassen, um jugendlichen Frauen mit der Menstruation ihren weiblichen Geschlechtscharakter zu erhalten.

In 200 Fällen wurden conservative Operationen an den Adnexen vorgenommen; die Resection beider Eileiter zur Verhütung der Conception bei schweren Krankheitszuständen, die Salpingostomie zur Ermöglichung einer Conception und besonders häufig die Ignipunctur oder Resection der kleincystisch degenerirten Eierstöcke, nach welcher D. normale Schwangerschaften beobachtet hat.

In 74 Fällen wurden conservative Operationen am Uteruskörper vorgenommen, meistens Myomenucleationen, 6mal bei unstillbaren Blutungen an Stelle der Totalexstirpation die Excision

der ganzen Uterusschleimhaut. Trotz leichterer Technik war die Mortalität dieser Operationen größer als die der Adnexoperationen. Selbst in den schwierigsten Fällen ermöglicht die Hinzufügung der Durchtrennung eines Lig. latum zur Kolpocoeliotomia anterior, die Kolpocoeliotomia anterior-lateralis, die sichere Entfernung der eiterhaltigen Adnextumoren.

DÖDERLEIN (Tübingen): Ueber eine neue vaginale Operationsweise der vaginalen Totalexstirpation.

Die Uberschätzung sowohl wie die Verwerfung des vaginalen Vorgehens zur Bauchhöhle hält D. für gleich falsch. Er bevorzugt das hintere Scheidengewölbe und demonstrirt Präparate, die zeigen, wie weit man damit extirpiren kann. D. hat aber ein neues Verfahren zur Totalexstirpation erdacht, welches in folgender Technik besteht: Die Portio vaginalis wird stark nach oben gezogen, die hintere Cervixwand senkrecht bis tief in den Uterus hinein gespalten, der Uterus vorgezogen und die Spaltung an dem entwickelten Uterus nun bis in die vordere Wand fortgesetzt bis zur Cervix. Nun stößt man merkwürdigerweise nicht auf die Blase, sondern auf den antecervicalen, retrovesicalen Raum; die Blase hat sich durch den starken Zug nach oben entfernt. Die vordere Cervixwand wird von innen nach außen mit dem Messer gespalten und nun jede Uterushälfte für sich extirpirt.

Olshausen (Berlin): Seine Erfahrungen stimmen fast durchwegs mit denen JORDAN's überein. Er war stets der Meinung, daß die Heilung des Uteruskrebses nur dann Aussicht auf Erfolg habe, wenn er nicht über den Uterus hinausgeht. Man soll daher nur diese Fälle operiren. Er ist nie der Meinung gewesen, und in der letzten Zeit erst recht nicht, obgleich er seine Indicationen etwas erweitert hat, daß man auch die Drüsen ausräumen soll. Recidive kommen noch nach 4—5 Jahren vor. Er hat nach 5 Jahren noch 38.9% gesehen. Er glaubt auch, daß die abdominelle Operation nur dann zuzulassen sei, wenn die vaginale technisch unmöglich ist. Was nun den SCHUCHARDT'schen Schnitt anlangt, so gibt er zu, daß es in einigen Fällen nothwendig ist, einen solchen Schnitt zu machen, aber höchstens in 3—4% aller Fälle; doch hat er große Blutungen und sogar Impfungen in dem Schnitt gesehen. Zwar hat er gelernt, septische Infection zu vermeiden, doch glaubt er den Eiter der Pyometra bei Carcinom als besonders gefährlich betrachten zu müssen. Er hält deshalb die DÖDERLEIN'sche Operation wohl bei beginnendem Carcinom, aber nicht bei Pyometra für angebracht. An die Gefährlichkeit der Ablösung der Blasenwand von vorn glaubt er nicht, wenn sie nicht mit dem Uterus sehr verlöthet ist. Er ist auch nicht der Meinung, daß die DÖDERLEIN'sche Operation darin mehr leisten kann.

Martin (Greifswald) stimmt ebenfalls vollständig mit den Ausführungen JORDAN's überein. Er hat die ausgelösten Drüsen des Oefftern nicht carcinomatös gefunden und glaubt, daß der Versuch dazu unnöthige schwere Complicationen schaffe. Bei dem SCHUCHARDT'schen Schnitt hat er einmal eine sehr unangenehme Blutung gehabt, doch glaubt er, ihn empfehlen zu können. Die DÖDERLEIN'sche Operationsmethode mache ihm doch einige Bedenken, weil die Anheftung der Blase in ihrer Breite sehr variirt, doch solle man das Verfahren probiren. Ob man vom vorderen oder vom hinteren Scheidengewölbe eingehen soll, das muß individuell entschieden werden.

Wertheim (Wien) nimmt einen entgegengesetzten Standpunkt ein. Er geht principiell vom Abdomen aus vor und die Entfernung des parametranen Zellgewebes und der Drüsen wird in allen Fällen gemacht; denn die Untersuchungen haben ergeben, daß letztere in 18 von 50 Fällen carcinomatös erkrankt waren, Fälle, die nicht etwa weit vorgeschritten, sondern noch ganz im Anfang waren. Für wichtiger als die Entfernung der Drüsen hält er aber die des Parametrium und das kann man auch nicht mit dem SCHUCHARDT'schen Schnitt machen, sondern nur auf abdominellem Wege. Seine Erfolge waren zuerst schlecht, von 33 Fällen verlor er 11 und er hat eingesehen, daß er damals in der Indication zu weit gegangen war. Von den letzten 20 hat er aber nur 3 Todesfälle, davon 2 an Ureterennekrose, 1 an Lebermetastase. Die Zukunft der Uterusexstirpation, glaubt er, gehört jedenfalls dem abdominellen Verfahren.

Dührssen betont, daß er den paravaginalen Schnitt schon 1887 bei schweren Geburten angegeben hat. Die DÖDERLEIN'sche Methode hält er nur für eine Erweiterung des Vorgehens von PETER MÜLLER und DOYEN.

Kümmel (Hamburg): Es gibt Fälle, in denen man trotz Aussichtslosigkeit operiren muß, wenn z. B. beim Verschuß beider Ureteren Stauungen in den Nieren eintreten. Er hat drei solcher Fälle operirt, mit Resection der Ureteren und Einpflanzung derselben in die Blase.

Freund (Straßburg): Wer eine Statistik der Werthschätzung beider Methoden bieten will, muß auch beide Methoden angewendet haben. Fr. hält an der Ansicht fest, daß die vaginale Operation nur eine palliative in den Fällen sein soll, wo keine Aussicht auf Erfolg ist, die abdominelle dagegen für alle früheren Fälle indicirt ist.

Czerny (Heidelberg) hofft, daß in dieser Frage die Gynäkologen mit den Chirurgen doch noch Alles zu einem guten Abschluß bringen werden.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Société médicale des hôpitaux.

GALLIARD: Acutes idiopathisches Lidödem.

Bericht über zwei Fälle, welche Kinder betreffen, die hereditäre Belastung im Sinne einer arthritischen Diathese aufweisen. Im ersten Falle handelt es sich um ein 4 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen, bei welchem während eines Aufenthaltes an der See einseitiges Lidödem bei völlig normalem Verhalten des Bulbus und der Conjunctiva auftrat. Das Oedem verschwand nach 24 Stunden, kehrte nach 6 Wochen wieder und recidivirte seither im Ganzen achtmal. Es tritt bald links-, bald rechtsseitig auf, erreicht einen enormen Grad und verschwindet nach 24—36stündiger Dauer. Im zweiten Falle handelt es sich um ein 3 $\frac{1}{2}$ Jahre altes Mädchen, bei welchem im Anschluß an eine heftige Erkältung sich ein acuter Erguß im rechten Kniegelenke ohne begleitendes Fieber entwickelt hatte. Nach 5 Tagen entwickelte sich ein papulöses Erythem an den Beinen, bald darauf enorme Schwellung der Augenlider rechtsseits, geringere Schwellung links; Fieber und Conjunctivalinjection waren nicht vorhanden. Nach 2 Tagen war das Oedem spurlos verschwunden, dagegen Purpura am Gesäß und an der Wurzel der Oberschenkel aufgetreten, die bald vollständig zurückging.

Barie meint, daß es sich im zweiten Fall wahrscheinlich um eine Eruption von Urticaria an den Augenlidern handelte; er hat selbst einen Fall beobachtet, wo vorübergehende Schwellung im Gesicht während der Convalescenz nach polymorphem Erythem auftrat. In diesem Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine alimentäre Intoxication.

Du Castel vertritt die Ansicht, daß das acute Lidödem durch Urticaria im Gefolge einer alimentären oder medicamentösen Intoxication bedingt sei. Für Urticaria spricht im ersten Falle das Auftreten während eines Aufenthaltes an der Meeresküste.

DUFOUR: Tödliche Vergiftung, von einer hepato-pulmonären Echinococcuscyste ausgehend.

Ein Pat. ging sechs Tage nach der Punction einer an der Convexität der Leber gelegenen Echinococcuscyste zugrunde. Trotz der Entleerung von circa 1500 Ccm. einer wasserklaren Flüssigkeit dauerten Fieber und Dyspnoe fort. Am folgenden Tag entwickelte sich Urticaria, es traten wiederholte Erstickungsanfälle auf, die zum Exitus letalis führen. Bei der Obduction fand sich hochgradige Congestion der rechten Lunge und nahezu vollständige Zerstörung des Zwerchfelles: Lungencongestion, Fieber und Urticaria sind in gleicher Weise auf eine Intoxication durch die Hydatidenflüssigkeit zurückzuführen.

Rendu ist der Meinung, daß es nicht angeht, alle Erscheinungen, die nach der Punction einer Echinococcuscyste auftreten, auf die Giftigkeit der Hydatidenflüssigkeit zurückzuführen. Die Lungencongestion in dem mitgetheilten Fall ist eher durch die rapide Entlastung der Lungen infolge der Entleerung der Cyste zu erklären.

Linossier hat einem Kaninchen von 1820 Grm. bis zu 365 Ccm. Hydatidenflüssigkeit intravenös injicirt, ohne daß irgendwelche Erscheinungen aufgetreten sind. Die Analyse einer anderen Hydatidenflüssigkeit hat keine alkaloidähnlichen Körper ergeben. Immerhin ist es denkbar, daß die Hydatidencysten in einem gewissen Stadium ihrer Entwicklung Gifte bilden, und daß eine für Kaninchen ungiftige Flüssigkeit für den Menschen giftig sein kann.

Notizen.

Wien, 28. Juni 1901.

Das „Graubuch“ der Aerzte Oesterreichs.

I.

Vor uns liegt ein schlichtes Heftchen, in einfachem grauen Umschlage. „Memorandum der österreichischen Aerztekammern in Angelegenheit der Krankenversicherungsreform“ ist der Titel desselben. In lapidarer, kurzer, conciser Form sind in diesen „Documenten der Aerzte“ alle Beschwerden niedergelegt, sind in freimüthig offener Weise die Forderungen aufgestellt, die die Aerzte des Gesamtstaates Oesterreich anläßlich der Reform des Krankencassengesetzes auf dem Herzen haben. Die Autoren der Schrift, die Präsidenten der mährischen, niederösterreichischen und Wiener Aerztekammer, hatten die mühsame Aufgabe, alle die Wünsche der

Aerzte, die in der Fachpresse, in den Versammlungen der ärztlichen Vereine, des Aerztevereinstages, der Aerztekammer und Aerztekammertage seit wohl zwei Decennien geäußert wurden, zu sichten, zu revidiren, in eine übersichtliche Form zu bringen und in einer populären Form darzustellen, damit dieselben nicht nur den Aerzten, sondern auch jenen competenten Factoren leicht faßlich und verständlich seien, die über unser Wohl und Wehe zu entscheiden haben. Den Organen der Regierung, den Vorständen der Krankencassen, den Abgeordneten des Reichsrathes, ja selbst dem schlichten Arbeiter mußte in klarer Weise dargelegt werden, daß die Erfüllung unserer Wünsche eine förmliche Staatsnothwendigkeit sei, die ohne allzu große Belastung der Krankencassen leicht durchführbar ist.

Diese Aufgabe ist den Autoren trefflich gelungen; daß ihre Zeichnung „grau in grau“ ausfiel, ist nicht Schuld der Aerzte, sondern jener Factoren, die ein so wichtiges Gesetz ohne Befragen der Aerzte schufen.

* * *

Unaufhaltsam ist der Schritt der Zeit; den ehernen Gesetzen des Fortschrittes und der Vollendung folgend, strebt Alles mit Riesenschritten, mit einer vor wenigen Jahrzehnten nie geahnten Impetuosität den Höhen der Vollkommenheit entgegen. Stolz hebt sich die Brust eines jeden Zeitgenossen, wenn er staunend die immensen Fortschritte der Technik und der Wissenschaft betrachtet. Unsere Wissenschaft, auch sie ist nicht zurückgeblieben. Im Gegentheil, sie hat sich zu einer nie erträumten Höhe erhoben. Wir Aerzte vollführen heute in unserem Berufe Thaten, die in früheren Zeitläuften für Menschen als undurchführbar galten und nur gottbegnadeten Erscheinungen zugeschrieben wurden. Kranke werden schmerzlos, in tiefem Schläfe operirt, Blinde werden schmerzlos sehend gemacht, ja sogar das „Herz und die Nieren“ können wir mit Hilfe der Roentgenstrahlen schon „prüfen“, ein zauberhaftes Können, das man sonst nur der Gottheit zuschrieb.

Und was sehen wir mit Staunen, zugleich jedoch mit Bedauern? Je höher die Stufe der ärztlichen Kunst und Wissenschaft ist, desto schlechter und trostloser ist die sociale Lage der Jünger derselben, der Aerzte. Aerztliche Leistungen und sociale Stellung stehen — leider im umgekehrten — Verhältnisse der geometrischen Progression zu einander.

* * *

Diese unsere Zeichnung ist nicht triste gehalten. Ein Argumentum ad hominem ist das Memorandum. Wenn Collegen, die zu Zeiten eines ROKITANSKY und SKODA gelebt, heute wieder ihren Ruhestätten entsteigen könnten und die Declassirung des Standes sehen würden, die aus jeder Zeile des „Graubuches“ spricht, würden sie wohl ungläubig die Köpfe schütteln. Und gar erst unsere Alvordern! Anno domini 1416 faßte die Facultas medica Viennensis den Beschluß, daß „keines ihrer Mitglieder einen Doctor oder Licentiaten Juris oder Theologiae im Falle einer Erkrankung besuchen dürfe — bei 20 Gulden Buße“, weil nämlich „die Juristen und Theologen bei der Frohnleichnamsp procession den Vortritt haben wollten“. Tempora mutantur! Heute, anno domini 1901 erstrebt ein Memorandum, daß das „Honorar“ für den ärztlichen Besuch und die Ordination höher gestellt werde, als — 10 bis 14 Heller!

* * *

Wie bescheiden sind die Aerzte doch geworden! Trotzdem die in dem Graubuche aufgestellten Forderungen so bescheiden sind, erscheinen sie dennoch vielen Aerzten unerfüllbar! Dampfe Resignation, eine Unsumme in den Staub getretener Ideale, ein durch die Widerwärtigkeiten des blinden Schicksals im Hochfluge der Ethik gehemmter Gedankengang ist es, der viele Collegen gegen alles abstupft und zu solchen Zweifeln drängt, ja sogar eine oppositionelle Haltung gegen die Schrift in ihnen entstehen läßt. Und mit Unrecht! Einige kritische Collegen bemängelten, daß das Concept nicht früher den Kammern zur Begutachtung vorgelegt wurde! Da würde wohl längst auf allen den künftigen Wasserstraßen Oesterreichs das regste Leben herrschen, bevor die 20 Aerztekammern Oesterreichs sich auf eine gleichlautende Schrift geeinigt hätten. Allen Kritikern ist jedoch zu helfen. Sie mögen im Sommer in aller

Müße andere positive Vorschläge bringen, die gewiß mit Freuden acceptirt werden. An dem grünen Tisch der Arbeit ist jedermann willkommen. Jedem Arzt in Oesterreich wird wohl eine solche Schrift zugesendet werden. Möge sie ein jeder in Ruhe lesen und studiren und mit Energie und Kraft dahin wirken, daß sich auch die competenten Factoren mit dem Inhalte derselben befreunden. Durch sachliche Aufklärungen, durch ernste Discussionen mögen die Aerzte den Boden präpariren, damit im Herbst, wenn im Parlamente über unser Schicksal verhandelt wird, die Bevölkerung und die öffentliche Meinung auf unserer Seite stehe.

In Wort und Schrift, in der politischen Presse und den Fachblättern, durch persönlichen Einfluß bei den Reichsboten möge ein jeder nach seinen Kräften mitarbeiten an dem großen Reformwerke!

* * *

Den Schlüssel hiezu haben wir in diesem „Graubuche“. Auf die Einzelheiten einzugehen möge uns ein nächstesmal vergönnt sein.

Für heute nur noch ein Wunsch! Habent sua fata libelli! Möge das Fatum dieses Buches ein „faustum, felix et fortunatum“ sein! Möge es hinausflattern in die Welt nicht als Zeichen des Krieges, sondern gleich einer Friedenstaube der Vermittler sein zwischen Aerzteschaft und Arbeiterschaft, zwei Berufen, deren Hauptaufgabe Arbeit und immer nur Arbeit ist.

Möge es dazu beitragen, daß derart unwürdige Zustände, die es so anschaulich schildert, in nicht allzuferner Zeit der Vergangenheit angehören, daß der Arzt nicht als ein mit Mißtrauen und Feindseligkeit empfangener Sendling der Cassen, sondern als Freund und Berather des Kranken, wie chedem, empfangen werde, wofür ihn auch seine Vorbildung und seine humanistische Weltanschauung geschaffen haben.

Wer immer ein Herz für socialpolitische Actionen hat, wer immer sich als einen Freund der Bildung und Humanität ansieht, wer immer „gutes Sinnes“ ist, wird aus vollem Herzen und freudig dem Büchlein den Spruch als Geleite mitgeben: „Viel Glück auf den Weg!“
Dr. MAX STRANSKY.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 18. d. M. abgehaltenen Vollversammlung wurden zunächst ehrenrätliche Erkenntnisse gegen die DDr. JACOB BLOCH, EMANUEL BURGER, LAZAR HIRSCH und KARL PANESCH wegen fortgesetzten standesunwürdigen Annoncirens, Reclame, respective brieflicher Behandlung von Kranken verkündet. Sodann berichtete Präsident Dr. HEIM über die Verhandlungen des am 25. Mai in Wien stattgefundenen sechsten allgemeinen Aerztekammertages und theilte eine Zuschrift des „Verbandes der Aerzte Wiens“ mit, in welcher der Befriedigung über den Verlauf des Kammertages Ausdruck gegeben, zugleich aber die Ansicht ausgesprochen wird, daß die Stellungnahme der Wiener Kammer zur Frage der Einberufung dieses Kammertages eine verfehlt gewesen sei. Anknüpfend an die Verlesung dieser Zuschrift bemerkte der Präsident, gegenüber den auch in einigen ärztlichen Vereinen, in den medicinischen Journalen, ja auch in der Tagespresse, nach Ablauf des Kammertages erhobenen Recriminationen gegen die Aerztekammer und den Vorstand wegen ihres Verhaltens in der Frage der Einberufung des außerordentlichen Kammertages, daß der Vorstand und die Kammer ihre Beschlüsse nach reiflicher Ueberlegung gefaßt haben, daß sie es als ihre Pflicht und ihr Recht erachten, in allen Angelegenheiten ausschließlich nach ihrem besten Wissen und Gewissen vorzugehen, und daß sie sich durch nichts von diesem Grundsatz werden abbringen lassen. Der Präsident richtet an die Kammermitglieder das Ersuchen, im allgemeinen Interesse des ärztlichen Standes mit jener Ruhe und Einmüthigkeit sich ihren Aufgaben zu widmen, die allein einen Erfolg der Arbeiten der Kammer verbürgen können. Weiters berichtete der Präsident über die bezüglich der Geltendmachung der Forderungen des ärztlichen Standes anläßlich der bevorstehenden Reform der Krankenversicherungsgesetze eingeleitete Action. Nachdem sowohl die Wiener Aerztekammer, als auch sämtliche Schwesterkammern der Erneuerung des im Jahre 1896 den Präsidien der mährischen, niederösterreichischen und der Wiener

Kammer ertheilten Mandates zur Vertretung der Interessen der österreichischen Aerzteschaft bei der Reform des Krankenversicherungsgesetzes zugestimmt hatten, fanden Besprechungen mit dem Fachreferenten des Ministeriums des Innern, Sectionschef Dr. WOLF, und dem Obmanne des vom Abgeordnetenhouse eingesetzten Subcomités für die Krankenversicherungsgesetze, Abgeordneten Dr. BAERNREITHER, ferner Conferenzen zwischen den Präsidenten der genannten 3 Kammern statt. Hierauf wurde eine Denkschrift der österreichischen Aerztekammern, in welcher die Forderungen der Aerzteschaft auf Grund der vom Aerztekammertage im Jahre 1896 und von den Kammern gefaßten Beschlüsse zusammengefaßt und eingehend begründet wurden, verfaßt und nach ihrer Drucklegung mit der dazu gehörigen Petition am 9. Juni im Abgeordnetenhouse durch Abgeordneten Dr. BAERNREITHER und im Herrenhouse durch das Herrenhausmitglied Prof. Dr. LUDWIG überreicht. Die Denkschrift gelangt nun auch an die Aerztekammern und an die ärztlichen Vereine zur Versendung, deren Aufgabe es nun sein wird, für die aufgestellten Forderungen eine lebhaft und ausdauernde Agitation einzuleiten. In einer Besprechung mit den Vertretern der medicinischen Fachpresse wurde von denselben die Bereitwilligkeit ausgesprochen, sich für die von den Aerztekammern erhobenen Forderungen nach Kräften publicistisch einzusetzen. Der Präsident schließt seinen Bericht mit der Aufforderung an die Kammermitglieder, an dieser Agitation einig und zielbewußt mitzuwirken. Dr. STRICKER findet, daß der Zeitpunkt der Ueberreichung der Petition und der Denkschrift nicht glücklich gewählt sei. Auch hätte man vor Ueberreichung die Denkschrift der Kammer vorlegen und die Aerzteschaft über die aufgestellten Forderungen befragen sollen. Redner beantragt, die Kammerversammlung möge das Bedauern darüber aussprechen, daß das Präsidium in einer so wichtigen Frage ohne Zuratheziehung der Kammer und der Aerzteschaft vorgegangen sei. Ueber diesen Antrag wurde, dem Vorschlage des Dr. WEIS entsprechend, zur Tagesordnung übergegangen und dem Vorstande sowie dem Präsidium der Dank ausgesprochen. Der Antrag des Dr. STRANSKY: „Es mögen die Aerzte im Wege der Fachpresse auf das Standeswidrige der Empfehlung von Laien zur Ausübung der Massage aufmerksam gemacht werden; weiters wäre die Anmeldung von Aerzten, welche geeignet und bereit wären, eine Massagebehandlung zu übernehmen, in die von der Wiener Aerztekammer eingeführte Evidenzhaltung ärztlicher Stellen und Vertretungen einzubeziehen“, wird mit der von Dr. HESZ beantragten Einbeziehung der heilgymnastischen Behandlung zum Beschlusse erhoben. — Der im Auftrage des Ministeriums des Innern an die politischen Behörden I. Instanz gerichtete Statthaltereierlaß, nach welchem die in Zeitungen angekündigte ärztliche Behandlung von Kranken auf Distanz durch strenge Ueberwachung und im Wege der ehrenrätlichen Disciplinarbehandlung der betreffenden Aerzte durch die Aerztekammern hintangehalten werden soll, wird zur Kenntniß genommen und in den Mittheilungen der Kammer veröffentlicht werden. — Dr. ADLER berichtet über die Erlässe der k. k. n.ö. Statthaltereie vom 11. December 1900 und 23. März 1901, nach welchen der Begriff „ärztliche Praxis“ im Sinne des § 2 des Aerztekammergesetzes nicht auf die privatärztliche Thätigkeit zu beschränken, sondern auf die berufsmäßige Ausübung der dem Arzte mit seinem Diplome ertheilten Berechtigung im Allgemeinen auszudehnen ist. Demgemäß erstreckt sich die Kammerpflicht nicht nur auf die Heilärzte, sondern überhaupt auf alle jene Aerzte, welche eine Thätigkeit ausüben, zu der sie nur auf Grund des erworbenen Diploms gelangen können, somit auf die Professoren der theoretisch-medicinischen Fächer, auf die Assistenten dieser Professoren, auf die Prosectoren, auf die Gerichtsärzte, Stadtphysiker, Spitalsdirectoren, selbst wenn dieselben keine heilärztliche Thätigkeit ausüben. Es wird beschlossen, das Standesbuch der Wiener Aerztekammer von diesem Gesichtspunkte aus einer Revision zu unterziehen und nach dem Ergebniß derselben diejenigen Aerzte, deren Kammerpflicht sich ergibt, die aber der Kammer noch nicht angehören, in das Standesbuch der kammerangehörigen Aerzte Wiens aufzunehmen. — Gegen über dem Antrage der Aerztekammer für die Bukowina auf Ein

leitung einer Action zur Befreiung der Aerzte von der Einberufung zu den Geschwornengerichten wird beschlossen, der Bukowinaer Aerztekammer mitzuthemen, daß für die Wiener Aerztekammer kein Anlaß zu einer Action in dieser Angelegenheit vorliege, und daß es sich nach ihrer Ansicht auch gar nicht empfehlen würde, durch Anstreben einer principiellen Befreiung der Aerzte von der Geschwornenpflicht auf ein staatsbürgerliches Recht zu verzichten, da nach dem Wortlaute des Gesetzes jeder Arzt sich in der Möglichkeit befindet, seine Befreiung gegebenenfalls zu erwirken. — Der Antrag PUPINI, es sei dahin zu wirken, daß Recepte, deren Ausstellung über ein Jahr zurückdatirt, von den Apothekern nur nach vorhergegangener Erneuerung durch einen Arzt expedirt werden dürfen, wurde der geschäftsordnungsmäßigen Behandlung zugeführt.

(Personalien.) Der Professor der Chirurgie in Breslau Dr. v. MIKULICZ ist zum Ehrendoctor der Universität in Glasgow promovirt worden. — Der kaiserliche Rath Dr. ANTON KITTL in Böhm.-Leipa feierte vor wenigen Tagen sein 50jähriges Doctor-Jubiläum.

(Karolinen-Kinderspital.) In seiner Sitzung vom 26. d. M. hat der Geschäftsrath des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums Dr. W. KNÖPFELMACHER zum dirigirenden Primararzte dieses Spitalen gewählt.

(Bäder-Studienreisen für Aerzte.) Ein nachahmenswerthes Unternehmen, das allerdings auf Originalität keinen Anspruch besitzt, wird — wie wir erfahren — auf Veranlassung von BAGINSKY in Berlin soeben zur Ausführung gebracht. Es handelt sich nämlich um Bäder-Studienreisen für Aerzte; die Fahrten sollen sich heuer zunächst auf eine Anzahl von Soolbädern Deutschlands erstrecken. Es ist sicherlich zweckmäßig, wenn die Aerzte die verschiedenen Badeorte aus persönlicher Anschauung kennen lernen. Geschieht dies im Rahmen von organisirten Studienreisen, dann ist der Erfolg ein größerer, da sich den Besuchern in solchen Fällen Thür und Thor williger öffnet als dem einzelnen, oftmals unbekanntem Arzte.

(Der V. internationale Congreß für kriminelle Anthropologie) wird vom 9.—14. September in Amsterdam stattfinden.

(Prüfung neuer Heilmittel.) Wir erfahren aus Berlin: Im Anschlusse an das kaiserliche Gesundheitsamt soll hierorts in Kurzem eine amtliche Centralstelle zur Prüfung neuer Heilmittel ins Leben treten.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Unter dem Titel „Deutsches Bureau der internationalen Bibliographie der Naturwissenschaften“ ist in Deutschland eine Geschäftsstelle für die Mitwirkung bei der Herstellung eines internationalen Katalogs der Naturwissenschaften errichtet worden.

(Deutschlands Specialärzte.) In der „D. med. Woch.“ veröffentlicht GEORG HEIMANN eine statistische Zusammenstellung der Specialisten in Deutschland. Dieselbe ist bemerkenswerth genug, um wenigstens theilweise hier angeführt zu werden. Von den 27.374 Aerzten im Deutschen Reiche waren 3431, das ist der achte Theil, Specialisten; es kam ein Specialist auf 16.066 Einwohner. In den Städten mit über 100.000 Einwohnern befanden sich 60·3 vom Hundert aller Specialärzte, in den kleineren 14·9% bis 24·8%. Die erste Stelle nehmen die Augenärzte ein, Chirurgen, Gynäkologen, Ohren- u. s. w. Aerzte die zweite, Neurologen die dritte. Vier Fünftel aller Aerzte für Krankheiten der Haut, der Geschlechts- und der Harnorgane wohnen in Großstädten, nur zwei Fünftel von denen für Nervenkrankheiten, von den Augenärzten die Hälfte, von den übrigen Specialärzten zwei Drittel. In den Mittelstädten sind relativ viele von den Ohren- und Augenärzten, etwa ein Sechstel. In den kleineren Orten recrutirt sich fast die Hälfte aus Nervenärzten (wegen der vielen dort gelegenen Anstalten), etwa ein Drittel aus Augenärzten; sehr gering ist hier die Anzahl der Aerzte für Krankheiten der Haut, der Geschlechts- und der Harnorgane.

(Das größte Heilbad der Welt), eine in großartiger Weise durchgeführte Nachahmung der Thermen des Caracalla, ist durch Stiftung eines kalifornischen Milliardärs kürzlich eröffnet und

der Oeffentlichkeit als Geschenk übergeben worden. Die „Bain. Central-Ztg.“ meldet darüber Folgendes: Es ist in Wirklichkeit ein Naturbad. Zahlreiche Canäle führen bei der Stadt Francisco die dortigen steilen Felsengestade hindurch das Salzwasser des Stillen Oceans in ein großes, unterirdisches Reservoir, und dieses letztere hat man auf sinnreiche Weise zu einem Badeetablissement größten Stils umgebaut. Man hat aus dem einen großen Bassin sieben kleinere mit warmem und kaltem Wasser geschaffen, in denen getrennt Männer, Frauen und Kinder baden. Die unterirdischen, durch elektrisches Licht erhellten Räume sind auf das angenehmste geheizt und können bequem 20.000 Personen fassen. Drei Bassins weisen ständig eine Temperatur von 30° C. auf. Das größte mißt 275 Fuß in der Länge und 150 Fuß in der Breite; das darin befindliche Wasser erneuert sich Tag und Nacht.

(Americana.) In New-York ist nach Mittheilung der „Gaz. méd. de Paris“ ein Verein von Tabetikern erstanden. Zweck der Vereinigung ist die Gründung eines Institutes zur Erforschung von Pathogenese und Therapie der Tabes. Dem Vereine gehören angeblich bereits 1000 Mitglieder an.

(Statistik.) Vom 16. bis inclusive 22. Juni 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6893 Personen behandelt. Davon wurden 1457 entlassen; 154 sind gestorben (9·6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitaler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 48, egypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 49, Scharlach 117, Masern 219, Keuchhusten 18, Rothlauf 46, Wochenbettfieber 2, Röheln 2, Mumps 26, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 608 Personen gestorben (— 109 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. FERDINAND MUCH im 72. Lebensjahre; in Budapest der Nestor der dortigen Augenärzte, Primararzt und Docent Dr. JULIUS v. SIKLÓSSY im Alter von 63 Jahren; in Berlin im 55. Lebensjahre der bekannte Chirurg CARL LANGENBUCH, dessen zahlreiche, die Chirurgie des Gallensystems betreffende Arbeiten unbestrittene Anerkennung und die verdiente Würdigung erfahren haben.

Pastilli jodo-ferrati comp. Jahr wirken nicht nur appetitanregend, sondern auch blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend. Der Gebrauch derselben ist insbesondere bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose und Tuberculose angezeigt. Kindern verordnet man 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen zu vermeiden sind.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der Firma Heinrich Mattoni in Franzensbad über Moorextracte, den wir der geneigten Beachtung unsrer Leser empfehlen.

Den Herren Aerzten, welche Mattoni's Moorextracte noch nicht kennen sollten, oder dieselben ad usum proprium und in der Armenpraxis in Verwendung zu nehmen beabsichtigen, stehen geeignete Quantitäten bei der Firma Heinrich Mattoni in Franzensbad, oder deren Filialen in Karlsbad, Wien und Budapest vollständig kostenfrei zur Disposition.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Richard Lenzmann, Die entzündlichen Erkrankungen des Darms. Berlin 1901, A. Hirschwald. — M. 10.—
- C. Th. Hüetlin, Mnemotechnik der Receptologie. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.
- Willibald A. Nagel, Der Farbensinn der Thiere. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.
- Friedrich Reinke, Grundzüge der allgemeinen Anatomie. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.
- E. Müller de la Fuente, Schlangenbad, Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.
- Arnold Pollatschek, Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1900, XII. Jahrgang. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.
- Alb. Liebmann, Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Berlin 1901, Reuther & Reichard. — M. 1.80.
- L. K. Vanselow, Das Schulhaus. Baumert & Ronge.
- A. Riffel, Pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs etc. Frankfurt a. M. 1901, Johannes Alt. — M. 16.—
- Kammerer, Schmid u. Löffler, Bericht des Wiener Stadtphysikates. Wien 1901.
- Emil Ekstein, Die Therapie des Abortus. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke. — M. 2.40.
- H. Kornfeld, Die Entmündigung Geistesgestörter. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke. — M. 2.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß. Von Professor Dr. W. F. LOEBISCH, Vorstand des Laboratoriums für angew. medicin. Chemie der k. k. Universität Innsbruck. I. — Zur Behandlung des insuffizienten Herzens mit Stütz- und Compressionsapparaten. Von Dr. GRÄUPNER in Bad Nauheim. — **Referate.** E. ROTH (Potsdam): Die gewerbliche Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung. — W. KARO (Bern): Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe als Folge von Entleerung gonorrhoeischer Eiteransammlung ins Rectum. — ERNST BECKER (Berlin): Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflussungen, insbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Körper. — v. KÉTLY und WEISZ (Budapest): Inwiefern kann man die intercostalen Phonetationserscheinungen bei Fällen von pleuralem Exsudat verwerthen? — W. SAHLI (Bern): Die Boagypschiene, ein Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Gypstechnik. — BALINT (Budapest): Ueber die diätetische Behandlung der Epilep-sie. — S. PFANNSTIEL (Breslau): Ueber die Heilerfolge bei Krebs der Gebärmutter. — BIZZOZERO (Turin): Ueber die Reinigung des Trinkwassers durch Abkochen. — WECHSBERG (Frankfurt a. M.): Ueber eine seltene Form von angeborener Mißbildung der Lunge. — LÖWENTHAL (Berlin): Ueber die wachsartige Degeneration des Herzmuskels bei Diphtherie. — **Literarische Anzeigen.** Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. ALBERT EULENBURG. — L'Alcool et l'alcoolisme. Notions générales — Toxicologie et physiologie — Pathologie — Thérapeutique — Prophylaxie par les Docteurs H. TRIBOULET et FÉLIX MATHIEU. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) III. — **Kleine Mittheilungen.** Transfusion von fremdartigem Blute. — Desinficirbarkeit der Haut. — Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes. — Subconjunctivale Injectionen bei entzündeten, schmerzhaften Augen. — Zur Behandlung der Netzhautablösung mit subconjunctivalen Kochsalz-injectionen. — Therapie der tropischen Dysenterie. — Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harn. — Glykosurie und Diabetes dyspeptischen Ursprungs. — Dyspeptische Diarrhöen und ihre Behandlung. — Ueber die Verwerthbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik der Darmerkrankungen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. Congreß für innere Medicin in Berlin. Gehalten zu Berlin, 16. bis 19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) IX. — **Notizen.** Das „Graubuch“ der Aerzte Oesterreichs. II. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß.

Von **Professor Dr. W. F. Loebisch,**
Vorstand des Laboratoriums für angew. medicin. Chemie der
k. k. Universität Innsbruck. *)

I.

Das von BUTLEROW schon 1859 entdeckte Hexamethylentetramin wurde von A. NICOLAÏER auf Grund seiner Versuche und klinischer Erfahrungen im Jahre 1894 unter der Bezeichnung Urotropin zur Behandlung der bakteriellen Erkrankungen der Harnwege und der harnsauren Diathese empfohlen. Seitdem machte die therapeutische Verwerthung des Urotropins rasche Fortschritte und eine ziemlich reiche Literatur hat die Angaben NICOLAÏER'S¹⁾ theils bestätigt, theils erweitert.

Trotzdem jedoch schon NICOLAÏER von der entwicklungs-hemmenden Wirkung des Urotropins auf das Bacterium coli berichtet, ferner RICHARDSON auf Grund seiner Versuchsergebnisse, die lehrten, daß Urotropin die in den Harn übergehenden Typhusbacillen abzutöden vermag, den Vorschlag machte, Urotropin behufs Desinfection des Typhusharns bei Typhus zu verabreichen, und trotzdem überdies die Kenntniß von der Wirkung des Mittels bei ammoniakalischer Harn-gärung

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Aerztesgesellschaft zu Innsbruck.

¹⁾ Siehe Literaturnachweis bei Prof. Dr. A. NICOLAÏER, Experimentelles und Klinisches über Urotropin, „Zeitschr. f. klin. Medicin“, Bd. 38.

wohl als Gemeingut der Aerzte betrachtet werden darf, hat man bis jetzt an einen directen Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß nicht gedacht. Auch ich bin nur durch einen Zufall angeregt worden, dieser Frage näher zu treten. Ein von mir untersuchter Harn ergab bei der Prüfung auf Indican, sowohl mit JAFFÉ'S Reagens als mit dem von OBERMAYER (rauchende Salzsäure mit 1—2 per Mille Ferri-chlorid) ein gänzlich negatives Resultat: die unter dem Reactions-gemische befindliche Chloroformschicht ergab in beiden Proben nicht die geringste Blaufärbung, auch bei längerem Stehen der Probe nach OBERMAYER trat eine solche nicht auf, und ich mußte folgerichtig annehmen, daß der von mir geprüfte Harn kein Harnindican (indoxylschwefelsaures Kali) enthielt. Nun wird das Indican im Harn zu den am leichtesten zugänglichen, daher auch schärfsten Indicatoren der bakteriellen Zersetzung im Darne gezählt, und nachdem ich in Erfahrung brachte, daß dieser Harn von einem Manne herrührt, der gemischte Kost genießt, gut genährt ist, im Uebrigen gegen eine Urethritis posterior täglich 0.5—1.0 Grm. Urotropin einnimmt, so lag es nach dem, was wir durch NICOLAÏER über die antibacterielle Wirkung des Urotropins bei der ammoniakalischen Harn-gärung erfahren haben, nahe, eine Einwirkung des Urotropins auch auf die Darmfäulniß anzunehmen, und ich beschloß, diese Annahme experimentell zu prüfen.

Zur Prüfung des Einflusses verschiedener Substanzen (Kohlenhydrate, Milchsäure, Calomel, Tannin, Borsäure, Kampfer u. s. w.) auf die Darmfäulniß dient nach E. BAUMANN²⁾ die Bestimmung der Veränderung des Mengenver-

²⁾ Die aromatischen Verbindungen im Harn und die Darmfäulniß, „Zeitschr. f. physiolog. Chemie“, Bd. X, pag. 126.

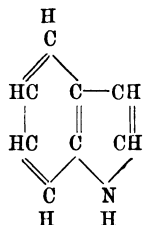
hältnisses, welche die im Harn ausgeschiedenen aromatischen Aetherschweifelsäuren („gebundene“ Schwefelsäure zu der gleichzeitig ausgeschiedenen Sulfatschwefelsäure („präformirte“ Schwefelsäure) nach der Einverleibung des zu prüfenden Agens in den Organismus erfahren. Wie nämlich E. BAUMANN zeigte, können bei völliger Unterdrückung der Fäulniß im Darm die Aetherschweifelsäuren aus dem Harn sämtlich verschwinden; andererseits konnte man bei Carbonsäurevergiftungen beobachten, daß aus dem Harne sämtliche Sulfatschwefelsäure verschwunden war, indem das Phenol die ganze im Kreislauf vorhandene Menge von Sulfatschwefelsäure gebunden hatte.

Die Erklärung für dieses Verhalten liefern folgende biochemische Thatsachen:

Die durch die Enzyme, namentlich durch das Trypsin bewirkte hydrolytische Zerlegung der Proteinkörper im Darmcanal findet ihren Abschluß mit dem Auftreten von Amidosäuren der Methanreihe — Leucin- und Asparaginsäure u. a. — und einer Amidosäure der aromatischen Reihe, des Tyrosins. Der größte Theil dieser Amidosäuren gelangt durch Resorption aus dem Darmcanal in den Blutkreislauf, fällt in den Geweben der oxydativen Spaltung anheim und verläßt den Organismus in Form von Harnstoff; ein geringer Theil der Amidosäuren verfällt jedoch im Darmcanal der weiteren Zerlegung durch die Fäulnißbakterien. Während jedoch die Endproducte der Fäulniß der obenerwähnten Amidosäuren der Methanreihe (CO_2 , H_2O , NH_3 , SO_4H_2 , $\text{CH}_3\text{.SH}$), da sie zum allergrößten Theile mit den Endproducten der oxydativen Spaltung der Nährstoffe und der Gewebsbestandtheile identisch und auch von diesen getrennt nicht erhältlich sind, als Maß für die Intensität der Fäulnißvorgänge im Darmcanal nicht verwerthet werden können, so gelingt dies durch die Endproducte, in welche die Amidosäure der aromatischen Reihe — das Tyrosin durch die Darmfäulniß zerfällt. Wie wir nämlich durch die Untersuchungen von E. BAUMANN wissen, wird das Tyrosin — β -Paroxyphenyl- α -amidopropionsäure — durch die Bakterien der Darmfäulniß successive in die aromatischen Oxyssäuren Paroxyphenylpropionsäure und Paroxyphenylessigsäure übergeführt, welche letztere weiter in Parakresol und schließlich Phenol zerlegt wird. Zugleich treten bei der Fäulniß der Eiweißkörper im Darne als nie fehlende Producte dieser Indol und Skatol (Methylindol) auf, welche wohl nicht direct aus dem Tyrosin entstehen, jedoch ebenfalls als Producte der bakteriellen Zersetzung der Eiweißkörper aufgefaßt werden müssen.³⁾

Die giftigen Endproducte des bakteriellen Zerfalles des aromatischen Kernes der Eiweißstoffe, Parakresol, Phenol, Indol und Skatol, bzw. die Hydroxylderivate der beiden letzteren, Indoxyl und Skatoxyl, werden vor ihrem Uebertritt in die Säftemasse höchst wahrscheinlich in der Leber, indem

³⁾ Das Indol $\text{C}_8\text{H}_7\text{N}$ ist nämlich nach seiner chemischen Constitution Benzopyrrol



also ein Condensationsproduct aus Benzol (möglicherweise durch Reduction des Phenols im Darne entstanden) und der 5gliedrigen heterocyclischen Verbindung Pyrrol. Nach B. BIENSTOCK (Untersuchung über die Aetiologie der Eiweißfäulniß. „Arch. f. Hygiene“, Bd. 36, 1899, pag. 335) kann man bei rein anaërob verlaufender Fäulniß das Auftreten von Indol nicht beobachten; erst bei gemischter Fäulniß, wenn die Nährflüssigkeit nebst Bacillus putrificus noch mit einem Aërobier, wie z. B. Proteus vulgaris, Spirillum FINKLER-PRIOR u. a. inficirt wurde, trat in einigen Fällen Indol auf. BIENSTOCK nimmt daher an, daß Indol und Skatol ihre Entstehung einem von aëroben Spaltpilzen vollzogenen synthetischen Proceß verdanken, zu welchem die durch Anaëroben gebildeten Abbauprodukte des Tyrosins das Materiale liefern.

sie sich hier mit Sulfaten zu ätherschwefelsauren Salzen verbinden, entgiftet, zugleich aber auch vor einer weiteren Oxydation im Organismus bewahrt und gelangen schließlich im Harn zur Ausscheidung; demgemäß wird die Menge der im Harn zur Ausscheidung gelangenden aromatischen Aetherschweifelsäure proportional der Intensität der Fäulnißvorgänge im Darmcanal zu- oder abnehmen.

Der Vollständigkeit halber ist noch zu erwähnen, daß die Endproducte, welche bei der bakteriellen Eiweißzersetzung im Darne entstehen, nicht nur mit der Schwefelsäure, sondern, allerdings in nur geringer Menge, auch mit einem Oxydationsproducte des Zuckers mit der Glycuronsäure gepaarte Verbindungen eingehen und neben den aromatischen Aetherschweifelsäuren als Phenol-Indoxyl-Skatoxyl-Glycuronsäure ebenfalls als normale Bestandtheile des Harnes zur Ausscheidung gelangen. Selbstverständlich wird eine gesteigerte Bildung von gepaarten Glycuronsäuren die Entstehung der entsprechenden Aetherschweifelsäuren herabsetzen; unter welcher Bedingung dies eintritt, ist jedoch noch nicht bekannt. Schließlich zählen, wie E. SALKOWSKI nachgewiesen, die auch im Harne des Fleischfressers und des hungernden Herbivoren auftretende Hippursäure, ferner die ebenfalls auch beim Menschen im Harne vorkommende Phenacetursäure nach ihrer Entstehung ebenfalls zu den Producten der Fäulniß des Tyrosins. Es entstehen nämlich bei dem Zerfall dieses letzteren außer den oben erwähnten Producten auch noch Phenylpropionsäure und Phenylelessigsäure, deren erstere im Organismus zu Benzoësäure oxydirt wird und sich als solche in der Leber und Niere mit dem Glycocoll unter Abspaltung von H_2O zu Hippursäure paart, während die Phenylelessigsäure die gleichartige Synthese mit dem Glycocoll direct eingetht und als Phenacetursäure zur Ausscheidung gelangt.

Der Umstand, daß die im Harne vorhandene Sulfatschwefelsäure (präformirte) aus diesem nach dem Ansäuern mit Essigsäure mittels Bariumchlorid direct ausgefällt werden kann, daß andererseits die in Form der aromatischen Aetherschweifelsäuren (gebundene) vorhandene Schwefelsäure erst nach ihrer Zerlegung mit Salzsäure durch Bariumchlorid fällbar wird, ermöglicht eine quantitative Bestimmung der in einer gegebenen Harnmenge vorhandenen präformirten und gebundenen Schwefelsäure und hiedurch, wie schon oben erwähnt, die Beurtheilung des Einflusses verschiedener Agentien auf die Entstehung der im Harn vorkommenden aromatischen Aetherschweifelsäuren.

Der Assistent an meinem Institute Herr ERNST MAYERHOFER hat nun in einer Versuchsreihe von 20 Tagen den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß durch die Bestimmung der präformirten und gebundenen Schwefelsäure in der 24stündigen Harnmenge, die dem Tage entsprach, an welchem das Urotropin genommen wurde, durch Selbstversuche geprüft. Zu gleicher Zeit wurde das Verhalten der Indicanausscheidung im Harn in der der Einnahme von Urotropin entsprechenden 24stündigen Harnmenge, auch in Proben, welche nach jeder einzelnen Harnentleerung dem Harn entnommen wurden, an der Intensität der Blaufärbung des Chloroforms nach Ausführung der Reaction nach OBERMAYER abgeschätzt. Bei diesen Proben wurden Harn, Reagens und Chloroform stets im vorgeschriebenen Verhältniß (10 Ccm. Harn, 10 Ccm. OBERMAYER's Reagens und 2 Ccm. Chloroform) in für jede Probe gleichbleibenden Mengen angewendet.

Man kann nun entweder die „präformirte“ (a) und die „gebundene“ (b) Schwefelsäure nach E. BAUMANN in derselben Harnportion bestimmen, oder man ermittelt nach E. SALKOWSKI den Gehalt an „Gesamtschwefelsäure“ (a + b) und den an „gebundener“ (b) Schwefelsäure in gesonderten Harnportionen; in letzterem Falle ergibt die Differenz zwischen „Gesamtschwefelsäure“ und gebundener Schwefelsäure die „präformirte“ (a) Schwefelsäure. Herr ERNST MAYERHOFER hat die bezüglichen Bestimmungen nach der Methode von E. BAUMANN ausgeführt.

Es war nicht uninteressant nachzusehen, ob durch Anwendung einer der beiden genannten Methoden die Bestimmung der präfor-

mirten und gebundenen Schwefelsäure, so weit beeinflußt wird, um hiedurch das Ergebnis der Prüfung in Frage zu stellen. Eine zu diesem Zwecke ausgeführte Controlanalyse ergab folgendes Resultat:

Es wurden in 100 Ccm. Harn gefunden SO₃ aus SO₄Ba berechnet:

nach E. BAUMANN SO ₃ präformirt . . .	0·1548
SO ₃ gebunden . . .	0·0060
a + b Gesamtschwefelsäure =	1608 SO ₃
nach E. SALKOWSKI Gesamtschwefelsäure =	0·1603 SO ₃
— SO ₃ gebunden . . .	0·0058
daher präformirt . . .	0·1545 SO ₃

demnach in der 24stündigen Harnmenge von 1670 Ccm.:

nach E. BAUMANN SO ₃ präformirt . . .	2·5852
+ SO ₃ gebunden . . .	0·1002
Gesamtschwefelsäure . . .	2·6854 SO ₃
nach E. SALKOWSKI Gesamtschwefelsäure	2·6770
— SO ₃ gebunden . . .	0·0968
SO ₃ präformirt . . .	2·5802

Die Bestimmungen der „präformirten“ und „gebundenen“ Schwefelsäure wurden nach E. BAUMANN in 100 Ccm. filtrirten Harns, welche der 24stündigen Harnmenge jeweilig

entnommen wurden, in vorschriftsmäßiger, oft beschriebener Weise sorgfältig ausgeführt. Aus dem geglähten und gewogenen Niederschlage von SO₄Ba wurde SO₃ berechnet. Um den Harn vor Zersetzung zu bewahren, wurde die Flasche, in welcher derselbe gesammelt wurde, von vorneherein mit 5 Ccm. Chloroform versetzt und der gesammelte Harn während des Tages öfter umgeschüttelt. Um den Einfluß des Urotropins auf den Verlauf der Darmfäulniß unter normalen Kostverhältnissen klarzustellen, hat Herr ERNST MAYERHOFER, der, wie schon erwähnt, die bezüglichen Versuche an sich selbst ausführte, sich zunächst in der Aufnahme der von ihm gewohnten gemischten Kost keinen Zwang angethan. Nur am Schluß der Versuchsreihe schien es zweckmäßig, 3 Tage lang eine nach Menge und Qualität gleichförmige Kost aufzunehmen.

Die Versuche wurden am 12. Februar begonnen und in den 20 folgenden Tagen durchgeführt.

Die nachstehende Tabelle zeigt außer Menge und spezifischem Gewicht des 24stündigen Harnes das Verhältniß der „präformirten“ und „gebundenen“ Schwefelsäure (aus SO₄Ba als SO₃ berechnet) und die Intensität der Indicanreaction im Harn während der Tage, an welchen kein Urotropin genommen wurde und während den der Einnahme von jeweilig 1·0, 2·0 und 4·0 Urotropin entsprechenden Tagen.

Tabelle I.

Nummer des Versuches	Harnmenge in Ccm.	Specificisches Gewicht	Schwefelsäure SO ₃		a/b	Bemerkungen	Indican-Reaction
			a präformirt	b gebunden			
1.	2210	1·015	2·5112	0·1631	15·3	Vorversuch ohne Einnahme von Urotropin, um das Verhalten von a:b bei gemischter Kost zu bestimmen	in mittlerer Stärke
2.	1740	1·016	2·8939	0·0956	30·2		
3.	1670	1·016	2·5852	0·1002	25·8		
4.	1485	1·017	3·0026	0·2821	10·6		
5.	2121	1·016	2·9744	0·1711	17·3		
6.	2535	1·015	2·8893	0·1262	22·8	1·0 Urotropin in Gaben von 0·5 Morgens um 9 Uhr und Nachmittags um 3 Uhr	schwach schwach
7.	2332	1·016	3·3183	0·1441	23·0		
8.	1705	1·020	3·7812	0·1668	22·6	1·0 Urotropin in Gaben wie oben } Roquefortkäse zu Mittag	mittelstark
9.	1955	1·017	3·3458	0·0906	35·8		
10.	1845	1·018	3·1511	0·1235	25·5		
11.	2350	1·015	3·0110	0·1412	21·3	1·0 Urotropin in Gaben wie oben	noch wahrnehmbar fast null
12.	1550	1·017	2·6818	0·1569	17·0		
13.	2285	1·014	2·9924	0·1489	20·0		
14.	1600	1·020	4·1306	0·1043	39·6		
15.	2260	1·014	2·7619	0·0969	28·5	2·0 Urotropin zu 0·5 in 3stündigen Intervallen	sehr schwach fast null
16.	1800	1·015	2·7283	0·1051	25·9		
17.	2222	1·018	2·7117	0·1793	15·1	kein Urotropin, gleichmäßige Kost	in mittlerer Stärke
18.	1427	1·020	2·7777	0·0636	43·6		
19.	1577	1·017	2·7367	0·1137	24·0		
20.	2000	1·016	2·9655	0·1440	20·6	4·0 Urotropin; 4 Gaben zu 1·0 in 3stündigen Intervallen	keine

Wenn auch die obige Tabelle deutlich erkennen läßt, daß an jenen Tagen, an denen Urotropin in Gaben von 1·0, bezw. 2·0 und 4·0 Grm. (in der in der Tabelle angegebenen Weise) per os eingeführt wurde, im Harn der Versuchsperson die Indicanreaction im Verhältniß zu den eingeführten Mengen von Urotropin immer mehr abnahm, so daß schließlich in einer der 24stündigen Harnmenge entnommenen Probe kein Indican mehr nachweisbar war; wenn überdies die

Quotienten $\frac{a}{b}$ aus der präformirten und gebundenen Schwefelsäure an den Tagen an denen Urotropin genommen wurde, durchschnittlich größer sind als an jenen, wann dies nicht der Fall war, und man somit mit Sicherheit aussagen kann, daß beim gesunden Menschen nach der Einnahme der obigen Gaben von Urotropin die Producte

der bacteriellen Eiweißzersetzung im Darm in geringerer Menge entstehen; so müssen wir doch zugeben, daß andererseits sowohl die absoluten als die relativen Mengen der präformirten und der gebundenen Schwefelsäure an den urotropinfreien Tagen im Vergleiche mit jenen, an denen Urotropin aufgenommen wurde, zu einer eingehenderen Besprechung der in der Tabelle mitgetheilten Zahlenangaben herausfordern.

1. Wie die Versuche Nr. 1—5 zeigen, welche ausgeführt wurden, um bei der Versuchsperson (24 Jahre alt, gesund) eine mittlere Zahl für $\frac{a}{b}$ bei Aufnahme von gemischter Kost zu erhalten, von der ausgehend der Einfluß des Urotropins auf die Ausscheidung der aromatischen Aetherschwefelsäuren

sichtbar werden sollte, schwanken die Größen von $\frac{a}{b}$ ganz erheblich, indem sie ohne bekannten Grund bis zum 2·5- bis 3fachen des Minimums dieser 5tägigen Versuchsperiode ansteigen (10·6 bis 25·8 bis 30·2). Doch überraschen diese Schwankungen weniger, wenn man die in der reichen Literatur über die Ausscheidung der aromatischen Aetherschwefelsäuren bei Gesunden, Kranken, sowie nach Aufnahme verschiedener Substanzen aus der aromatischen Reihe und verschiedener Arzneikörper ⁴⁾ vorhandenen Verhältniszahlen zwischen aromatischer und gebundener Schwefelsäure durchgeht. So beobachtete R. v. D. VELDEN ⁵⁾ beim normalen Menschen je nach der Nahrungsaufnahme für $\frac{a}{b}$ Schwankungen von 6·9 bis 14·1; E. BAUMANN und E. HERTER ⁶⁾ fanden beim Menschen unter normalen Verhältnissen $\frac{a}{b} = 27·0, 17·0, 12·9$ bis hinab zu 4·2. Wir haben daher auch die Versuche 17, 18, 19 bei einer nach Menge und Zusammensetzung gleichbleibenden Kost ohne Urotropineinnahme ausgeführt, um das Verhalten von $\frac{a}{b}$ auch unter diesen Verhältnissen kennen zu lernen, wovon später.

2. In den Versuchen Nr. 6 und 7, welche den ersten 2 Tagen der Einnahme von Urotropin entsprechen, sehen wir gleichzeitig mit der auffallenden Verminderung der Indicanreaction im Harn eine Steigerung des Quotienten $\frac{a}{b}$ gegenüber den beiden vorangehenden Tagen, an denen Urotropin nicht genommen wurde. Es liegt also hier ein Resultat vor, welches den die Darmfäulniß der Proteinkörper herabsetzenden Einfluß des Urotropins deutlich erkennen läßt. Jedoch während an dem nun folgenden 8., 9. und 10. Versuchstage bei Aufnahme von 1·0 Urotropin täglich die Quotienten $\frac{a}{b}$ noch immer hoch blieben (er erreichte am 9. Versuchstage 35·8 gegenüber 22·6 des 8. Versuchstages), war trotzdem die Indicanreaction an den genannten Tagen im Gesamtharn in mittlerer Stärke vorhanden. Ich stand daher vor einem paradoxen Ergebnis, das einer Erklärung bedürftig ist. Diese glaube ich in Folgendem gefunden zu haben:

Indem ich nachfragte, ob die Versuchsperson ihrer Kost während der betreffenden Versuchstage eine bisher etwa nicht genommene Speise zugefügt habe, erfuhr ich, daß dies allerdings der Fall war, indem Herr E. MAYERHOFER während dieser 3 Tage sich täglich zu Mittag eine Portion Roquefort-Käse reichen ließ. Nun gehört allerdings frischer Käse zu jenen Nahrungsmitteln, welche, wie E. BAUMANN und CARL SCHMITZ ⁷⁾ nachgewiesen haben, beim Hunde die Ausscheidung von Aetherschwefelsäuren auf das Minimum herabzudrücken imstande sind. SCHMITZ äußert sich in dieser Beziehung dahin: „Es ist bis jetzt kein Stoff unter der großen Zahl der Desinfectionsmittel, welcher die Fäulnißprocesse des mit Nährstoffen gefüllten Darmes so stark herabsetzen kann wie die Fütterung mit frischem Käse.“ Dieses Urtheil gilt jedoch nur von dem frisch gefällten, etwas fetthaltigen Käsestoff der Milch, wie er hierzulande als „Topfen“, auch als „Quark“ bezeichnet wird, keineswegs aber von einem scharfen Käse wie der Roquefort. Von diesem dürfen wir im Gegentheil annehmen, daß er die Darmfäulniß der Proteinkörper zu steigern imstande ist und daher während der obenerwähnten Versuchstage die hemmende Wirkung des Urotropins

⁴⁾ S. z. B. G. HOPPE-SYLER: Ueber die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren im Urin bei Krankheiten, „Zeitschr. f. phys. Chemie“, Bd. 12, pag. 1; ferner ALBERT ROVIGHI: Die Aetherschwefelsäuren im Harn und die Darmdesinfection, „Zeitschr. f. phys. Chemie“, Bd. 16, pag. 20.

⁵⁾ VIRCHOW'S ARCHIV, Bd. V, 1877, pag. 70.

⁶⁾ „Zeitschr. f. physiologische Chemie“, Bd. I, pag. 244.

⁷⁾ Zur Kenntniß der Darmfäulniß. („Zeitschr. f. phys. Chemie“, Bd. 17, pag. 401).

auf die Intensität der bakteriellen Zersetzung der Proteinkörper im Darne compensirt habe.

Eine Betrachtung der absoluten Mengen, in welchen an diesen 3 Tagen die präformirte und gebundene Schwefelsäure im Harn erscheinen, läßt auch höhere Zahlen für die präformirte Schwefelsäure gegenüber den vorhergehenden und nachfolgenden Versuchstagen erkennen, welche von dem mit dem Roquefort-Käse in der Nahrung mehr eingeführten Schwefel herrühren dürften. ⁸⁾

Thatsächlich sehen wir, nachdem der Roquefort-Käse aus der Kost wieder weggelassen wurde, am 11., 12., 13. und 14. Versuchstage bei Einnahme von täglich 1·0 Grm. Urotropin die Indicanreaction im Gesamtharn sehr schwach auftreten, ja beinahe verschwinden. Noch deutlicher zeigt sich die Einwirkung des Urotropins auf die Darmfäulniß in den Versuchen 15 und 16 nach Einnahme von täglich 2·0 Grm. in 3stündigen Gaben von 0·5: die Indicanreaction tritt nun kaum bemerkbar im Gesamtharn auf bei deutlicher Verminderung der aromatischen Aetherschwefelsäuren zugleich mit einem höheren Quotienten aus $\frac{a}{b}$ gegenüber den Versuchstagen 10, 11, 12 und 13.

Auffallend erscheint die große Menge der präformirten Schwefelsäure, welche am 14. Versuchstage gefunden wird und die bei gleichzeitig verminderter gebundener Schwefelsäure zu einem der größten Quotienten $\frac{a}{b}$ unserer Versuchsreihe, nämlich zu

39·6 führt. Die Erklärung hiefür dürften wir darin finden, daß die Versuchsperson an dem dem 14. Versuchstage vorhergehenden Abend 2 Stunden lang angestrengte Turnübungen ausführte ⁹⁾; schon am nächsten Tage sank die Sulfatschwefelsäure auf eine mittlere Größe ab, auf der sie sich mit geringen Schwankungen während der ganzen übrigen Versuchszeit hielt.

3. Nun folgen 3 Versuchstage (17., 18. und 19.), die uns darüber belehren sollten, ob bei einer gleichmäßigen Kost (nach Menge und Zusammensetzung) das Verhältniß zwischen präformirter und gebundener Schwefelsäure sich einer mittleren Zahl besser nähern werde, als dies während der ersten 5 Tage (Versuchstage 1—5) der Fall war, welche der Einnahme von Urotropin vorausgingen. Es wurden während dieser 3 Tage genossen — ohne Aufnahme von Urotropin:

Morgens: 0·5 Liter Milch, 1 Semmel.

Mittags: 1 Rindsuppe, Rindfleisch mit grünem Gemüse — Spinat und Kartoffeln (Gasthausportionen von nahezu gleichem Gewichte) —, 0·3 Liter Bier.

Abends: 12 Dekagr. magerer Schinken und 1 Semmel.

Die Indicanreaction trat während dieser 3 Tage im Harn in mittlerer Stärke auf; die Sulfatschwefelsäure zeigt ebenfalls nur sehr geringe Schwankungen, jedoch die gebundene Schwefelsäure zeigt, ohne daß wir hiefür einen Grund auffinden können, von einem Tage zum anderen größere Differenzen, als solche in der Versuchsreihe überhaupt vorhanden waren, so daß wir $\frac{a}{b} = 15·1, 43·6$ und 24·0 erhalten.

4. Derselbe Kostsatz wie in den drei vorhergehenden Versuchstagen wurde auch am 20. eingehalten und nun wurden 4·0 Urotropin in 3stündigen Zwischenräumen zu 1·0 genommen. Der 24stündige Harn zeigte keine Indicanreaction, die Diurese stieg deutlich an, die Sulfatschwefelsäure, aber auch die gebundene steigen gegen den Vortag an, $\frac{a}{b}$ wird gleich 20·6. Wenn auch also im Harn des entsprechenden Tages die Indicanreaction fehlte, so war

⁸⁾ Nimmt man für 1 Gasthausportion Roquefort-Käse 10 Grm. Trocken-substanz mit 0·8% S, so würde jene 0·2 SO₃ liefern.

⁹⁾ S. I. MUNK, Ueber den Einfluß angestrenzter Körperarbeit auf die Ausscheidung der Mineralstoffe und der Aetherschwefelsäuren. (Du Bois-Reymond's „Archiv“, phys. Abth., 1895, pag. 385.) Leider fehlt in unserem Falle die Kenntniß von der N-Ausscheidung.

doch der die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren herabsetzende Einfluß des Urotropins nicht sehr deutlich wahrnehmbar.

Thatsächlich erfuhren wir erst, als im Harn des nächstfolgenden Tages um 3 Uhr Nachmittags das Urotropin zum letztenmale nachweisbar war, daß dieser Versuch zu früh abgebrochen wurde; es waren eben die 4.0 Urotropin erst nach 30 Stunden aus dem Organismus entfernt.

Nach NICOLAÏER¹⁰⁾ hängt die Zeit, während welcher das Urotropin im Harn noch nachweisbar ist, von der Größe der zuletzt gegebenen Dosis ab; er konnte es nach einer ein-

0.5 Urotropin, genommen um 9 Uhr 45 Min. Vorm., waren im						
"	"	"	10	"	15	"
"	"	"	10	"	20	"
"	"	"	3	"	25	Nachm.,
"	"	"	5	"	51	"
"	"	"	6	"	25	"

Bei dieser Gelegenheit sei auch bemerkt, daß die Zeit, in welcher das Urotropin nach dem Darreichen per os im Harn zuerst nachweisbar wird, größeren Schwankungen unterliegt, als bisher angenommen wurde. NICOLAÏER fand das Urotropin nach 15 Minuten, CASPER sogar schon 10 Minuten nach der Darreichung im Harn.

ERNST MAYERHOFER hat diesbezüglich Folgendes aufgezeichnet:

Es erschienen 0.5 Urotropin einmal um						
9 Uhr 45 Min. Vorm.	genommen zuerst nach 135 Min. i. Harn					
10	"	15	"	"	45	"
10	"	20	"	"	52	"
3	"	25	Nachm.	"	40	"
5	"	50	"	"	15	"
6	"	25	"	"	14	"

und wir ersahen hieraus, daß die Zeitdauer des Ueberganges von Urotropin aus dem Magen in den Harn — vielleicht abhängig vom Füllungszustande des Magens und von der Art des Mageninhaltes — in ziemlich weiten Grenzen schwanken kann.

Wie schon erwähnt, wurde der Einfluß der innerlichen Darreichung von Urotropin auf das Auftreten von Indoxylschwefelsäure, bezw. der Intensität der Indicanreaction im Harn, immer an Proben, die der 24stündigen Gesamtmenge des Harnes entnommen waren, geprüft. Nach E. BAUMANN und seinen Schülern ist bei vergleichenden Untersuchungen über die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren die Berücksichtigung der ganzen Tagesmenge des Urins und die Berechnung der ausgeschiedenen Substanzen auf 24 Stunden geboten. Dabei kann es jedoch vorkommen, daß man in einer aus der Gesamtmenge des Harnes entnommenen Probe kein Indican auffinden kann, hingegen in einer Einzelprobe desselben Harnes zu einer bestimmten Tageszeit eine wenn auch nur schwache Indicanreaction erhält. Schon R. VAN DEN VELDEN bemerkte Unterschiede in den ausgeschiedenen Mengen der Aetherschwefelsäure am Morgen und am Abend und ROVIGHI¹¹⁾ fand, daß die Ausscheidung der aromatischen Aetherschwefelsäuren während der Tagesstunden relativ größer ist als zur Nachtzeit, und zwar soll die Einfuhr von Getränken über Tag die Vermehrung der gebundenen gegenüber der präformierten Schwefelsäure verursachen. Es wurde daher während der oben mitgetheilten 20tägigen Versuchsreihe auch in den einzelnen Proben jeder der entleerten Harnportionen die Intensität der Indicanreaction, bezw. deren positives oder negatives Verhalten geprüft.

Nach den Aufzeichnungen von E. MAYERHOFER, der zum Frühstück nach seiner Gewohnheit $\frac{1}{2}$ Liter Milch mit 1 Semmel nahm, war in einer größeren Reihe von Tagen, an denen Urotropin nicht genommen wurde, bei gemischter Kost die Indicanreaction im Harn während der Vormittagsstunden von 8—11 Uhr am stärksten, nahm nach dem Mittagessen bis in die Abendstunden immer schwächer werdend ab und ver-

maligen Gabe von 0.5 Grm. nach ungefähr 13 Stunden, nach einer solchen von 1.0 nach circa 27 Stunden nicht mehr im Harn nachweisen. ERNST MAYERHOFER, der am Anfang der Versuche täglich 1.0 Grm. in zwei Gaben von 0.5 Grm. nahm, die zweite immer erst dann, wenn das in der ersten Gabe genommene Urotropin im Harn nicht mehr nachweisbar war, fand die Ausscheidungsdauer verschieden, je nachdem die Zeit der Ausscheidung während des Tages oder während der Nachtzeit stattfand; im letzteren Falle dauerte sie länger.

Harn nicht mehr nachweisbar nach 5 Stunden 30 Min.

"	"	"	"	"	7	"	15	"
"	"	"	"	"	4	"	30	"
"	"	"	"	"	4	"	17	"
"	"	"	"	"	15	"	29	" (Nacht)
"	"	"	"	"	15	"	30	"

schwand während der Nacht entweder gänzlich oder nahezu. Der gleiche Verlauf der Indicanausscheidung — mit entsprechend geringerer Intensität, bezw. negativem Verhalten der einzelnen Indicanproben — wurde auch an jenen Tagen beobachtet, an denen Urotropin eingenommen wurde. Obwohl nun die Ausscheidungscurve der Indoxylschwefelsäure, soweit sie durch die Intensität der Indicanreaction zu beurtheilen ist, bezüglich der Tag- und Nachtstunden im Ganzen und Großen mit denen der Aetherschwefelsäuren in ROVIGHI's Beobachtungen zusammenfällt, so sind doch die Differenzen der Intensität der Indicanreaction zwischen Vormittag und Nachmittag größer, als man dies nach dem Gange der Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren in der Tafel I bei ROVIGHI erwarten durfte; leider hat ROVIGHI in dieser Tabelle die Intensität der Indicanreaction nicht verzeichnet. Da wir nun auf Grund unserer bisherigen Beobachtungen vermuthen mußten, daß die Intensität der Indicanausscheidung mit der der Aetherschwefelsäuren keineswegs immer parallel gehe, so war eine hierauf bezügliche Beobachtungsreihe umsomehr von Interesse, als die Indicanreaction im Harn, wie schon oben erwähnt, als der verlässlichste Indicator für die Intensität der Darmfäulniß in der ärztlichen Praxis angesehen wird.

ERNST MAYERHOFER hat nun während dreier Tage, am 11., 12. und 13. Mai 1901, in den einzeln entleerten Harnportionen die präformierte und gebundene Schwefelsäure bestimmt, zugleich auch die Intensität der Indicanreaction geprüft und tabellarisch verzeichnet. (S. Tabelle II, pag. 1283.)

In den Zahlen der Sulfatschwefelsäure ist in dem 24stündigen Cyclus ein periodisches Absinken und Ansteigen zu bemerken, so zwar, daß in den Morgen- und Vormittagsstunden die geringsten Mengen, in den Nachmittags-, Abend- und Nachtstunden die größten Mengen ausgeschieden werden.

SO ₃ in 100 Ccm. Harn in den Morgen-, resp. Vormittagsstunden	SO ₃ in 100 Ccm. Harn in den Nachmittags-, Abend- und Nachtstunden
0.0422	0.2952
0.0693	0.2800
0.0735	0.2455
0.0463	0.2211
0.0849	0.1696

Daß diese procentische Zahlenreihe einmal durch eine geringe Sulfatzahl während der Abendstunden von 7 Uhr 30 Min. bis 11 Uhr (0.0786) durchbrochen erscheint, dürfte aus der damaligen großen Wasseraufnahme zu erklären sein, wodurch der Harn sehr niedrig gestellt wurde (spec. Gew. = 1.005), während in der entsprechenden Harnportion die Gesamtmenge der Sulfatschwefelsäure doch die beträchtliche Menge von 0.4323 SO₃ betrug.

In den Zahlen der Aetherschwefelsäuren ist ebenfalls ein Absinken und Ansteigen in derselben Richtung zu bemerken. Die auf je 100 Ccm. Harn bezogenen Zahlen stellen sich folgendermaßen:

SO ₃ in 100 Ccm. Harn während der Morgen-, resp. Vormittagsstunden	SO ₃ in 100 Ccm. Harn während der Nachmittags-, Abend- und Nachtstunden
0.0027	0.0213
0.0022	0.0127
0.0029	0.0148

¹⁰⁾ l. c. pag. 1.

¹¹⁾ l. c. pag. 30.

Tabelle II.

Nummer des Versuches	Zeitangabe	Harnmenge in Ccm.	Specificisches Gewicht	SO ₂ in 100 Ccm.		SO ₂ in der entsprechenden Harnportion		$\frac{a}{b}$	Indoxylreaction
				a präformirt	b gebunden	a präformirt	b gebunden		
1. Tag. 1.	Von 10 Uhr 30 Min. bis 12 Uhr Vormittags	380	1·007	0·0422	0·0027	0·1636	0·0103	15·6	stark
2.	Von 12 Uhr bis 3 Uhr 15 Min. Nachmittags	225	1·018	0·1601	0·0064	0·3602	0·0144	25·0	vorhanden
3.	Von 3 Uhr 15 Min. bis 6 Uhr Nachmittags	150	1·026	0·2952	0·0101	0·4428	0·0152	28·9	keine
4.	Von 6 Uhr bis 10 Uhr Abends	165	1·021	0·2800	0·0213	0·4620	0·0352	13·1	sehr schwach
5.	Von 10 Uhr Abends bis 7 Uhr Früh	340	1·019	0·2455	0·0127	0·8347	0·0432	19·3	keine
2. Tag. 6.	Von 7 Uhr bis 10 Uhr 15 Min. Vormittags	360	1·012	0·0693	0·0022	0·2495	0·0079	31·5	stark
7.	Von 10 Uhr 15 Min. bis 12 Uhr Mittags	160	1·013	0·0735	0·0029	0·1176	0·0046	25·5	stark
8.	Von 12 Uhr bis 2 Uhr Nachmittags	330	1·009	0·0463	0·0045	0·1528	0·0149	10·2	fast null
9.	Von 2 Uhr bis 7 Uhr 30 Min. Abends	270	1·017	0·2420	0·0096	0·6534	0·0259	25·2	keine
10.	Von 7 Uhr 30 Min. bis 11 Uhr Abends	550	1·005	0·0786	0·0022	0·4323	0·0121	35·7	keine
11.	Von 11 Uhr Abends bis 7 Uhr Früh	590	1·014	0·2211	0·0148	1·3045	0·0872	14·9	keine
3. Tag. 12.	Von 7 Uhr bis 9 Uhr 30 Min. Vormittags	345	1·015	0·1018	0·0134	0·3512	0·0462	7·6	stark
13.	Von 9 Uhr 30 Min. bis 12 Uhr 30 Min. Mittags	510	1·010	0·0553	0·0026	0·2820	0·0133	21·2	vorhanden
14.	Von 12 Uhr 30 Min. bis 7 Uhr Abends	490	1·019	0·1648	0·0112	0·8074	0·0549	14·7	fast null
15.	Von 7 Uhr bis 11 Uhr Abends	390	1·007	0·1169	0·0038	0·4559	0·0148	30·8	fast null
16.	Von 11 Uhr Abends bis 7 Uhr Früh	550	1·015	0·1696	0·0106	0·9328	0·0583	16·0	fast null
17.	Von 7 Uhr bis 10 Uhr 30 Min. Vormittags	460	1·013	0·0849	0·0343	0·3905	0·1577	24·8	stark

Dies gilt jedoch nur für die Versuche an den beiden ersten Tagen; am dritten Tage, vom 12. Versuch an sind die Verhältnisse nichtmehr so klar. Immerhin steht einer Zahl von 0·0026 gebundener SO₂, beobachtet während der Vormittagsstunden zwischen 9 Uhr 30 Minuten und 12 Uhr 30 Minuten, die größere von 0·0106 während der Nachtstunden zwischen 11 Uhr und 7 Uhr gegenüber.

Auf Grund der starken OBERMAYER'schen Indicanreaction in den Vormittagsstunden, also gerade in der Zeit der geringsten Aetherschwefelsäureausscheidung scheint der Schluß berechtigt, daß wohl die Indoxylschwefelsäure in den Vormittagsstunden am intensivsten ausgeschieden wird, während für die übrigen Aetherschwefelsäuren dies in den Nachmittags- und Abendstunden der Fall ist.

Zur Behandlung des insuffizienten Herzens mit Stütz- und Compressionsapparaten.

Von **Dr. Gräupner** in Bad Nauheim.

In der jüngsten Zeit sind therapeutische Bestrebungen hervorgetreten, gewisse Beschwerden bei Herzkranken, wie Athemnoth, Spannungsgefühle und Herzklopfen, mit Hilfe von mechanischen Stützapparaten zu behandeln. Diese Bestrebungen sind eingeleitet worden durch ABBÉE und es wird ein dauerndes Verdienst dieses Autors bleiben, als erster auf diese rein mechanische Behandlungsmethode hingewiesen zu haben, auch wenn man nicht die theoretischen Anschauungen, von denen ABBÉE bei der Empfehlung seiner Herzstütze ausgegangen war, theilen kann.

Naturgemäß machen sich in rascher Folge neue Ideen für die Construction solcher Herzstützapparate geltend: so beschrieb HELLENDAL einen Herzstützapparat, der im wesentlichen einem Bruchbande nachgebildet ist; so habe auch ich mich persönlich mit der Construction eines Herzcompressors befaßt, dessen theoretische Begründung und nähere Schilderung an dieser Stelle erfolgen soll (cfr. auch „Deutsche Medizinal-Zeitung“, 1901, Nr. 19).

Bekanntlich läßt ABBÉE eine herzförmig gestaltete Pelotte in der Herzgegend fixiren, von dem Gedanken ausgehend,

daß das Herz dadurch in die Höhe gerückt und das verzerrte Lumen der Aorta und angeblich auch der Kranzgefäße gerade gestreckt würde; indessen können bei Anlegung der Pelotte nur außerordentlich selten unmittelbare Veränderungen der Herzlage gesehen werden; ich selbst hatte im vergangenen Sommer die ABBÉE'sche Pelotte bei 10 Herzkranken angelegt, jedoch nur bei einem Patienten eine Fixirung des Herzens und einen evidenten Nutzen bezüglich der Beseitigung seiner Kurzatmigkeit gesehen. Dieser positive Erfolg führte mich zu der Frage: Warum blieb der Erfolg bei allen anderen Herzkranken aus? Von welchen besonderen Momenten ist der Eintritt des Erfolges abhängig? Und: Wie müssen Stützapparate technisch construirt sein, um einer größeren Zahl von Herzkranken nutzbar zu werden?

Von vornherein war ich überzeugt, daß mechanische Stützapparate nicht jegliche Art von Herzstörungen bessern können, daß vielmehr nur bei besonderen anatomischen Bedingungen das Tragen eines Stütz-, resp. wie wir es bald richtiger nennen wollen, eines „Compressionsapparates“ von Nutzen sein kann, eine Anschauung, die ich nunmehr durch thatsächliche Feststellungen als bewiesen ansehen kann. Nunmehr möchte ich allgemein den Satz aussprechen, daß das Tragen von Herzcompressionsapparaten nur dann indicirt ist, wenn das Herz nicht genügend fest „verpackt“ oder fixirt liegt. Infolge einer mangelhaften Fixirung wird das Herz

bei seiner Action beim Fehlen eines Gegendrucks abnorm erschüttert und schon ältere Experimente von HEINRICIUS und KRONECKER beweisen, wie günstig ein äußerer, rhythmisch ausgeübter Gegendruck auf den Ablauf der Herzcontractionen wirkt. Dieser rhythmische Gegendruck wird unter normalen Bedingungen ausgeübt durch die Expansion der linken Lunge, welche bei der Inspiration luftkissenartig sich zwischen vorderer Brustwand und Herz und ebenso pufferartig zwischen Herz und Zwerchfell vorschiebt; fällt nun diese inspiratorische Lungenblähung infolge von Atelectase oder mangelhafter Thoraxbewegungen aus, so wird das Herz die Brustwand in abnormer Weise erschüttern und jene Ueberempfindlichkeit erzeugen, die wir so häufig bei Herzkranken in der Gegend des Spitzenstoßes finden. Gleichzeitig tritt bei einer derartigen mangelhaften Verpackung des Herzens eine Lockerung der Bänder des Pericards, ferner eine Dehnung und Zerrung des Aortenbogens ein, an dem das Herz „angestiebt“ erscheint und mit dem Verlust der elastischen Spannung des Aortenbogens wird der Herzmuskel im Brustraum selbst sich leicht verschieben lassen. Er wird je nach dem Stande des Zwerchfells hoch gedrängt werden können oder andererseits durch seine Schwere das Zwerchfell so belasten, daß absoluter Tiefstand des Herzmuskels, wie so häufig bei Aorteninsuffizienz, eintritt.

Unter Würdigung dieser nur kurz angedeuteten anatomischen Momente wird man die Frage einer etwaigen Compressionsbehandlung der Herzbeschwerden abhängig machen und nicht von der Art der Herzerkrankung, sondern von der Erwägung, ob das Herz mehr oder weniger beweglich erscheint.

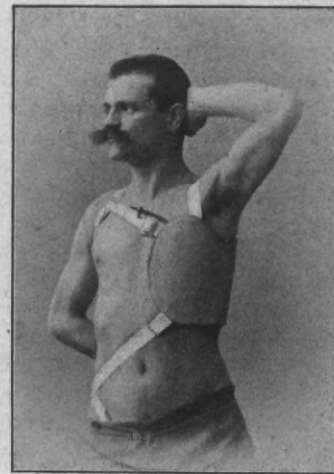
Diese Frage der abnormen Herzbeweglichkeit ist in den jüngsten Jahren von verschiedenen Autoren wie DETERMANN, HOFFMANN, WESTERMAYER und BRAUN in Wien behandelt worden. Im Allgemeinen stimmen unsere eigenen Erfahrungen in dieser Hinsicht mit den Anschauungen WESTERMAYER'S und BRAUN'S überein und es sei zunächst hervorgehoben, daß im Durchschnitt die Veränderungen der Percussionsgrenzen des Herzens bei Seitenlage nicht auf eine totale Verschiebung des Herzens zu beziehen sind, sondern daß bei einer mangelhaften Verpackung, resp. Fixirung des Herzens je nach Stellung des Körpers verschiedene Theile des Herzens, bald der rechte, bald der linke Herzabschnitt — der Schwere folgend — der Brustwand sich anlagern. Es handelt sich also bei der angeblichen seitlichen Verschiebbarkeit des Herzens nicht um eine gesammte Verschiebung des Herzmuskels, sondern nur um partielle Drehungen um den Längsdurchmesser, resp. bei Vorbeugung des Körpers um den Querdurchmesser; diese Labilität des Herzens ist zunächst, wie oben bereits angedeutet, auf die mangelhafte inspiratorische Dehnung der linken Lunge zu beziehen. Indessen kann neben dieser mangelhaften Fixirung des Herzens auch eine absolute Stellungsveränderung des Herzmuskels im Brustraum eintreten, sobald die Elasticität des Aortenbogens nachläßt: Dieser Elasticitätsverlust wird einmal bedingt durch die Schwere eines hypertrophischen Herzens, das zerrend am Aortenbogen zieht, am häufigsten wohl jedoch durch locale Ernährungsstörungen, wie bei Arteriosklerose und Chlorose (DETERMANN). Ebenso ist festzuhalten, daß auch bei Enteroptose der Unterleibsorgane eine gewisse Disposition für die Erschlaffung des Aufhängeapparates des Herzens eintritt.

Man hat die wichtige Frage aufgeworfen, inwieweit die mangelhafte Fixirung des Herzens und die abnorme Beweglichkeit desselben besondere Krankheitssymptome — unabhängig von der Primärerkrankung des Herzmuskels — ihrerseits verschuldet? Es muß eingeräumt werden, daß zum Theil Stellungsveränderungen des Herzens symptomlos ertragen werden können; doch zeigen andererseits DETERMANN'S, HOFFMANN'S und meine eigenen Erfahrungen, die ich speciell bei der Behandlung mit meinem Herzcompressor gewonnen habe, daß bei einer Reihe von Herzkrankheiten gewisse Beschwerden

wegfallen und vor allem die functionelle Leistungsfähigkeit erhöht wird, sobald das Herz fixirt wird. Die Erfolge der Compressionsbehandlung werden freilich noch viel eclatanter, wenn die Beschwerden (Pulsbeschleunigung, Kurzatmigkeit) lediglich durch Stellungsveränderung des Herzens bedingt waren. Daß eine solche leichte Verschiebbarkeit des Herzens störend auf die Herzfunctionen wirken muß, wird verständlich, wenn wir berücksichtigen, daß so häufig bei chronischen Herzmuskelerkrankungen eine Betheiligung gewisser sensibler Apparate vorhanden ist: wir erinnern an die ausstrahlenden Schmerzen bei Angina pectoris, bei der so häufig eine Betheiligung des Plexus brachialis mit perineuritischen Veränderungen gefunden wird; wir erinnern an die abnorme Empfindlichkeit an den linken Querfortsätzen des 5. und 6. Brustwirbels, deren Verständniß durch HEAD uns näher geführt worden ist; man denke ferner an die hyperästhetischen Zonen, die so häufig an der vorderen Brustfläche bei Herzkranken gefunden werden und die zum Theil wenigstens durch die abnorme Belastung eines hypertrophischen Herzens hervorgerufen werden.

Wie muß nun ein solcher Compressionsapparat, der das Herz in seiner Lage fixiren soll, beschaffen sein? Bereits oben wurde hingewiesen, daß beim normalen Herzen die linke Lunge inspiratorisch zwischen vorderer Brustwand und Herz und ebenso pufferartig zwischen Herz und Zwerchfell tritt; diesen Ausfall des elastischen Polsters können wir beim beweglichen Herzen mechanisch compensiren, indem wir entsprechend der supponirten Lungenausdehnung einen elastischen Widerstand anbringen. Dieser Widerstand muß regulirt werden können; er muß der Form des Brustkastens sich anpassen; dieser elastische Widerstand soll als Contrecoup wirken, der die diffusen Schwingungen der Brustwand mäßigt; er soll ferner einen gewissen Gegendruck auf das Herz selbst ausüben, ohne die Ausdehnung und freie Beweglichkeit des Thorax zu hemmen.

Wenn wir nunmehr zur Beschreibung unseres Herzcompressors übergehen, so besteht derselbe (s. Fig.) aus einer fest



eingetriebenen Metallplatte, die sich genau den Contouren des Thorax anpaßt und die gesammte Herzgegend, jedoch auch gleichzeitig die Convexität des Thoraxbogens in der Umgebung des linken Herzmuskels deckt. An der Innenseite dieser Metallplatte, die also entsprechend der individuellen Thoraxform gebaut ist, befindet sich ein aufblasbarer Gummimantel, der mit Luft, eventuell mit Wasser gefüllt werden kann. Der Patient bläst diesen Gummimantel so weit auf, bis er dadurch auf den Thorax ausgeübte Druck angenehm empfunden wird. Die Befestigung des Herzcompressors an der Brust des Patienten muß alsdann derart erfolgen, daß die freie Beweglichkeit des Thorax in keiner Weise gehemmt ist; beim exacten Anpassen des Compressors muß die Athmung freier und das Gefühl des Herzklopfens weniger empfunden werden; brennende

und stechende Empfindungen müssen wegfallen. Fixirt wird der Compressor durch mehrere Bindenzügel, wie es die Abbildung zeigt.

Was nun die technische Herstellung des Herzcompressors betrifft, so ist dieselbe insofern mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, als ja der Compressor für jeden Herzkranken besonders gearbeitet werden muß. Um dem Mechaniker die Form vorzuschreiben, nach welcher der Compressor gearbeitet werden soll, hat der Arzt zunächst einen Gypsabdruck von der individuellen Thoraxform zu nehmen; dies geschieht dadurch, daß wir dem Patienten zunächst eine feste Tricotbinde umlegen, um alsdann in Gypsbrei getauchten Mullstoff über dem Herzen in seiner ganzen Ausdehnung und mit Einschluß der Thoraxconvexität anzulegen. Sobald die Gypsform fester geworden ist, wird sie vom Brustkasten abgehoben und die Herzcontouren mit Bleistift noch einmal eingezeichnet. Dieses Gypsmodell erhält der Mechaniker, der die feste Metallplatte aus Aluminium formt. Alsdann wird an der Metallplatte der Gummimantel angelegt; zum Schluß erfolgt die Anpassung und Befestigung der Bindenzügel.

Literatur: **ABBÉE**, „Münch. med. Wochenschr.“, 1899, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, pag. 10, Balneologencongreß 1900. — **HELENDALL**, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 48. — **DETERMANN**, „Zeitschr. für klin. Med.“, Bd. 40. — **HOFFMANN**, Ueber paroxysmale Tachycardie, Wiesbaden 1900. — **WESTERMEYER**, „Nürnberger Krankenhausbericht“. — **BRAUN**, Cormobile, Vortrag, Februar 1901, „Wiener med. Presse“, Referat.

Referate.

E. ROTH (Potsdam): Die gewerbliche Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung.

Die Einwirkung der gewerblichen Gifte auf den menschlichen Organismus ist abhängig von der Besonderheit des Giftes, der Art der Aufnahme und Einverleibung und der Dauer der Einwirkung, vor allem von dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Organismus, die individuell verschieden ist. Die größte hygienische Bedeutung beansprucht das Blei wegen seiner ausgedehnten Verwendungsweise; es kann durch Magen, Lunge, Wunden, vielleicht auch durch unverletzte Haut in den Körper eindringen; selbst das für ungiftig gehaltene Bleisulfat kann, wenn es staubförmig in die Bronchien gelangt, Vergiftungen herbeiführen. Die Vergiftungen kommen zustande bei der Bleigewinnung, in Bleihütten, ferner in Zinkhütten, in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, eine andere Quelle ist die Thonwarenindustrie, namentlich in der Ofenfabrication. Besonders gefährdet sind diejenigen Berufsarten, die Blei als Bestandtheil von Farben anwenden, Maler, Anstreicher, Lackirer. Eine neue und recht ausgiebige Quelle von Bleivergiftungen sind die Anlagen zur Herstellung von Accumulatoren, in besonderem Maße sind auch die Angestellten in Schriftgießereien, Stereotypen und Buchdruckereien gefährdet, ferner die Emailleure von eisernen Blechen und Geschirren. Ueber gewerbliche Massenvergiftung durch Blei bei Arbeiterinnen in Patentflaschenverschlüssen berichtete zuerst **MARCOUSE**. Nicht selten sind Bleivergiftungen bei Feilenhauern („Berl. klin. Wschr.“, Nr. 19 und 20), Arbeitern in Nitritfabriken, Rohrlegern, Glasarbeitern bei der Darstellung von Flint- und Krystallglas, Kattun- und Wachstucharbeitern, die mit Bleiweiß arbeiten. Von sonstigen Anlagen, in denen Blei verarbeitet wird, kommen in Frage die Anlagen, wo Blei durch Schmelzen, Gießen, Stanzen, Walzen und Löthen verarbeitet wird. In Frage kommen weiter die Bernstein-, Kunstpapier- und Blumenarbeiter, Näherinnen und Spitzenarbeiterinnen, die mit Blei beschwerte Seide bearbeiten, die Jaquardweiber infolge Abreibens der Bleigewichte, die Bürstenarbeiter bei der Verarbeitung mit Bleiacetat gefärbter Borsten und Haare, die Strohhutarbeiterinnen und Granatarbeiter beim Facettiren u. a. — In prophylaktischer Beziehung ist zu verlangen, daß überall, wo es technisch ausführbar ist, an die Stelle von Blei andere weniger giftige oder ungiftige Metalle treten, außerdem kommen die verschiedenen Schutzapparate, Respiratoren und Ventilatoren, sowie die entsprechende Instruction

der Arbeiter in Betracht. Bei dem Auftreten der geringsten Anzeichen beginnender Vergiftung ist der Arbeiter sofort der Einwirkung des Giftes zu entziehen.

Der außerordentlich giftige, gelbe oder weiße Phosphor findet seine hauptsächlichste Verwendung in der Phosphorzündholzindustrie. Trotz der bestehenden Vorschriften kommen immer noch in größerer Zahl schwere Gesundheitsschädigungen durch Phosphor vor. Ein durchgreifender Erfolg kann nur von einem Verbot der Verwendung des gelben Phosphors erwartet werden, wie ein solches Verbot seit langen Jahren in Dänemark besteht und neuerdings in der Schweiz erlassen ist; außerdem kommen schärfere sanitäre Maßnahmen in Betracht.

Das Quecksilber findet seine häufigste Anwendung in den Quecksilberspiegelbelegen. Es sind hauptsächlich die Quecksilberdämpfe, die bei Berührung mit der Schleimhaut der Luftwege in eine resorbirbare Form umgewandelt werden und aus der Schleimhaut der Athmungswege in die Blutbahn gelangen, ausnahmsweise auch durch offene Hautstellen. Außerdem kommen noch in Frage die Thermometer- und Barometermacher, die Arbeiter in Glühlampenfabriken, in Zündhütchenfabriken, die Hutmacher, Hasenhaarschneider und Kürschner.

Arsenige Säure findet Verwendung in der Schrotfabrication, zum Graubeizen von Metallen, als Entfärbungsmittel in der Glasfabrication, beim Ausstopfen der Thierbälge und in der Hutmacherei. In der Farbenfabrication und Zeugdruckerei kommt Arsen nicht mehr in Verwendung. Arsen gelangt von den Verdauungsorganen, von der Lunge und von offenen Hautstellen aus zur Resorption.

Schwefelkohlenstoff wird in großen Mengen in der Fettindustrie verwendet und beim Vulcanisiren des Kautschuk. Die ersten Krankheitserscheinungen treten oft schon nach Wochen, manchenmal erst nach Jahren auf. Die chronische Vergiftung erinnert an die Tabes, weshalb einige Autoren von einer pseudotabetischen Form sprechen.

B.

W. KARO (Bern): Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe als Folge von Entleerung gonorrhöischer Eiteransammlung ins Rectum.

Im ersten der Fälle, von **JADASSOHN** publicirt, handelte es sich um Auftreten einer von der Prostata genau abgegrenzten, kugeligen Vorwölbung gegen das Rectum zu, welche von dort aus eröffnet wurde. Nachdem die Heilung des Eingriffes scheinbar sehr rasch vorübergegangen war, traten nach einiger Zeit brennende Schmerzen bei der Defäcation und Entleerung von Eiter mit den Faeces ein, die Untersuchung des Eiters ergab Gonokokken in Reincultur.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine im Anschluß an Gonorrhoe auftretende Cystitis und Prostatitis; die letztere verursachte durch einige Tage währendes hohes Fieber. Die Untersuchung der Prostata ergab eine der linken Samenblase entsprechend sich nach unten vorwölbende Geschwulst, die aber nirgends Fluctuation zeigte, so daß die beabsichtigte künstliche Eröffnung unterblieb. Die zu dieser Zeit ausgeführte Untersuchung des Rectalschleimes, bezw. eitrigen Schleimes (wegen Mitbetheiligung der Rectalschleimhaut am Entzündungsproceß) ergab keine Gonokokken. Wenige Tage später plötzlicher Fieberabfall, der objective Befund aber sonst unverändert. Nach weiteren acht Tagen wurden bei einem Stuhlgang ungefähr zwei Eßlöffel Eiter ohne besondere Beschwerden entleert und von da an sind im Rectum Gonokokken nachzuweisen. Der nicht mit Unrecht supponirte Durchbruch eines Abscesses in's Rectum, bezw. die Durchbruchsstelle konnte weder durch Einstellung im Speculum, noch auch durch die Digitaluntersuchung sichergestellt werden. Nichtsdestoweniger spricht sowohl die Eiterentleerung als auch das Auftreten von Gonokokken ziemlich sicher für diese Thatsache.

In weiterer Ausführung knüpft der Autor („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 4) an das Auftreten der Rectalgonorrhoe nach spontanem Durchbruch ins Rectum oder künstlicher Eröffnung gonorrhöischer Abscesse vom Rectum aus, Betrachtungen, welches der richtige

Weg für die Eröffnung dieser Abscesse wäre, und schließt sich der ziemlich allgemein acceptirten Operation vom Perineum her (Ablösung der Mastdarmwand) an. Für jene Fälle aber, wo der Absceß bereits dicht unter der Rectalschleimhaut liegt, wäre nach JADASSOHN bei Eröffnung vom Mastdarm her die Absceßhöhle mit 1%iger Arg. nitr.-Lösung, der Mastdarm mit einer solchen von 1:0—3000:0 auszuspülen und dieses Verfahren in der Nachbehandlung fortzusetzen.

DEUTSCH.

ERNST BECKER (Berlin): Ueber die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch vasomotorische Beeinflussungen, insbesondere durch Einwirkung von Kälte auf den ganzen Körper.

Die Methode B.'s bestand ausschließlich in Zählung der rothen und weißen Blutkörperchen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 1 u. 2), da es dem Verf. hauptsächlich darauf ankam, die Beeinflussung des Verhältnisses zwischen rothen und weißen Blutkörperchen zu untersuchen. Er fand: Die Zahl der rothen und weißen Blutkörperchen ist unter normalen Verhältnissen in Capillaren und den zugehörigen Venen annähernd gleich. Bei Einwirkung von Kälte auf die ganze Körperoberfläche ist fast durchwegs in den Capillaren der Haut eine Vermehrung der rothen und weißen Blutkörperchen nachweisbar.

Die Vermehrung der rothen und weißen Blutkörperchen in den Capillaren ist nicht eine gleichmäßige, sondern meistens ist die Vermehrung der weißen Blutkörperchen eine weit bedeutendere. In den Venen war ebenfalls eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen nachzuweisen, die Zahl der weißen Blutkörperchen nahm dagegen hier meist ab, und sie war nach der Kälteeinwirkung immer bedeutend geringer als in den zugehörigen Capillaren.

Die Veränderungen des Blutes waren im Verlauf einer Stunde fast immer wieder ausgeglichen; oft zeigte sich dann eine Abnahme der Zahl der Blutkörperchen auch gegenüber der vor der Anwendung von Kälte gefundenen Zahl.

Durch Einwirkung von Kälte auf die ganze Körperoberfläche wird also eine geringe Vermehrung der Zahl der Erythrocyten und meist eine stärkere Vermehrung der Zahl der Leukocyten in den Hautcapillaren bewirkt. Diese Veränderungen entstehen theils durch vasomotorische Beeinflussung, und zwar vornehmlich durch Wasserabgabe aus dem Blut, zum geringeren Theil auch durch Stauung der Blutkörperchen in den Capillaren. (Eine reelle Vermehrung der Blutkörperchen, die vielfach behauptet wurde und behauptet wird, tritt somit unter den dargelegten Verhältnissen naturgemäß nicht ein.) Die Vermehrung der Leukocyten geschieht außerdem, und zwar zum größten Theile, durch Randschichtenbildung infolge der Kälte Wirkung. In pathologischen Zuständen können die Veränderungen der Blutzusammensetzung auch durch Aufhebung von Stasen in beschränktem Maße miterklärt werden.

B.

v. KÉTLY und WEISZ (Budapest): Inwiefern kann man die intercostalen Phonationserscheinungen bei Fällen von pleuralem Exsudat verwerthen?

Während der Phonation, besonders beim Sprechen gewisser Buchstaben und Worte (Kitt, D, K), steigert im Momente des Glottisschlusses die vermehrte Bauchpresse den expiratorisch-phonatorischen Lungendruck. Infolge dessen stülpt sich die Lunge bei mageren Individuen an geeigneten Stellen, z. B. den Intercostalräumen, hervor und markirt sich dem Auge in deutlicher Weise. Ueber Leber und Milz sind solche Erscheinungen nicht zu sehen. Pleurale Exsudate und Transsudate hingegen vermitteln die intercostalen Hervorwölbungen. Man kann also mit dieser Methode die unteren Lungengrenzen bestimmen. Die Publication der Autoren („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 1 u. 2) ist der Frage gewidmet, ob man mit Hilfe der phonatorischen Untersuchungen die untere Grenze von Ex- und Transsudation von Milz und Leber genau differenzieren könne. Sie fanden, daß die intercostalen Phonationserscheinungen ein consequentes Phänomen darstellen, durch das es gelingt, bei pleuritischen Ex- und Transsudaten die untere Exsudatgrenze zu bestimmen.

Verwachsungen, Schwartenbildung, reflectorische Muskelstarre der Musculi intercostales können die Phonationserscheinungen theilweise oder ganz zum Verschwinden bringen. In der Mitte eines Dämpfungsgbietes, wo Phonationserscheinungen zum großen Theile fehlen, können wir auch, vorausgesetzt, daß sich an der betreffenden Stelle keine dünne lufthaltige Lungenschicht befindet, von einer circumscribten schwachen Phonationserscheinung manchmal mit Erfolg auf die Anwesenheit eines geringen Quantum Exsudat schließen.

N.

W. SAHLI (Bern): Die Boagypsschiene, ein Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Gypstechnik.

Die Boagypsschiene wird maschinell hergestellt („Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte“, 1901, Nr. 6) durch Einfüllen von trockenem bestem Verbandgyps in einen Schlauch von Baumwolltricot und nachheriges Plattwalzen und Aufwickeln. Mit dem Gyps zugleich wird ein Streifen groben Jutegewebes von gleicher Länge und etwas geringerer Breite als das Trikotgewebe in das Innere des Schlauches eingeführt und liegt dann also in Gyps eingebettet. Die Schiene stellt sich in festem Zustande als eine aufgewickelte Gypsbinde mit ca. 0.6 Cm. dicken Wandungen dar, bei der aber Gyps nicht nur zwischen die Touren eingestreut, sondern von den Schlauchwandungen allseitig umschlossen ist. Die Boaschienen schmiegen sich bei richtigem Anlegen dem Körper sehr genau an. Polsterung ist unnöthig. Am besten hat sich die Fixation mittels zweier antagonistisch liegender Schienen bewährt; bei einfachen Fällen genügt auch eine einzige Schiene. Bei Malleolarfracturen hat mehrermale eine Steigbügelschiene guten Erfolg gehabt. Das Anlegen und Befestigen der feuchten Schienen geschieht sehr einfach mittels Bindentouren; durch Andrücken und Streichen modellirt man sie dem Gliede möglichst genau an. Nach dem Erhärten können die Schienen von der gefetteten Haut leicht abgenommen werden. Diese Schienen haben sich in der Fracturbehandlung, ferner auch zu postoperativen und manchen orthopädischen Verbänden als sehr bequem und brauchbar erwiesen.

G.

BÁLINT (Budapest): Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie.

B. empfiehlt die zuerst von TOULOUSE und RICHEL angegebene chlorarme Diät („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 23). Diese Diät basirt auf der Annahme, daß der Organismus bei Chlorentziehung auf Brom empfindlicher reagirt, weil das Brom das Chlor aus seinen Verbindungen verdrängt. Die Zusammensetzung der Kost von T. und R. war: 1000 Grm. Milch, 300 Grm. Fleisch, 300 Grm. Kartoffel, 200 Grm. Mehl, 2 Eier, 50 Grm. Zucker, 10 Grm. Kaffee, 40 Grm. Butter. Diese Speisen sind ungesalzen zu verzehren. Das Resultat war der Beschreibung nach ein frappantes. Bei Darreichung von 1—2 Grm. Bromkali begannen sich die Anfälle schon nach einer Woche zu verringern und blieben bei den meisten Kranken nach und nach ganz aus. Auch BÁLINT hat dieses Verfahren mit einigen Modificationen angewandt, und zwar an 9 frischeren und 19 älteren Fällen. Seine Diät (den Speisen war statt Kochsalz 3 Grm. Bromnatrium zugesetzt) setzte sich folgendermaßen zusammen: 1 bis 1½ Liter Milch, 40—50 Grm. Butter, 3 Eier, 300—400 Grm. Brot und Obst. Verf. fand:

Die chlorarme Diät ist in jedem einzelnen Falle von Epilepsie anwendbar und zu versuchen. Die Behandlung dürfte am erfolgreichsten in einer Anstalt durchzuführen sein. Bis zum vollkommenen Erkennen des Charakters der Erkrankung soll in jedem Falle die streng chlorarme Diät instituiert werden. Neben der chlorarmen Diät sind kleine Gaben (2—3 Grm.) von Bromsalzen zu verabreichen. Das Einführen des Broms in den Nahrungsmitteln, speciell im Brote an Stelle des Kochsalzes, scheint vom Gesichtspunkte des angenehmen Gestaltens der Verabreichung empfehlenswerth. Die günstige Wirkung der Behandlung besteht hauptsächlich in der hochgradigen Steigerung der sedativen Wirkung des Broms und ist daher nach der Meinung B.'s auch bei anderen Nervenkrankheiten, in welchen wir auf stärkere Bromwirkungen angewiesen sind, zu versuchen.

N.

S. PFANNENSTIEL (Breslau): Ueber die Heilerfolge bei Krebs der Gebärmutter.

120 in der Breslauer Klinik ausgeführte, sowie 105 eigene Operationen dienen der jetzt besonders actuellen Untersuchung zum Substrate.

Die heute wenig geübte hohe Amputation des Collums, gegen die gewichtige Bedenken sprechen, wird nur in Fällen beginnender Erkrankung indicirt sein, wo man z. B. wegen hohen Alters einen größeren, bezw. länger dauernden operativen Eingriff vermeiden will, oder wo frische Exsudate und feste parametritische Verwachsungen die vaginale Totalexstirpation zu einer lebensgefährlichen Operation stempeln, bezw. unmöglich machen.

Für die vaginale Totalexstirpation gibt Pf. („Centralblatt f. Gynäk.“, 1901, Nr. 15) eine Mortalitätsziffer von 8·62% bei dem Breslauer gesammten klinischen Materiale an, die sich aber für die Jahre von 1888—1890 auf 2·37%, für sein eigenes Materiale auf 3% erniedrigt. Recidivfrei waren nach 3 Jahren von 77 Fällen (Klinik) 28 = 36·4%, von 17 (eigenes Materiale) 10 = 58·8%. Von den Collumcarcinomen geben nach Pf. diejenigen der Cervix die günstigere Prognose gegenüber denen der Portio, doch werden die ersteren erheblich rascher inoperabel. Auch auf dem Gebiete der operativen Technik haben sich dem Autor der SCHUCHARDT'sche paravaginale Hilfschnitt, sowie die Anwendung der Klemmen als werthvolle Bereicherungen erwiesen. Auf vollkommenen Peritonealverschluß wird großer Werth gelegt.

Bei der abdominalen Totalexstirpation werden unterschieden: 1. die eigentliche FREUND'sche Operation, d. h. die Entfernung des Uterus ohne Parametrien und Drüsen; 2. die von S. VEIT angeregte erweiterte FREUND'sche Operation, d. h. die Mitentfernung der erkrankten Parametrien und etwaiger Drüsenknoten; 3. die abdominale Radicaloperation, d. h. die principielle Entfernung von Uterus mit Adnexen und oberstem Scheiteldrittel zusammen mit den angrenzenden Parametrien, DOUGLAS'schen Bändern und der Ausräumung des Beckens nach Ablösung des Bauchfelles, eventuell mit Resection von Theilen der Blase und der Ureteren. Für das Dauerresultat ist die ursprüngliche FREUND'sche Operation nicht von größerem Werthe als die vaginale Totalexstirpation. 9 VEIT'sche Operationen wiesen 2 = 22% Todesfälle auf. Ueber die Dauererfolge läßt sich wegen der Kürze der Zeit bisher noch nichts Endgiltiges sagen. Die einzige abdominale Radicaloperation ging am 33. Tage an Pyelonephritis zugrunde. Für PFANNENSTIEL liegt der Schwerpunkt der radicalen Operation nicht sowohl in der Drüsenentfernung, als in der Ausräumung der Parametrien, bezw. der dazu gehörigen, um die Cervix herum gelagerten Bindegewebspartien. Aber selbst wenn man auf die principielle Drüsenentfernung verzichtet und sich auf die Ausräumung der Parametrien beschränkt, ist es ihm sehr fraglich, ob wir durch die Laparotomie wesentlich mehr leisten als früher. Er selbst hat sich vorgenommen, auch die Grenzfälle wieder ausschließlich vaginal zu operiren. Nicht in der Erweiterung der Operationstechnik, sondern nur in der frühzeitigen Diagnose des Krebses sei das Heil in der Zukunft zu suchen.

FISCHER.

BIZZOZERO (Turin): Ueber die Reinigung des Trinkwassers durch Abkochen.

In einer vor einigen Jahren publicirten Arbeit hat Verf. das Abkochen des Wassers als die einfachste und sicherste Methode bezeichnet und die derselben zugeschriebenen Uebelstände widerlegt. Da aber neuerdings wieder behauptet wurde, daß das Wasser durch das Abkochen einen unangenehmen Geschmack bekomme, so unterzieht B. abermals die gegen diese Methode erhobenen Einwände einer eingehenden Kritik („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 1) und kommt zu dem Schlusse, daß alle behaupteten Uebelstände ausbleiben, wenn das Wasser in richtiger Weise abgekocht wird, d. h. wenn man sich zum Kochen der Gasflamme oder der Holzkohle, nicht aber des Holzfeuers bedient, wenn es in geeigneten Gefäßen (aus Glas, Porzellan, emaillirtem Eisen etc., nicht aber Thon), die neu oder auf

das sorgfältigste gewaschen sind, abgekocht wird und wenn die Luft in den Räumen, in denen das Wasser abgekocht, abgekühlt und aufbewahrt wird, ganz rein ist.

Dr. S—.

WECHSBERG (Frankfurt a. M.): Ueber eine seltene Form von angeborener Mißbildung der Lunge.

Bei der Obduction eines neugeborenen Kindes fand sich in der linken Pleurahöhle ein Tumor, der mit einem dünnen Stiele etwa 2 Mm. oberhalb des Zwerchfelles von der Pleura des hinteren Mediastinums dicht am Oesophagus ausgeht und an einzelnen Stellen cystische Gebilde durchschimmern läßt. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigt sich, daß der Tumor aus typischem Lungengewebe besteht; die Cysten werden durch erweiterte Bronchien erzeugt und entstehen durch Secretansammlung, da ein abführender, mit der Außenwelt in Verbindung stehender Bronchus fehlt. Verf. sieht in diesem Tumor („Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“, Bd. 11, H. 16/17) zum Unterschiede von FÜRST nicht das Resultat einer Abschnürung von einer normal angelegten Lunge, sondern eine in der Anlage begründete Mißbildung der Lunge selbst.

Dr. S—.

LÖWENTHAL (Berlin): Ueber die wachstartige Degeneration des Herzmuskels bei Diphtherie.

RIBBERT beschrieb vor einiger Zeit 4 Fälle von Diphtherie, in denen er ausgesprochene wachstartige Degeneration des Herzmuskels und deren Folgezustände gefunden hatte. Verf. hat nun („Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“, Bd. 11, H. 16/17) 34 Fälle von Diphtherie, 13 Scharlach-, 12 Masernfälle, 1 Fall von Masern und Scharlach, 3 Typhus- und 2 Keuchhustenfälle, also im Ganzen 65 Fälle untersucht und in keinem einzigen Falle wachstartige Degeneration des Herzmuskels gefunden.

Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. Mit zahlreichen Illustrationen im Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage in 26 Bänden. Wien und Leipzig 1894—1901. Urban & Schwarzenberg.

Mit dem soeben erschienenen 26. Bande ist nach einer Arbeitszeit von 7 Jahren die 3. Auflage der „Real-Encyclopädie“ von EULENBURG fertiggestellt worden. Der Band, der vor Kurzem die Druckerpresse verließ, vervollständigt ein Werk, das an Bedeutung die große Masse der Tagesliteratur weit übertrifft.

Die Medicin und die medicinische Wissenschaft unserer Tage hasten rasch vorwärts. Was gestern als Fortschritt gegolten, ist heute bereits überholt, was im mühsamen Drange nach Erkenntniß eben erst zur Anerkennung gelangt ist, wird bald durch That-sachen in den Schatten gestellt oder ergänzt, die, auf besseren Methoden fußend, ein weiteres Vorgehen ermöglichen. Zu solchen Zeiten ist ein Werk willkommen, das inmitten des Gewirres unserer bereits übergroßen Fachliteratur einen Ruhepunkt darstellt, von welchem aus der Stand unseres derzeitigen Wissens beurtheilt werden kann, und ein klarer Ueberblick geboten ist über das Große und Schöne, das die Medicin der Gegenwart ihr Eigen nennt, ein „standard work“, das nach den Worten seines Herausgebers den gesammten Besitz der medicinischen Wissenschaft und Praxis unserer Zeit würdig repräsentirt. Es ist ein Nachschlagewerk für den Praktiker, vermöge seiner umfassenden Literaturangaben und geradezu monographischen Darstellungen ein Orientierungsbuch für den Forscher, eine Fundgrube des Wissens für den Lernenden und ein gediegenes Sammelwerk zum Nutzen des Weiterstrebenden. Die 3. Auflage bedeutet keine wesentliche Erweiterung, doch eine völlige Umarbeitung der 2. Auflage und vollkommene Rücksichtnahme auf alle verwertbaren Publicationen des letzten Decenniums. Es genügt, nur einige

der Mitarbeiter an dem großen Werke zu nennen, wie ALBERT, BARDELEBEN, BENEDIKT, BINZ, BIRCH-HIRSCHFELD, EDINGER, EICHHORST, EULENBURG, EWALD, FRÄNKEL, FÜRBRINGER, GAD, GURLT, HEUBNER, v. HOFMANN, KAPOSI, LANOIS, LEYDEN, LIEBREICH, LORENZ, MUNK, NOORDEN, REMAK, SCHAUTA, SCHWALBE, SENATOR, SONNENBURG, WINTERNITZ, WOLFF, ZIEGLER, ZUCKERKANDL, ZUELZER u. v. a. m., und der Leser ist über die Bedeutung der Encyclopädie vollkommen orientirt. Noch eindringlicher träte ihr hoher Werth zutage, wenn man es unternehmen könnte, auch nur die hervorragendsten unter den Abhandlungen anzuführen, unter denen einzelne mit vollem Rechte als Monographien bezeichnet werden dürfen. Dies gilt z. B. von der durch eine schöne Farbendrucktafel illustrierten Abhandlung „Abdominaltyphus“, von den Artikeln „Amputation“, „Arterien“, „Auge“, „Bad“, „Bakterien“, „Blase“, „Blut“, „Bronchitis“, „Carcinom“, „Cholera“, „Darm“, „Desinfection“, „Diphtherie“, „Elektrodiagnostik und -Therapie“, „Epilepsie“, „Gehirn“, „Herz“, „Hydrotherapie“, „Hypnotismus“, „Hysterie“, „Kleidung“, „Krankenpflege“, „Krankentransport“, „Lebercirrhose“, „Lungenentzündung“, „Magenkrankheiten“, „Mechanotherapie“, „Mißbildungen“, „Neuritis“, „Nierenentzündung“, „Ophthalmoskopie“, „Muskel“, „Nerv“, „Pharynxkrankheiten“, „Progressive Paralyse der Irren“, „Psychotherapie“, „Roentgenstrahlen“, „Rückenmark“, „Rückgratsverkrümmungen“, „Sanitätswesen des Heeres“, „Schwangerschaft“, „Spondylitis“, „Syphilis“, „Tabes dorsalis“, „Torticollis“, „Tripper“, „Tuberculose“, „Uterus“, „Vagina“, „Variola“, „Verbände“, „Versicherungswesen“, „Wasser und Wasserversorgung“, „Wehen“, „Wunden“, „Xanthoma“, „Zahnoperationen“, „Zelle“ und vielen anderen, deren Zahl Legion ist. Die zahllosen Illustrationen und Farbendrucktafeln sind wahrhafte Meisterwerke. Es sei z. B. auf die Tafeln „Impetigo“, „acute Leberatrophy“, die Illustrationen zum Artikel „Krankentransport“, die Tafel zum Artikel „Roentgenstrahlen“ und die Illustrationen zum Artikel „Rückgratsverkrümmungen“ u. a. m. aufmerksam gemacht.

Der letzte Band enthält die Schlagworte „Verstümmelung“ bis „Zymose“ und beschließt in würdiger Weise das großartige Werk. Der Herausgeber hat noch ein Weiteres gethan, indem er der „Encyclopädie“ ein Generalregister aus der Feder M. KARGER'S

hinzufügte, eine Handhabe, die es ermöglicht die außer in der alphabetischen Reihenfolge an den verschiedenen Stellen behandelten, bzw. erwähnten Themata leicht und schnell aufzufinden. Daß er auch diese unendlich mühevoll, doch dankenswerthe Aufgabe in einheitlicher Form und übersichtlicher Weise gelöst hat, steht außer Frage. Der große Werth der „Encyclopädie“ hat durch das Generalregister eine Erhöhung erfahren, denn nicht ein Aufputz, eine unnöthige Zuthat ist dieses über 400 Seiten reichende Register, vielmehr der Schlußstein eines ragenden Gebäudes, dessen Grundlagen fest und dessen Mauern von Dauer sind.

L'Alcool et l'alcoolisme. Notions générales — Toxicologie et physiologie — Pathologie — Thérapeutique — Prophylaxie par les Docteurs H. Triboulet et Félix Mathieu. Paris 1900, Carré et Naud.

Ein gut geschriebenes Buch, das die Alkoholfrage in interessanter Weise bespricht, ohne sie nach irgend einer Seite zu erschöpfen; mit dem Tone geistreicher Causerie, welchen wir an den französischen Autoren zu schätzen gewohnt sind, besprechen die Autoren die Geschichte der alkoholischen Getränke und ihre Herstellungsweise, sowie ihre Beziehungen zur Toxikologie und zur Physiologie, schildern das Bild der acuten und der chronischen Alkoholvergiftung, in Sonderheit den Venilismus, die Weinvergiftung und den Absinthismus, die Vergiftung mit dem in Frankreich viel getrunkenen Absinth und den vielfachen als Aperitiva bezeichneten starken Liqueuren, und geben sehr instructive statistische Tabellen über den Verbrauch alkoholischer Getränke in den europäischen Staaten; es ergibt sich aus ihren Tabellen, daß Frankreich den größten Alkoholconsum aufweist. Den Schluß des Buches bildet eine Zusammenfassung der als nothwendig erscheinenden staatlichen Maßnahmen, deren Ausführbarkeit in ernster und sachlicher Weise discutirt wird. Zu Ende meinen aber die Verf., daß den Hygienikern das letzte Wort gebühre; vielleicht haben sie recht; wahrscheinlich aber gebührt dem gesunden Verstande des Volkes das letzte, wenigstens das entscheidende Wort. * * *

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

III.

—, 23. Juni 1901.

Die neue ärztliche Prüfungsordnung.

Unter dem Datum des 28. Mai 1901 ist für das Deutsche Reich eine neue ärztliche Prüfungsordnung erlassen worden. Die Veränderungen gegenüber der bisher bestehenden Prüfungsordnung sind zum Theil sehr eingreifende. Im Wesentlichen handelt es sich um eine Verlängerung der Ausbildungszeit und um eine Vermehrung der Prüfungsfächer.

Von principieller Bedeutung ist die Bestimmung, daß nicht nur Abiturienten humanistischer Gymnasien, sondern auch solche der deutschen Realgymnasien das Recht zur Erlangung der ärztlichen Approbation haben. Diese Frage ist vielfach in der Fach- und der Tagespresse erörtert worden. Vor allem fürchtete man, daß eine noch größere Anzahl junger Leute sich dem medicinischen Studium widmen würden, und daß dadurch der Concurrenzkampf dann noch schärfere Formen annehmen würde, als dies leider schon jetzt der Fall ist. Ich glaube nicht, daß der neue Erlaß die Zahl der Mediciner erheblich zu vermehren geeignet ist; denn wenn auch an die Vorbildung etwas geringere Anforderungen gestellt werden, so wird die längere Zeit der Ausbildung wiederum manchen vom Studium der Medicin zurückhalten. Während bisher 4½ Jahre für die Ausbildung vorgeschrieben waren, kann nach der neuen Prüfungsordnung die ärztliche Approbation erst 6 Jahre nach Beginn des Studiums erlangt werden. Diese Verlängerung der Studienzeit ist hauptsächlich durch die Einführung des sogenannten „prak-

tischen Jahres“ bedingt. Bisher studirte man 9 Semester Medicin, absolvirte das Staatsexamen, erhielt alsdann die Approbation und war nun „auf die leidende Menschheit losgelassen“. Der vorgeschriebene Besuch der Kliniken bot dem jungen Mediciner so gut wie gar keine Gelegenheit, praktisch am Krankenbette zu lernen. Deshalb suchten die Studenten, die die Kranken längere Zeit zu beobachten wünschten, in den Universitätskliniken und anderen großen Krankenhäusern als Famuli anzukommen. Was also bisher dem freien Ermessen des Einzelnen überlassen war, wird nun Bestimmung: „Nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung und in der Regel im unmittelbaren Anschluß an diese hat der Candidat sich ein Jahr lang an einer Universitätsklinik oder an einem dazu besonders ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reiches unter Aufsicht und Anleitung des Directors oder ärztlichen Leiters als Praktikant zu beschäftigen und von dieser Zeit mindestens 1/3 Jahr vorzugsweise der Behandlung von inneren Krankheiten zu widmen.“

Diese Neuerung sucht einem längst gefühlten Mangel abzuhelfen; sie wird hoffentlich im Sinne der Verfügung ihre Wirkung ausüben und dem jungen Arzte mehr Selbstvertrauen und ein größeres Maß praktischer Kenntnisse für die Praxis mit auf den Weg geben. Wir sehen die eben approbirten jungen Aerzte den Mangel an eigener praktischer Erfahrung fühlen, das zeigt sich deutlich daraus, wie vielumworben die Volontärstellen der größeren Krankenhäuser und der Universitätskliniken sind. Die Gewissenhaften empfinden eben, daß ihnen nach vollendetem Studium noch vieles praktisch zu lernen bleibt, ehe sie mit eigener voller Verantwortlichkeit sich ihrem Berufe selbständig widmen.

Außer der Einführung des praktischen Jahres, welches entschieden der bedeutungsvollste Abschnitt der neuen Prüfungsordnung ist, enthält diese noch eine größere Anzahl theils ganz neuer, theils veränderter Vorschriften. Ich beschränke mich hier auf die Wieder-

gabe des Wesentlichen. Zunächst ist die Dauer des Universitätsstudiums um ein Semester verlängert worden, indem statt der bisherigen 4 Semester bis zur Ablegung der ärztlichen Vorprüfung nunmehr 5 Halbjahre gefordert werden. Diese Verlängerung ist dadurch bedingt, daß der Studirende sowohl an einem chemischen wie an einem physiologischen Practicum theilnehmen muß. Die Vorprüfung selbst hat einen größeren Umfang und eine vermehrte Bedeutung erlangt. Sie wurde bis jetzt an einem Nachmittag erledigt, in Zukunft soll sie 4 Tage dauern. Die umfangreichen anatomischen und die physiologischen Prüfungen, die bisher im Staatsexamen abgehalten wurden, sollen jetzt schon in der Vorprüfung ihren Platz erhalten und im Staatsexamen ganz fortfallen. Diese Neuerung bedeutet für die Studenten eine erhebliche Erleichterung. Denn Anatomie und Physiologie sind die Hauptfächer in den vorklinischen Semestern, und es ist nicht so schwer, am Ende des 5. Semesters über die noch frischen Kenntnisse auf diesen Gebieten Rechenschaft abzulegen; jedenfalls viel leichter, als am Ende der Gesamtstudienzeit, wo bisher immer eine sehr energische Repetition in der Anatomie und Physiologie stattfinden mußte, die ja allerdings auch ihr Gutes hatte.

Was die klinischen Semester und im Anschlusse daran das Staatsexamen betrifft, so sind hier die Neuerungen hauptsächlich durch eine Vermehrung der Unterrichtsfächer und der Prüfungsgegenstände bedingt. Auf diese Weise wird einer Anzahl von Specialfächern, die sich seit Erlaß der bisher gültigen Prüfungsordnung zu umfangreichen selbständigen Disciplinen entwickelt haben, zu ihrem Rechte verholten. Es wird, was bis jetzt nicht gefordert wurde, der obligatorische Besuch auch folgender Kliniken und Vorlesungen verlangt: „Der medicinischen Poliklinik, der Kinderklinik oder -Poliklinik, der psychiatrischen Klinik, sowie der Specialkliniken oder -Polikliniken für Hals- und Nasen-, für Ohren- und für Haut- und syphilitische Krankheiten“, sowie ferner der Vorlesungen über topographische Anatomie, Pharmakologie und gerichtliche Medicin.

Entsprechend dieser Bestimmung haben die genannten Specialfächer auch unter den Prüfungsgegenständen ihren Platz gefunden. Die Irrenheilkunde ist zu einem selbständigen Abschnitte erhoben worden, und damit ist einer seit lange bestehenden berechtigten Forderung Genüge geschehen. Die Hals- und Nasenkrankheiten sollen in der medicinischen, die Ohren-, sowie die Haut- und Geschlechtskrankheiten in der chirurgischen Prüfung berücksichtigt werden, und zwar soweit, als die Kenntnisse in diesen Fächern für den praktischen Arzt erforderlich sind. Ein besonderer Paragraph bestimmt noch, daß „bei den einzelnen Prüfungsfächern ihre Beziehungen zur gerichtlichen Medicin nicht unberücksichtigt zu lassen sind“.

Es ist hieraus ersichtlich, daß die Arbeit der Mediciner während ihres Universitätsstudiums durch die neue Prüfungsordnung sehr erheblich vermehrt worden ist, viel mehr, als der Verlängerung der Studienzeit um nur 1 Semester entspricht. Es wird abzuwarten sein, ob ein so großes Pensum in der vorgeschriebenen Zeit mit Erfolg bearbeitet werden kann.

Die neue Prüfungsordnung tritt am 1. October 1901 in Kraft. Sie hat für diejenigen Mediciner, die vor dem genannten Termin zu studiren begonnen haben, keine Bedeutung, wenn sie ihre Examina nach den bisher üblich gewesenen Terminen rechtzeitig beenden. „Die Vorschriften bezüglich des praktischen Jahres finden auf alle Candidaten Anwendung, welche die ärztliche Prüfung nicht vor dem 1. October 1903 vollständig bestanden haben.“ M.

Kleine Mittheilungen.

— Zu therapeutischen Zwecken führt BIER neuerdings die **Transfusion von fremdartigem Blute** aus („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 15), nachdem dieses Verfahren wegen seiner gefährlichen Nebenwirkungen im Großen und Ganzen verlassen worden war. Die Nebenwirkungen sind: Athemnoth, lebhaftes Röthe und Hitze der Haut, Kreuz- und Kopfschmerzen, vermehrte Peristaltik von Magen und Darm, Fieber, Auftreten von Eiweiß und Hämoglobin im Harne, Urticaria und andere Exantheme, erhebliche Steigerung des Appetites. B. glaubte, diese starke, der Blut-

transfusion folgende Reaction des Organismus zu Heilzwecken anwenden zu können. Er benutzt frisches defibrirtes Hammelblut, wovon 5—25 Ccm. ganz langsam (bis eine halbe Stunde lang) in eine Armvene injicirt werden. So behandelte er mehrere Fälle von Tuberculose und je einen Fall von Sepsis und Pyämie. Die beiden letzteren starben, dem 3. Kranken glaubt B. durch die Transfusion genützt zu haben. Bei Lupus tritt eine Reaction der ulcerirten Stellen auf, die an die Tuberculinwirkung erinnert. Die Hauptwirkung der Transfusionen war Hebung des Allgemeinbefindens, Steigerung des Appetites und bisweilen Gewichtszunahme.

— Ueber die **Desinfectirbarkeit der Haut** hat SCHUMACHER Versuche angestellt („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3). Er gebrauchte den an der MIKULICZ'schen Klinik derzeit in Verwendung stehenden Seifenspiritus, den er als ein bisher unerreichtes Desinfectionsmittel (Erzielung möglicher Keimarmuth, Zeitersparniß, Schonung der Haut der Hände des Operateurs und des Patienten) bezeichnet. Er fand, daß die oberflächlichen Schichten der Haut zumeist keimfrei werden, daß es aber nicht gelingt, in den tieferen Schichten Keimfreiheit zu erzielen.

— Ueber den **gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes** referirt JACOBSON („Berliner Klinik“, Februar 1901). Discutirt werden: 1. die Syphilistheorie von FOURNIER, ERB und MÖBIUS, 2. die Theorie der mangelhaften Anlage der Hinterstränge von BENEDIKT, 3. die Theorie des Zerfalles der Nervenfasern (besonders des sensiblen Systems) bei Individuen, deren Organismus geschwächt und besonderen Strapazen ausgesetzt ist, von EDINGER. Die 1. Theorie wird von VIRCHOW bekämpft, die BENEDIKT'sche Theorie ist hypothetisch, auch die Anschauung EDINGER's harret der Bestätigung. Als innere Ursache der Tabes dürfte eine toxische Substanz anzunehmen sein, welche nicht immer an einer bestimmten Stelle des peripherischen sensiblen Neurons angreift, sondern in manchen Fällen an den peripheren sensiblen Nerven, in vielen Fällen an den hinteren Wurzeln und vereinzelt auch an den Spinalganglien; es handelt sich um einen rein parenchymatösen Proceß. Die Therapie ist völlig machtlos; die echte Tabes ist bis heute durch kein einziges Mittel geheilt worden, ja es ist fraglich, ob irgend ein Mittel den der Tabes zugrunde liegenden pathologischen Proceß in nennenswerther Weise zu beeinflussen vermag. Die antisiphilitische Cur ist von zweischneidiger Bedeutung; körperliche Ruhe, gute und reichliche, aber möglichst wenig fettbildende Nahrungszufuhr und schließlich warme Bäder sind nach J. die Hauptfactoren bei der Tabesbehandlung. Die FRENKEL'sche compensatorische Uebungstherapie hat nur bei Kranken Nutzen, bei denen der pathologische Proceß relativ zum Stillstande gekommen ist; ist dies nicht der Fall, dann muß man von der Anwendung derselben Abstand nehmen und dafür Schonung und Ruhe empfehlen.

— **Subconjunctivale Injektionen bei entzündeten, schmerzhaften Augen** führt ZIRM („Centralbl. f. Augenheilk.“, 1901, April) mit einem Gemisch von einer 1%igen Holocain- mit einer 1%igen Cocainlösung aus. In allen Fällen wird eine subcutane Morphiuminjection (0.02) vorausgeschickt. Auch bei Glaucoma inflammatorium blieb die Operation auf diese Weise ohne Narkose völlig oder fast völlig schmerzfrei. Außerdem verwendet Z. diese Mischung auch noch zu subcutanen Injektionen bei sämtlichen Lidrandoperationen. Er injicirt niemals mehr als eine Spritze, also nie über 1 Cgrm. Holocain und beobachtete niemals Intoxicationserscheinungen.

— Zur **Behandlung der Netzhautablösung** empfiehlt WINSELMANN („Die ophthalmol. Klinik“, 1901, Nr. 3) **subconjunctivale Kochsalzinjektionen**. Es gelang mit diesem Verfahren in 3 Fällen (darunter einem Falle von traumatischer Ablösung), durch Injection einer 2%igen Lösung eine Wiederanlegung der Netzhaut herbeizuführen. In einem Falle hat die Heilung bereits 13 Monate angehalten und trat trotz einer inzwischen entstandenen schweren Iritis kein Rückfall ein.

— In der **Therapie der tropischen Dysenterie** verwendet BUCHANAN („Brit. med. Journal“, 1901, April 13) salinische Abführmittel. Er gebraucht das Natrium sulfuricum, das in Aqua foeniculi gelöst ist, und gibt 4—8mal täglich Dosen von 3 bis 4 Grm. Gewöhnlich lassen schon nach 2—3 Tagen die Entzündungs-

erscheinungen, insbesondere der Tenesmus nach, und treten fäculente Stühle wieder ein. Mit Beginn derselben wird diese Therapie sistirt. Für chronische, mit Darmulcerationen verbundene Fälle ist Verabfolgung von Wismuth oder Salol weit mehr geeignet, gelegentlich eine Combination dieser Mittel mit Ricinusöl. B.'s Resultate müssen als sehr günstige betrachtet werden, da von insgesamt 855 Dysenteriefällen nur 9, also wenig mehr als 1%, letal endeten.

— Ueber die **Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harn** hat WOLFNER an 966 Fettleibigen Untersuchungen angestellt („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 4). Unter den Kranken mit positivem Harnbefunde waren 30 Frauen oder 63.3 auf 1000 Fälle, dagegen 66 Männer oder 134:1000. Es war also die reducirende Substanz im Harn bei den Männern mehr als doppelt so häufig vorhanden als bei den Frauen; ebenso scheint ein fettleibiger Vater seinen fettleibigen Kindern öfter die Anlage zur Glykosurie zu vererben als eine eben so geartete Mutter. Die Rasse dagegen scheint keine Rolle zu spielen, wenigstens fand W. im Gegensatz zu bisher manchmal geäußerten Ansichten bei semitischen Fettleibigen nicht mehr Anlage zur Glykosurie als bei anderen Rassen. Von den 966 untersuchten Kranken litten 331 an geringeren Graden von Fettleibigkeit, 635 an stärkerer Fettsucht, von ersteren hatten 75:1000, von letzteren 110:1000 Zucker. Auch hier fand sich diese Abnormität bei den Männern doppelt so oft als bei den Frauen.

— Ueber **Glykosurie und Diabetes dyspeptischen Ursprungs**, deren Symptome, Diagnose und Therapie berichtet ROBIN („Bulet. de l'Acad. de méd.“, 1901, Nr. 5). Diese Form von Glykosurie tritt unregelmäßig auf, ist geringgradig und macht sich nur im Verdauungsharn bemerkbar, nicht in dem im nüchternen Zustande gelassenen Harn; sie ist häufig von transitorischer Albuminurie begleitet. Diese Glykosurie gelangt im Gefolge von Dyspepsien, bei denen der Appetit gut erhalten oder gesteigert, der Magen ausgedehnt und plätschernd, die Leber vergrößert und auf Druck empfindlich ist, die Magensecretion den Zustand der Superacidität darbietet, zur Beobachtung. Die Glykosurie ist begleitet von neurasthenischen Beschwerden, Schwindel, Herzstörungen, profusum Schweiß u. s. w. In manchen Fällen geht diese intermittierende Glykosurie anscheinend in Diabetes über. Die Therapie hat in erster Reihe die ursächliche Dyspepsie zu berücksichtigen.

— Ueber **dyspeptische Diarrhoen und ihre Behandlung** referirt SCHÜTZ („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 24). Als Characteristicum dieses von ihm genau studirten Leidens gibt SCH. die sehr hellen, säuerlich riechenden, zahlreiche Gasbläschen und unverdaute Speisereste enthaltenden dünnen Stühle an. Die Diarrhoen sind nicht als Begleiterscheinungen eines vielleicht gleichzeitig bestehenden Magenleidens, sondern als Ausdruck einer Darmerkrankung sui generis aufzufassen. Die Behandlung des einmal richtig diagnostisirten Falles besteht in Magen- und Darmspülungen und Darreichung sehr leichter, aus feinem Mehl, eventuell mit Zuhilfenahme von Eiern hergestellter Kost, wozu späterhin noch weißes Fleisch hinzutritt. Tanninpräparate sind erst in der Reconvalescenz am Platze. Die Prognose ist auch bei ambulanter Behandlung günstig.

— Ueber die **Verwerthbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik der Darmerkrankungen** berichtet FROMME („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 15) Folgendes: Tritt die Glutoidreaction innerhalb der Normalzeit, d. h. innerhalb 3½—5 Stunden auf, so beweist das unter allen Umständen erstens eine gute Magenmotilität, zweitens eine gute Pankreasfunction. Tritt sie später als nach 7 oder 8 Stunden ein, so kann das auf verschiedenen Gründen beruhen. Erstens können die Kapseln im Magen zurückgehalten worden sein, zweitens kann auch die Pankreasfunction unzureichend sein, ein Schluß, der immer nur mit größter Vorsicht zu ziehen ist. Jedenfalls ist bei der diagnostischen Anwendung der Glutoidkapseln eine vorherige Bestimmung der Magenmotilität mit der Ausheberungsmethode unerlässlich.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

IX.

H. WIENER (Prag): Ueber synthetische Harnsäurebildung im Thierkörper.

W. verfütterte verschiedene N-freie Substanzen bei gleichzeitiger Injection von Harnstoff an Hühner und fand, daß nach Zufuhr von Glycerin und von solchen Oxy-, Keton- und zweibasischen Säuren, die eine Kette von 3 C-Atomen enthalten, eine Zunahme der Harnsäureausscheidung erfolgte. Am stärksten war dies bei den zweibasischen Säuren der Fall, wodurch die Vermuthung nahegelegt wird, daß alle übrigen wirksamen Substanzen zunächst in zweibasische Säuren übergehen. Ganz ähnliche, nur quantitativ geringere Erfolge erzielte er beim Menschen. Alle diese untersuchten Verbindungen erzeugten aber, zur isolirten Säugethierleber zugesetzt, keine Vermehrung der Harnsäurebildung bis auf die Tartronsäure und ihr Ureid, die Dialursäure.

Aus diesen Versuchen dürfte hervorgehen: 1. daß nicht nur bei Vögeln, sondern auch in beschränktem Umfange bei Säugethieren eine synthetische Bildung der Harnsäure vorhanden ist; 2. daß diese so vor sich geht, daß aus den zugeführten wirksamen Substanzen zweibasische Säuren mit einer Kette von 3 C-Atomen entstehen, die dann alle in Tartronsäure übergehen. An diese lagert sich ein Harnstoffrest an, so daß Dialursäure gebildet wird und letztere geht durch Anlagerung eines zweiten Harnstoffrestes in Harnsäure über.

Beim Menschen spielt in der Norm diese synthetische Bildung eine geringe Rolle, es ist aber möglich, daß unter pathologischen Verhältnissen, speciell bei der Gicht, dieselbe eine höhere Bedeutung gewinnt.

BIAL (Kissingen): Beobachtungen und Versuche über chronische Pentosurie.

Einleitend geschichtliche Bemerkungen und Charakterisirung des Wesens der Pentosurie. Ueber ihre pathologische Bedeutung gehen die Meinungen der Autoren noch auseinander: die einen halten sie für eine Stoffwechselstörung, andere machen sie von der Nahrung abhängig. Letztere Annahme ist nach den Untersuchungen BLUMENTHAL's hinfällig geworden. Im Verein mit letzterem hat B. nun festgestellt, daß Traubenzucker von Pentosurikern vollständig verbrannt wird, ebenso Lävulose und Galactose. Dagegen ruft Phloridzininjection die normale Glykosurie hervor. Der normale Traubenzuckergehalt im Blute beweist auch, daß das Glykogen der Leber wie gewöhnlich in Dextrose umgewandelt wird. Die Pentosurie steht also in keiner Beziehung zum Diabetes, sie ist eine Affectio sui generis. Was die Herkunft der Pentose anlangt, so stammt sie ebenso wenig aus dem Eiweiß, wie aus den Kohlehydraten. Denn 500 Grm. der nucleinreichen Thymus steigerten die Pentosurie nicht. Sie muß also im Körper selbst entstehen, und zwar, da sie sich im Blut nachweisen ließ, jenseits der Nieren. Auch für Pentosen selbst haben solche Personen keine gegen die Norm verminderte Oxydationskraft.

J. WOHLGEMUTH und CARL NEUBERG (Berlin): Ueber das physiologische Verhalten der drei Arabinosen.

Studien über das physiologische Verhalten solcher chemischer Verbindungen, die sich allein durch die räumliche Ordnung der Atome unterscheiden, gestatten einen Einblick in den Mechanismus biologischer Prozesse. Nach diesbezüglichen Erörterungen EMTL FISCHER's sind die Zuckerarten zu solchen Versuchen in erster Linie geeignet, da die Kohlehydratgruppe stereochemisch besonders gut erforscht ist. Die bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiete betreffen das Verhalten stereoisomerer Substanzen aus der Zuckerreihe bei einfachen, von der lebenden Zelle trennbaren fermentativen Processen, wie alkoholischer Gährung oder enzymatischer Spaltung der Glykoside. Aehnliche Vorgänge wie die erwähnten spielen sich

im höher entwickelten Organismus ab; ihr Studium ist wohl nur deshalb unterblieben, weil die Beschaffung der dazu erforderlichen großen Mengen von den kostbaren Substanzen mit erheblichen experimentellen Schwierigkeiten verknüpft ist. Nachdem die Verfasser dieselben beseitigt haben, sind sie an das Studium der stereoisomeren Arabinosen auf ihrem Wege im thierischen Organismus herangegangen. Entscheidend für die Wahl gerade dieser Zucker war die Thatsache, daß nach SALKOWSKI'S Entdeckung der Pentosurie die Pentosen auch klinisches Interesse haben. Aus den Untersuchungen der Verfasser geht hervor, daß die Wirkung der Configuration auch bei den complicirten Vorgängen im lebenden Organismus zutage tritt und für die vitalen Prozesse von Bedeutung ist.

ELLINGER und A. SEELING (Königsberg i. Pr.): Ueber den Einfluß von Nierenschädigungen auf den Verlauf des Pankreas-Diabetes beim Hunde.

Ruft man bei einem pankreas-diabetischen Hunde durch Injection von Cantharidin eine acute Nephritis hervor, so geht der Zuckergehalt des Urins herab. Es sinkt nicht nur die procentuale und absolute Zuckermenge, sondern auch das Verhältniß zwischen ausgeschiedenem Zucker und Stickstoff wird erheblich kleiner. Dieser Einfluß des Cantharidins auf den Verlauf der Zuckerausscheidung geht viel schneller vorüber, als die Eiweißausscheidung verschwindet. Entwickelt sich bei einem pankreas-diabetischen Hunde spontan eine acute Nephritis, so sinkt der Zuckergehalt des Urins und das Verhältniß D:N ab. Der Zucker kann dabei vollständig verschwinden. Das Verschwinden des Zuckers aus dem Urine beruht hier auf einer mangelnden Ausscheidung durch die Nieren. Der Zuckergehalt des Blutes wird in solchen Fällen beträchtlich erhöht gefunden. Das Wesentliche der diabetischen Stoffwechselstörung, die Hyperglykämie, besteht also fort, während die Glykosurie versiegt.

Naunyn (Straßburg) trägt Bedenken, die experimentellen Ergebnisse auf die menschliche Pathologie zu übertragen. Er hat beobachtet, daß bei kachektischen Zuständen, z. B. infolge von Lungentuberculose, die Glykosurie verschwand, ohne daß eine Spur von Nierenerkrankung gefunden wurde.

SOMMER (Gießen): Die Analyse der Bewegungsstörungen bei Nieren- und Geisteskrankheiten.

Vortr. demonstriert mehrere Apparate zur Psychophysik. Sie dienen zur Prüfung der Bewegungen, welche psychische Vorgänge zu begleiten pflegen, z. B. in den Stirnmuskeln bei Schreck, Zorn, Verwunderung u. dergl. m. Die drei Dimensionen, in denen die Bewegungen ablaufen, werden graphisch in Curvenform aufgezeichnet. Der Einfluß des Gehirns auf den Ablauf der Reflexe (Pupille, Knie u. s. w.) läßt sich beobachten und auf diese Weise die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und organischen Erkrankungen des Nervensystems erleichtern.

ROTHMANN (Berlin): Ueber experimentelle Läsionen der Medulla oblongata.

Zur Feststellung der Function der einzelnen vom Gehirn zum Rückenmark ziehenden Bahnen (Pyramidenbahn, MONAKOW'sches Bündel u. a.) hat Vortr. möglichst isolirte Läsionen derselben in der Medulla oblongata ausgeführt. Die Pyramidenbahn wurde beim Hunde in der Kreuzung durch Stich von vorn, das MONAKOW'sche Bündel von hinten her im Seitentheil der Medulla zerstört, und in beiden Fällen kam es zu fast völliger Restitution der Function und der elektrischen Erregbarkeit der Extremitäten von der Hirnrinde aus. Dagegen führte gemeinsame Zerstörung beider Bahnen, entweder im Seitenstrang des oberen Halsmarks oder in zweizeitiger Operation in der Medulla oblongata, zu spastischen Erscheinungen in den betreffenden Extremitäten und Aufhebung der elektrischen Reizbarkeit von der Großhirnrinde der anderen Seite aus. Beim Affen wurde die Pyramidenkreuzung durch Stich vom dorsalen Theil der Medulla oblongata nach vorn zerstört. Auch hier trat in einigen Wochen fast völlige Restitution ein, so daß der pyramidenlose Affe mit beiden Händen wieder sicher greifen kann, gut springt und klettert.

Hering (Prag): Die motorische Natur der Pyramidenbahn ist experimentell erwiesen; jedoch ist der Zweifel des Vortr. an der gegenwärtigen Auffassung der Art ihrer Function berechtigt.

Notizen.

Wien, 6. Juli 1901.

Das „Graubuch“ der Aerzte Oesterreichs.

II.

Habent sua fata libelli! Kaum erschienen, hat das Memorandum schon zu großen Mißverständnissen und falschen Auslegungen in der Aerzteschaft Anlaß gegeben, die sogar zur Freude unserer Gegner in der Fachpresse leidenschaftlich discutirt werden, während jeder Unbefangene sagen kann, daß der ärztliche Stand einem Dorado gleichen würde, wenn die Wünsche des Memorandums erfüllt würden.

Daß dieses Dorado uns wohl in alle Zeit und Ewigkeit entriickt sein wird, ist leider unsere eigene Schuld. Wie sagte doch unser Ministerpräsident einer ärztlichen Deputation so treffend: „Bei einmüthigem Vorgehen der Aerzte von Anfang her wäre so manche Schädigung der ersteren durch die Cassen zu vermeiden gewesen!“ Doch es ist noch nicht zu spät. In zwölfster Stunde zwar treten wir an Regierung und Parlament heran und halten die Verhältnisse trotzdem nicht für ungünstig. Ungleich seinen hochgeborenen fürstlichen und gräflichen Vorgängern hat der jetzige Minister Dr. KOERBER, der als ein Kind des Volkes für die Wünsche eines bürgerlichen Standes Verständniß hat und der Intelligenz und Wissenschaft die gebührende Anerkennung nicht versagt, auf vorgetragene Wünsche nicht eine höfliche, unverbindliche Redensart als Antwort gegeben, die am nächsten Tage vergessen ist, sondern er gibt von den Zinnen seiner hohen Stellung den Aerzten den Rath, „einmüthig“ zu sein, das heißt, sich zu organisiren! Hoffentlich verhält die Mahnung aus diesem Munde nicht ungehört und bringt die factiösen Stimmen innerhalb unseres Standes zum Schweigen!

* * *

„Einschränkung der Versicherungspflicht bis zu einem Einkommen von 2000 Kronen jährlich“ wünscht das Memorandum.

Dieses Postulat ist wohl Jedermann auf den ersten Blick einleuchtend. Wenn Jemand eine Fahrpreisermäßigung auf einer Eisenbahn, eine Befreiung vom Schulgelde oder irgend ein anderes Beneficium erlangen will, muß er ein Armutzeugniß vorweisen. Es ist daher geradezu als absurd anzusehen, daß Jemand gesetzlich dazu gezwungen wird, sich das Beneficium der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung zu verschaffen, der nicht nur nicht arm, sondern mitunter reich ist, zumindest reicher als der, der ihm das Beneficium gewährt. Das deutsche Gesetz bestimmt, daß Jedermann, dessen Jahreseinkommen die Grenze von 2000 Mk. übersteigt, nicht mehr versicherungspflichtig ist. Sollte dies bei uns nicht durchzuführen sein? Soll den unwürdigen Zuständen nicht ein Ende bereitet werden, daß Leute mit einem Einkommen von 40.000 Kronen und mehr den Cassenarzt und die Casse ausnützen? Es wurden in diesen Dingen die merkwürdigsten Vorgänge beobachtet. Leute, die sich so hoch über den anderen Sterblichen dünken, daß sie es verschmähen, mit anderen Menschen in der Tramway zu fahren, Leute, die im Theater stets nur eine Loge aufsuchen, um mit der misera plebs in keine allzunaher Berührung zu kommen, nehmen sans gêne die unentgeltliche ärztliche Behandlung durch den Cassenarzt in Anspruch. Es ist eine notorische Thatsache, daß eine stadtbekannte Schauspielerin, der ihre Kunst und — ihre sonstigen Eigenschaften ein horrendes Einkommen zusichern, sich vom Cassenarzte unentgeltlich behandeln ließ, dessen Jahresgehalt wohl geringer ist als die Kosten einer einzigen Toilette der Dame, die den Arzt wegen jeder Lappalie molestirte. Viel glossirt wurde auch jener junge Herr, der Sohn eines der größten Industriellen Oesterreichs und mehrfachen Millionärs, welcher als cassenpflichtig den Cassenarzt unentgeltlich in Anspruch nahm und der noch einen Streit provocirte, da dieser ihm nicht einen theuren therapeutischen Heilbehelf anweisen wollte und konnte. Durch diese Classe von Versicherungspflichtigen wird nicht nur

der Arzt, sondern auch die Casse ungemein geschädigt und ausgenützt, und die wirklich armen Arbeiter, für die das Cassengesetz geschaffen wurde, werden durch diese Schädlinge in ihren Rechten verkürzt.

Die Aerzte werden jedoch nichts dagegen einzuwenden haben, wenn die Versicherungspflicht auf alle wirklich armen Leute ausgedehnt wird. Diurnisten, Dienstboten, Beamte der XI. Rangklasse mögen von den Wohlthaten des Gesetzes nicht ausgeschlossen sein. Ja sogar die ganz kleinen Meister, die unter der Ungunst der Verhältnisse seufzen, und die vielfach viel schlechter daran sind als ihre Gehilfen, mögen nicht ausgeschlossen sein. Es wird allerdings Sache der Aerzte sein, strenge Cautelen dafür zu schaffen, daß mit dieser Neuerung kein Mißbrauch getrieben werde, daß nicht etwa die Meistercassen durch diese Masche des Gesetzes ihre heiß ersehnten Cassenärzte erhalten. Bei strenger Einhaltung der genannten Bestimmungen wird diese Erweiterung der Versicherungspflicht sowohl den wirklich Bedürftigen als auch den Aerzten zum Heile gereichen.

* * *

Sollen sich die Aerzte gegen die Versicherung der Familienangehörigen wenden? Im Principe gewiß nicht. Nur muß als oberster Grundsatz aufgestellt werden, daß die ärztliche Behandlung völlig freigegeben wird, also weder durch pauschaliter entlohnte Aerzte, noch im Wege der freien Arztwahl besorgt wird, welche letztere nur für die Versicherten allein Geltung haben soll. In diesem Punkte drückt sich das Memorandum unklar aus und dies hat zu vielen Mißdeutungen Anlaß gegeben.

Die Aerzte sind bereit, auf dem Principe der Freigebung der ärztlichen Praxis dieser Familienversicherung förderlich zu sein. Doch wird wohl diese Art der Versicherung keinen Anklang finden. Sich selbst läßt der Zwangsversicherte im Nothfalle vom aufocytirten Arzte behandeln, für die Kinder jedoch consultirt er wohl stets einen anderen, wofür wohl auch die Erfahrung vieler Cassenärzte spricht. Die Bezirkskrankencasse hat seit einem Jahre die Angehörigenversicherung officiell eingeführt, und von 150.000 Mitgliedern sind — trotz großer Agitation — 95, sage 95 Mitglieder dieser neuen Versicherungsart beigetreten.

Sollte es aber trotzdem zu dieser kommen, so werden die Aerzte — exempla trahunt — es „durch Einmüthigkeit“ zu verhindern wissen, daß diese neue humane Einrichtung nicht wiederum auf ihre Kosten geschaffen wird, obwohl der Wiener Magistrat in einem Gutachten an die k. k. Statthalterei die Ansicht ausgesprochen hat, „daß die Aerzte den socialpolitischen Bestrebungen der Behörden gegenüber doch nicht immer derart den Erwerbsstandpunkt hervorkehren sollten“.

* * *

Der wichtigste Punkt im Memorandum ist die Forderung der Einführung der freien Arztwahl.

Die Begründung dieses Postulates führt eine traurige Sprache. Es wird die Ausbeutung der Aerzte durch die Cassen dargelegt, es werden Zustände enthüllt, deren Fortdauer die Behörde nicht dulden darf, wenn ihr an der Ausführung ihrer Gesetze selbst etwas liegt. Viele Collegen sind darüber indignirt, daß die crassen Uebelstände, die das Cassensystem zeitigte, so wahrheitsgemäß und schonungslos aufgedeckt werden. Es mußte dies geschehen und ist gewiß in dem ganzen Capitel ein Stachel gegen die Cassenärzte nicht herauszufinden. Es lag den Autoren gewiß ferne, den Cassenärzten eine Schuld beizumessen; diese können einfach nicht mehr leisten, als sie mit größtem Aufwand von physischer Kraft und Selbstverleugnung ohnehin thun, dies möge ihnen eine Beruhigung ihres Gewissens sein. So lange wir Aerzte nur Menschen und nicht Uebermenschen oder Götter sind, kann man für einen Taglohn nicht die stricteste Erfüllung so überaus schwerer Pflichten verlangen. Man lese die Daten des Memorandums, und dann Hand aufs Herz! Wer kann dann noch behaupten, daß die ärztliche Behandlung eines Cassenpatienten eine zureichende sein kann,

wenn der Arzt einen Krankenstand von 60, 80, ja 100 und 120 arbeitsunfähigen Patienten zu übersehen und noch an 40, 50, ja noch mehr Patienten täglich ambulatorisch zu ordiniren hat!

* * *

In Einsicht des Umstandes, daß der Cassenarzt nicht alles leisten kann, sucht der Kranke die unentgeltliche Hilfe des Spitals oder, falls er in der Lage ist, jene eines Privatarztes auf, und es ist das Wort „cassenarztmäßige Behandlung“ unter dem Publicum schon zu einem geflügelten geworden. Der Arzttwang ist nicht nur unmoralisch, sondern er schädigt auch den Kranken. Dadurch, daß er vom Domicile seines Arztes sehr weit entfernt ist, ist die ärztliche Hilfe schwer erreichbar. Und deshalb mehren sich alljährlich die Wünsche der Delegirten bei den Generalversammlungen der Krankencassen, die die Einführung der freien Arztwahl stürmisch fordern. Daß dieses System einzuführen leicht möglich ist, daß diese Einführung alle Theile, nämlich die Cassenmitglieder, die Cassen und die Aerzte, vollauf befriedigt, ist auf Grund eines reichhaltigen, vorzüglich durchgearbeiteten statistischen Materials im Memorandum nachgewiesen. Durch die Einführung der freien Arztwahl wird erst das Gesetz erfüllt werden, das dem Versicherten eine „freie ärztliche Behandlung“ zusichert, während dies in vielen Fällen aus den bekannten Gründen nicht möglich war.

* * *

Auf die freie Arztwahl sei nun unser Streben gerichtet, und um das Princip derselben mögen sich jene Aerzte scharen, denen die individuelle Selbständigkeit in ihrem Berufe höher steht als die kleinliche Sicherung des Monopols. Das Aerztemonopol ist jenseits des Guten und Ethischen; also los von demselben! „Die ärztliche Arbeit ist die sorgfältigste Detailarbeit und soll, kann und darf niemals Engrosarbeit sein“, lautete ein Satz im Referate des schweizerischen Aerztetages, auf Grund dessen die freie Arztwahl gesetzlich festgestellt wurde. Auf dem Boden der freien Wahl finden sich Mensch und Mensch wieder, und kann sich der Kranke seinen Arzt wählen, dann sieht er in ihm keinen bezahlten Angestellten, sondern den Helfer, der Trost zuspricht und die Zuversicht des Mannes hebt. Es wird dem ärztlichen Stande nur zur Ehre gereichen, wenn er sein Wissen und Können in einen edlen Wettbewerb stellt, und die Aerzte, statt um die Gunst hochmüthiger Cassenvorstände zu betteln, sich lieber die Anhänglichkeit der Kranken erwerben. Dann wird sich aus dieser Anhänglichkeit auch erweisen, welche Cassenärzte sich in ihrem schweren Berufe als Heroen zeigten und die Mitglieder der Cassen human und gewissenhaft behandelten, und welche nicht. Diese werden wie jene den Lohn ihrer früheren Thätigkeit ernten. Der Arzt hat eine durchaus exceptionelle Stellung, die durch das Vertrauen begründet ist. Kein Arzt, mag er quoad therapiam der größte Pessimist sein, wird negiren, daß das Vertrauen zum Arzte ein großer Heilfactor ist. Hat sich doch darauf eine ganze Richtung der Therapie, die Suggestionstherapie, gegründet, und das blinde Vertrauen, das allgemein den laienhaften Pfuschern entgegengebracht wird, mußte die Wissenschaft beschämen, wenn diese nicht schon früher die Heilkraft der Suggestion anerkannt hätte.

* * *

Nun wohlan! Alle kleinlichen Einwände bei Seite und einig mitgewirkt am reformatorischen Werke! Organisiren wir uns, seien wir „einmüthig“, um mit den Worten des Ministers zu sprechen! Wir sind gegenwärtig durch die zielbewußte Arbeit der Cassengewaltigen ausgebeutet. Nun wohlan, thun wir dasselbe, was die Arbeiter gegen Ausbeutung mit Erfolg durchführten! Wir können von den Männern der Arbeit lernen, daß nichts der Ausbeutung hinderlicher ist als die Association; „es liegt im Interesse der Association“, so sagte Altmeister VIRCHOW schon vor mehr als 50 Jahren, „die Ehrenhaftigkeit jedes einzelnen Mitgliedes zu tragen und zu befestigen“.

* * *

Einen mächtigen Bundesgenossen werden wir in diesem unseren Kampfe, das Aerztemonopol zu beseitigen, besitzen, und

das sind die — Arbeiter selbst. Wohlgerne, die Arbeiter, nicht aber die Cassenvorstände.

Der ehrliche einsichtige Arbeiter selbst, der die Engrosarbeit perhorrescirt, wird mit Vergnügen diese Neuerung begrüßen, wenn sie zur That geworden ist.

Allen Arbeitenden wird eine zu diesem Zwecke geschaffene Organisation der Aerzte sympathisch sein, jeder Mensch, der selbst von den Lippen des Arztes mit Vertrauen Trost gelauscht, und jeder Arzt, der je das Vertrauen in den Augen des Patienten aufleuchten gesehen hat, wird mit Freuden Bestrebungen begrüßen, die an Stelle der frostigen Pflicht das warme Mitgefühl setzen wollen.

Hier ist ein Punkt, wo die leider so oft gebrauchte conventionelle Lüge der Humanität der Wahrheit weichen muß und wird. Dies mit allen Mitteln zu erreichen — sei unser Aller Streben.
Dr. MAX STRANSKY.

(Auszeichnungen.) Anlässlich der Kaiserreise in Böhmen sind zahlreiche Auszeichnungen an Aerzte verliehen worden. Es erhielten: Das Ritterkreuz des Leopoldordens Dr. THEOPHIL EISELT, Hofrath Dr. BOHUSLAV EDLER v. JIRUŠ, Hofrath Dr. ALFRED PŘIBRAM, sämmtlich in Prag; das Officierskreuz des Franz Josef-Ordens Sanitätsrath Dr. THEODOR ALTSCHUL in Prag, Prof. Dr. VICTOR JANOVSKY in Prag; den Orden der Eisernen Krone III. Cl. Prof. Dr. PHILIPP JOSEF PICK in Prag; das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens die praktischen Aerzte Dr. FRANZ FRIEDRICH in Prag, Dr. ALEXANDER MARIAN in Aussig und Dr. JOSEF RYCHNA in Prag; den Titel eines kaiserlichen Rathes der Districtsarzt Dr. HEINRICH RITTER in Lobositz.

(Personalien.) Der praktische Arzt in Wien Dr. SIGMUND FRIED hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten. — Der Bezirksarzt Dr. FRANZ VISCHER ist zum Oberbezirksarzte in Nieder-Oesterreich ernannt worden. — RUDOLF VIRCHOW ist zum stimmfähigen Ritter des Ordens pour le mérite ernannt worden; der berühmte Embryologe WILHELM HIS feiert am 9. Juli seinen 70. Geburtstag.

(Militärärztliches.) Der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. EDUARD Ritter HÜBL v. STOLLENBACH wurde mit Wartegeld auf ein Jahr beurlaubt, Oberstabsarzt II. Cl. Dr. COLOMAN SVĚHLA zum Garnisonschwarzarzte in Jaroslau ernannt.

(Ein ärztlicher Veteran.) Der Stifts- und Districtsarzt in Braunau Dr. FRANZ MAZANEC feierte am 2. d. M. sein 50jähriges Doctorjubiläum.

(Aus den Aerztekammern.) Exempla trahunt. Die Beschlüsse der Aerztekammer von Krain vom Jahre 1898 in Betreff der Meisterkrankencassen sind von der krainischen Landesregierung aufgehoben worden. In dem betreffenden „Erlasse“ heißt es, die Kammer habe ihre Competenz insofern überschritten, als die Bestimmung der Art der Entlohnung der ärztlichen Hilfeleistung der Aerztekammer im allgemeinen nicht zustehe, und ferner, daß die Kammer nicht berufen sei, von vorneherein gewisse Kategorien von Handlungen als der Standesehre zuwiderlaufend zu erklären, schließlich, daß durch den Beschluß der Aerztekammer der Bestand einer eminenten Wohlfahrtseinrichtung gefährdet werden könnte. — Ueber diesen Vorgang hat die Kammer die Beschwerde beim Ministerium des Innern erhoben. — Die Aerztekammer von Vorarlberg hat auf Antrag des Dr. LINS die Einberufung einer allgemeinen Aerzteversammlung in das Gemeindeamt nach Dornbirn beschlossen. Gegenstand der Tagesordnung ist die Berathung und Beschlußfassung über den Antrag der dortigen Cassen auf Einführung der freien Aertzewahl mit Pauschalirung.

(Forensisches.) Einen wichtigen Streitfall zwischen einem Arzte und einem Patienten erörtert in der Rubrik „Standesglossen“ die „Oesterr. ärztl. Vereinszeitung“. Ein Wiener Arzt Dr. E. ist Arzt der Omnibusgesellschaft. Ein Vorreiter fiel vom Pferde und consultirte den Arzt wegen Brustschmerzen. Nach 9 Tagen demonstirte er dem Arzte eine Hernie mit der Angabe, sie sei seit dem Falle vom Pferde entstanden, und verlangte eine Unfallsrente. Das Schiedsgericht wies ihn mit seiner Klage ab, der Arzt sagte unter Eid aus, die Hernie rühre nicht von dem Falle her. Kurze Zeit darauf

wurde der Arzt durch eine Civilklage überrascht, nach der der Vorreiter vom Arzte die Bezahlung der Rente im Betrage von vielen tausend Kronen verlangte, mit der Motivirung, daß der Arzt durch Fahrlässigkeit der Untersuchung den Mann um seine Rente verkürzt habe. Die Aerztekammer gab dem Collegen auf ihre Kosten einen Rechtsbeistand, und in 7stündiger Verhandlung wurde der College von der Zahlung der Rente losgesprochen, zugleich wurde beim Civilgerichte das ganze ärztliche Handeln des Collegen einer nochmaligen Beurtheilung unterzogen.

(Curpfuscherei ein erlaubtes Gewerbe.) Das „Reichenberger Correspondenzblatt“ verzeichnet folgenden Erlaß an die k. k. Staatsanwaltschaften: Mit Rücksicht auf die von der k. k. Generalprocuratur nach § 33 St.-P.-O. provocirten Plenarentscheidungen des Cassationshofes vom 27. März 1901, Z. 4270 u. 4271, welche demnächst zur Publication gelangen werden, und in welchen die Rechtsansicht zum Ausdrucke gelangt, daß, um gegen Redacteurs, Herausgeber oder Drucker von Zeitungen nach §§ 5 und 354 St.-G. vorzugehen, im Einzelfalle nachgewiesen sein müßte, daß der Verkauf des Arzneimittels im Inlande thatsächlich erfolgte, und daß das Inserat hiefür von causaler Bedeutung war, hat die k. k. Oberstaatsanwaltschaft laut Note vom 6. April 1901, Z. 1967/1, sämmtliche Staatsanwaltschaften angewiesen, bis auf weitere Weisung Druckschriften, in welchen curpfuscherische Behandlung, verbotene Arzneimittel oder Geheimmittel angepriesen werden, falls nicht zugleich Anhaltspunkte für die Annahme der bezeichneten Voraussetzungen vorliegen, weder preßbehördlich zu beanstanden, noch das subjective Verfahren aus diesem Anlasse einzuleiten.

(Der XIV. internationale medicinische Congreß) wird vom 23.—30. April 1903 unter dem Protectorate des Königs Alphon XIII. zu Madrid stattfinden. Präsident des Executiv-Comités ist Prof. JULIAN CALLEJA Y SANCHEZ. Der Congreß wird in 16 Sectionen tagen.

(Eine interessante Sehprobe) theilt „Die Berufsgenossenschaft“ mit: Ein Bauarbeiter, der eine Unfallrente beanspruchte, behauptete, es sei ihm etwas ins Auge geflogen und er habe infolge dessen auf diesem das Licht eingebüßt. Der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft konnte an dem Auge keinen Fehler entdecken, ebensowenig ein hervorragender Spezialarzt. Ein Arzt stellte nun eine stichhaltige Probe in einer ganz einfachen Weise an. Er machte eine Brille so zurecht, daß das für das gesunde Auge bestimmte Glas undurchsichtig, das für das angeblich blinde dagegen durchsichtig war. Nun gab der Arzt dem Patienten noch etwas zum Einreiben, schrieb ihm dann Verhaltensmaßregeln auf und bat ihn, sie mit der Brille genau durchzulesen. Das Ergebnis war überraschend. Es zeigte sich, daß der Patient, der die verschiedene Beschaffenheit der Brillengläser nicht kannte, die Vorschriften gut gelesen hatte. Auf die Frage des Arztes, mit welchem Auge er sie denn gelesen habe, antwortete er: Selbstverständlich mit dem gesunden! Nun erst wurde ihm nachgewiesen, daß das unmöglich sei.

(Ueber die Unfallhäufigkeit im Gewerbebetriebe) veröffentlicht das deutsche Reichsversicherungsamt eine lehrreiche Statistik. Aus derselben geht unter anderem hervor, daß sich die Häufigkeit der Unfälle im Jahre 1897 bei den gewerblichen Arbeitern zu der der Arbeiterinnen etwa wie 7 zu 1 verhielt. In jugendlichen Jahren wird die Unfallhäufigkeit dadurch gemindert, daß dem jugendlichen Arbeiter noch nicht die gefährlichen Arbeiten übertragen zu werden pflegen. Im vollkräftigen Mannesalter vom 20. bis zum 50. Lebensjahre, wo dies der Fall zu sein pflegt, wächst dann die Unfallhäufigkeit beträchtlich. Das weitere Wachsthum der Häufigkeit der Unfälle, das noch in den höheren Lebensjahren zu bemerken ist, wird man dem höheren Alter an sich und dem dadurch mitbedingten Nachlassen der Arbeitskraft und Gelenkigkeit zuzuschreiben haben. Für das Sinken der Unfallhäufigkeit mit dem höchsten Lebensalter (70 Jahre und darüber) wird die in so hohem vorgerückten Alter zu vermuthende weniger häufige Beschäftigung mit besonders gefährlichen Arbeiten mitsprechen.

(Stiftung zu medicinischen Zwecken.) Der bekannte Millionär Rockefeller in Chicago hat nach Mittheilung des „New

York Science“ 800.000 Mk. zur Begründung eines Institutes für medicinische Forschungen gespendet und sich bereit erklärt, diese Summe nöthigenfalls bedeutend zu vergrößern. Eine Detailirung des Verwendungsplanes der großzügigen Spende ist noch nicht bekannt.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. Juni 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6791 Personen behandelt. Hievon wurden 1449 entlassen; 137 sind gestorben (8,6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 36, egypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 34, Scharlach 103, Masern 208, Keuchhusten 18, Rothlauf 35, Wochenbettfleber 3, Röheln 1, Mumps 12, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 568 Personen gestorben (+ 20 gegen die Vorwoche).

Alboferin, ein neues Eisen-, Phosphor- und Eiweißpräparat, hat Dr. FR. KÖBL in Wien („Wiener med. Blätter“, 1901, Nr. 21) eingehenden Versuchen unterzogen und gelangt zu den Ergebnissen, daß das Alboferin außer einer hochgradigen stimulirenden Wirkung auf die Verdauungsorgane vor anderen Präparaten dieser Art noch den Vorzug besitzt, daß es wegen seines 90% übersteigenden Gehaltes an Eiweiß einen vorzüglichen Nährwerth besitzt, der sich in einer ausnahmslos eintretenden Zunahme des Körpergewichtes äußert. Der bedeutende Gehalt an Phosphor in Verbindung mit Eisen und Eiweiß machen das Alboferin außerdem zu einem werthvollen Mittel in der Behandlung der Rachitis. Schon nach wenigen Wochen zeigen sich die günstigen Wirkungen der Alboferin-Medication, indem sich die Fontanellen verkleinern, die Knochen fester werden etc. Die kleinen Patienten bekommen einen besseren Appetit, eine bessere Hautfarbe, volle Wangen, unter der Haut entwickelt sich ein entsprechendes Fettpolster, und die früher schlaffen und dünnen Muskeln werden fetter und dicker.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die **Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).**

Sanatorium für Nervenranke u. Morphinisten in Wien-Hacking (Westbahn).

Geistesranke ausgeschlossen.
Docent Dr. Hölländer Dr. Ph. Oesterreicher
ärztlicher Leiter. Anstaltsarzt.

Baden-Baden. Sanatorium Dr. Ebers.
Für interne und Nervenranke,
Erholungsbedürftige und Reconval-
scenten. — Das ganze Jahr geöffnet.
Dr. PAUL EBERS
früherer zweiter Arzt des Sanatoriums Martinsbrunn b. Meran.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:

Spinales Sensibilitätsschema

für die Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten zum Einzeichnen
der Befunde am Krankenbett

von Privatdocent Dr. W. Seiffer.

1901. 4. Mit 20 Doppelschemata. 1 M. 20 Pf.

Guajacetin Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0,5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0,5 Grm. Guajacetin s K 30 h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs-
und Kräftigungsmittel . . .

Wohlschmeckend und
leicht verdaulich . . .

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik
Actien-Gesellschaft, Berlin-Grünau.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei
Franz May, Wien, VIII/2, Josefstädterstr. 64.

Creosotal

Duotal

(Guajacolcarbonat)

Die bestbewährten Medicamente gegen
Lungen- u. Kehlkopf-Tuberkulose,

Bronchitis und **Scrophulose**. Creosotal „Heyden“ und Duotal „Heyden“ besitzen die reine Heilwirkung des Kreosots und Guajacols, frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit und dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajacols. Niemals Reizung des Magens oder Darms. Kein Durchfall. Kein Uebelsein. Kein Erbrechen. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Gewichtszunahme und Besserung. Phthisis ersten Stadiums (Spitzenkatarrh, Bacillen im Auswurf) schon in einigen Monaten ohne Berufsstörung heilbar. Creosotal ist so ungiftig, dass es bei Pneumonie selbst theelöffelweise genommen wird.

(Vgl. „Berliner Charité-Annalen 1897“, „Ziemssen's Annalen der Münchener Krankenhäuser 1896“ etc.)

Proben und Litteratur kostenfrei durch:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Mussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“
für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten.
(Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER.
(Steiermark) (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenranke. B.-Baden. Gegr. 1890.
Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.
Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geistesranke ausgeschlossen).
Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** 2 Aerzte.

Alboferin

Ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Kräftigungsmittel** welches Eisen und Phosphor organisch an Eiweiss gebunden enthält.
Wird in Pulver- und Tablettenform dargestellt.
Alboferin wurde laut ärztlicher Atteste mit Erfolg angewendet bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Schwächezuständen nach Blutverlusten, Reconvalescenten etc.**
Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an u. erhöht d. Körpergewicht.
Zu haben in allen Apotheken und grösseren Droguerien.
Haupt-Depot: Apotheke „zum schwarzen Bären“
WIEN, I., Lugeck 3.

Offerire Rassehunde

Collies (schottische Schäferhunde), **Arridale Terrier, Bull-doggen** (Zwergpinscher u. Zwergspitze eignen sich als Damenhunde) von 35 Mark bis 300 Mark, **Rattenpinscher, Wolfspitze, Foxterrier** von 20 Mark bis 150 Mark je nach Alter, Schönheit, Leistung und Främierung. Auf Wunsch liefere alle Arten Rassehunde, Hühner, Kanarienvögel u. s. w. Versandt von lebenden Thieren ins Ausland nur gegen vorherige Einsendung des Betrages. — Eingegangene Dank- und Empfehlungsschreiben über gelieferte Thiere stehen zu Diensten. Bei Anfragen bitte Retourmarke beizulegen.

H. BROCK, Eythra, Bezirk Leipzig
(Deutschland).

Bei **KONGESTION** und **Funktionsstörung der LEBER, ATONISCHER DYSPEPSIE, WECHSELFIEBER** sowie bei **MALABIAKACHEXIE**, welche ein längerer Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann verordnet man in den Hospitälern in Paris und Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von
BOLDO-VERNE
oder 4 Kaffeeöffel von **ELIXIR BOLDO-VERNE**
Dépôt: **VERNE**, Professor an der Schule für Medizin in **GRENOBLE (FRANKREICH)** und in allen grösseren Apotheken Frankreichs und des Auslands.
Engros-Depôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie * Massage
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung. • Kohlensäure- u. elektrische Bäder.
Dr. Anton Bum Doc. Dr. Max Herz
Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
CURSE FÜR ÄRZTE.

Statt Leberthran! Jod! Eisen! „Jahr“ Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kaljod 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. an 0,05. Hervorragendes, wohlschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthrane und künstlichen Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose, Drüsen- und Knochengeschwüren.
Tagesdosis: Kindern 2—4 Stück, Erwachsenen 6—9 Stück.
Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.
Ehältlich in den meisten Apotheken.
Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei
Carl Jahr, Apotheker, Krakau.
Man ordnne gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ seat. orig.

Animale Lympe

Reine Retrovaccine, stets frisch und sicher wirkend.
1/5 Tube für 1 Impf. = M. 0.50
1/4 " " 2-3 " = " 0.75
1/2 " " 10-12 " = " 1.50
1/1 " " 20-25 " = " 2.50
" " 50 " = " 4.50
" " 100 " = " 8.—

Bei öfterem Bedarf auf Wunsch Jahresrechnung. Versandt zu jeder Jahreszeit.
Institut für animale Lympe von

G. Aehle Nachfolger, Lübeck.

Unter staatlicher Aufsicht stehend.
Telegramm-Adresse: „Löwen-Apotheke“.

Verlag von
URBAN & SCHWARZENBERG
Wien und Berlin.

Soeben erschien:

Ohrenheilkunde

von
Dr. VICTOR URBANTSCHITSCH,
a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität u. Vorstand d. Abtheilung f. Ohrenranke an d. allgem. Poliklinik in Wien.

Vierte, neu bearbeitete Auflage.
Gr. 8. XII u. 594 S. m. 77 Holzschn. u. 8 Taf.

Preis: K 14.40 = M. 12.— geheftet,
K 16.— = M. 14.— gebunden.

Medicinischer Verlag von
Urban & Schwarzenberg
Wien und Berlin.

Soeben erschien:

Pharmakotherapie

Eine Uebersicht der gegenwärtigen Arzneibehandlung

von

Dr. Ferdinand Winkler

in Wien.

Gr. 8°. XI und 370 Seiten.

Preis geheftet 7 K 20 h = 6 M.; gebunden 9 K = 7 M. 50 Pf.

Medicinischer Verlag von
Urban & Schwarzenberg
Wien und Berlin.

Soeben erschien:

MEDICINISCHE TERMINOLOGIE.

Enthaltend die Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften.

Von

Dr. med. Walter Guttmann.

Erste Abtheilung (Bogen 1—10).

Preis: 4 K 80 h = 4 M.

Erscheint in 3 Abtheilungen im Umfange von ca. 30 Bogen.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Ueber idiopathische Peritonitis. Von Hofrath Prof. Dr. H. Nothnagel. — Ueber den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß. Von Professor Dr. W. F. Loebisch, Vorstand des Laboratoriums für angew. medicin. Chemie der k. k. Universität Innsbruck. II. — **Aus der Praxis.** Die Behandlung der Fettleibigkeit mit Jodothyron. Von Dr. Sreghund Schwarzbart in Misslitz (Mähren). — **Referate.** Neumann (Halle a. S.): Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. — Käusch (Breslau): Ueber das Verhalten der Sehnenreflexe bei totaler Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks. — Max Einhorn (New-York): Achylia gastrica, Hyperchlorhydrie vorläufig. — W. Korytowski (Warschau): Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster. — Berthold Goldberg (Köln-Wildungen): Die Urethrotomia interna. — Cobbett (Cambridge): Diphtherie beim Pferde. — G. d'Arrigo (Neapel): Beitrag zum Studium der erblichen Uebertragung der Tuberculose durch die Placenta. — Nikolsky: Charbon chez les animaux nourris avec leurs aliments habituels mêlés de spores charbonnenses. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der physikalischen Therapie. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen herausgegeben von Dr. A. Goldscheider, a. o. Professor, und Dr. Paul Jacob, Privatdocent in Berlin. — Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. Unter Mitwirkung von Dr. Siegfried Lacki herausgegeben von Prof. Dr. Hans Schmaus in München. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) VII. — **Kleine Mittheilungen.** Die Behandlung der Tuberculose mit intravenösen Zimmtsäure-Injectionen. — Anthrapurpurindiacetat („Purgatol“), ein neues Abführmittel. — Einfluß erhöhter Temperaturen auf das Casein der Milch. — Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Camphers. — Die Lewaschew'sche Methode der Behandlung der eiterigen Pleuritiden von Kindern. — Therapie des Augenblinzeln. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congress für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) X. — 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) IX. — *Aus italienischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — *Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber idiopathische Peritonitis.

Von Hofrath Prof. Dr. H. Nothnagel. *)

Meine Herren!

Gestatten Sie mir, eine Frage zur Sprache zu bringen, die noch immer der endgiltigen Lösung harret, eine Frage, mit der sich die innere Medicin, die allgemeine Pathologie und die pathologische Anatomie seit Jahrhunderten beschäftigt, so lange als das Bild der Peritonitis bekannt und studirt ist.

Einer der ersten und glänzendsten Forscher aus der großen französischen Schule im ersten Drittel des vergangenen Jahrhunderts hat durch seine scharfe Formulirung die Frage in Fluß gebracht, die man früher unbedenklich mit „ja“ beantwortet hat, die Frage nämlich, ob es eine primäre, idiopathische Peritonitis gebe oder nicht. Louis mit seinem glänzenden Beobachtungstalent hatte zuerst darauf hingewiesen, daß diese Frage keineswegs mit der Zuversicht mit „ja“ beantwortet werden dürfe, wie dies bis dahin geschehen war, sondern sprach im Gegentheile aus und wies auf Grund klinischen und anatomischen Beobachtungsmateriales die Unruhigkeit der Anschauung nach, daß viele „primäre chronische Peritonitiden“, um die es sich damals handelte, idiopathisch und primär wären; er lehrte, daß alle diese Fälle von chronischer Peritonitis als tuberculöse Peritonitiden aufzufassen seien, bei denen die Tuberculose, das tuberculöse Gift, in den Organismus eingedrungen sei und vorher andere Organe afficirt habe.

Seit jener Zeit ist diese Frage nicht mehr vollständig zur Ruhe gekommen, sie wurde zwar zeitweilig von wichti-

geren Fragen in den Hintergrund gedrängt, aber immer wieder aufgenommen und ist besonders in Fluß gerathen, seitdem ein neues Moment in die Forschung eingeführt worden war, die ätiologische Forschung auf Grundlage der bacteriologischen Untersuchung. Und dennoch, meine Herren, stehen wir heute noch immer der Frage gegenüber: Gibt es eine primäre, idiopathische Peritonitis oder nicht?

Um einigermaßen zu einer Klarheit zu gelangen, müssen wir uns vor Allem selbst darüber klar sein, was wir unter idiopathischer, unter primärer Peritonitis verstehen, im Gegensatz zu den gewöhnlichen anderen Formen.

I.

Ich möchte da kurzweg vorausschicken: Unter idiopathischer oder primärer Peritonitis will ich diejenigen Fälle von Bauchfellenentzündung verstanden wissen, bei denen sich im Organismus absolut keine anderen anatomischen Veränderungen nachweisen lassen als eben die Veränderungen im Peritoneum, also Peritonitiden welcher Art immer (die Form des Exsudates ist hierbei ganz gleichgiltig), bei denen aber kein anderes Gewebe, Gebilde oder Organ erkrankt ist, demnach diejenigen Fälle, bei welchen der Entzündungsreiz, der Entzündungserreger das Peritoneum trifft (auf welchem Wege er es erreicht, ist gleichgiltig), ohne auf seiner Bahn bis dahin irgendwelche krankhaften Veränderungen an anderen Organen hervorgerufen; denn nur solche Fälle kann man meiner Meinung nach als idiopathische Peritonitiden bezeichnen.

Es geht daraus hervor, daß die Entscheidung über diese Frage in letzter und eigentlicher Instanz dem pathologischen Anatomen zukommt, nicht dem Kliniker; wenn sie wollen, können wir sagen, daß die Frage durch die gemeinsame Arbeit beider gelöst wird, aber das allerletzte Wort hat hier doch der

*) Nach einem in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 3. Mai 1901 gehaltenen Vortrage.

pathologische Anatom zu sprechen. Denn in dem klinischen Krankheitsbilde entgehen uns sehr häufig Veränderungen, die der Anatom hinterher aufdeckt, von denen wir *intra vitam* keine Ahnung hatten, deren Unkenntniß uns daher dazu bringt, eine „primäre idiopathische Peritonitis“ zu diagnostizieren, während bei der eventuellen Nekropsie der pathologische Anatom uns zeigt, daß dort anderweitige Veränderungen vorausgegangen sind.

Um die Frage recht zu verstehen, wollen wir uns erinnern, daß wir Älteren gelernt haben, daß die häufigsten Ursachen der Peritonitis gelegen sind in Erkrankungen der Organe, die innerhalb der Abdominalhöhle sich befinden und vom Peritoneum bekleidet sind oder an vom Peritoneum bekleidete Organe angrenzen, d. i. in erster Linie in Erkrankungen des Darmes, des Magens, der Leber, der Milz, der weiblichen Sexualorgane, der Mesenterialdrüsen etc.

Wir haben ferner gelernt, daß Peritonitiden im Verlaufe von acuten Infectiouskrankheiten vorkommen. Wir haben dann später, als durch RECKLINGHAUSEN die zahlreichen Anastomosen zwischen den Lymphbahnen des pleuralen und abdominalen Zwerchfellüberzuges nachgewiesen wurden, erkannt, daß von oben her entzündliche Prozesse vom Pericard, von den Lungen und von der Pleura auf das Peritoneum fortgeleitet werden können. Abgesehen davon, hat VIRCHOW noch auf einen Punkt hingewiesen, auf den ich noch später zurückkommen werde.

Das waren also damals unsere Anschauungen von der Aetiologie der Peritonitis. Heute wissen wir, daß die Erkrankungen der Unterleibsorgane nur die Gelegenheitsursache abgeben für die Entstehung der Peritonitis, nicht aber im heutigen Sinne die ätiologischen Factoren darstellen und nicht das Wesen, den Kern des entzündlichen Reizes in sich schließen. Worin dieser gelegen ist, ist uns erst durch die bacteriologische Untersuchung klar geworden.

Es hat sich die experimentelle Forschung mit besonderer Vorliebe dem Peritoneum zugewandt, speciell in den letzten zwei Jahrzehnten, und wir haben gerade durch die Arbeiten auf diesem Gebiete Aufklärung für viele Fragen gefunden.

Zur größeren Klarheit will ich kurzweg die entzündlichen Reize, die eine Peritonitis überhaupt veranlassen können, in einzelne Gruppen theilen, in die sie meiner Ansicht nach getheilt werden müssen. Ich unterscheide dem Reize nach eine chemische, eine mechanische und eine bacterielle Peritonitis.

Unter chemischen Peritonitiden sind jene Formen zu verstehen, bei denen ein chemisches Gift die Peritonitis erzeugt (ich nehme aber dabei diejenigen Fälle aus, in denen Bacterientoxine die Peritonitis erzeugt haben), also nur ein chemisches Gift im engeren Sinne, wie Crotonöl etc. Diese Gruppe der chemischen Peritonitiden hat eine große Bedeutung für das Experiment, aber was die Klinik betrifft, können wir sie zumeist ausschließen. Für den Kliniker fällt diese Gruppe wohl so ziemlich fort (selten wohl hat ein gesunder Mensch durch Crotonöl eine Peritonitis bekommen), abgesehen vielleicht bis zu einem gewissen Grade von der Peritonitis nach Perforation des Magens.

Die zweite Gruppe ist die der mechanischen Peritonitis, und das ist die Gruppe, welche von VIRCHOW schon vor vielen Jahren festgestellt worden ist. In seiner berühmten Abhandlung über die Erkrankungen der Unterleibsorgane hat er schon vor 50 Jahren gesagt, er sei überzeugt, daß diese Erkrankungsform große Bedeutung für die Klinik erlangen werde, und das ist auch thatsächlich eingetroffen.

Die Entzündungsreize sind einfache mechanische Reize, in den meisten Fällen ein Druck, und die so bedingte Form der Peritonitis kann in der That primär auftreten, ja fast ausschließlich ist die mechanische Peritonitis eine primäre, eine idiopathische, d. h. es ist kein anderes Gewebe erkrankt außer dem Peritoneum. Wir wollen dabei uncrörtert lassen, ob diese histologischen Veränderungen wirklich als Entzündungen beurtheilt werden müssen, her-

kömmlich werden sie gegenwärtig noch als solche bezeichnet. Im historischen Interesse erwähne ich die Form, in der sie VIRCHOW beschrieben hat.

Er machte aufmerksam auf chronisch-peritonitische, umschriebene Verwachsungen, welche sich an bestimmten Prädispositionsstellen, an der Flexura lienalis, Coecum etc. ausbilden. Wie er meint, verdanken diese Adhäsionen ihre Entstehung dem Drucke, welcher vom Inneren ausgeübt wird, aus dem mit Koth erfüllten Darm, und der nach außen auf das Peritoneum fortgepflanzt wird, und dieser Entzündungsreiz wird auch durch das Experiment als bestehend bestätigt.

Auch andere Formen gehören dazu: die peritonealen Verdickungen bei großen Leber- und Milzgeschwülsten. Sehr häufig sind es nur Dehnungen der Leberkapsel und Milzkapsel, welche von dem bedeutend geschwellenen Organe aus erfolgen, und diese Dehnung führt zur Verdickung, zur chronischen indurativen Peritonitis.

Hierher gehören auch die Fälle von mechanischer Peritonitis in Bruchsäcken; wenn in der Bruchpforte ein Reiz auf den Darm ausgeübt wird, da kommen dann auch solche Reizungsperitonitiden vor, Peritonitis adhaesiva.

Daß das mechanische Moment, der Druck, das Maßgebende für die Entstehung einer chronischen Peritonitis ist, erscheint auch durch die experimentellen Untersuchungen bewiesen, welche von WIELAND in dem Laboratorium von TAVEL angestellt worden sind. WIELAND hat in der Weise operirt, daß er eine vollständig sterilisirte, mit aseptischer Flüssigkeit gefüllte Schwimmblase eines Fisches in den Peritonealsack eines Kaninchens oder anderen Versuchstieres unter aseptischen Cautelen einbrachte und die Thiere am Leben beließ. Die Wunde heilte anstandslos per primam intentionem, und später, als die Thiere getödtet wurden, zeigte sich die Fischblase als noch vorhanden, aber umgeben von einer chronischen adhäsiven Peritonitis, und diese war nur hervorgerufen worden durch den mechanischen Druck, der an dieser Stelle ausgeübt worden war. Von einem chemischen oder bacteriellen Reize kann keine Rede sein, die waren ja hier ausgeschlossen.

Hierher gehören auch jene Fälle, in denen um Tumoren herum Indurativperitonitiden sich bilden. Diese Fälle sind zweifellos idiopathische, primäre Peritonitiden. Hier ist nichts anderes erkrankt als das Peritoneum, allerdings an einer bestimmten umschriebenen Stelle, aber es handelt sich hier ja nur um die principielle Frage, gleichgültig, ob die Peritonitis allgemein oder umschrieben ist; keiner unserer Reize hat eingewirkt, es ist nichts vorhanden, was von außen eingewirkt hätte. Ich erinnere übrigens bei dieser Gelegenheit auch an die Verdickungen der Kapsel in den durch den Miederdruck oder durch das Tragen eines Leibriemens entstehenden Schnürfurchen der Leber.

Bei den Kothperitonitiden, bei verdickten Leberkapseln etc. kann von einem sonstigen Reize nicht die Rede sein; kein anderes Organ ist erkrankt. Es ist dies also eine Gruppe von primären, idiopathischen Peritonitiden.

Doch dreht sich eigentlich der Streit gar nicht um diese Fälle primärer, chronischer, circumscripiter Peritonitis, vielmehr um eine ganz andere Gruppe, um die diffusen Peritonitiden, seien dieselben chronischer oder acuter Natur. Beide Gruppen müssen wir für die Kritik und für die weitere Orientirung strenge auseinanderhalten.

II.

Die acuten diffusen Peritonitiden lernen wir in der Regel unter Verhältnissen kennen, bei denen wir den Ausgangspunkt der Erkrankung bestimmen können; so kommt es in einem Falle, etwa im Verlaufe eines Typhus abdominalis, zu einer Darmperforation, oder es dringt in einem anderen Falle, z. B. bei einem Puerperalproceß, die Entzündung bis zum Peritoneum vor etc. etc. Hier wird Niemand von einer primären, idiopathischen Peritonitis sprechen, sondern nur von einem fortgeleiteten Proceß.

Man hat aber behauptet, daß es eine Erkältungsperitonitis gebe, wo Jemand, der im Freien auf feuchtem Boden geschlafen und sich dadurch erkältet hat, an Peritonitis erkrankt ist. Es ist nun jedenfalls merkwürdig, wie wenig Fälle aus dieser Gruppe bekannt und mitgeteilt worden sind. Heute aber wird kein Kliniker so etwas für richtig hinnehmen. Bei unserem heutigen Stande der Anschauung wissen wir, daß die Erkältung, die Feuchtigkeit den Boden für die Entstehung der Peritonitis, für die Einwirkung der Toxine und Bakterien zwar präparieren kann, aber Peritonitis erzeugt sie nicht.

Sollten solche Peritonitiden wirklich vorkommen, dann müßte erst doch im concreten Falle festgestellt werden, wie die bacteriellen Reize zum Peritoneum gelangt sind, ob es sich nicht auch hier um Infectionen handelt, die von der Nachbarschaft übergeleitet sind — nicht eher hat man die Berechtigung, eine sogenannte Erkältungsperitonitis ohne weiters als idiopathische zu bezeichnen.

Fast alle acuten allgemeinen Peritonitiden sind, das wissen wir heute, bacterielle Peritonitiden. Es handelt sich nun um die Frage: wie kommen die Bakterien ins Peritoneum? Gelangen sie ins Peritoneum nur durch Propagation von der Umgebung her, oder gibt es Fälle, in denen das Bauchfell das primär und allein inficirte Organ bildet? Nur die letzteren Fälle könnte man eben als primäre idiopathische Peritonitiden bezeichnen.

Wenn wir sehen, wie oft eine Pleura ganz isolirt erkrankt (es bekommt Jemand einen Schüttelfrost nach einer Erkältung, und es entwickelt sich eine Pleuritis mit Exsudat) und es erkrankt kein anderes Organ, oder es erkranken isolirt das Pericard, die Meningen, ohne daß ein anderes Gebilde afficirt wird, so muß es uns auffallen, wie außerordentlich wenige Fälle von derartigen primären Peritonitiden dem gegenüberstehen. Immerhin aber kommt ab und zu ein derartiger Fall vor, und es fragt sich nun: sind diese Fälle beweisend oder nicht?

Wir können da zunächst eine große Krankheitsgruppe herausnehmen, das sind die acuten Infectionskrankheiten. Wenn wir wissen, wie oft im Verlaufe dieser acuten Infectionskrankheiten acute Pleuritiden, acute Meningitiden etc. vorkommen, so muß es uns jedenfalls auffällig erscheinen, wie außerordentlich selten sich hier acute Peritonitiden entwickeln. Von Masern, Scharlach, Variola und Variolois ist meines Wissens nicht bekannt (auch nicht von der Cholera), daß dabei acute Peritonitiden auftreten, und ich will nur einige acute Infectionskrankheiten hervorheben, bei denen es den Anschein hat, als ob hier acute Peritonitiden vorlägen. Von Rückfalltyphus und Flecktyphus spreche ich nicht, weil da solche acute Peritonitiden nicht beobachtet wurden.

Beim Abdominaltyphus ist eine Peritonitis, die als idiopathische oder vom Typhus abhängige angesehen werden könnte, außerordentlich selten. Das, was wir sehen, sind entweder circumscribte Peritonitiden um eine geschwürige Darmstelle herum oder Perforationsperitonitiden, und diese nehme ich aus. Oder die Peritonitis ist, wie in dem von WEICHELBAUM beschriebenen Falle, aus einem Milzabscesse entstanden. LIEBERMANN hat aus 2000 solchen Typhusperitonitiden 16 Fälle von Peritonitis zusammengestellt, die nicht durch Perforation entstanden waren, und darunter war aber nicht ein einziger, bei dem sich mit Wahrscheinlichkeit hätte nachweisen lassen, daß er aus Typhus entstanden sei. Aber in allen diesen Fällen ließ sich nachweisen, daß diese Peritonitiden von einem anderen Organe ausgegangen waren.

Die Influenza ist eine acute Infectionskrankheit, von der wir wissen, daß von ihr aus alle möglichen Organe und Gewebe afficirt werden können, und wenn Sie, meine Herren, die Literatur durchgehen und Ihre eigene Erfahrung prüfen, weiß ich nicht, ob Sie einen einzigen Fall von Peritonitis auf Influenzabasis gesehen haben. Es gibt auch hier Fälle von Peritonitis, aber LEICHTENSTERN hat für diese Fälle von Influenzaperitonitis nachgewiesen, daß es sich dabei stets

um ein Fortkriechen von einer Enteritis grippalis aus gehandelt hat.

Eine andere Infectionskrankheit, bei der eine acute Peritonitis vorkommen könnte, ist der acute Gelenkrheumatismus. Ich selbst habe niemals eine acute diffuse Peritonitis gesehen, die aufzufassen gewesen wäre als eine Localisation des Rheumatismusgiftes oder des Rheumatismuserregers. Ab und zu werden solche Fälle mitgeteilt, aber man muß zweifeln, ob sie richtig gedeutet sind.

Allerdings hat EICHHORST vor einigen Jahren einen Fall von echter Peritonitis im Verlaufe von Rheumatismus mitgeteilt, bei dem er überzeugt ist, daß ein Zusammenhang zwischen dem Rheumatismus und der Peritonitis bestehe; SINGER fand nur zweimal in 64 Fällen Peritonitis, aber beidemale daneben doppelseitige Pleuropneumonie, respective Pericarditis. Ich meine aber, daß wir, wenn eine Erkrankung so zahlreiche Fälle von Pericarditis, Pleuritis und Meningitis hervorruft, und diesen Fällen nur ganz verschwindend wenige von Peritonitis gegenüberstehen, zum Schlusse berechtigt sind, anzunehmen, daß in diesen letzteren Fällen ganz besondere Bedingungen vorgelegen haben, welche die Peritonitis erregt haben, daß hier eine andere Ursache mitgewirkt haben muß.

Es bleibt also eigentlich nur eine einzige Infectionskrankheit übrig, bei der die Peritonitis primär auftreten kann, das ist die Sepsis. Ich spreche nicht von der Peritonitis mit septischem Charakter, mit schwerer Prostration und nervösen Erscheinungen, sondern von der im Verlaufe einer Sepsis auftretenden Peritonitis. Aber auch hier ist die Sache eine einfache. Es handelt sich in den meisten Fällen um Puerperae. Da sehen wir ja Organe genug erkrankt, welche uns die Erklärung und Anhaltspunkte zum Verständnisse der Entstehung der Peritonitis als einer secundären geben.

In der Literatur finden sich aber nun mehrere Fälle von angeblich wirklich primärer Peritonitis niedergelegt. So hat PAUL GUTMANN in einer Discussion des Vereines für innere Medicin in Berlin über 8 Fälle berichtet, sie sind aber nicht in extenso mitgeteilt, und ich habe aus der kurzen Mittheilung nicht die Ueberzeugung bekommen können, daß es sich hier wirklich um primäre, idiopathische Peritonitiden gehandelt hat.

LEYDEN hat 3 Fälle mitgeteilt. In einem derselben war aus der Krankengeschichte deutlich herauszulesen, daß der Ausgangspunkt der Peritonitis eine Perityphlitis war. Die beiden anderen Fällen hat GRAWITZ obducirt und hat mit specieller Betonung auf diese Fälle hinweisend an dem Leichenmateriale nachgewiesen, daß sich hier doch andere Ausgangspunkte für die Infection finden ließen, daß es sich nicht darum gehandelt hat, daß das Peritoneum ausschließlich erkrankt gewesen sei, daß die Erkrankung vom weiblichen Genitale ausgegangen war. Daher sind diese Fälle für die uns beschäftigende Frage nicht maßgebend.

Auch LITEN hat einige Fälle veröffentlicht, in denen er keinen Ausgangspunkt gefunden hatte; wir müssen sie auf Treu und Glauben hinnehmen.

GRAWITZ hat aus VIRCHOW's Institut 867 Sectionsprotolle von Peritonitiden von den Kliniken zusammengestellt, von denen 13 von den Kliniken als spontane oder rheumatische, primäre, eiterige Peritonitiden bezeichnet waren. GRAWITZ hat sie einer genauen Kritik unterzogen, und nicht ein einziger Fall hat der Kritik Stand gehalten, alle 865 waren secundäre Peritonitiden von einem anderen Ausgangspunkt.

Vor kurzer Zeit haben wir bei der Sammlung des Materiales wieder gesehen, wie derartige Literatur entsteht. Da ist von BROIT aus Algier eine Mittheilung über primitive Peritonitis erschienen. 2 Fälle sind ausführlich, einer weniger ausführlich beschrieben, aber alle Fälle sind absolut unbrauchbar. In einem dieser Fälle wurde ein Abscess in der Ileocöcalgegend (abgekapselt mit einer zarten Membran) gespalten und ein Liter Eiter entleert; es bestand eine diffuse Peritonitis. Wir nennen das Perityphlitis mit secundärer

Peritonitis. BROIT sagt, das war keine Perityphlitis, weil der Mann vorher immer guten Stuhl gehabt hat und auch während der Erkrankung regelmäßiger Stuhl bestand. Das ist ein Fall, der keiner Kritik Stand hält. Darüber weiter zu reden, ist wohl unnötig.

Indessen, meine Herren, kommt doch ab und zu ein Fall vor, in dem auf den ersten Anblick der Eindruck erweckt wird, daß ihnen wenigstens, wenn man die vorhin gegebene Definition erwehrt, der Name einer primären Peritonitis mit Recht zukommen könnte. Wenn wir annehmen, daß eine Infektionskrankheit besteht, und wenn wir nun weiter annehmen, daß der Kranke neben der Localisation in den anderen obligaten Organen, welche das klinische Bild der Infection ergibt, noch eine acute Peritonitis aufweist, so wäre es ja denkbar, daß das Gift zum Peritoneum auf dem Wege der Blutbahn gelangt ist, dann könnte man vielleicht auch von einer primären Peritonitis sprechen. Doch hat bis jetzt die Literatur keinen einzigen derartigen Fall nachgewiesen, man kann das daher ausschließen.

Abgesehen aber davon, gibt es doch solche Fälle, die als acute primäre Peritonitiden gedeutet werden könnten, und man spricht auch von primären Pneumokokken- und anderen bacteriellen Peritonitiden.

Die häufigsten sind Pneumokokken-, Streptokokken- und Bacterium coli-Peritonitiden. Ich greife wiederum zwei Fälle von „primärer Pneumokokkenperitonitis“ heraus. Bei der Kritik dieser Fälle hat sich Merkwürdiges ergeben. Es sind das Fälle von AUDION. Da in beiden Fällen daneben Bronchopneumonie und Pleuritis, respective Meningitis bestand, so ist sehr wohl denkbar, daß die Pneumokokken auf dem Wege der Lymphstomata des Zwerchfells aus der Pleura in das Peritoneum durchgewandert sind und so die Peritonitis erzeugt haben.

Auch davon abgesehen, kommen Fälle vor, die den Verdacht erwecken, es könnte doch eine primäre Peritonitis geben, und ich möchte hier folgenden Fall aus meiner Klinik anführen:

Ein junger Bursche bekommt plötzlich einen Schüttelfrost, am Tage danach wieder Schüttelfrost, am folgenden Tage Schmerzen in der Brust, im Bauche, in der linken Seite, Schulter und im Nacken. 5 Tage darauf wurde er auf meine Klinik aufgenommen. Er fieberte hoch. Diagnose: Peritonitis. Der Patient wurde auf eine chirurgische Klinik verlegt; man glaubte, daß ein Absceß um die Milz sich entwickelt habe, und punktirte, es kam aber nur Blut heraus. Es wurde die Laparotomie ausgeführt, und es zeigte sich eine diffuse eiterige Peritonitis. Die Section ergab folgenden Befund: Eine diffuse eiterige Peritonitis, acuter Magenkatarrh, Narben im Fundus und Pylorustheile und tractionsdivertikelähnliche Ausstülpungen der Magenwand, narbige Induration des ganzen Pankreas (nebenbei erwähnt, war dies der einzige Fall, in dem während des ganzen Verlaufes der Erkrankung die Indicanreaction negativ ausfiel), chronischer Milztumor. Keine Perforation bei der genauesten Durchsuchung auffindbar, und es bleibt noch zweifelhaft, woher die Peritonitis kam.

Es handelte sich hier also um eine acute eiterige Peritonitis, die, mit Schüttelfrösten einsetzend, binnen 10 Tagen zum Tode geführt hat. Die Aufklärung liegt vielleicht in Folgendem:

Bei der genauen Untersuchung hat sich herausgestellt, daß der Bursche eine eiterige Tonsillitis, eine Amygdalitis, hatte. In dem Eiter derselben fanden sich auch reichlich Streptokokken, dieselben Streptokokken fanden sich im Magen, im Gewebe der Magenwand und in den Drüsen des Magens. Es dürfte nun wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß hier die Streptokokken wieder vom Magen eingewandert und auf diese Weise ins Peritoneum gelangt sind.

Das wäre analog den Fällen, von denen im vorigen Herbste Herr Docent KRETZ hier gesprochen hat. Es handelte sich damals um zwei Fälle von phlegmonöser Entzündung des

Wurmfortsatzes, deren Ausgangspunkt er mit Recht in einer gleichzeitig bestandenen Angina suchte. Ich glaube, es fanden sich auch dieselben Streptokokken in den Mandeln und in dem entzündeten Gewebe des Wurmfortsatzes.

Von anderer Seite wurde schon darauf hingewiesen, daß die Möglichkeit besteht, daß auf diesem Wege eine Perityphlitis, auch vielleicht eine Peritonitis, entstehen könne. Von den Mandeln, von der Nase und ihren Nebenhöhlen wird ein Secret geliefert, das Streptokokken enthält und verschluckt wird. Dieses kann unter Umständen unschädlich für den Organismus den Darmcanal passieren. Anders aber kann sich die Sache unter bestimmten Vorbedingungen gestalten.

Wenn der Darmcanal gesund ist, ist seine Wand für Mikroben undurchgängig, sonst müßten wir ja täglich an Peritonitis erkranken. Ist aber die Darmwand verändert, dann wird sie für Mikroben passierbar. LENANDER betont, daß selbst ganz geringe Grade von Darmkatarrh unter Umständen schon zur Darmwanddurchgängigkeit führen können. Wenn nun pathogene Mikroben von den Mandeln in den Magen oder Darm herunterkommen und die Magendarmwand unter ihrem Einflusse erkrankt oder schon vorher erkrankt war, dann kann man sich wohl vorstellen, daß die Mikroben durchtreten und eine acute diffuse Peritonitis erzeugen. Das ist meine Auffassung solcher Fälle, wie der von KRETZ und des oben von mir mitgetheilten, und auch diese können dann natürlich als primäre Peritonitiden nicht bezeichnet werden.

Es bedarf keiner vielen Worte, woher es kommen mag, daß bei acuten Infectionskrankheiten auf dem Blutwege das Peritoneum so selten oder gar nicht befallen wird, im Gegensatz zu den anderen serösen Häuten. Der natürliche, anatomisch-physiologische Grund liegt meiner Ansicht nach darin, daß das Peritoneum eine enorme Resorptionsfähigkeit besitzt. Darüber sind ja viele Versuche angestellt worden. Man führt diese Fähigkeit theils auf vitale, theils auf physikalische Momente zurück. Ich möchte nur die Größe dieser Resorptionsfähigkeit hier hervorheben.

WEGNER constatirte zum Beispiel, daß beim Hunde 1.3% des gesammten Körpergewichtes von einer injicirten Flüssigkeit binnen einer Stunde vom Peritoneum resorbirt werden kann, bei Kaninchen ist diese Ziffer noch größer. Wenn man einem Kaninchen $\frac{1}{3}$ Liter physiologischer Kochsalzlösung in die Bauchhöhle einspritzt, so sind 3—8% des ganzen Körpergewichtes binnen einer Stunde resorbirt. Ich möchte das hier nur hervorheben, weil darin zum Theile der Schlüssel für die merkwürdigen Thatsachen liegen mag, um die es sich dabei handelt.

Wenn bei einer acuten Infectionskrankheit die Toxine oder Bacterien im Blute kreisen, so ist dies immer nur eine bestimmte, minimale Menge, mit welcher das Peritoneum leicht fertig wird, während dagegen bei Krankheitsfällen in der Nähe des Peritoneums eine viel größere Menge der Krankheitserreger in das Peritoneum gelangt und daselbst eine Entzündung veranlassen kann. Wir wissen weiter, daß corpusculäre Elemente, welche selbst doppelt so groß sind als ein rothes Blutkörperchen, durch die Lymphstomata des Peritoneums hindurchgehen können. Wenn nun Mikroben eine Peritonitis erzeugen sollen, so gehört nicht allein die Anwesenheit der Mikroben, sondern auch die Bildung von Toxinen dazu, und auch das Endothel muß verändert sein, und auch zur Lähmung der Widerstandsfähigkeit des Peritoneums gehört eine gewisse Zeit. Aber die Toxine werden gewöhnlich zu rasch herausgeschafft, als daß es zur Entzündung kommen könnte. So glaube ich, daß sich aus der enormen Resorptionsfähigkeit des Peritoneums die große Seltenheit der Peritonitis im Verlaufe von acuten Infectionskrankheiten erklärt. Und wenn solche Fälle auftreten (3—4 habe ich bei Tonsillitis gesehen), dann glaube ich doch, daß irgend eine Organerkrankung in der Umgebung des Bauchfells, ein kleiner Riß oder Katarrh der Darmwand bestanden hat, so daß die pathogenen Bacterien durchgehen konnten, und wir bekommen dann eine diffuse acute Peritonitis.

Ich will diese Frage hier nicht weiter verfolgen und möchte nur erwähnen, daß beispielsweise bei Axendrehungen ganz minimale Verletzungen der Darmwand genügen, um den Ausgangspunkt für eine Peritonitis abzugeben.

Wir kennen Fälle von traumatischer Peritonitis, die acut oder chronisch verlaufen, ohne Bauchdeckenverletzung, nach stumpfem Trauma. Hier dürfte das Trauma doch eine minimal kleine Continuitätstrennung am Darne veranlaßt haben und durch die gesetzte Oeffnung Bacterien hineingelangt sein, und daher wären solche Peritonitiden unter die Perforationsperitonitiden einzureihen; analog erschiene das den Fällen von Tetanus, bei denen nach kleiner Hautverletzung der Tetanus ausbricht, nachdem die Hautwunde ohne nachweisbare Narbe vollständig geheilt ist.

So scheint mir also das Vorkommen einer echten, primären, idiopathischen, isolirten Peritonitis vorläufig nicht erwiesen.

III.

Die zweite Gruppe von Fällen angeblich primärer Peritonitis gehört zu den chronischen Peritonitiden. Ich bekenne, daß ich in dieser Frage nach meiner persönlichen Erfahrung vollständig auf dem Standpunkte von LOUIS stehe.

Wenn man das literarische Materiale durchgeht (aus meiner Erfahrung kenne ich keinen Fall von chronischer Peritonitis, der mir primär schien), so stehen sich, wenn man nicht den seltsamen Standpunkt SEILER's theilen will, welcher alle chronischen Peritonitiden im Kindesalter, von den tuberculösen abgesehen, als syphilitischen Ursprunges bezeichnet, zwei Ansichten gegenüber.

Die Einen sagen, alle chronischen Peritonitiden lassen ihren Ausgangspunkt von einem erkrankten Organe her erkennen, niemals ist das Peritoneum allein der directe Erkrankungsort, niemals sind die Mikroben direct zum Peritoneum vorgedrungen.

Es gibt aber auch Vertreter der Theorie, darunter GALVAGNI, daß es primäre chronische diffuse Peritonitiden mit gewissen typischen Erscheinungen gibt, die ausheilen können, das spreche gegen Tuberculose in diesen Fällen.

Man hat dieses Moment der Heilung als ein sehr wichtiges Moment für die Aetiologie des primären Auftretens und den nichttuberculösen Charakter dieser Peritonitiden hingestellt. Es gibt aber eine Reihe von tuberculösen Peritonitiden, die spontan ausheilen, wenigstens so, daß sie keine klinischen Symptome machen. Sie müssen aber durch den pathologischen Anatomen verificirt werden. Die dafür bisnun angeführten Fälle beweisen nichts, z. B. ist bei dem einschlägigen Falle von GALVAGNI dann nachgewiesen worden, daß das Kind später an tuberculöser Meningitis gestorben war.

Eine andere Zusammenstellung von VIERORDT in Tübingen hat gezeigt, mit wie wenig Berechtigung derartige Annahmen solcher Fälle primärer, idiopathischer Peritonitis hingestellt werden. In seinen Fällen finden sich die buntesten Krankheitsbilder. Auch ohne Section läßt sich oft aus der Krankheitsgeschichte die Aetiologie förmlich mit Händen greifen. In einem der Fälle war eine Cholecystitis die Ursache der Peritonitis; in einem anderen Falle bestand eine Lebercirrhose neben der Peritonitis; in einem dritten Falle war wegen Ascites mehreremale punktirt worden, und zwar in der vorantiseptischen Zeit. Und derartige Peritonitiden wurden für primäre gehalten! Mit solchen Fällen kann man nicht kommen, sie beweisen nichts; jede Kritik der angeführten einschlägigen Fälle spricht auf das entschiedenste gegen die Annahme einer primären, idiopathischen Peritonitis chronischer Natur.

Alle Fälle chronischer Peritonitis, welche gut beobachtet sind, sind ausgegangen von bestimmten Organerkrankungen in der Nachbarschaft oder sind tuberculöser Natur. Nun könnte man ja meinen, daß hier manchmal die Tuberculose primär sei, d. h. daß es Fälle gebe, in denen nur im Peritoneum die Tuberkelbacillen ihre Wirkung entfalten. Nach

meiner Meinung wird wohl auch in diesen Fällen sich immer nachweisen lassen, daß irgend ein tuberculöser Herd in der Nähe besteht, von dem aus die Infection erfolgte. Allerdings wissen wir, daß die Tuberkelbacillen die unverletzte Darmwand passiren können, und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen; aber dann inficiren sie zuerst die intraperitonealen Lymphdrüsen, bringen sie zur Verkäsung, und von hier aus kann eine Peritonitis ausgehen.

Von sämmtlichen bisherigen genau untersuchten, angeblich „primären“ Fällen hat sich auch nicht ein einziger bewahrt; in allen ging die Entzündung entweder von einer Erkrankung in der Bauchhöhle oder von der Pleura oder vom weiblichen Genitale aus.

Die Erwähnung des weiblichen Genitales als Eingangspforte bringt mich noch zu einer Form von angeblicher idiopathischer chronischer Peritonitis, die schon von CRUVEILHIER gekannt und von ihm als „Ascites des jeunes filles“ bezeichnet wurde. Dieser Ascites muß etwas Besonderes und Häufiges sein, sonst hätte CRUVEILHIER ihn nicht als besondere Gruppe hingestellt. Die Sache ist noch nicht völlig aufgeklärt. Ich führe nur an, daß QUINCKE, sowie mancher andere Beobachter diese Fälle gar nicht zur Peritonitis rechnet, sondern glaubt, daß es sich um eine vasomotorische oder secretorische Neurose handelt, die um die Zeit der Pubertätsentwicklung bei den jungen Mädchen auftritt.

So wäre denn nicht erwiesen, soweit ich selbst Erfahrung habe, und die erwähnten Fälle Anderer sind nicht beweisend, daß es eine primäre idiopathische Peritonitis gibt; einwandfreie Fälle müssen noch gesucht und neue Beweise für das Vorhandensein dieser Erkrankung erbracht werden.

Es gibt ja nur einen einzigen Weg von außen her, auf welchem zweifellos Mikroben ohne Läsion der Continuität und ohne vorher andere Gewebe zu passiren, von außen her in das Peritoneum hineinkommen könnten, und dieser ist das weibliche Genitale. Daß durch die abdominale Oeffnung der Tube Bacterien in das Peritoneum hineinkommen können, ist zweifellos. Daß Mikroben hier hinein gelangen können und hinein gelangen, Gonokokken, Streptokokken, Tuberkelbacillen, ist sicher, aber da war immer das Genitale vorher schon erkrankt gewesen, und dann haben wir wiederum das vor uns, was wir schon früher gewußt haben, daß von einem in der Nähe des Peritoneum gelegenen Organe eine Entzündung auf das Peritoneum fortgeleitet werden kann.

Außer demjenigen durch das weibliche Genitale führt nun aber kein anderer directer Weg von außen zum Peritoneum, und nur dann, wenn etwa die Mikroorganismen auf dem Wege der Blutbahn in das Peritoneum einwandern und dort eine Bauchfellentzündung erzeugen sollten, könnte man noch von einer primären Peritonitis sprechen. Davon ist aber meines Wissens kein einziges eindeutiges Beispiel bekannt. Denn auch für diejenigen Fälle von Peritonitis, in denen die Tonsillen die Eingangspforte bilden, glaube ich, wie bereits früher erwähnt, nicht, daß es sich um eine directe Infection auf dem Blutwege handelt, sondern ich meine, daß auch hier die Mikroorganismen infolge enteritischer Processe aus dem Magendarmcanale durchwandern und derart in das Peritoneum gelangen.

Ueber den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß.

Von **Professor Dr. W. F. Loebisch**,

Vorstand des Laboratoriums für angew. medicin. Chemie der k. k. Universität Innsbruck.

II.

Wir müssen demnach das Resultat der mitgetheilten 3tägigen Beobachtung dahin zusammenfassen, daß die Ausscheidung der Sulfatschwefelsäure und der gesammten Aetherschwefelsäuren während des 24stündigen Zeitraumes parallel läuft, und zwar in der Weise, daß die größten Mengen

beider in den Abend- und Nachtstunden, die geringsten während der Morgen- und Vormittagsstunden ausgeschieden werden. Hält man jedoch diesem Ausscheidungsmodus den der Indoxylschwefelsäure allein entgegen, so wird diese unter normalen Verhältnissen in den Vormittagsstunden in größter Menge, in den Nachmittagsstunden viel weniger, in den Nachtstunden fast gar nicht ausgeschieden.

In dem Maße, als nun bei einem Individuum die Indoxylschwefelsäure gegenüber den anderen Aetherschwefelsäuren zurücktritt oder vorwiegt, dürfte der Ausscheidungsmodus der Aetherschwefelsäure eine verschiedene Bedeutung zukommen, indem die Aetherschwefelsäuren in ihrer größten Menge in den Morgenstunden auf die Indoxylschwefelsäure, die Aetherschwefelsäuren während der späteren Tagesstunden und Nachtstunden hingegen zum größten Theile auf die übrigen Aetherschwefelsäuren (Phenyl-, Kresylschwefelsäure) zu beziehen wären.

Wir haben schon an mehreren Stellen dieser Mittheilung auf die Beeinflussung der in der Tabelle I mitgetheilten Versuchsergebnisse durch die in der Kost der Versuchsperson aufgenommene Milch (täglich 0.5 Liter als Frühstück), hingewiesen. Wenn auch die Frage, welche Bestandtheile der Milch es sind, die die Darmfäulniß hindernd wirken, und in welcher Weise dies geschieht, bisher unentschieden ist¹²⁾, so muß doch die die bacterielle Zersetzung der Eiweißkörper herabsetzende Wirkung der Milch als feststehend anerkannt werden, und damit könnte gegen den aus unseren Versuchsergebnissen auf die Wirkung des Urotropins

gezogenen Schluß der Einwand erhoben werden, daß die in den Versuchen nachgewiesene Verminderung der Aetherschwefelsäuren, bzw. das Schwächerwerden oder das Ausbleiben der Indicanreaction im Harn nicht allein das Urotropin bewirkt habe, sondern daß hiezu auch die Milchmenge, 0.5 Liter, die während der ganzen Versuchsreihe zum Frühstück genommen wurde, beigetragen habe. Allerdings erscheint ein solcher Einwand hinfällig, indem man darauf hinweist, daß die Milch während der ganzen Versuchsdauer von 20 Tagen genommen wurde, und daß der Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß sich nach Maß der gegebenen Dosen deutlich gegenüber jenen Tagen geltend macht, an denen es nicht verabfolgt wurde.

Nichtsdestoweniger haben wir noch eine kurze Versuchsreihe von 8 aufeinanderfolgenden Tagen vom 9.—16. April 1901 durchgeführt, in welcher das Milchfrühstück aus der Nahrung eliminiert wurde, und erst nachdem 5 Tage ohne Milchfrühstück vorüber waren, während welcher Zeit der $\frac{1}{2}$ Liter Milch durch 40 Grm. Schinken ersetzt wurde (bekanntlich wird durch Fleischnahrung die Menge der aromatischen Aetherschwefelsäuren im Harne vermehrt), wurden unter gleichen Kostverhältnissen am 6., 7. u. 8. Tage je 2 Grm. Urotropin eingenommen, um deren Einwirkung auf die Menge der Aetherschwefelsäuren im Harn und auf die Intensität der Indicanreaction festzustellen. Die Versuche wurden von Herrn ERNST MAYERHOFER in gleicher Weise, wie oben angegeben, durchgeführt, sie sind in folgender Tabelle übersichtlich dargestellt.

Tabelle III.

Nummer des Versuches	Harnmenge in Ccm.	Specificisches Gewicht	SO ₃		$\frac{a}{b}$	Bemerkungen	Indicanreaction
			a präformirt	b gebunden			
1.	1700	1.019	3.1841	0.1868	17.0	4 Dkg. Schinken tägl. zum Frühstück täglich 2.0 Urotropin	in mittlerer Stärke vorhanden
2.	1756	1.019	3.3434	0.1568	21.3		vorhanden
3.	1320	1.020	3.2921	0.1246	26.4		vorhanden
4.	1360	1.020	3.4218	0.1495	22.9		vorhanden
5.	1160	1.023	2.3034	0.1718	13.4		stärker vorhanden
6.	1580	1.016	2.2662	0.1111	20.4		null
7.	1280	1.020	2.4870	0.1472	16.2		null
8.	1000	1.022	2.1937	0.0978	22.4		kein Stuhl null

Das Ergebnis dieser Versuchsreihe ist, daß auch bei Ausschluß der Milch im Frühstück während der drei letzten Tage, an welchen 2.0 Urotropin genommen wurden, weder in den Proben aus dem Gesamtharn, noch in Proben, die der einzelnen Harnentleerung entnommen wurden, Harnindican nachgewiesen werden konnte. Die am 7. Versuchstage gegenüber der am 6. und 8. Versuchstage größere Menge von Aetherschwefelsäuren dürfte damit aufgeklärt sein, daß an diesem Tage Stuhlverstopfung bestand, hingegen sind die Mengen der Aetherschwefelsäure am 6. und 8. Versuchstage die kleinsten der ganzen 8tägigen Reihe.

Nachdem bisher nachgewiesen wurde, daß durch die Einnahme von Urotropin in mäßigen Gaben von 2.0 täglich beim Gesunden die Ausscheidung der Indoxylschwefelsäure im Harn bedeutend vermindert, selbst gänzlich aufgehoben

wird, so darf man bei der großen Bedeutung, welche der gesteigerten Ausscheidung des Harnindicans bei zahlreichen Krankheiten in semiotischer Beziehung zukommt, mit Recht fragen, ob die Eigenschaft des Urotropins, jene Zersetzungs Vorgänge im Darne, als deren Product die Indicanausscheidung im Harne erscheint, herabzusetzen, auch therapeutisch verwerthet werden dürfe.

Der ärztliche Empiriker wäre ohne Zweifel bereit, hier mit „Ja“ zu antworten. Das Indol ist ein Product der Darmfäulniß, das Urotropin hindert dessen Bildung, folglich vermindert es auch die Darmfäulniß und ist daher als Darmdesinficiens zu benützen. Andererseits ist es doch von Interesse zu überlegen, ob auf Grund dessen, was wir dermalen über die Entstehung des Indols (und des Skatols) bei der Darmfäulniß wissen, ferner dessen, was die klinische Medicin bisher über die gesteigerte Ausscheidung des Harnindicans bei gewissen krankhaften Processen im Darmcanal lehrt, und schließlich, wenn man die Wirkungsweise der bisher therapeutisch verwendeten Darmantiseptica mit der des Urotropins vergleicht, ob sich bei Berücksichtigung aller erwähnten Momente die Empfehlung des Urotropins als Darmantisepticum wissenschaftlich begründen läßt.

Bezüglich der Entstehung des Indols müssen wir bemerken, daß 1. Indol nur bei der Zersetzung von Eiweißkörpern entsteht, 2. daß aus dem bei der Zersetzung der Eiweißkörper durch pankreatisches Ferment entstehenden Tyrosin es bisher nicht gelungen ist, das Indol direct abzu-

¹²⁾ Nach E. BAUMANN und SCHMITZ ist es das Casein der Milch, nach AUGUST HIRSCHLER („Zeitschr. f. physiolog. Chemie“, Bd. X, pag. 306) und nach HUGO WINTERNITZ (ibidem, Bd. XVI, pag. 460) ist es der Milchzucker, nach E. ROVIGHI die Milchsäure, auf denen die fäulnißwidrige Wirkung der Milch im Darne beruht. In einer während dieser Arbeit erschienenen Publication schließt sich BIENSTOCK (Untersuchungen über die Aetiologie der Eiweißfäulniß, II. Milchfäulniß, Verhinderung der Fäulniß durch Milch, Darmfäulniß „Arch. f. Hygiene“, 1901, Bd. 39, pag. 390) auf Grund seiner bacteriellen Forschungen denjenigen an, „deren Meinung dahin zu deuten ist, daß die Anwesenheit der (saccharificirten) Kohlenhydrate die Entwicklung von Spaltpilzen begünstigt, welche mit Vorliebe oder ausschließlich diese leicht veränderlichen Stoffe angreifen, und entweder als directe Antagonisten die Fäulnißbakterien schwächen oder sie erst gar nicht aufkommen lassen“.

spalten, sondern daß zur Bildung desselben die Einwirkung bestimmter (nach BIENSTOCK aërober) Bacterien unbedingt nothwendig ist. Thatsächlich entsteht unter normalen Verhältnissen das Indol und mit ihm das Skatol im Dickdarm infolge eines unter gemeinschaftlicher Wirkung verschiedener anaërober und aërober Bacterien eigenthümlich verlaufenden Fäulnißprocesses.

Erst in neuerer Zeit wurde versucht, die Eiweißfäulniß im Darm vom bacteriologischen Standpunkte aus näher zu studiren. Neuestens fand BIENSTOCK l. c., daß bei der durch anaëroben Spaltpilze erzeugten, stinkenden Fibrinfäulniß Indol nie gefunden wird, daß man aber andererseits durch Bacterienthätigkeit auch ohne eine Spur von Fäulniß sehr leicht Indol erhalten kann. Nach BIENSTOCK ist, wie schon angedeutet wurde, die Indolreaction in Fäulnißmischungen nur der Ausdruck dafür, „daß unter den aëroben Helfern der in der Natur ohne diese machtlosen anaëroben Fäulnißorganismen sich zufällig Indolbildner befinden“. Würde man diese aus experimentellen Forschungen gezogenen Schlüsse BIENSTOCK's schon dermalen verallgemeinern, dann wäre die Indolbildung bei der Darmfäulniß entweder eine für den Kliniker bedeutungslose Erscheinung oder, wenn ich die ferner Ausführungen BIENSTOCK's in der eben citirten Arbeit richtig auffasse, der Ausdruck einer sogenannten wohlthätigen Einrichtung der Natur, welche mittelst der aëroben Indolbildner eine Verminderung der stinkenden Fäulniß der Eiweißkörper im Dickdarm bezweckt. Was hier aber über das Indol, bezw. über die Muttersubstanz der Indoxylschwefelsäure ausgesagt wird, müßte auch für die übrigen aromatischen Aetherschwefelsäuren gelten, da ja auch die Phenole unter normalen Verhältnissen erst bei der Fäulniß im Dickdarm entstehen, mit anderen Worten mit dem Wegfall der Bedeutung der Indicanausscheidung als Maß für die Fäulnißvorgänge im Darmcanal müßte auch die der aromatischen Aetherschwefelsäuren überhaupt aufhören.

Jedoch so dankenswerth die auf bacteriologischer Grundlage gewonnenen Thatsachen, welche darthun, daß unter normalen Bedingungen im Darne eine Beschränkung der Fäulnißorganismen stattfindet, indem die normalen Bacterien eine Schildwache bilden gegen schadenbringende, mit der Nahrung eindringende Mikroben, auch für die Lehre von dem normalen Verlauf der Darmfäulniß sein mögen, sie schaffen die Erfahrung nicht aus der Welt, daß im ganzen Verlauf des Darmcanals durch zahlreiche, mehr minder bekannte Ursachen abnorme Zersetzungs Vorgänge eingeleitet werden können, welche die schützende Function der Darmbacterien vermindern oder gänzlich ausschalten; es finden eben im Darne sowohl in Bezug auf den Ort als in Bezug auf die Qualität eine große Anzahl abnormer Zersetzungs Vorgänge statt, deren Erkennung und Behandlung zu den Aufgaben des Klinikers gehört.

Während unter normalen Verhältnissen die Entstehung des Indols sowie der Phenole in den Dickdarm verlegt wird, findet JAFFÉ¹³⁾ eine Vermehrung des Harnindicans bei allen Erkrankungen, welche eine Unwegsamkeit des Dünndarms herbeiführen (Incarceration des Dünndarms durch schrumpfende, peritonitische Exsudate, Brucheingklemmungen, ferner bei eiteriger Peritonitis verschiedenen Ursprungs, vielleicht infolge der durch Peritonitis gehemmten Dünndarmbewegung). Andererseits fehlte diese Erscheinung bei Diarrhoen, die wahrscheinlich vom Dickdarme ausgingen. Auch GEORG HOPPE-SEYLER¹⁴⁾ findet bei den Processen, welche die Dünndarmverdauung verändern, die Aetherschwefelsäuren

¹³⁾ MAX JAFFÉ, Ueber die Ausscheidung des Indicans unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. „Centralbl. f. d. med. Wissensch.“, 1872, H. 31 u. 32.

¹⁴⁾ GEORG HOPPE-SEYLER, Ueber die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren im Urin bei Krankheiten. „Zeitschr. für physiologische Chem.“, 1888, Bd. XII, pag. 1.

im Harn vermehrt. Es ist überdies dermalen die von H. SENATOR¹⁵⁾ zuerst beobachtete vermehrte Ausscheidung des Indicans bei chronischen Consumptions- und Inanitionszuständen, beim Magenkrebs etc. allgemein anerkannt, ebenso das Vorkommen vermehrten Indicans im Harn bei einfacher Kothstauung (Koprostate).

Sehen wir also von jenen Fällen ab, in welchen Indican im Harn infolge von Eiweißfäulniß selbst in geschlossenen Körperhöhlen auftritt — v. JAKSCH¹⁶⁾ berichtet über enorme Indicanurie bei einem Falle von jauchigem Pleuraexsudate —, so reichen schon die oben genannten Erfahrungen dafür hin, den Kliniker beim vermehrten Auftreten des Harnindicans zumeist auf Störungen der Zersetzungs Vorgänge im Darmcanal schließen zu lassen. In dieser Beziehung hat also der semiotische Werth der Indicanausscheidung im Harn durch die oben citirten Ergebnisse der neueren Forschung über den normalen Verlauf der Eiweißfäulniß im Darne an seiner Bedeutung nichts verloren.

Demgemäß erübrigt uns nur noch nachzusehen, ob dem Urotropin im Vergleiche mit den bisher als Darmantiseptica verwendeten Mitteln Eigenschaften zukommen, welche die Anwendung desselben zur Desinfection des Darmes empfehlenswerth erscheinen lassen.

Eine Art der Darmdesinfection, deren Wirksamkeit für bestimmte Fälle nicht angezweifelt werden kann, besteht in der Entleerung des Darmes entweder durch fortgesetzte Anwendung salinischer Abführmittel oder durch Anwendung von Calomel. Bekanntlich wirkt auch Calomel nicht direct als Darmdesinficiens, sondern nur dadurch, daß es Diarrhoe erzeugt. Für die zahlreichen Fälle jedoch, in denen die Anwendung dieser Mittel nicht durchführbar ist, namentlich wo man im Verlauf von chronischen Störungen der Darmverdauung, bei geschwürigen Processen im Darm, bei Kachexien verschiedener Art die Schwächung des Individuums, welche häufige diarrhoische Stühle mit sich führen, vermeiden will; in Fällen, wo man wegen Atonie des Darmcanals eine Diarrhoe nicht gerne erzeugt, weil man sich fürchtet, sie nur schwer stillen zu können, für solche Fälle also, in denen man ohne künstliche Entleerung des Darmes diesen desinficiren will, ist die Anzahl der verlässlichen Mittel, so viele auch in den letzten Jahren für diesen Zweck empfohlen wurden, wie jedem Kliniker bekannt, äußerst gering. Von vornehmer scheinend die der Gruppe der Phenole angehörigen Arzneikörper, die Carbonsäure, die Kresole, das Tribromphenol, das α -Naphtol, Thymol und viele ähnliche mit einer gewissen Berechtigung für die Desinfection des Darmes empfohlen worden zu sein. Doch haben sie sich in der Praxis nicht einbürgern können, wahrscheinlich weil der Arzt sich bei der Verwendung dieser an und für sich giftigen Substanzen, deren noch nicht toxisch wirkende medicinale Gabe sehr leicht überschritten werden kann, bevor sie in klinischen Instituten nicht durchprobiert wurden, nicht ganz sicher fühlt.

Auch die esterartigen Verbindungen aus der aromatischen Reihe, die, wie Salol oder die in jüngster Zeit empfohlenen Aspirin und Resaldol, erst im Darne durch die alkalische Reaction des Darmsaftes in ihre antiseptisch wirkenden Componenten zerlegt und an Ort und Stelle desinficirend wirken sollen, haben bisher nur sehr beschränkte Anwendung gefunden, und zwar weil man die Erfahrung machte, daß diese im Wasser unlöslichen Substanzen meist unzerlegt, und demgemäß ohne zur Wirkung gelangt zu sein, den Darm verlassen.

Im Urotropin liegt uns nun ein Mittel vor, welches in Wasser sehr leicht löslich ist und dessen die Darmfäulniß beschränkende Wirkung in den obigen Versuchen erwiesen

¹⁵⁾ H. SENATOR, Ueber Indican und Kalkausscheidung in Krankheiten. „Centralbl. f. d. med. Wissensch.“, 1877, H. 20—22.

¹⁶⁾ R. v. JAKSCH, Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. 4. vermehrte Auflage, Wien.

wurde, dessen Wirkung auf bacterielle Zersetzungs Vorgänge sich auch bei der Behandlung von Blasenleiden bewährte und dessen bisherige therapeutische Anwendung die Unschädlichkeit des Mittels auch bei wochenlang fortgesetzten medicinalen Gaben mit Bestimmtheit erwiesen hat. Herr E. MAYERHOFER hat während der oben mitgetheilten 20tägigen Versuchsreihe durch die Einnahme von Urotropin nicht die geringste Störung seines Wohlbefindens erlitten, ja ich erhielt den Eindruck, daß sich seine Gesichtsfarbe gebessert und sich die Energie seiner Bewegungen, gleichsam als Ausdruck vollkommenen Wohlbehagens, gesteigert habe.

Ueber die Art und Weise, in welcher das Urotropin zur Wirkung gelangt, habe ich mich schon vor mehreren Jahren ausgesprochen¹⁷⁾, und namhafte Forscher haben seitdem meine Versuche und die daraus gezogenen Schlüsse bestätigt. Trotzdem nun die Beweisführung für die fäulnißhemmende Wirkung des Urotropins im Darmcanal, welche den Gegenstand dieser Mittheilung bildet, auf chemischer Grundlage durchgeführt ist, haben der Verfasser und Herr E. MAYERHOFER auch direct die fäulnißhemmende Wirkung des Urotropins auf nicht sterile Fibrinflocken geprüft. Aus diesen Versuchen möge hier nur Folgendes in Kürze erwähnt werden:

1. In einer 1%igen Lösung zeigte eine Fibrinflocke bei üblichem Verschlus des Proberöhrchens mit Baumwolle, bei einer Temperatur von 36—38° C. am 3. Tage eine schwache Trübung, keinen Geruch; am 16. Tage war schon starke Trübung vorhanden, aber noch kein Fäulnißgeruch; die Controlprobe ohne Urotropin zeigte am Ende des 2. Tages schon sehr stark stinkende Fäulniß der Fibrinflocke.

2. In einer 1‰ Urotropinlösung zeigte eine Fibrinflocke unter sonst gleichen Bedingungen am 2. Tage beginnende Trübung, keinen Geruch; am 11. Tage eben auftretenden Fäulnißgeruch; am 14. Tage deutliche Trübung und schwachen Fäulnißgeruch. Die Controlprobe verhielt sich wie sub 1.

3. In einer 1 : 10.000 Urotropinlösung zeigte eine Fibrinflocke unter den gleichen Bedingungen: am 2. Tage beginnende Trübung, keinen Fäulnißgeruch; am 6. Tage eben auftretenden Fäulnißgeruch; am 12. Tage Trübung und schwachen Fäulnißgeruch. Controlprobe wie sub 1.

Demnach erscheint die die Fäulniß der Eiweißkörper hemmende Wirkung des Urotropins selbst in sehr verdünnten Lösungen nachgewiesen.

Bezüglich der entwicklungshemmenden Wirkung des Urotropins auf specifische Darmbakterien genügt es, darauf hinzuweisen, daß Fälle von Bacteriurie, die von Infection des Harnes mit Bacterium coli herrühren (A. NICOLAÏER, HEUBNER), ferner Fälle von Bacteriurie, welche auf einer Infection des Harnes mit Bacill. lactis aërogenes beruhten (KRUSE), durch Urotropin geheilt wurden.¹⁸⁾ Auch ich verfüge über die Beobachtung eines Falles von durch Bacterium coli bedingter langjähriger Bacteriurie, die durch Urotropin zur Heilung kam, Recidiven, die nach Intervallen von 2—3 Monaten auftraten, wurden durch einige Gaben von Urotropin rasch wieder beseitigt. Schließlich verweise ich auf die Mittheilungen deutscher und englischer Autoren über die Einwirkung des Urotropins auf Typhusbacillen im Harn, die schon in der Einleitung erwähnt wurden. Hält man diese Thatsachen dem Ergebnisse der Versuche gegenüber, welche den Gegenstand der vorliegenden Abhandlung bilden, so wird man nicht daran zweifeln, daß das Urotropin Bacterien, auf die es im Harn entwicklungshemmend wirkt, höchstwahrscheinlich auch den Darm insbesondere bewohnende Spaltpilze auch im Darmcanale in gleicher Weise beeinflussen werde. Demnach stehen die Kliniker vor

¹⁷⁾ W. F. LOEBISCH, Ein Fall von Pyelitis calculosa urica, behandelt mit Urotropin. Vortrag, gehalten in der wissenschaftl. Aerztgesellschaft zu Innsbruck. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1897, Nr. 12.

¹⁸⁾ Siehe bei ARTHUR NICOLAÏER, Experimentelles und Klinisches über Urotropin, I. c. pag. 52.

der Aufgabe, das Urotropin bei den mannigfachen Fällen von anomalen Zersetzungs Vorgängen im Darm und deren Folgezuständen therapeutisch zu versuchen.

Es sei mir gestattet, meinem Assistenten Herrn ERNST MAYERHOFER auch an dieser Stelle für die Ausführung des experimentellen Theiles dieser Arbeit bestens zu danken.

Aus der Praxis.

Die Behandlung der Fettleibigkeit mit Jodothyryn.

Von **Dr. Siegmund Schwarzbart** in Misslitz (Mähren).

Vor einigen Monaten consultirte mich ein 19jähriges Mädchen wegen ihrer Fettleibigkeit, von der sie befreit zu werden wünschte. Sie erhielt die üblichen Vorschriften, die ja hauptsächlich in Einschränkung der Zufuhr von Kohlehydraten und Fetten bestehen, und — kam nicht wieder. Denn an ihrem Tische gibt es wohl täglich Mehlspeisen, aber selten Fleisch.

Um nun in Zukunft nicht wieder eine an den materiellen Verhältnissen der Patienten im voraus scheiternde Behandlungsmethode wählen zu müssen, beschloß ich, in den nächsten Fällen das Jodothyryn (BAYER) zu versuchen.

Der Zufall führte mir gleichzeitig zwei Patienten mit Adipositas zu: eine 55 Jahre alte Frau, deren Körpergewicht 79 Kg. betrug, und einen über 60 Jahre alten Mann mit 95 Kgrm. Körpergewicht.

1. Frau M. begann mit 2 Tabletten täglich, stieg nach einigen Tagen auf 3 Tabletten (à 0.3) pro die und machte nach je 10 Tagen eine mehrtägige Pause; zuletzt wurden 4 und endlich 5 Jodothyrintabletten pro die genommen, im ganzen 100 Stück. Ueble Nebenwirkungen wurden dabei nicht beobachtet, nur war die Diurese bedeutend vermehrt, so daß die Frau sehr häufig urinieren mußte; im Urin war weder Eiweiß, noch Zucker nachweisbar. Mit der Steigerung der Diurese stellte sich auch gesteigerte Appetenz ein. Eine Abnahme des Körpergewichtes erfolgte nicht, vielmehr blieb dasselbe immer constant (79 Kgrm.). Dagegen ging die Struma (parenchymatosa) der Frau bedeutend zurück, und die Beschwerden, an denen sie früher gelitten, verschwanden vollständig. Während sie früher schon bei den leichtesten häuslichen Arbeiten, bei jeder körperlichen Bewegung, bei der geringsten Terrainsteigung von Dyspnoe geplagt wurde und beim (besonders rascheren) Gehen oft stehen bleiben mußte, war sie während des Gebrauches und nach dem Gebrauche der Jodothyrintabletten (BAYER) imstande, sämtliche häusliche Arbeiten, sogar Waschen und Bügeln, ohne jede Beschwerde zu verrichten, war viel flinker in ihren Bewegungen, im Gehen viel ausdauernder und konnte ohne Dyspnoe den Weg zu der auf einer Anhöhe liegenden Kirche zurücklegen.

Da die Frau mit dem erreichten Erfolge zufrieden war, wurde die Cur, bei der keine Abnahme des Körpergewichtes erzielt worden, nicht weiter fortgesetzt.

2. Ganz ähnlich war die Behandlung und der Erfolg im zweiten Falle: Herr Sch., 95 Kgrm. schwer, an Kurzathmigkeit (Dyspnoe) beim Gehen und bei jeder Arbeit leidend, begann mit 2 Tabletten à 0.3 pro die und stieg — bei Einhaltung einer mehrtägigen Pause nach je 10 Tagen — auf 3 und später auf 4 Tabletten pro die. Im ganzen wurden 100 Stück genommen. Keine üblen Nebenwirkungen, Urin frei von Eiweiß und Zucker, Diurese sehr vermehrt, Abnahme des Körpergewichtes um 1½ Kgrm., bedeutende Abnahme der Dyspnoe beim Gehen und Arbeiten.

An der Diät und Lebensweise wurde in beiden Fällen keine Aenderung vorgenommen; die Tabletten wurden stets nach dem Essen genommen und sehr gut vertragen. Nach je 10 Tagen wurde das Körpergewicht controlirt und eine Pause von 3—4 Tagen gemacht.

Da wir kein anderes Mittel besitzen, das so rasch und sicher (bei Fehlen übler Nebenwirkung) die Beschwerden, insbesondere

die Dyspnoe der Fettleibigen beseitigt, so ist eine weitere Prüfung und Verordnung der Jodothyrintabletten sehr angezeigt.

Sollte dabei auch noch eine stärkere Abnahme des Körpergewichtes gewünscht werden und bei der Verabreichung von 2 bis 4 Tabletten pro die nicht zu erzielen sein, so müßte man sich zu einer Steigerung der Tagesdosis (unter Ueberwachung des Patienten) entschließen.

Auf diese Weise erzielte z. B. HÖNIGSCHMIED in einem Falle von Adipositas (Gewicht 115 Kgrm.) durch allmähliges Ansteigen bis auf 13 Tabletten pro die eine Gewichtsabnahme von 20 Kgrm., wobei er, um das Auftreten von Thyreoidismus zu verhindern, nebenbei Sol. Fowleri gab. Er rath, stets mit 1 Tablette zu beginnen und jeden 4. Tag um 1 Tablette zu steigen, „bis der gewünschte Erfolg eintritt“.

Referate.

NEUMANN (Halle a. S.): Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

Verf. theilt die auf der Klinik des Prof. BRAMANN auf Grund von 121 operirten Fällen von Appendicitis gewonnene Erfahrung über Operation der Appendicitis und Indication zu derselben mit („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62, H. 2).

Was die Indication zu einem chirurgischen Eingriffe anlangt, so wurde bei jungen und kräftigen Individuen, namentlich wenn sie von ihrer Hände Arbeit leben mußten, die Appendicitis simplex in jenen Fällen nicht operirt, bei welchen der erste Anfall auf interne Behandlung prompt zurückging, ohne Beschwerden zurückzulassen. Jedes Recidiv gab die Indication zur Operation ab in Berücksichtigung des Umstandes, daß es ungewiß ist, ob der nächste Anfall nicht zu einer perforativen oder gangränösen Appendicitis führen wird.

Die innere Therapie der Appendicitis simplex bestand in Bettruhe, leichter Diät, Eisblase und Ruhigstellung des Darmes, wobei allmählig immer mehr auf die Darreichung des Opiums verzichtet und Morphium in solchen Gaben verordnet wurde, die gerade die spontanen Schmerzanfälle aufhoben, hingegen dem Pat. noch ein Urtheil über die Druckempfindlichkeit gestatteten.

Bei Appendicitis gangraenosa und perforativa gab das Verhalten des Peritoneums die Anzeige zur Operation ab. Wenn auf Rückenlage, strengste Diät und Ruhigstellung des Darmes die stürmischen Erscheinungen (Erbrechen, Meteorismus, Pulsbeschleunigung etc.) in 24—48 Stunden nicht aufhörten, wurde die Operation vorgenommen. Ließen die Erscheinungen nach, so wartete man einige Zeit, um den Verklebungen Zeit zur Festigung zu lassen, da bei festen Adhäsionen die Aussichten auf einen guten Wundverlauf größere sind. Wenn nach Zurückgehen der Erscheinungen ein Tumor zurückblieb, so wurde die Operation als angezeigt angesehen, auch wenn der Tumor noch so klein war.

Was die Operation selbst anbetrifft, hat BRAMANN bei Appendicitis perforativa und gangraenosa sich zum Princip gemacht, mit der ersten Operation nur den Absceß zu eröffnen und den Eiter zu entleeren, ohne viel am Process. vermif. zu rühren. Dieser wird in sterile Gaze gebettet und dann die Höhle locker mit Gaze tamponirt. In abhängige Theile oder in tiefe Taschen wurden dicke Drains eingelegt. Die erste Tamponade blieb, wenn möglich war, 8 Tage liegen und wurde dann ein kleinerer Tampon eingeführt. Das Fieber ging bei dieser Behandlung prompt zurück. Wenn die Höhle so weit verkleinert war, daß die Drains weggelassen werden konnten, begannen die Vorbereitungen zur zweiten Operation, der Amputation des Process. vermif., in Form von Darmirrigationen. Um die Bewilligung zur zweiten Operation vom Pat. eher zu erhalten, wurde dieselbe vorgenommen, so lange noch ein Granulationsstreifen vorhanden war, da die Pat. gerne die Wunde los werden wollten. Der Streifen wurde excidirt und dann das Peritoneum ohne Gefahr eröffnet und der Process. vermif. nach den üblichen Regeln reseccirt.

Die Vortheile dieser Zweitheilung der Operation sind nach Ansicht des Verf. bedeutende. Durch das Unterlassen des Suchens

nach dem Process. vermif. bei der ersten Operation wird dieselbe bedeutend abgekürzt, was bei dem geschwächten Zustand des Pat. von Wichtigkeit ist, dabei ist aber der Erfolg in Bezug auf Lebenserhaltung derselbe. Dann wird dadurch die Propagation einer bestehenden Peritonitis oder die Schaffung einer solchen durch Zerreißen von Adhäsionen vermieden. Der Appendix wird dann bei der zweiten Operation bei gutem Kräftezustand des Pat. total entfernt, was bei normal absorptionsfähigem Peritoneum weniger gefährlich ist; durch die secundäre Amputation werden die alten Adhäsionen gelöst und neue vermieden und endlich Bauchbrüche fast ausgeschlossen.

Was den Zusammenhang der Appendicitis mit Traumen anbelangt, hat Verf. unter den früher erwähnten Fällen 10 Fälle beobachtet, bei welchen er den Ausbruch des Anfalles mit einem stattgehabten Trauma in causalen Zusammenhang bringen konnte. Das Trauma war verschiedener Natur (directer Schlag auf den Bauch, starke Contraction der Bauchpresse beim Heben schwerer Lasten, endlich eine anstrengende Radfahrpartie). Auf Grund seines Beobachtungsmaterials nimmt N. zwar an, daß ein Trauma, ein directes oder indirectes, imstande ist, an einem gesunden Process. vermif. eine Appendicitis hervorzurufen; da aber unter 10 traumatischen Appendicitisfällen neunmal Kothsteine gefunden wurden, schreibt Verf. denselben eine große Wichtigkeit zu und glaubt, daß in der größten Anzahl der Fälle das Trauma den Process. vermif. nur dann zur Erkrankung bringen kann, wenn er einen Kothstein oder dem ähnliches enthält. Der Verf. stellt sich dabei vor, daß der Kothstein bei Empfang des Traumas nicht durch die ganze Darmwand durchdringt, sondern nur einen kleinen Einriß schafft, von dem dann die Infection ausgeht. Die Behandlung der Appendicitis traumatica erfolgte nach den für jede schwere Appendicitis geltenden Grundsätzen. ERDHEIM.

KÄUSCH (Breslau): Ueber das Verhalten der Sehnenreflexe bei totaler Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks.

Verf. hat auf der Klinik MIKULICZ einen Fall beobachtet, der geeignet ist, das sog. BASTIAN-BRUNS'sche Gesetz (die tiefen Reflexe, speciell die Sehnenreflexe, fehlen stets, die oberflächlichen, die Hautreflexe können erhalten sein) für die Fälle von acuter Querschnittsdurchtrennung des Rückenmarks umzustürzen. Es handelte sich um ein junges Mädchen, bei welchem mit 3 Jahren eine schwere Compression des Rückenmarks infolge Wirbeltuberculose bestand. Die Motilität war an den unteren Extremitäten ganz aufgehoben, die Sensibilität stark gestört, die Reflexe und der Muskeltonus waren stark gesteigert (Patellar-, Achillessehnen-, Tibia-, Hautreflex-, Patellarklonus).

Wegen der Compressionserscheinungen sollte die Laminektomie vorgenommen werden, bei welcher es aber unglücklicher Weise wegen der festen Adhäsion der Dura am Wirbelbogen zu einer vollständigen Querdurchtrennung des Rückenmarks kam.

Sofort nach Beendigung der Operation wurden die Beine untersucht: sie waren vollständig schlaff, es fehlte jede Spur von Tonus, es fehlten auch sämtliche Reflexe. 22 Stunden nach der Operation kehrten die Reflexe zurück, und zwar die Haut- und Sehnenreflexe gleichzeitig. Später, 2mal 24 Stunden nach der Operation, stellte sich auch der Muskeltonus wieder ein. Der Tonus blieb bis zum Tode, der 5 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation wegen des Decubitus erfolgte, gesteigert. Die Sehnenreflexe nahmen gegen Ende wieder an Intensität ab und waren — wenigstens Patellar- und Achillessehnenreflexe — schließlich vor dem Tode nicht mehr auszulösen.

Verf. glaubt durch diesen Fall bewiesen zu haben („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 7, H. 4 u. 5), daß auch beim Menschen (ähnlich wie beim Thier) die acute Durchtrennung des Rückenmarks als solche nicht das Erlöschen der unterhalb der Läsionsstelle durchgehenden Sehnenreflexe zur Folge hat.

ERDHEIM.

MAX EINHORN (New-York): Achylia gastrica, Hyperchlorhydrie vortäuschend.

Achylia gastrica kann eine grosse Verschiedenheit von Symptomen darbieten. E. führt nun sechs Fälle an, die in ihrem Verlaufe typisch die subjectiven Symptome von Hyperchlorhydrie wiedergaben („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. 7, H. 1 u. 2). Bei letzterer Affection erschienen die Störungen, Schmerzen, Gefühl des Vollseins etc., ein bis zwei Stunden nach dem Essen und wurden durch die hohe Acidität des Mageninhaltes bedingt. Dasselbe zeigt sich nun merkwürdigerweise manchenmal auch bei Achylie. Bei Achylie kommt auch Sodbrennen vor, vielleicht dadurch bedingt, daß nach dem Austreten der Flüssigkeiten aus dem Magen, was bei Achylie bald nach der Mahlzeit stattfindet, die Schleimhaut durch die größeren Speisetheile mechanisch gereizt wird; dies mag auch das Gefühl des Brennens und des Schmerzes verursachen. Das Trinken von Wasser erleichtert diese Beschwerden, denn die zugeführte Flüssigkeit vermischt sich mit den festen Theilen im Magen und verringert so die mechanische Irritation. — In sämtlichen der sechs beschriebenen Fälle verschwanden Unbehagen, Brennen und Schmerzen nach Speisezufuhr, so wie bei Hyperchlorhydrie. — Außer der gewöhnlichen Behandlung der Achylie erheischen derartige Fälle besondere Beachtung der an Hyperchlorhydrie erinnernden Symptome. Das Trinken eines halben oder eines ganzen Glases Wasser ungefähr eine bis zwei Stunden nach der Mahlzeit, zur Zeit, wo die Beschwerden anfangen sich bemerkbar zu machen, erscheint sehr rationell. Das Wasser verdünnt die festen Theilchen und vermindert — wie erwähnt — das Reiben derselben gegen die Magenwand. Dieses einfache Mittel schafft in vielen Fällen Erleichterung. In einigen Fällen wurden Milch und Crackers zwischen den Mahlzeiten mit Erfolg verabreicht. Genügen diese Maßnahmen nicht, so sind die verschiedenen Brompräparate von Nutzen, indem man Natrium bromatum oder Strontium bromatum in Gaben von 0.75 Grm. zweimal täglich verabreicht. G.

W. KOPYTOWSKI (Warschau): Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster.

Gegenstand der Untersuchung bildete das überaus reiche, anatomische Material von 16 einschlägigen Fällen, das mit Auswahl entnommen eine Untersuchung aller Stadien zuließ. Neben den im Rete gebildeten Blasen trifft man kleinere oder größere Spalten an, welche häufig in die Hauptblase übergehen und sich mit ihr vereinigen, so daß die Entstehung der größeren Blasen sich aus dem Zusammenfließen dieser kleinen Höhlen ergibt; in der That findet man auch zuweilen vielkammerige Blasen. Daraus geht weiters hervor, daß die Blasenbildung eine interepitheliale ist. Das Exsudat stellt theils eine feinkörnige Masse, theils ein Fibrinnetz dar, die beide in einem Abhängigkeitsverhältniß zum Alter der Blase stehen, bei jungen Blasen sind die feinkörnigen Massen reichlicher vorhanden, bei älteren das Fibrin. Bezüglich der Zellveränderungen unterscheidet der Autor („Arch. f. Derm. und Syph.“, Bd. LIV) Zellen mit geschrumpftem, lebhaft tingiblen Kern und r and st ä n d i g e m Protoplasma, Zellen mit geschrumpftem lebhaft tingiblen Kern, von Protoplasma ganz erfüllt, Zellen mit bläschenförmigem Kern, Zellen mit atrophischem Kern, endlich vielkernige Zellen. Die Hornschicht ohne sichtbare Veränderungen, die Papillarschicht abgeplattet infolge des Exsudatdruckes, das Infiltrat in derselben mehr oder weniger ausgedehnt. Zum Schlusse kritisirt der Autor die von UNNA als besondere Formen der Zellveränderung für Herpes zoster angegebene reticulirende und ballonirende Degeneration; bei der ersten Art von Veränderungen, wie sie sich hauptsächlich in den Seitentheilen der Blase bieten, kommt es zur Bildung verschieden großer und verschieden geformter leerer Räume (Vacuolen), die bei reichlichem Vorhandensein die Zellen im Präparate als reticulirte Gebilde erscheinen lassen, was nach dem Autor nichts anderes als die von O. WEBER beschriebene hydropische Zelldegeneration bedeute. Die zweite Veränderung betrifft die Blasen im Zellinhalt und am Blasenboden; sie erscheinen als abgerundete, homogene, glasartige, theils glän-

zende, theils matte Klumpen mit schwach contourirten oder nicht mehr nachweisbaren Kernen und Eiweißreaction; es ist dies nichts anderes als die von WEIGERT beschriebene Coagulationsnekrose, für welche UNNA die Bezeichnung ballonirende Degeneration gebraucht. Die PFEIFFER'sche Protozoentheorie, bezw. der Befund von Gregarinen, ist bloß flüchtig berührt. DEUTSCH.

BERTHOLD GOLDBERG (Köln-Wildungen): Die Urethrotomia interna.

Als eine der zugleich harmlosesten und segensreichsten Eingriffe, welche die gesammte Chirurgie „kennt“, empfiehlt G. die Urethrotomia interna („Deutsche Ztschr. für Chirurgie“, Bd. 57, Heft 5/6). Die Operation ist an der oberen Harnröhrenwand unter strenger Antisepsis (nachträgliche Desinfection) auszuführen; ihr muß ein guter Verweilkatheterismus mit einem um 2—3 Charrièrenummern dünneren, als die Schneide des gebrauchten Messers, Verweilkatheter von 36—72 Stunden Dauer folgen mit Blasen-spülungen durch ihn hindurch (2—6stündl. 5—10mal je 30 bis 100 Ccm. $\frac{1}{2}\%$ — 2% Lapslösung oder, falls der Harn steril ist, 4% Borsäurelösung). Anästhesie ist überflüssig; Cocaïn ist nutzlos. Letalität der Operation ist fast gleich Null. Die Furcht vor gefährlichen Blutungen ist grundlos und Harninfiltration ist bei exacter Ausführung der Operation ausgeschlossen. Die Folgeerscheinungen der Strictur werden durch die Intraurethrotomie prompt und endgiltig geheilt oder gebessert.

Angezeigt ist die Operation als Notheingriff bei traumatischen Stricturen mit schlechtem Allgemeinbefinden und bei gonorrhöischen, wenn es gilt, rasch und sicher dem Harn Abfluß zu verschaffen, als endgiltiger bei den letzteren, wenn die Bougiebehandlung auf unüberwindbare Schwierigkeiten stößt oder Mißerfolg hat.

R. L.

COBBETT (Cambridge): Diphtherie beim Pferde.

Verf. berichtet über folgende, hochinteressante Beobachtung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 19): Ein kleines Mädchen in Portsmouth erkrankte an Diphtherie. Als der behandelnde Arzt Dr. FRASER nach der Infectionsquelle suchte, entdeckte er bei einem kranken Pony, der dem Vater des Kindes gehörte, einen citrigen und leicht blutigen Ausfluß aus der Nase, aus dem er einen Bacillus cultivirte, den er für einen Diphtheriebacillus hielt und behufs genauer Bestimmung an COBBETT sandte. Dieser konnte nun feststellen, daß es sich thatsächlich um den echten, virulenten Diphtheriebacillus handelte. Hiedurch erscheint es erwiesen, daß Pferde von Natur aus an echter Nasen- und Kehlkopfdiphtherie leiden können. Diese Thatsache ist nach zweifacher Richtung von principieller Bedeutung: Fürs erste gibt sie einen „bis jetzt unerwarteten Weg der Uebertragung und Ansteckung (mit Diphtherie) auf Menschen“ an. Zweitens erklärt sie in einfacher Weise den Umstand, daß bisweilen das Serum eines normalen, also nicht vorbehandelten, nicht immunisirten Pferdes Diphtherieantitoxin in geringer Menge enthält. Es dürfte eben bei jenen Pferden vorkommen, welche zufällig mit Diphtherie angesteckt waren. Aus dem Umstande, daß Diphtherieantitoxin sich in dem Serum vieler Pferde des europäischen und amerikanischen Continents findet, schließt Verf. weiter, daß Diphtherie eine allgemeine Krankheit unter Pferden ist. Diese Annahme steht auch im Einklange mit der wohlbekanntesten Empfindlichkeit vieler Pferde gegenüber dem Diphtherietoxin. — Den Befund von Diphtherieantitoxin in dem Blute gesunder erwachsener Menschen und Kinder erklärt C. in analoger Weise durch eine vorhergegangene und nicht erkannte oder übersehene Diphtherieattacke, während das im fötalen Blut gefundene Antitoxin durch die Mutter vererbt sein kann. Dr. S.—

G. D'ARRIGO (Neapel): Beitrag zum Studium der erblichen Uebertragung der Tuberculose durch die Placenta.

Verf. hat 1. eine Anzahl von Meerschweinchen mit Tuberculose inficirt und, nachdem er sich von dem Gelingen überzeugt hatte, diese durch gesunde Männchen schwängern lassen, 2. gesunde

Meerschweinchen durch gesunde Männchen schwängern lassen und ersteren während der Schwangerschaft (gegen den 15. Tag) Tuberkelbacillen inoculirt. Bei diesen Versuchen zeigte sich („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 28, H. 20), daß die im Verlaufe der Tuberculose trüchtig gewordenen Meerschweinchen bisweilen abortiren, gewöhnlich aber die Schwangerschaft beendigen; hierbei finden sich in den Placenten und Föten (die Thiere wurden gegen den 16. Tag der Gravidität oder kurz vor dem Ende derselben getödtet) tuberculöse Affectionen. In den Organen der Jungen, die sich in dem Uterus tuberculöser Meerschweinchen entwickelt haben und am Ende der Schwangerschaft zur Welt kommen, finden sich (namentlich in der Leber) tuberculöse Veränderungen. Solche Jungen sind schwach und mager und sterben mehr oder weniger bald an allgemeiner Tuberculose. Werden trüchtige Meerschweinchen mit Tuberculose inficirt, so abortiren sie gewöhnlich und gelangen nur ausnahmsweise an das Ende der Schwangerschaft. In den Placenten solcher Meerschweinchen findet man keine Tuberkelbacillen, wohl aber Hyperämien, ja Blutungen und Infarete. Dr. S—.

NIKOLSKY: Charbon chez les animaux nourris avec leurs aliments habituels mêlés de spores charbonneuses.

Aus den Versuchen des Verf. („Annales de l'institut PASTEUR“, 1900, pag. 794) ergibt sich, daß bei Ernährung von Thieren mit Nahrungsmitteln, die mit Milzbrandsporen inficirt sind, sich der Milzbrand ebenso gut entwickelt wie bei Infection auf irgend einem anderen Wege. Die Sporen entwickeln sich im Darminhalt trotz des Antagonismus der Darmbakterien und gelangen durch die Schleimhaut in die Lymphgefäße und von hier in das Blut. Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der physikalischen Therapie. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen herausgegeben von **Dr. A. Goldscheider**, a. o. Professor, und **Dr. Paul Jacob**, Privatdocent in Berlin. I. Theil, 1. Band. Mit 69 Abbildungen. Leipzig 1901, G. Thieme.

Die große Bedeutung, welche die physikalischen Heilmethoden in der klinischen und privatärztlichen Praxis sich errungen, das stets wachsende Bedürfniß zumal der praktischen Aerzte, in die Theorie und Technik der physikalischen Therapie eingeführt zu werden, waren die Veranlassung zur Herausgabe dieses groß angelegten, alle Disciplinen und Methoden der Physiatrie umfassenden Handbuches, von welchem die 1. Hälfte des allgemeinen Theiles uns vorliegt. Sie enthält die Capitel „Klimatotherapie“ aus RUBNER's Feder nebst einem Anhang „Aerztliche Erfahrungen über Klima und klimatische Curorte (Aërotherapie)“, welchen einer der ersten Kliniker und erfahrensten Praktiker, NOTHNAGEL, in ebenso geistvoller als übersichtlicher Weise geschrieben, „Höhenlufttherapie“, ein Capitel, dessen theoretischer Theil Prof. LOEWY (Berlin) zum Verf. hat, während bezüglich des praktischen Theiles

der berühmte Züricher Internist H. EICHHORST seine große Erfahrung auf diesem Gebiete in den Dienst des Handbuches gestellt hat, „Pneumotherapie“ von Privatdocent DU BOIS-REYMOND (Berlin) und v. LIEBIG (Reichenhall), „Inhalationstherapie“ von LAZARUS (Berlin), „Balneotherapie“, ein Abschnitt, zu dessen Bearbeitung LIEBERMEISTER (Tübingen) und J. GLAX (Abbazia) sich vereinigt haben, „Thalassotherapie“, verfaßt von A. HILLER (Berlin) und H. WEBER (London), ferner „Hydrotherapie“, deren mustergiltige Bearbeitung Altmeister WINTERITZ und dessen congenialer Schüler A. STRASSER als würdige Vertreter der Wiener Schule besorgt haben, endlich „Thermotherapie“ von GOLDSCHIEDER (Berlin) und FRIEDLÄNDER (Wiesbaden).

Schon der 1. Halbband — selbst ein stattliches Buch von 563 Seiten — gestattet die Vorhersage, daß es Herausgebern und Mitarbeitern gelungen ist, das Ziel zu erreichen, das ihnen vorgeschwebt. Gründlichkeit der Bearbeitung, knappe Diction, die vorzügliche objective Darstellung, gute Abbildungen und vortreffliche Ausstattung sind die Vorzüge des Werkes, dessen Verf. fast einhellig den Intentionen der Herausgeber gerecht geworden sind. Was den Werth des Buches erhöht, ist die Berücksichtigung der Geschichte der einzelnen Disciplinen, ihrer theils allmäligen, theils sprunghaften Entwicklung, welche in der den wichtigeren Capiteln vorausgeschickten „historischen Einleitung“ aus den Federn PAGEL's (Berlin) und MARCUSE's (Mannheim) ihren Ausdruck findet.

Wir werden noch wiederholt Gelegenheit nehmen, auf ein Werk zurückzukommen, für dessen Initiative der Schule LEYDEN's unser aufrichtiger Dank gebührt. BUM.

Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarkes. Unter Mitwirkung von **Dr. Siegfried Lacki** herausgegeben von **Prof. Dr. Hans Schmaus** in München. Mit 187 theilweise farbigen Textabbildungen. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

Die vorliegenden Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarkes haben den Zweck, die anatomischen Veränderungen des Rückenmarkes in eingehenderer Weise darzustellen, als es bis nun vom anatomischen Standpunkte her geschehen ist, und mit den klinischen Veränderungen in Vergleich zu bringen. Vielleicht wird mancher Leser den Eindruck gewinnen, daß der Standpunkt des Anatomen an einigen Stellen zu prägnant in den Vordergrund gestellt ist, und daß die klinische Seite des Gegenstandes hin und wieder durchdringender hätte berücksichtigt werden können. Davon aber abgesehen, ist das vorliegende Buch als Musterarbeit anzusprechen, gleich musterhaft in der Klarheit und stylistischen Schönheit, wie auch in der Fülle instructiver Abbildungen, welche die textliche Schilderung in einer ihr allerorts entsprechenden Form erläutern. Besonders hervorzuheben sind die allgemeinen Capitel über Alterationen und Degenerationen von Nervenfasern und von Ganglienzellen, sowie über Degenerationen im motorischen Systeme; man kann diese schwierigen Partien kaum lichtvoller vortragen. Nicht geringes Lob gebührt der Verlagshandlung, welche das Buch in textlicher wie in illustrativer Hinsicht verschwenderisch ausgestattet hat; im Grunde aber that sie nur ihre Pflicht; sie gab dem prächtigen Inhalte eine prächtige Hülle. FE.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

VII.

Budapest, den 20. Juni.

Ein großer Theil der ungarländischen Aerzteschaft erblickte in einzelnen Verfügungen des Gesetzartikels über die Hilfscassen der landwirthschaftlichen Arbeiter und Dienstboten und des Gesetzentwurfes über die Arbeiterkrankencassen eine Schädigung ihrer materiellen und moralischen Interessen. Auf Betreiben einiger Verbandsmitglieder versammelte sich der Landes-Aerzteverband zu einem außerordentlichen Congresse, um zu diesen Fragen

Stellung zu nehmen. Den ersten Gegenstand der Tagesordnung bildete der Antrag des Dr. RÓZSAVÖLGYI und Genossen: Der Congreß möge Stellung nehmen gegen den § 33, G. A. XVI, 1900, welcher den Gemeinde-, bzw. Kreisarzt verpflichtet, die Mitglieder der Hilfscasse der landwirthschaftlichen Arbeiter und Dienstboten zu behandeln. Referent Dr. FLESCHE bewies aus dem Wortlaute des citirten Gesetzartikels, daß er nichts enthalte, worin die Aerzte eine Schädigung ihrer materiellen und moralischen Interessen erblicken könnten. Der beanständete Paragraph verbessere sogar die materielle Lage des Gemeinde-, bzw. Kreisarztes, bürde ihm keine andere Arbeit auf, als welche er im Sinne eines älteren Gesetzes zu leisten hätte, und sichere ihm für die Behandlung der Cassenmitglieder einen solchen Honorärsatz, den selbst die vermögende Bevölkerung der Gemeinde für sich als zu hoch erachtet. Diese Verpflichtung involvire auch kein Privilegium, da die auf den Vollzug dieses

Cassengesetzes bezügliche Verordnung des Ackerbauministeriums ausdrücklich betont, daß jeder Privatarzt Cassenarztfunktionen versehen könne, und daß der Arbeitgeber berechtigt sei, die Behandlung des versicherten Arbeiters oder Bediensteten seinem Privatarzte anzuvertrauen. Dem entsprechend wurde der Antrag RÓZSAVÖLGYI's zurückgewiesen. — Der zweite Gegenstand der Tagesordnung war ein Antrag bezüglich der Stellungnahme des Congresses gegen den Gesetzentwurf über die Arbeiterkrankencassen, welcher den Handelsminister bevollmächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für innere Angelegenheiten, die Gemeinde- und Kreisärzte im Verordnungswege zur Behandlung der Cassenmitglieder zu verpflichten, falls zwischen Cassenvorstand und Cassenärzten ein den Interessen der Casse entsprechendes Uebereinkommen nicht zustande kommen kann. Mit Rücksicht auf den Umstand, daß bei Gelegenheit der Enquête, die der Handelsminister zur Berathung des Gesetzentwurfes über die Krankencassen einberufen hat, der Standpunkt des ungarischen Aerztestandes bezüglich aller gravaminösen Punkte präcisirt worden sei und der Minister die Erklärung abgegeben habe, er werde einen neuen Gesetzentwurf ausarbeiten lassen und den berechtigten Wünschen der Aerzte Rechnung tragen, ist von einer neueren Stellungnahme des Landesärzteverbandes gänzlich abgesehen worden. Endlich beschloß der Congreß, dem Minister des Innern eine Repräsentation zu unterbreiten bezüglich einer Ministerialverordnung, laut welcher, entgegen einer gesetzlichen Verfügung, die Gemeinden aufgefordert werden, die Honorarsätze der Gemeinde-, bezw. Kreisärzte mittels Regulativs zu bestimmen.

Abgesehen von letzterem Beschlusse war der Congreß somit nicht in der Lage, dem Wunsche der etwas übereifrigen Einberufer Rechnung tragen zu können, was übrigens vorauszusehen war.

Nach der Schlappe, welche der Krankenunterstützungsverein der ungarischen Beamten bekommen hat, sieht sich nun der Vereinsvorstand veranlaßt, einen Versuch mit dem System der freien Aerztewahl zu machen. Auf dieser Basis soll die ärztliche Behandlung der Vereinsmitglieder nach folgendem, von der Direction entworfenen Plane durchgeführt werden. Die kranken Mitglieder werden nach freier Wahl einen Arzt wählen können und auch das Honorar mit ihm vereinbaren. Der Verein zahlt am Ende eines jeden Jahres Dividenden, welche zur Honorirung der behandelnden Aerzte verwendet werden. Als Dividende werden 80% des nach Abzug der Ausgaben verbleibenden Reinertragnisses ausgezahlt werden. Die Summe der Dividende wird durch die Gesamtzahl der ärztlichen Visiten dividirt und der Quotient bildet den für eine Visite entfallenden Betrag. Jedes im Laufe des Jahres erkrankte Mitglied erhält nun soviel Quotienten, als bei ihm ärztliche Visiten abgestattet wurden. Die Direction des Vereines hat diesen Beschluß dem Budapester Aerzteverbande mit dem Ersuchen mitgetheilt, bei den Aerzten für die Vereinsmitglieder die Begünstigung zu erwirken, daß sie, wenn der Patient nicht in der Lage sei, sofort zu zahlen, bis zum Jahreschluß warten, wo sie dann aus der Dividende befriedigt werden. Den ärztlichen Forderungen wird in den Statuten die Priorität auf die Dividende gesichert werden.

Das Gesetz über die staatlichen Kinderasyle hat kaum Gesetzeskraft erlangt, und schon liegt ein neuerer Entwurf vor, der auf den Ausbau der erwähnten Institution abzielt. Während durch jenes Gesetz der Staat seiner Pflicht hinsichtlich der Versorgung der Findlinge und behördlich für verlassen erklärten Kinder unter 7 Jahren Genüge leisten wollte, sucht er durch diese neue Vorlage dieser Verpflichtung auch insoweit nachzukommen, als sie ihm durch die Pflege auf öffentliche Unterstützung angewiesener Kinder über 7 Jahren auferlegt wird. Der Entwurf ist von echt patriotischem und humanem Geiste getragen, dürfte aber durch die Feststellung der neuerlichen Altersgrenze — das fünfzehnte Lebensjahr — stark beeinträchtigt werden, denn diese ist zu tief gegriffen und bleibt hinter der in anderen Ländern angenommenen mehr oder weniger zurück. Die in dem Entwurfe vorgesehene Grenze genügt hierzulande umso weniger, als unsere Jugend in diesem Alter weder körperlich, noch geistig und sittlich reif genug ist, um auf eigenen Füßen stehen zu können.

Für die hauptstädtischen Spitäler sind für das nächste Jahr 2,749.432 K präliminirt worden. Bei der Feststellung der

Krankenverpflegskosten — 258 h pro Tag und Kopf — sind 1,046.000 Verpflegstage in Berechnung gezogen worden. Das theuerste der Spitäler ist das Ladislaus-Epidemiespital, das einen ziemlich großen Belegraum, aber verhältnißmäßig wenig Patienten hat. Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Tuberculose mit intravenösen Zimmtsäure-Injectionen** erörtert C. HÖDLMOSER („Wiener klin. Woch.“, 1901, Nr. 29). Die Theorie des Verfahrens beruht auf der Annahme LANDERER's, daß durch die Injection zimmtsaurer Salze ins Blut Leukocytose hervorgerufen werde, welche zu einer Ablagerung von Leukocyten um die erkrankten Lungenpartien führe, also gewissermaßen zu einer aseptischen Entzündung um diese Partien Anlaß gebe. Die Folge davon sei zunächst Umwallung der afficirten Theile und interstitielle Pneumonie, dann Abkapselung mit Bindegewebsdurchwachsung und endlich Eintreten von Vernarbung. Die Methodik der Zimmtsäure-Injectionen wurde streng im Sinne LANDERER's gehandhabt. Es wurde zunächst eine 1%ige, dann eine 5%ige sterilisirte Hetollösung mittels einer sterilisirten PRAVAZ'schen Spritze mit Asbeststempel in eine kleine Vene des Oberarmes injicirt. Es wurde mit 1 Mgrm. Hetol begonnen und nach der Vorschrift LANDERER's jeden 2. Tag um 1 Mgrm. gestiegen. Die höchste Dosis, bis zu welcher gestiegen wurde, waren 30 Mgrm. H. hat im Ganzen 18 Patienten einer längeren Behandlung unterzogen, und zwar 16 Fälle von Lungentuberculose, einen Fall von Tuberculosis peritonei und einen Fall von Lungen- und Knochentuberculose. Die Behandlungszeit der Fälle schwankte zwischen 6 Monaten und einem Monate. Von 18 Lungenfällen konnte in 3 Fällen = 16.6% eine entschiedene Besserung constatirt werden oder, wenn man berücksichtigt, daß ein Kranker auch an Knochenabscessen litt und gebessert wurde, in 4 Fällen = 22.2%. Auf Grund seiner Resultate hält H. eine Fortsetzung der Versuche mit Zimmtsäure-Injectionen für angezeigt.

— Ueber das **Anthrapurpurindiacetat („Purgatol“)** ein neues Abführmittel berichtet STADELMANN („Deutsche Aerzte-Ztg.“ 1901, Nr. 10). Das Purgatol ist ein gelbliches bis orangefarbenes krystallinisches Pulver. Es löst sich schwer in kaltem, leichter in kochendem Wasser, aber nicht völlig und mit röthlicher Farbe; es ist geschmacklos. Nach seinem Einnehmen erscheint es in Spuren im Urin schon nach 2 1/2 Stunden. Der Urin wird dann stärker rothbraun bis roth gefärbt. Chemisch ist der Farbstoff schon früher, d. h. nach circa 1 1/2 Stunden, nachweisbar durch Zusatz von Alkalien zum Urin. Unangenehme Nebenwirkungen von dem Medicamento sind nicht beobachtet worden, speciell keine Nierenreizung. Nur selten augenscheinlich bewirkt es stärkere Leibscherzen. Seine Wirkung ist eine sehr milde, 2.0 führen in der Regel nur einmaligen, höchstens zweimaligen, und zwar meist breiigen Stuhlgang nach 3—4—5—6—8—10—12—20 Stunden herbei, der zweite Stuhlgang pflegt dann breiig bis flüssig zu sein. Nach 0.5 erzielt man nur bei sehr wenigen Individuen Stuhlgang. Um einigermaßen sichere Wirkung hervorzurufen, bedarf es einer Dosis von 2.0, die unbedenklich verabreicht werden kann. Die Vortheile des Medicamentes sind seine gute Dosirbarkeit, seine reine Beschaffenheit, seine absolute Geschmacklosigkeit, das Fehlen von unangenehmen Nebenerscheinungen. Dagegen theilt es mit den übrigen Abführmitteln den Uebelstand, daß es bei den einzelnen Individuen verschieden stark wirkt und daß der Erfolg nicht absolut sicher ist. Ganz besonders dürfte es sich bei chronischer Obstipation empfehlen, bei welcher der Stuhlgang erschwert und hart ist, bei der demnach leichte Reizmittel des Darmes als unterstützende Momente erwünscht sind, z. B. bei Neurasthenikern, Hypochondern, Hämorrhoidariern etc., bei denen es dann statt Rheum. oder Aloë zur Anwendung kommen dürfte. Auch C. A. EWALD berichtet („Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 5) in ähnlichem Sinne. Als Ergebniß seiner bisherigen Prüfung gibt er an, daß das Purgatol in seiner abführenden Wirkung dem Rhabarber gleichkommt, den anderen pflanzlichen Abführmitteln wegen seiner Geschmacklosigkeit und dem Fehlen unangenehmer Nebenwirkungen voranstelt.

— Ueber den **Einfluß erhöhter Temperaturen auf das Casein der Milch** hat CONRADI Untersuchungen angestellt („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 5). Er untersuchte zunächst, ob die zwecks Sterilisation stattgefundene Erhitzung der Milch zu einer Störung ihres normalen Chemismus führt, wobei C. besonders prüft, in welcher Weise die vorausgegangene Erhitzung die Coagulationstemperatur des Milchcaseins bei Gegenwart von Calcium und verwandten Salzen beeinflusst. Die Versuche zeigten, daß bei einem Gehalt von 0·2—0·6% Chlorcalcium Kuhmilch, je nach ihrer Provenienz und Reaction bei Temperaturen zwischen 45—65° coagulirt wird. Unterwirft man aber dieselbe Milch erst einer Erhitzung über 80° hinaus, so sinkt der Coagulationspunkt unter Umständen um 8—12° herab, während die vorher bis zu 75—80° erwärmte Milch denselben Gerinnungspunkt einhält, wie im nicht erhitzten Zustand. Eine halbstündige Erhitzung bis zu 70° bringt keine Veränderung der Labungsfähigkeit der Milch im Vergleich mit der Norm hervor. Die Thatsache, daß die Erhitzung der Milch über 80° einerseits den normalen Coagulationspunkt der Milch bei Gegenwart von Calciumsalzen um 8—12° herabdrückt, andererseits aber den Vorgang der Labfällung hinauschiebt, erbringt den Nachweis, daß die Erhitzung über 80° eine dauernde, chemische oder physikalische Veränderung der Milch bewirkt hat. Es scheint daher empfehlenswerth, zwecks Vernichtung der Bacterien von vorneherein nur solche Temperaturgrade anzuwenden, welche dieses nicht auf Kosten der physiologischen Zusammensetzung der Milch zu erzielen suchen.

— Ueber **unangenehme Nebenwirkungen des Camphers** in medicinischen Gaben berichtet BOHLEN („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 20). Er erlebte bei zwei schwächlichen alten Leuten nach Darreichung einer Mischung von Campher und Benzoe (Acid. benzoic. 0·2, Camphor. trit. 0·05, zweistündlich, im Ganzen binnen 2 Tagen 0·65, bezw. 0·6 Grm. Campher) deliröse Zustände. Beide redeten wirr durcheinander, äußerten Verfolgungsideen und waren nicht im Bette zu halten. Im ersten Falle ahnte Verf. nicht gleich die Ursache und gab die Pulver, combinirt mit Brom, weiter, darauf hielt die Seelenstörung bis zum Aussetzen der Campher-Benzoe pulver an, im zweiten Falle ließ er die Pulver gleich weg und erzielte unter Brombehandlung sofort Besserung. Auch ein dritter Fall, der B. aus der Studienzeit erinnerlich ist — tobstüchtige Verwirrtheit während einer mit Campher behandelten doppelseitigen Lungenentzündung — gehört hierher.

— Auf die **LEWASCHEW'sche Methode der Behandlung der eiterigen Pleuritiden von Kindern** macht KISSIL aufmerksam („Jahrb. f. Kinderheilk.“, Bd. 50, H. 1 u. 2). Diese Methode besteht in der Eröffnung der Brusthöhle mittelst eines abschließbaren Troicars, Ablassen des Eiters durch denselben und darauffolgender Ausspülung mit einer 0·7%igen Kochsalzlösung. Die Ausspülungen werden je nach der Schwere des Falles 1—3—6mal wiederholt, und zwar so, daß zwischen den einzelnen Spülungen immer ein Zeitraum von mehreren Tagen liegt. Wenngleich K. der Ansicht ist, daß die von LEWASCHEW als Vorzüge der Methode hervorgehobenen Momente, wie die schnellere Ausheilung der Pleuritis, das Vermeiden einer Verwachsung der Pleurablätter nach dem Verschwinden des Exsudates, die Verhinderung von Deformationen des Thorax, nicht zutreffend sind, so glaubt er doch, daß die Methode werth ist, für gewisse ausgewählte Fälle von Pleuritiden als therapeutischer Eingriff angewendet zu werden.

— Als wirksame **Therapie** des bei Kindern durch schlechte Gewohnheit entstehenden **Augenblinzeln** empfiehlt WOLFFBERG („Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. des Auges“, 1901, Nr. 26) ein mehrstündiges Verbinden des einen Auges, wodurch er in 2 Fällen Heilung beobachtete. W. glaubt, daß das Sehen auf einem Auge durch das Blinzeln in so hohem Maße gestört werde, daß das betreffende Individuum mit aller Energie diese üble Angewohnheit bekämpft. Es gibt noch eine Art, auf das Blinzeln einzuwirken, und zwar die Aufforderung zu pfeifen. Sobald das Kind zu pfeifen versucht, muß es das Blinzeln unterlassen, in anderen Fällen hört das Blinzeln beim Pfeifen selbst auf.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin. Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

X.

V. KAHLDEN-Freiburg: a) Ueber Porencephalie.

Für die erworbene Porencephalie galt bisher als Ursache der thrombotische oder embolische Gefäßverschluß. Als Beispiel dafür gelten die arteriosklerotische Thrombose und der embolische Erweichungsherd post apoplexiam. In beiden Fällen findet sich der gleiche trichterförmige Defect. Dieselbe Ursache wurde bisher auch für die angeborene Porencephalie angenommen. Bisher sind aber in diesen Fällen noch niemals thrombotische oder embolische Prozesse in der Hirnsubstanz nachgewiesen worden. Auch zur Annahme von Lues congenita liegt kein genügender Grund vor. Vortr. spricht dagegen dem Trauma eine ätiologische Bedeutung zu und erwähnt das Beispiel eines einjährigen Kindes, das 14 Tage nach einem Falle vom Tische gestorben war. Ohne Schädelverletzung fand sich ein doppelseitiger porencephalischer Defect, links größer als rechts, und deshalb dort mit dem Ventrikel in Communication.

Derselbe: b) Ueber eine seltene Ursache der Aortenruptur.

Nach einem Gelenkrheumatismus hatte sich bei einem dreißigjährigen Manne eine Pericarditis entwickelt, der Eiterungsproceß hatte von da erst auf die Adventitia, dann auf die Media der Aorta übergegriffen und diese schließlich perforirt.

SINGER-Wien: Weitere Erfahrungen über die Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus.

S. knüpft an seine früheren Untersuchungen an, in welchen der Beweis erbracht sei, daß der acute Gelenkrheumatismus einer Infection mit Staphylokokken und Streptokokken entspricht, und berichtet über weitere Beobachtungen, welche er an dem Sectionsmateriale des unter Leitung von Prof. WEICHSELBAUM stehenden pathologisch-anatomischen Institutes gemacht hat. Die Mittheilungen betreffen 5 Fälle von acutem Gelenkrheumatismus und 2 Fälle von Chorea rheumatica. Die bakteriologische Untersuchung der Fälle von Polyarthritiden und eines Choreafalles ergab sowohl im Deckglas, als auch im Plattenverfahren aus den verschiedensten Organen Reinculturen des Streptococcus pyogenes, der auch mikroskopisch im Gewebe nachgewiesen werden konnte. In dem zweiten Falle von Chorea mit eiteriger Gelenkentzündung und vorausgegangener Angina follicularis ergab die Untersuchung reichliche Reinculturen des Staphylococcus pyog. aureus.

S. erwähnt, daß seine früheren Befunde von verschiedenen Seiten bestätigt worden sind, und geht dann auf eine Kritik der Arbeiten von WESTPHAL, WASSERMANN und MALKOFF einerseits und F. MEYER-Berlin andererseits ein, die in neuester Zeit Streptokokken mit „spezifischen“ Merkmalen beim acuten Gelenkrheumatismus gefunden und als dessen Erreger angesprochen haben.

S. macht darauf aufmerksam, daß es bakteriologisch unstatthaft sei, aus einer geringen Variabilität der Wachstumsbedingungen, welche für die ganze Streptokokkenklasse bekannt ist, zu schließen, daß der von WASSERMANN in einem Falle gefundene Streptococcus der „spezifische“ Erreger des Gelenkrheumatismus sei. — Ebenso wenig Geltung habe das zweite Kriterium des Verhaltens im Thierexperimente, welches sowohl WASSERMANN für seine postmortal gewonnenen, als auch MEYER für die aus dem Tonsillenschleim intravital gezüchteten Streptokokken beschreibt, durch deren Ueberimpfung sie regelmäßig bei Thieren Gelenkentzündungen hätten erzeugen können.

Vortr. kritisiert die Widersprüche in den Experimenten beider Autoren, hebt die geringe Bedeutung des Thierexperimentes für die in Rede stehende Frage überhaupt hervor und erinnert daran, daß schon längst mit Streptokokken verschiedenster Provenienz Gelenkentzündungen beim Thiere hervorgerufen werden.

Menzer (Berlin) hält es trotz SINGER nicht für erwiesen, wie dieser behauptet, daß der acute Gelenkrheumatismus in die Reihe der pyämischen

Erkrankungen gehöre. Die Untersuchungen SINGER's sind durchaus nicht einwandsfrei. Redner verweist demgegenüber auf seine eigenen Untersuchungen, die auch bereits an obengenannter Stelle publicirt sind. Durch MEYER und ihn sei das typische Bild der acuten multiplen Gelenkentzündung mit endocarditischen Veränderungen zum erstenmal experimentell erzeugt worden.

Glaser (Berlin) wendet sich gleichfalls gegen SINGER und theilt einige Versuche mit, in denen es ihm gelang, mit Streptokokken bei Thieren ein der Polyarthritiden ähnliches Bild ohne Sepsis zu erzeugen.

Michaelis (Berlin) vertheidigt SINGER gegenüber die Versuche MEYER's und glaubt, daß in den von diesem gefundenen Diplostreptokokken die Erreger des acuten Gelenkrheumatismus gefunden seien.

Singer weist auf Widersprüche MICHAELIS zwischen seinen heutigen Ausführungen und denen von 1897 hin, wo er noch von keiner Specificität einer Bakterienart gesprochen habe.

v. Leyden vertheidigt die auf seiner Klinik seit Jahren zielbewußt angestellten Untersuchungen MICHAELIS' und MEYER's.

GLUCK (Berlin): Ueber die Entwicklung der Lungenchirurgie.

Nach einer kurzen Darstellung der Thierversuche, durch die G. zuerst gezeigt hat, daß nicht nur die Excision und Resection einzelner Lungenlappen, sondern auch die Exstirpation einer ganzen Lunge möglich ist, berichtet er über seine entsprechenden Beobachtungen an Menschen. Er hat 14 Fälle operirt, 7 davon wegen Lungenabsceß. Sie sind sämmtlich geheilt. Mehrere derselben werden vorgestellt.

SCHRÖTTER (Wien): Ueber eine seltene Ursache einseitiger Mitralstenose, zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose des offenen Ductus Botalli.

Nach Besprechung der zuerst von ORTNER in 2 Fällen beschriebenen Compression des Nervus recurrens durch den dilatirten Vorhof bei Mitralstenose wird der Fall eines durch angeborenen Bildungsfehler complicirten Vitium cordis geschildert, bei welchem die Entscheidung zwischen Septumdefect, Pulmonalstenose und Persistenz des Ductus Botalli zu fällen war. Für die linksseitige Recurrenslähmung wurde Compression durch den erweiterten linken Vorhof angenommen. Die Autopsie ergab aber, daß der Nerv durch Einkeilung zwischen den dilatirten Ductus Botalli und die Aorta an circumscripter Stelle geschädigt war; andere Ursachen lagen nicht vor. Am Röntgenogramme war deutlich der zuerst von ZINN als für Ductuspersistenz pathognomonisch bezeichnete Schattencontour im zweiten linken Intercostalraume nachzuweisen. Die hier vorhandene Beziehung der Nervenläsion zum Bildungsfehler kann gegebenen Falles von differential-diagnostischer Bedeutung sein.

KRAUS (Graz): Ueber Recurrenslähmung bei Mitralstenose.

In dem vom Votr. beobachteten Falle handelte es sich um eine infolge starker Vergrößerung des rechten Ventrikels und des linken Vorhofes geänderte Lagebeziehung zwischen A. pulmonalis, dem Lig. arteriosum und dem Aortenbogen. Der linke N. recurrens kreuzte das vom linken Aste der S. pulmonalis schief nach links und oben zur unteren Wand der Aorta ziehenden Lig. arteriosum und war hier strangulirt, beziehungsweise stark von hier ab verdünnt und grau verfärbt. Innere Wand und Kuppel des Atrium waren trotz dessen ungewöhnlicher Vergrößerung wenigstens 9 Cm. von der Strangulationsstelle des Nerven entfernt. KRAUS hält den von ORTNER vorgenommenen Mechanismus der Strangulationscompression für wenig wahrscheinlich.

HAMPELN (Riga): Ueber Pneumoniemortalität in Hospitälern.

Die zur Zeit noch vielfach beobachtete hohe Pneumoniemortalität in Hospitälern erscheint nicht in der Krankheit als solcher begründet, sondern hängt von äußeren, außerhalb des Hospitales einwirkenden Schädlichkeiten ab. Im Transporte der Kranken vom Wohnorte zum Krankenhause sind diese Schädlichkeiten gegeben. Es kommt darum auf möglichste Beschränkung der Transportgefahr an. Diese wird erreicht durch rationelle Hygieinisierung des Transportes.

S. Meyer (Berlin) betont, daß in Deutschland in den größeren Städten der Krankentransport zumeist musterhaft organisiert sei.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

IX.

JORDAN (Heidelberg): Die operative Behandlung des Uteruscarcinoms.

Von den vier Wegen zur Uterusexstirpation ist der perineale und sacrale wieder vollkommen verlassen und die Frage, ob vaginal oder abdominell operirt werden soll, wird nach beiden Seiten hin bejaht. In Frankreich ist die Stimmung wieder vollständig für abdominelle Behandlung; aber man soll doch nicht die vaginale Operation verwerfen, sondern nur wenn zwingende Gründe vorliegen, vom Bauch aus vorgehen, und dabei ist es noch sehr die Frage, ob man die von FREUND angegebene Ausdehnung der Exstirpation auf das ganze Lymphsystem beibehalten soll. Votr. beleuchtet dann diese Fragen in Bezug auf Mortalität und Recidivität an den Resultaten der Heidelberger Klinik und kommt zu dem Schlusse, daß die Unzufriedenheit mit der Leistung des vaginalen Verfahrens durchaus unberechtigt ist. Zwar ist der abdominelle Ueberblick besser, die Ausräumung des Beckenbindegewebes leichter, sie ist aber auch vaginal durchführbar, wenn sie nicht zu weit ausgedehnt wird. Die Exstirpation der regionären Lymphdrüsen kann allerdings nur vom Bauch aus ausgeführt werden, doch ist eine große Inconstanz der Affection der Lymphdrüsen sowohl bei den Cervix- und Collumcarcinomen, wie bei den Corpuscarcinomen zu constatiren. Das ganze regionäre Drüsensystem zu entfernen ist unmöglich. Aus seinen Beobachtungen ging zudem hervor, daß die Drüsen erst spät und nur in seltenen Fällen erkranken. Er kommt daher zu dem Schluß: Da die vollständige Ausräumung der Drüsen unmöglich, die partielle aber belanglos, die Gefahr wegen der großen Verletzung bedeutend ist, da außerdem die Dauerheilungen nicht die der vaginalen Exstirpationen übersteigen, ist das Normalverfahren die vaginale Hysterektomie; die abdominelle ist nur dann auszuführen, wenn die vaginale unmöglich ist. Dabei ist das Uebergreifen des Carcinoms auf die Blase und den Darm keine Gegenindication der vaginalen Methode. Er empfiehlt den SCHUCHARDT'schen paravaginalen Schnitt, dem er eine Zusammennähung der vorderen und hinteren Vaginalwand über der Portio, um eine Infection zu vermeiden, voranschickt.

PETERSEN (Heidelberg): Ueber Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome.

P. hat versucht, das Plattenmodellirungsverfahren der Embryologen (nach BORN und STRASSER) auf das Studium der Carcinome anzuwenden. Der Tumor wird in Serienschnitte zerlegt; die Schnitte werden vergrößert auf Wachstafeln aufgezeichnet und die ausgeschnittenen Wachstafeln zusammengesetzt. Die Dicke der Wachstafeln muß gleich sein dem Product von Schnittdicke und Vergrößerung.

P. demonstirt 4 Modelle von Hautcarcinomen mit den dazu gehörigen Serien von Zeichnungen und Photographien und empfiehlt die weitere Anwendung der Methode aus folgenden Gründen:

I. Sie liefert außerordentlich instructive Unterrichtsmodelle.

II. Sie vermag beizutragen zur Lösung noch strittiger Fragen der Morphologie und Histogenese der Carcinome.

In dieser Beziehung zieht P. aus seinen bisherigen Erfahrungen, zunächst bezüglich der Hautcarcinome, folgende Schlüsse:

1. Mit Rücksicht auf den Ausgangspunkt der Carcinome lassen sich zwei Formen unterscheiden:

a) Das unicentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an einer einzigen Stelle und greift von hier zerstörend auf die ganze Umgebung, so auch auf das Nachbar epithel über. Dabei können leicht mikroskopische Bilder entstehen, die eine active Wucherung dieses nur passiv zerstörten Nachbar epithels vortäuschen.

b) Das multicentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an verschiedenen Stellen; die verschiedenen Epithelmassen verschmelzen gewöhnlich secundär mit einander.

Die Trennung dieser beiden Carcinomformen, die sich rein mikroskopisch nur schwer durchführen läßt, kann durch das Plattenmodellverfahren leicht gelingen.

2. Die von je einem Centrum ausgehenden Epithelmassen des Carcinoms bilden einen einheitlichen Stamm, der nach allen Seiten hin Aeste, Zapfen und Kolben entsendet. Die sogenannten „Krebsalveolen“ sind in ihrer großen Mehrzahl die Querschnitte dieser Ausläufer. Abgeschlossene Alveolen, d. h. rings vom Bindegewebe umgebene echte Epithelinseln, sind selten; es gibt sichere Carcinome, in denen sie vollkommen fehlen.

Die Discontinuität des Epithelwachstums gehört also nicht unbedingt zum Begriffe des Carcinoms.

3. Zum Studium der Histogenese sind neben kleinen, beginnenden Carcinomen auch die Randpartien größerer Tumoren geeignet, vorausgesetzt, daß sich einwandfrei, am besten durch das Plattenmodell, die Unabhängigkeit der carcinomatösen Randwucherungen von dem Haupttumor nachweisen läßt.

4. Das Studium solcher selbständiger Randwucherungen lieferte den zwingenden Beweis, daß das Epithel primär, ohne Veränderung des Bindegewebes, carcinomatös entarten und ohne vorherige „Absprengung“, ohne „Lösung aus dem Verbands des Organismus“ kontinuierlich in die Tiefe wuchern kann (Demonstration der Plattenmodelle).

Gussenbauer (Wien) bemerkt zu dem Vortrage PETERSEN'S: Man soll kein Schema auf die Natur anwenden; erst wenn man sie ganz erfaßt hat, darf man wagen, ein Schema dafür aufzustellen. Daß es unicentrische und multicentrische Carcinome gibt, ist längst bekannt. Er hat in allen Fällen immer noch die RIBBERT'sche Theorie bestätigt gefunden.

V. Hansemann (Berlin) hält dagegen PETERSEN'S Plattenmodelle von der allergrößten Bedeutung für die pathologisch-anatomischen Anschauungen. Ähnlich spricht sich O. Israel (Berlin) aus.

V. Kahlden (Freiburg) hat in vielen Fällen ein multicentrisches Wachstum des Carcinoms beobachtet. Wenn KOSSMANN meint, daß Keimepithel nur Eier bilden könne, so verweist er ihn auf die große Literatur darüber, daß es sich in vielen Formen umbilden kann. Er selbst hat diese Frage durch Beobachtungen geklärt.

Heidenhain (Worms) hält die Mammacarcinome für die ungünstigsten.

Petersen (Heidelberg) betont, daß es sich bei seinem Plattenverfahren hauptsächlich darum handelt, zu zeigen, an welcher Stelle die histologische Forschung einzusetzen hat.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

R. Accademia di Medicina di Torino.

NEGRO: Der schmerzstillende Einfluß des Santonin auf die tabischen Neuralgien.

Von der Beobachtung ausgehend, daß das Methylenblau mit seinem electiven Färbungsvermögen des lebenden Achseneylinders Neuralgien schmerzstillend beeinflusse, hat Votr. das Santonin in Anwendung gebracht. Er hat damit bei den tabetischen Krisen so vorzügliche Erfolge gesehen, wie sie mit keinem anderen Analgetikum zu erzielen sind. Die angewandte maximale Dosis betrug 0.15 pro die. Sie wird in drei Portionen und in dreistündigen Intervallen gegeben.

FABRIS: Die Resultate experimenteller Untersuchungen über die Pathogenese der Aneurysmen.

Ein Trauma, das auf die Arterienwand einwirkt, hat oft Einrisse in der Tunica elastica zur Folge. Eine leichte, consecutive Erweiterung des Arterienrohres ist bloß vorübergehend, weil sich das Gefäßlumen wieder auf sein früheres Maß zusammenzieht. Dies geschieht durch reparative Prozesse, die Verdickungen der Wand herbeiführen. Pathologische Prozesse destructiver und entzündlicher Natur führen in der Gefäßwand Schwund des elastischen Gewebes herbei, sodann Umformung desselben in sklerotisches Gewebe. So wird das vollwerthige Gewebe durch Gewebe von geringerer functioneller Werthigkeit ersetzt. Daher erweitert sich das Arterienrohr an solchen Stellen und kehrt — einmal dilatirt — nicht mehr zur normalen Ausdehnung zurück.

R. Accademia dei fisiocritici di Siena.

SOLIERI: Recidivirende, neuropathische Lymphanginitis.

Es handelt sich um ein hysterisches Individuum mit Erscheinungen von Gastropose. Derzeit bestehen Magenstörungen, in die rechte Achselhöhle und bis ins Gesicht ausstrahlende Schmerzen, Röthung der inneren Armfläche entsprechend und Schwellung, sowie Schmerzhaftigkeit daselbst. Dieser Symptomencomplex entwickelt sich sehr rasch, die Akme war immer in 24 Stunden erreicht. Die Dauer des Anfalles wechselte bisher zwischen 40 Stunden und 8 Tagen. Immer bestanden in den ersten fünf Tagen leichte Fieberbewegungen. Auf sphygmographischem und sphygmomanometrischem Wege ergaben sich zwischen den beiderseitigen Arterien geringe Differenzen. Abimpfung von den lymphangiotischen Partien aus war erfolglos, die Platten blieben steril, im Harn war während der Attaquen immer ein wenig Indican. Die localen Erscheinungen weisen auf Betheiligung der Lymphgefäße hin. S. sieht die Affection als neuropathische an, läßt jedoch auch die Möglichkeit einer toxischen Genese (Autointoxication vom Darmtracte aus) zu.

R. Accademia Peloritana di Messina.

GAGLIO: Eine neue Methode der perinealen Cystotomie.

Das Hauptprincip der neuen Methode besteht darin, daß vom Peritoneum aus, jenseits der Prostata, der Blasengrund eröffnet wird. Man gelangt zur Prostata von einem Perinealschnitte aus, der von einem Sitzknorren zum andern geht, und folgt nicht der vorderen Rectumwand, sondern dem Bulbus und der Urethra. Der Prostata-schnabel wird mit einigen Scheerenschlägen abgetrennt und hierauf stumpf vorgegangen. Die Blase wird mit einem gewöhnlichen geraden Bistouri eröffnet entweder unter Leitung eines Katheters oder zwischen zwei Fadenschlingen. Die Anlegung der beiden Fadenschlingen wird dadurch erleichtert, daß der Blasengrund nachgibt und durch einen eingeführten MERCIER'schen Katheter an einer Stelle hervorgestülpt wird. Der Schnitt in der Blasenwand wird nachher genäht. Dieser Vorgang gestattet einen complete Einblick in die Blase und bereitet dem Operateur einen breiten Weg. Auf diesem Wege wird auch der Katheterismus der Ureteren ein ganz einfacher Handgriff.

A. SALOMONI: Tuberculöse Mastitis.

Die tuberculöse Mastitis (Tuberculose der Mamma) ist eine verhältnißmäßig selten vorkommende Erkrankung. Die Literatur enthält im ganzen ungefähr 100 einwandfreie Fälle. S. hat im Ganzen fünf gesehen und davon drei genau beobachten können. Alle drei betrafen ledige Frauenspersonen im Alter von 19 bis 23 Jahren, die hereditär nicht belastet waren, nur eine hatte bereits früher eine tuberculöse Affection dargeboten (Lymphadenitis colli während der Kinderjahre). Bei dieser trat die Erkrankung als torpide Ulceration in den Warzenhöfen auf, bei einer zweiten als kaum schmerzhafter Knoten, der im inneren unteren Quadranten saß und allmählich bis zu Citronengröße heranwuchs. Bei der dritten Kranken begann die Affection mit Lymphdrüsenanschwellung in der Achselhöhle, die im Laufe von Monaten Faustgröße erlangte, und von der aus sich ein Lymphstrang bis zur Mamma hin verfolgen ließ. Die erste Kranke wies die sogenannte disseminirte Form auf, die zweite die confluente, die dritte die bekannten Charaktere, Infiltration, kalten Abscess, Ulcerationen und Fisteln. Die Axillardrüsen waren in sämmtlichen Fällen geschwellt. Der Verlauf währte sechs Monate bis zu zwei Jahren. In allen Fällen waren Tuberkelbacillen nachweisbar. Die Therapie bestand in completer Zerstörung, beziehungsweise Ausräumung der erkrankten Partien und der Achselhöhle. Seit 2—4 Jahren hält die Heilung nunmehr in den operirten Fällen an.

BANDI: Chirurgische Intervention bei Bubonenpest.

Votr. berichtet über seine Versuche im hygienischen Institute zu Messina. Nach den Untersuchungen von TERNI ist die Bubonenpest eine auf das Lymphgefäßsystem sich beschränkende Krankheit. Der Pestbacillus localisirt sich, wo immer er den Organismus betreten hat, in den der Eintrittspforte benachbarten Drüsen, ohne

an der Einbruchsstelle selbst seine Spuren zu hinterlassen. In den ersten Drüsen, welche ergriffen sind, vermögen die Bacillen relativ lange Zeit zu verharrern und entsenden von hier aus Toxine in den Kreislauf. Noch bevor der Eiterungsproceß anhebt, beginnt die Invasion der Bacillen zunächst in die benachbarten Lymphdrüsen. Wiederholt man an Thieren den gewöhnlichen Infectionsmechanismus des Menschen, dann beobachtet man constant, daß die erste Invasion gegen die superficiellen Drüsen gerichtet ist und sich dann erst den tieferen regionären Drüsen zuwendet. Auf Grund dieser Beobachtungen hat sich der erste chirurgische Eingriff, als radicalster therapeutischer Behelf, damit zu befassen, die sich nach außen entwickelnden Abscesse gründlich zu entleeren. Wird so der Proceß gleich am Anfange bekämpft, dann können die anderen therapeutischen Maßnahmen, Serotherapie u. s. w., in wirksamer Weise zur Geltung kommen.

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

BRUNI: Cystoskopie und Ureterenkatheterismus.

Votr. berichtet über zwei einschlägige Fälle, in denen die Diagnose rasch und sicher hatte gestellt werden können. Große Dienste vermag die Cystoskopie auch in Fällen von Fremdkörpern, zumal kleinen Steinchen, zu leisten, die bei der instrumentellen Untersuchung der Palpation entgehen können. Der Ureterenkatheterismus hat das Problem gelöst, das darin bestand, bei Nephrektomie sich des Zustandes der zurückzulassenden Niere ante operationem zu vergewissern.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau.

BUCHWALD: Streitfragen in der Behandlung der Lungenentzündung.

Die Auffassungen über die Formen der Pneumonie sind schon früher verschiedene gewesen. LEICHTENSTERN unterschied eine besondere Gruppe schwerer Pneumonien: Die asthenische Form mit sofort schwer einsetzendem Typhuseindruck und langsamem Fortschreiten. Zu erinnern ist auch an die Wander-, die larvirten, die Spitzen-Pneumonien, die Pneumonien der Kinder. Schließlich fiel eine besondere Form auf, die man in Krankenanstalten, in Gefängnissen bemerkte.

Als Erreger galt erst der FRIEDLÄNDER'sche Bacillus, später der FRÄNKEL-WEICHELRAU'sche Diplococcus lanceolatus. JÜRGENSEN faßte die Pneumonie als eine allgemeine Infectionskrankheit — etwa wie die Masern — auf, bei der nur die Lungen besonders ergriffen seien. Gegen diese Auffassung spricht die Thatsache, daß durch einen Stoß eine einseitige croupöse Pneumonie mit dem Diplococcus lanceolatus auftreten könne. Danach ist die Annahme berechtigt, daß der Pneumococcus im Munde, in den oberen Luftwegen, im Verdauungstractus sich befinde. Den Ausbruch begünstigen schnelle Temperatursprünge. Beim Militär ist die Erkrankung häufig. Männer erkranken überhaupt häufiger als Frauen, weil sie im allgemeinen Witterungsschädlichkeiten mehr ausgesetzt sind als Frauen. Wo dieser Unterschied wegfällt, weist auch die Statistik keine Verschiedenheiten mehr auf. Der Versuch mancher italienischer Autoren, die Scrumbehandlung anzuwenden, hat keinen wesentlichen Nutzen gebracht. Calomel ist ohne Vortheil als Abortivmittel versucht worden. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in der Anwendung allgemeiner hygienischer Gesichtspunkte. Man verwende hydropathische Einpackungen, lasse viel Flüssigkeiten trinken, reichlich ernähren. Votr. legt Werth darauf, die Kranken möglichst wenig zu bewegen, auch bei der Untersuchung, um Collapse zu vermeiden. Man lasse auch die Kranken möglichst lange liegen, noch 8 bis 14 Tage, nachdem die letzten Krankheitsreste verschwunden sind. In der Frage, ob der eventuelle Exitus ein Intoxications- oder Herztod ist, entscheidet sich der Votr. für das letztere. Darum vermeide man alle das Herz belastenden Medicamente. Man vermeide das Veratrin, selbst

wenn es durch Alkohol compensirt wird. BUCHWALD verwirft auch die Digitalis, vor der schon AUFRECHT gewarnt habe. Nach seiner Erfahrung seien Todesfälle durch Digitalis vorgekommen. Wenn PETRESCU unglaublich hohe Dosen gegeben hat, so müßten die rumänischen Soldaten, bei denen er es angewandt hat, ein besonderes Menschenmaterial sein. Der Aderlaß, den schon HIPPOKRATES empfohlen, ist im 17. Jahrhundert von den Franzosen bis zum Unfug angewandt worden. Man glaubte mit dem Blute einen Theil der Krankheit zu entfernen. Der Aderlaß ist nur dann unschädlich, wenn der Puls hart und voll ist und wenn Excitantien als Ausgleich gegeben werden. Sonst ist zu bedenken, daß der Aderlaß die Zahl der rothen Blutkörperchen vermindert, die Blutgeschwindigkeit herabsetzt, den Blutdruck sinken läßt.

Soll man Alkohol geben oder nicht? Eiweißsparend ist er nicht, ob er fettsparend ist, ist noch die Frage. Dagegen wirkt er als ein Reizmittel, als mildes Excitans. Bei Alkoholgewöhnten wäre es ein Fehler, ihn nicht anzuwenden. Seine Wirkung auf das Hirn ist nicht bedenklich, weil Fiebernde anders als Normale auf Alkohol reagiren. Man gebe Cognac mit Milch oder Thee. Anstatt der Bäderbehandlung, die JÜRGENSEN methodisch empfiehlt, wendet Votr. hydropathische Einwickelungen an. Kinder vertragen die Bäder gut. In der Frage der Antipyretica warnt BUCHWALD vor dem Pilocarpin wegen der starken Säfteverluste durch den Schweiß, verwirft das Antifebrin als schweres Blutgift, die Salicylate wegen der Gefahr des Collapses. Das Chinin dagegen ist in Dosen von 1½ Grm. unschädlich und empfehlenswerth. Als Excitans ist gegenüber dem Aether, der, subcutan eingespritzt, Hautbrand verursachen könne, Kampher am besten. Die Pharmakopoe enthalte es im Verhältniß von 1 : 4 und 1 : 9 Ol. Olivar. Man überschreite nicht 1 Grm. pro Tag. Von sonstigen Mitteln sind zu empfehlen: Das Coffeinum natro-salicylicum, die Tinctura Opii benzoica, Liqueur Ammonii anisati, das Jodammonium.

HENKE: Ueber Pneumokokkenendokarditis.

Die besondere anatomische Form für die Endocarditis pneumococcica ist nach KERSCHENSTEINER eine Mittelform zwischen ulceröser und verrucöser Endokarditis. Sie ist ausgezeichnet durch mächtige Vegetationen, ferner durch die Neigung zur Erweichung. Drei eigene Fälle liegen den Ausführungen H.'s mit zugrunde. In allen wurden kapseltragende Pneumokokken im Empyemiter und an den Herzklappen gefunden. Die geringe Verschleppung von Pneumokokkenmaterial, die KERSCHENSTEINER angibt, kann von H. nicht bestätigt werden. Der Verlauf der Endokarditis ist ein rascher. Alte Herzerkrankungen bilden ein disponirendes Element. Unter den allgemein schädigenden Einwirkungen steht Potatorium an erster Stelle. Die Diagnose wird häufig wegen der schweren allgemeinen Erscheinungen der Sepsis nicht gestellt. Die Pneumokokken sind Eitererreger, Septikämieerreger. Therapeutisch kommt für die Zukunft vielleicht einmal ein gegen die Pneumonie gefundenes Immuneserum in Betracht.

Notizen.

Wien, 13. Juli 1901.

(Wiener Aerztekammer.) In der Kammersitzung am 9. Juli wurden u. a. folgende Gegenstände in Verhandlung gezogen: Einem Antrage der mährischen Kammer, den nächsten Aerztekammertag nicht im Herbst 1901, sondern im nächsten Sommer einzuberufen und ein Comité, bestehend aus den Präsidien der mährischen, niederösterreichischen, westgalizischen und Wiener Aerztekammer, mit der Ausarbeitung der Anträge zur Abänderung des Aerztekammergesetzes zu betrauen, wird zugestimmt. — Auf eine Anregung des ärztlichen Vereines des X. Bezirkes wegen Unternehmung von Schritten um Zuerkennung von Zeugengebühren für die als Zeugen zu Gericht geladenen Aerzte wird wegen der Aussichtslosigkeit, eine Abänderung des § 383 St.-P.-O. durchzusetzen, nicht eingegangen. Der Verein wird jedoch ersucht, Fälle besonderer Inanspruchnahme von Aerzten als Zeugen der

Kammer behufs Abstellung eventueller Mißbräuche bekannt zu geben. — Einem magistratischen Bezirksamte wird eine gutachtliche Aeußerung über das Ansuchen eines Augenarztes Dr. V. F. um Ertheilung einer Lizenz zum Verkaufe seines mit einem Motto versehenen Bildnisses zum Preise von 1 K in seinem Ordinationszimmer dahin abgegeben, daß das beabsichtigte Vorgehen des betreffenden Arztes als ein besonders markt-schreierisches anzusehen und daher standesunwürdig ist. Es wird daher die Abweisung des Ansuchens beantragt, umso mehr, als auch im Falle der Genehmigung gegen den Verüber einer derartigen Reclame ehrenrätlich eingeschritten werden müßte. — Eine von der Statthaltereii verlangte Aeußerung über die Hintanhaltung der Irreführung von Spitalsorganen durch angeblich unrichtige Angaben der praktischen Aerzte auf den Spitalsanweisungen wird unter energischer Zurückweisung der aus diesem Anlasse erhobenen Beschuldigungen dahin abgegeben, daß die praktischen Aerzte nicht immer nur dem Momente der Heilbarkeit bei Spitalszuweisungen Rechnung tragen können, sondern sehr häufig aus hygienischen und sanitären Gründen nicht nur im Interesse der Kranken, sondern auch seiner Umgebung auf die Unterbringung desselben in einem Spitale dringen müssen. Als einzige Abhilfe wird der Regierung wiederholt die Vermehrung der Spitäler und Siechenhäuser empfohlen und bemerkt, daß die Kammer, wenn es zu den den Aerzten angedrohten Strafmaßregeln wegen Ausstellung angeblich unrichtiger Spitalszettel kommen sollte, den kammerangehörigen Aerzten empfehlen würde, die Ausstellung von Spitalszetteln, zu der sie durch kein Gesetz verpflichtet seien, zu unterlassen. — Nach einem Referate des Comités für die Ambulatorienfrage wird die Aussendung von Fragebögen an die in Betracht kommenden Anstalten und an eine Anzahl von Aerzten beschlossen. Die beantworteten Fragebogen sollen vom Comité in einem Elaborate zusammengestellt werden, welches einer zur Beratung der Ambulatorienfrage einzuberufenden Enquête als Discussionsgrundlage dienen soll.

(Der 29. Deutsche Aerztetag) hat unter zahlreicher Beteiligung am 28. und 29. Juni zu Hildesheim stattgefunden. Man berichtet uns über den Verlauf seiner Verhandlungen Folgendes: Das wichtigste Ergebnis des heurigen Aerztetages war die Zustimmung der Gesamtvertretung der Deutschen Aerzteschaft zur gewerkschaftlichen Organisation. — Die Curpfuschereicommission wies darauf hin, daß die Curpfuscherei viel weiter verbreitet sei, als von den Behörden angenommen werde. Ein Redner meinte, es empfehle sich, die Curpfuscher in öffentlichen Verhandlungen zu bekämpfen, ein anderer rieth, in geeigneten Fällen die Presse in Anspruch zu nehmen. Der Aerztetag beschloß, den Ärztekammern und Aerztevereinen die Errichtung örtlicher Curpfuschereicommissionen vorzuschlagen. — In Hamburg soll eine Auskunftsstelle für Niederlassung von Aerzten im Auslande und zum Nachweise von Schiffsarztstellen errichtet werden. — In Bezug auf die Neuordnung der Organisation des Aerztevereinsbundes ist zu erwähnen, daß an die Spitze einer in Berlin zu creirenden größeren Geschäftsstelle ein besoldeter Arzt als beamteter Generalsecretär treten und von einem rechtskundigen Beirathe unterstützt sein wird. — Der Deutsche Aerztetag beauftragte ferner den Geschäftsausschuß, eines seiner Mitglieder zu delegiren, an der Verwaltung der Unterstützungscasse des wirthschaftlichen Verbandes der Aerzte Deutschlands in Leipzig theilzunehmen. — Ein Antrag, an die Reichsregierung das Ansuchen zu stellen, daß Personen mit dem schweizerischen Maturitätszeugniß auch nicht ausnahmsweise zum Studium der Medicin zugelassen werden und nicht immatriculationsfähigen Personen der Besuch der Kliniken verwehrt sei, wurde angenommen. — Das Verhältniß zwischen Aerzten und Unfallversicherungsgesellschaften hat sich allenthalben friedlich gestaltet. — Zu erwähnen sind schließlich noch die Referate über die Gutachtenfrage.

(Personalien.) Professor Dr. O. CHIARI und Docent Dr. S. HAJEK sind zu correspondirenden Mitgliedern der Berliner laryngologischen Gesellschaft ernannt worden. — Der Hausarzt der Theresianischen Akademie, Profeß des Ordens der Barmherzigen Brüder AEGYDIUS FRANZ MICHALEK hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(Habilitation.) Dr. RUDOLF KRAUS hat sich als Privatdocent für allgemeine und experimentelle Pathologie an der Universität in Wien habilitirt.

(Denkmäler.) Am 7. d. M. wurden im Arkadenhofe der Universität die Denkmäler für Prof. Dr. JOHANN Freih. v. DUMREICHER und Prof. Dr. ADALBERT DUCHEK feierlich enthüllt. Bei diesem Anlasse fand im Festsale eine Gedenkfeier statt. Die Festreden hielten Prof. Dr. ANTON Freih. v. EISELSBERG und Hofrath Dr. A. E. v. VOGL.

(Aus dem niederösterreichischen Landtage.) Dem n.-ö. Landtage liegt ein Bericht des Landesauschusses vor, betreffend Verhandlungen mit der Regierung wegen Abtretung der Landesirrenanstaltsarea im IX. Bezirke zum Zwecke des Neubaus der medicinischen Unterrichtskliniken. Nach dem mit der Regierung vereinbarten Vertragsentwurfe wird die Irrenhausrealität von der Regierung um den Betrag von 13,000.000 K abgelöst. Der Landesauschuß beantragt, einen andern geeigneten Grundcomplex zur Unterbringung je einer Heil- und Pflegeanstalt für zusammen 2000 Geistesranke zu erwerben und den zum Grundankauf und zur Baueinleitung erforderlichen Betrag dem oberwähnten Kaufschilling zu entnehmen. Die Abtretung der Realität erfolgt unter gleichzeitiger Lösung der Gebäranstaltsfrage. Die beiden geburtshilflichen Kliniken werden von der Landes Gebäranstalt abgetrennt.

(Jahresbericht des St. Josef-Kinderspitals in Wien.) Dem ärztlichen Jahresberichte des genannten Spitals, den Primarius Dr. JOSEF HEIM in der Generalversammlung des St. Josef-Kinderspitals-Vereines erstattete, entnehmen wir, daß daselbst im Jahre 1900 18046 Kinder theils ambulatorisch, theils im Spitale behandelt wurden. Die Mortalität der Pat. betrug 11.6%, seit dem 60jährigen Bestande des Spitals der günstigste Procentsatz. An Diphtherie wurden 246 Kinder, sämmtlich mit Heilserum behandelt; die Mortalität betrug 14.5%.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Die medicinischen Einrichtungen unserer Stadt sind um eine neue vermehrt worden, welche den merkwürdigen Titel führt: „Institut für russische Consultationen.“ Das neue Institut will den Zweck verfolgen, den vielen alljährlich nach Paris kommenden Russen, welche Berliner Aerzte consultiren wollen und der deutschen Sprache nicht mächtig sind, als Führer und Berather zu dienen.

(Narkose mit Musik.) Der Zahnarzt DROSSNER in Paris beobachtete bei seinen Narkosen mit Lachgas, die er behufs schmerzfreier Extraction von Zähnen vornahm, daß die Hallucinationen der betreffenden Patienten zumeist schreckhafter Natur waren. Er führte dies auf die verschiedenen unangenehmen Gehörseindrücke zurück, welche die zu Narkotisirenden in den Narkoseschlaf hineingeleiten und die, wie z. B. Wagengerassel etc., in der Großstadt unvermeidlich sind. Diese Gehörseindrücke sollen bei den Kranken während der Narkose Angstvorstellungen, so die Vorstellung von Ueberfahrenwerden, hervorzurufen geeignet sein. DROSSNER versuchte nun, jene unangenehmen Gehörseindrücke durch harmonische Töne zu ersetzen, indem er aus einem Phonographen mittels eines Schlauches Melodien geradewegs in das Ohr seiner Patienten leitete. Die Wirkung soll eine ganz vorzügliche sein. Eine Bestätigung dieser Annahme ist darin zu finden, daß der Physiologe LABORDE davon bereits der Académie de Médecine Mittheilung gemacht hat. Die Lachgaswirkung führt im Vereine mit dem musikalischen Gehörseindrucke vollkommene Anästhesie herbei. Einzelne Kranke erwachten sogar mit der angenehmen Vorstellung, sich soeben ganz vorzüglich unterhalten zu haben.

(Ein nachdrückliches Spuckverbot) hat der Stadtrath von New-York erlassen. In den Straßenbahnwaggonen von New-York wurden — wie die „Monatsschr. f. Gesundheitspflege“ meldet — in jüngster Zeit Schilder mit folgendem Texte angebracht: „Spucken auf den Boden dieses Wagens ist eine Gesetzesverletzung, die mit 500 Dollars Geldstrafe oder 1 Jahr Gefängniß oder mit beiden dieser Strafen geahndet werden kann. Die Gesundheitsbehörde.“

(Statistik.) Vom 30. Juni bis inclusive 6. Juli 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6737 Personen behandelt. Hievon wurden 1513 entlassen; 153 sind gestorben (9.1% des Abganges). — In die-
em Zeiträume

wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 39, egypt. Augentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 41, Scharlach 120, Masern 192, Keuchhusten 15, Rothlauf 28, Wochenbettfieber —, Röheln 1, Mumps 16, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 548 Personen gestorben (— 60 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In St. Pölten der Zahnarzt Dr. II. MAYER; in Feldhof bei Graz der Stabsarzt i. R. Dr. DAGOBERT UNGAR, 52 Jahre alt; in Graz der Secundararzt I. Cl. des dortigen allgemeinen Krankenhauses Dr. JOSEF MALEK; in Prag der praktische Arzt Dr. HEINRICH GRENZNER, im 56. Lebensjahre; in Budapest der Assistenzarzt des Rochusspitals Dr. JOSEF BARBSÁS.

Fersan. Districtsarzt Dr. WILH. MEITNER in Wostitz, welcher Fersan hauptsächlich auf dessen appetitanregende Wirkung hin untersuchte, faßt seine Resultate („Aerztl. Centr.-Ztg.“, 1901, Nr. 3 und 4) dahin zusammen, daß das Präparat ein absolut reizloses Eiweißnahrungsmittel ist, daß es zugleich ein Eisenpräparat ist von besonders leichter Resorption und ein Nerventonicum mit guter, appetitanregender Wirkung. Dr. MEITNER gab „Fersan“ zur Bekämpfung chlorotischer Erscheinungen, zur Behebung von Menopausen und Menstruationsanomalien, bei anämischen Schwächeständen seniler Individuen, bei anämisch-rachitischen Kindern, bei Tuberculose und Hysterie mit gleich gutem Erfolg.

In allen Fällen konnte ein Schwinden der subjectiven Beschwerden und eine objective Hebung des Allgemeinbefindens constatirt werden.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI'S
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferung.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Kufeke's Kindermehl

Verhütet und beseitigt Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc.

Arztl. Litteratur u. Proben gratis u. franco von der

Bergedorf- FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL in Wien
Hamburg. **R. KUFEKE** I., Nibelungengasse 8.

Aussée

Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“
für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten.
(Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER.
(Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

BEAD

SAUERBRUNN

Prospecte durch den Director.
Südbahnstation: Pölschach.
PRACHTVOLLER
SOMMERAUFENTHALT

Bewährte Heilstätte für Nieren-, Leber- u. Nierenleiden, Zuckerharnruhr, Gallensteine, Nerven- u. Kehlkopfkatarrhe, etc.

LARGIN

86 Name geschützt. — Patentschutz.

Hervorragendes Antigonorrhoeicum.

Hochgradige baktericide Eigenschaften. Keine Reizerscheinungen.
Vide Arbeiten aus dem bakteriologischen Institute von Prof. Weichselbaum und aus der Klinik von Prof. Finger.
Wiener klin. Wochenschrift, 1898, Nr. 11 u. 12, u. Wiener Med. Presse, 1899, Nr. 44.

Globon

Name geschützt. — Patentschutz.

Eiweiss-Nahrungsmittel.

Das Globon übertrifft an Nährwerth alle ähnlichen Präparate.
Vide Arbeiten aus Prof. Frühwald's Klinik, Wiener klin. Rundschau, 1899, Nr. 45, und Dr. Kronfeld, Wiener med. Wochenschrift, 1899, Nr. 44 und 45, aus Prof. Stoffella's Klinik, Aerztl. Central-Ztg., 1900, Nr. 19, und Dr. Meitner, Wiener med. Blätter, 1900, Nr. 30.

Wiener chemische Werke von Dr. Lillienfeld & Co., Wien XVII/1.



Farbennfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.
Pharmaceutische Abteilung.

Jannigen.

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.
Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Nedonal.

Neues Hypnoticum,
absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spez. Ind.: nervöse Agrypnie.
Dos.: 1 1/2—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysmata.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Beste Ersatz für Salicylate. Frei von üblen Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend.
Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat,
geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich.
Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.
Dos.: 5—10% Salben.

Heroin. hydrochl.

Protargol

Aristol

Creosotal

Jodothyirin

Lycetol

Eisen-Somatose

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat., der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die psychische Beeinflussung als unterstützendes Moment bei der Behandlung Ohrkranker. Von Dr. A. EITELBERG in Wien. — Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium-sulfoichthyolicum, combinirt mit Creosotum carbonicum. Von Dr. HUGO GOLDMAN. — **Referate.** HERMANN HEINKE (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache bei Perforationsperitonitis. — W. A. WOROBJEW (Moskau): Zur Frage über die Aetiologie der Herzfehler. — HONSELL (Tübingen): Ueber Spontanheilung des Genu valgum. — FITTIG (Breslau): Ein Fall von scheinbar primärem Cancroid der Ulna. — SIMMONDS (Hamburg): Ueber Hirnblutung bei verrucöser Endocarditis. — G. BIKELES (Lemberg): Ein Fall von oberflächlicher Erweichung des Gesamtgebietes einer Arteria fossae Sylvii. — HERMES (Berlin): Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz. — ABBA und RONDELLI: Weitere, behufs Desinfection von Wohnräumen mit dem FLÜGGE'schen und dem SCHERING'schen (combinirten Aesculapapparat) formogenen Apparat ausgeführte Versuche. — KULLMANN (Kreuznach): Ueber Pleuritis pulsans. — Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald. CARL RITTER: Die Behandlung der Erfrierungen. — **Literarische Anzeigen.** Die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose. Von Prof. S. v. BASCH. — Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation. Von Dr. JOSEF TRUMPP, Privatdocent an der Universität München. — **Feuilleton.** Das „Haus der Barmherzigkeit“ in der Antonigasse zu Wien. — **Kleine Mittheilungen.** Die Behandlung der Paralysis agitans mit Hyoscininjectionen. — Brechdurchfall. — Zur Wirkungsweise des Strychnin auf Rückenmark und peripherische Nerven. — Der Einfluß der in der Hypnose suggerirten Emotionen auf Puls und Athmung. — Zur Herabsetzung der Gefahren der Aethernarkose. — Zur Behandlung des Frühjahrskatarrhs. — Ueber die therapeutische Wirkung ARSONVAL'scher Ströme. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 19. *Congreß für innere Medicin in Berlin.* Gehalten zu Berlin, 16. bis 19. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) XI. — 30. *Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) X. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die psychische Beeinflussung als unterstützendes Moment bei der Behandlung Ohrkranker.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

Daß der Gegenstand, an den ich mich jetzt heranwage, besonders heikler Natur ist, bin ich mir vollkommen bewußt. Man bewegt sich da fortwährend knapp am Rande eines gefährlichen Abgrundes. Ein kleiner Fehltritt, und stracks liegt man mit zerschmettertem Verstande in der unheilgrinsenden Schlucht des Mysticismus. Glücklicherweise mangelt mir jedwede Fähigkeit zur Lösung von Problemen aus der vierten Dimension. Ich glaube nicht an die Telepathie und Telekinesie, wie sie so eingehend von PARACELSUS und Anderen geschildert wurden und heute wieder unter hiezu veranlagten Geistern zahlreiche Anhänger finden. Ja, selbst die Hypnose und Suggestion, von deren Wirkung ich mich mehrfach persönlich überzeugen konnte, würde ich niemals oder doch nur äußerst selten in Gebrauch ziehen. Sie sind bloß bei unhaltbaren Charakteren anwendbar, und es würde mir ein peinliches Gefühl verursachen, moralisch schwachen Individuen geradezu den letzten Rest ihrer Menschenwürde zu nehmen, indem man sie zu folgsamen Thieren erniedrigt. Lieber noch mögen körperliche Leiden ertragen werden, als daß man sich gänzlich der Vernunft begibt.

Indeß, ich will durch eine Geschichte, die ich einer gegenwärtig freilich nicht sehr beliebten Quelle, dem Talmud, nacherzähle, die Grenze markiren, bis zu der ich überhaupt gehe. Zu einem weisen Rabbi im Reiche Juda kam eine

Frau, um sich einen Traum „auslegen“ zu lassen. Man braucht sich darüber nicht baß zu verwundern, zumal die Traumdeuterei auch noch in unseren Tagen ziemlich fleißig gepflegt wird; nur daß sie sich gewöhnlich in Zahlen ausdrückt, welche genau in den Rahmen des kleinen Lotto sich einfügen. Der Frau also hatte geträumt, daß der Balken, welcher die Zimmerdecke trug, gebrochen und diese daher eingestürzt war. Da der Rabbi zufällig abwesend war, übernahm dessen erster Schüler die schwierige Aufgabe — man weiß, wie gerne zuweilen junge Gelehrte Professor spielen. „Arme Frau,“ meinte er, „dir steht ein schwerer Schicksals-schlag bevor. Unter dem Balken kann wohl nur der Träger der Familie begriffen sein. Der Balken barst — dein Mann wird sterben.“

Als dem heimkehrenden Meister von dem Vorgange, der sich mittlerweile abgespielt hatte, Kunde ward, schalt er entrüstet den voreiligen Jüngling aus: „Du hast deine Seele mit einem Morde beladen, deinem Vorwitz wird ein Menschenleben zum Opfer fallen!“

Der weise Rabbi hatte Recht. Ich kann mir die weitere Entwicklung ganz gut vorstellen. Die unglückliche Frau irrte trübsinnig im Hause umher. Dem Manne mußte es natürlich bald auffallen, und er drang in sie, ihm ihren Kummer zu entdecken. Aus leicht zu errathenden Gründen hat sich die arme Frau lange dagegen gesträubt. Schließlich wird sie es unter einem Strom von Thränen aber doch gethan haben. Damit war das Los dieser Familie besiegelt. In jenen Zeiten stand das Wissen in höchstem Ansehen — das köstliche Wort „Bildungsprotz“ war damals noch nicht geprägt. Der Ausspruch eines Gelehrten galt schier als heilig. Auch ist nicht anzunehmen, daß der Mann, dessen Frau dem Traume eine so außerordentliche Bedeutung beimaß,

selbst ein großer Denker und über den Aberglauben sehr erhaben gewesen sein dürfte. Vielmehr wird sich der Stachel ihm tief in die Seele gebohrt haben. Er begann zu kränkeln, bis eines Tages sein gepeinigtes Herz für immer stille stand.

Mag sich nun die Geschichte in der That ereignet oder mag sie ein geistreicher Kopf bloß erdichtet haben, unter allen Umständen birgt sie einen tiefen Sinn. Man wird auch schon gemerkt haben, wohin ich zielte, als ich sie hier reproducirte: ich wollte auf die Macht hinweisen, welche uns über das Gemüth zu Gebote stehen kann. Allein, wir brauchen gar nicht ins graue Alterthum hinabzusteigen, um derlei Lehren heraufzuholen, bietet sie uns doch in Fülle das alltägliche Leben.

Im Jahre 1889¹⁾ habe ich einen Fall mitgetheilt, die Frau eines Collegen betreffend, in welchem es durch die unüberlegte Aeußerung eines Arztes beinahe zu einer ähnlichen Katastrophe, nur auf dem noch schrecklicheren Wege eines Selbstmordes gekommen wäre. Die Dame hatte einen renommirten Ohrenarzt wegen ihres Ohrensausens consultirt und von ihm den wenig tröstlichen Bescheid erhalten, daß sie dieses kaum je verlieren würde und sich damit abfinden müßte. Die hochgradig hysterische Frau war durch diese Auskunft wie vernichtet und eines Nachts öffnete sie ein Fenster ihrer im dritten Stock gelegenen Wohnung, um durch einen tödtlichen Sprung sich von dem unerträglichen Leiden zu befreien. Nur die rasche Intervention des Gatten hatte noch die Ausführung dieses traurigen Entschlusses zu hindern vermocht.

Dieser Vorfall lebte in meiner Erinnerung frisch auf, als neulich so überaus gründliche Studien über die Grossesse imaginée, nur leider, wie mir schien, an unrichtigem Orte zu lesen waren. Denn auch unsere Patientin hatte eine gleiche Enttäuschungsperiode durchzumachen gehabt. Sie besuchte mich gerade während ihrer „interessanten Zeit“, theilte mir mit berechtigter Freude — sie hatte ein Dutzend Jahre auf dieses so heißersehnte Ereigniß warten müssen — mit, daß sie bereits die Kindsbewegungen spüre, und ich beeilte mich, ihr zu gratuliren. Eifrig arbeitete man an der Ausstattung des jüngsten Bürgers — auf einen solchen wurde mit oder ohne SCHENK gehofft. Auch der Leibesumfang der Mutter in spe ließ einen solchen erwarten. Als dann der feierliche Moment, der sich durch Wehen angekündigt hatte, endlich herannahte, wurde schleunigst eine Hebamme herbeigerufen. Diese fand aber ein Haar in der Suppe, ihr kam die Sache nicht geheuer vor, und sie bestand darauf, daß auch ein Arzt dem entscheidenden Acte beiwohne. Und der einfache Praktiker hatte es auch zu Wege gebracht, eine „Fantom-Schwangerschaft“ zu diagnosticiren. Die vorbereitete Wiege und Säuglingswäsche gingen später in Hände über, die ihrer dringender bedurften. Ich habe von dem Zwischenfall in meiner damaligen Publication keine Notiz genommen, weil mich bei einer hysterischen Person nichts zu überraschen vermag.

Man braucht kein Menschenkenner ersten Ranges zu sein, um zu verstehen, daß ein unbedachtes Wort, in eine so labile Gemüthsverfassung geworfen, gleich dem Funken in einem Pulverfasse eine verheerende Explosion hervorrufen muß. Es gelang mir, die Frau von ihrem quälenden Ohrensausen zu befreien. Die Leistung war nicht sehr groß, da man es mit keinem ernsteren Leiden zu thun hatte. Ich bin durchaus kein Nihilist in der Medicin, wenn mir auch die moderne grandiose Fruchtbarkeit an neuen Medicamenten und Heilmethoden nicht im geringsten imponirt. Sind doch die meisten dieser „Errungenschaften“, ehe der Tag sich neigt, ins Meer der Vergessenheit gesunken. Aber bewährte und durch die Erfahrung gefestigte Verfahren habe ich stets aus Ueberzeugung und nicht bloß solatii causa angewendet. So auch in diesem Falle. Nichtsdestoweniger schreibe ich

den erheblicheren Theil des Erfolges dem unterstützenden Momente der psychischen Beruhigung zu. Ich sage absichtlich: unterstützendes Moment. Es war auch nichts weiter. Allein, wäre dieses fehlgeschlagen, so hätte selbst die rationalste Therapie nichts ausgerichtet.

Man muß übrigens nicht meinen, daß nur hysterische oder neurasthenische Individuen unseres gütigen Zuspruches bedürfen, seelenstarke aber desselben entrathen können. Das wäre ein Irrthum. Eingestanden oder nicht, ist jedem Menschen die Gesundheit ein kostbares Gut, dessen Bedrohung die düstersten Schatten über ihn breitet. Auch die Stoiker mochten sich des Lebens und seiner Genüsse erfreuen, sie waren nur bereit, so das erstere unerträglich, die letzteren leer geworden sind, beide kalten Blutes von sich zu werfen. Allein, wie viele Stoiker gibt es denn in unseren, fast einzig dem Materiellen zugekehrten Tagen? Mag indeß einer noch so gleichgiltig die Bahn des Lebens durchschreiten, in dem bedrückenden Gefühle des Krankseins erwacht auch in ihm das Verlangen nach tröstender Menschenliebe. Wer gewohnt ist, die Dinge nicht bloß mit dem physischen Auge zu betrachten, wird den Sinn des NOTHNAGEL'schen Satzes voll erfassen: Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein.

Mir ahnt, daß ich mich eben auf jenem Grat befinde, wo der tödtliche Absturz so nahegerückt ist. Denn ich berühre eine Saite, die nur in gleichgestimmten Seelen mitklingt. Die Menge aber — es sind nicht durchwegs Ungebildete — steht hohnlächelnd zur Seite und zwingt den lauten Spott nur mühsam nieder. Wie soll man sich auch über etwas ohneweiters verständlich machen, das sich weder durch statistische Belege erhärten, noch chemisch analysiren und am allerwenigsten greifen und ad oculos demonstriren läßt? Und doch gibt es bekanntlich zwischen Himmel und Erde noch so Manches, das an denselben negativen Eigenschaften laborirt, aber dennoch existirt. Ist denn das Leben selbst nicht ein solches unter sieben Siegeln verwahrtes Geheimniß? Ob wir es mit PLATO die ewigen Ideen, mit KANT das Ding an sich oder mit SCHOPENHAUER den Willen in der Natur heißen, die Siegel bleiben trotzdem ganz unversehrt. Wir kennen es nur aus seinen Aeußerungen, aber wird es Jemand deshalb abzuleugnen wagen? Unsere Psyche ist eben mit viel feineren Aufnahmsorganen ausgestattet, als sie durch die groben Sinne repräsentirt werden, obwohl diese häufig auch hier die Vermittlerrolle übernehmen. Die Sympathie, welche uns der Eine, die Antipathie, welche uns ein Anderer einflößt, sind derartige unbewußte Kundgebungen der Seele, die — sonderbar genug — zumindest in der Mehrzahl der Fälle das Richtige treffen. Würden nicht in unserer complicirten Gesellschaftsordnung tausend Hindernisse sich dem freien Ermessen entgegenstemmen, so möchte ich keinem Patienten empfehlen, jemals einen ihm unsympathischen Arzt — und wäre dieser noch so geschickt — beizuziehen, und ebenso wenig dem Arzt, einen ihm unsympathischen Kranken in Behandlung zu nehmen. Nicht etwa, weil ich auch nur im entferntesten befürchten würde, daß der eine schlecht aufgehoben wäre, oder der andere seine Pflicht mit geringerem Eifer erfüllen könnte — davon ist gar keine Rede —, sondern aus dem alleinigen Grunde, weil dann jenes wunderbare Fluidum zu vermissen wäre, das von dem einen Beteiligten auf den anderen überströmt, und das zwar nicht die Cur beinhaltet, aber sie bald ungemain zu fördern, bald ebenso zu hemmen imstande ist.

Diese Erwägungen sind beileibe nicht einer überreizten Phantasie entsprungen und am Schreibtisch, an dem schon einige Fabelthiere das Licht der Welt erblickt haben, ausgeheckt worden. Wären unsere Instincte nicht durch eine Civilisation, in der sich Wahrheit und Lüge eng im Raume stoßen, so gründlich verdorben, jene überaus zarten Vibrationen der Seele würden uns unendlich deutlicher zum Bewußtsein kommen. Wer die Richtigkeit des Gesagten bezweifeln sollte, mache einmal, wenn es ihm seine Mittel erlauben, das folgende psychophysische Experiment: Er widme zu irgend einem

¹⁾ Die subjectiven Gehörsempfindungen und ihre Behandlung („Wiener Klinik“, 1889, 7. H.).

wohlthätigen Zwecke eine beträchtliche Summe, die am nächsten Tage in allen Zeitungen mit dem vollen Namen des edlen Spenders ausgewiesen erscheint. Dann wende er einen weit kleineren Betrag einer ohne ihr Verschulden ins Elend gerathenen Familie zu, der er dadurch nicht etwa über eine augenblickliche Verlegenheit hinweg, sondern zur Sicherung einer Existenz verhilft, hüte sich aber, daß außer der Empfängerin Jemand ein Sterbenswörtchen von diesem Acte erfährt. Und nun vergleiche er die Empfindung, welche seine Brust stolz hob, als sein Name durch den journalistischen Blätterwald überallhin vernehmbar erscholl, mit derjenigen, welche ihm das Herz schwellte bei der Erinnerung an die That, welche sich ins prunklose Kämmerlein des eigenen Gewissens öffentlichkeitsscheu geflüchtet hatte. Ist ihm überhaupt die Fähigkeit noch nicht entschwunden, einen solchen Vergleich anzustellen, tönt die Stimme seines Inneren noch glockenrein und hell, so wird er auch sofort herausempfinden, welche Bewandniß es mit den verdorbenen Instincten habe.

Nun wird man — vielleicht sogar kopfschüttelnd — fragen: Was hat das Alles mit der Ohrenheilkunde zu schaffen? Mit dieser an und für sich gar nichts. Sie könnte die höchste Vervollkommnung erreichen und brauchte sich um derlei seelische Subtilitäten keinen Pfüfferling zu kümmern — wenn sie ein abstracter Begriff wäre, nur gleichsam im Aether schwimmen würde. Das thut sie aber bekanntermaßen nicht. Sie ist vielmehr eine Wissenschaft, die nicht nur von Menschen ausgeübt wird — das hat sie ja mit allen anderen Wissenschaften gemein —, sondern was unvergleichlich schwerer ins Gewicht fällt, an Menschen. Natürlich räume ich der Ohrenheilkunde diesbezüglich keine Sonderstellung in der Gesamtmedizin ein, deren einzelne Zweige, insofern sie die Heilzwecke direct tangiren, unter demselben Gesichtswinkel betrachtet werden müssen. Wenn ich mich auf mein Specialfach beschränke, so bloß darum, weil ich mich in andere Fächer, in denen mir eigene Beobachtungen nur spärlich zu Gebote stehen, nicht einmengen will.

Das lateinische Sprichwort: Duo si faciunt idem, non est idem muß man auch dahin commentiren, daß zwei in derselben Sache handelnd eingreifende Menschen auch bei vollkommener Gleichheit ihrer geistigen und manuellen Befähigung noch durch die ungleiche Macht ihrer Persönlichkeit gewaltig von einander differiren können. In dem betäubenden Lärm des Alltags taucht unser so reiches Binnenleben unter die Schwelle des Bewußtseins, wir finden nicht die Muße, sinnend hinzuhorchen, und es bedarf oft einer bis in die tiefsten Tiefen des Gemüthes sich fortpflanzenden Erschütterung, um uns zu dieser seelischen Thätigkeit anzuregen. Nicht die Sprache im allgemeinen, aber meine eigenen Ausdrucksmittel sind in so enge Grenzen gebannt, daß ich, um mich nur halbwegs verständlich zu machen, wieder hinter einem Beispiel Zuflucht suchen muß.

Setzen wir also den Fall, in einer des Wohlstandes und der Behaglichkeit sich bisher erfreuenden Familie habe plötzlich die schwarze Sorge ihr Lager aufgeschlagen: der Liebling der Eltern, an dem sie mit allen Fasern ihres Herzens hängen, sei über Nacht ernst erkrankt. Und jetzt schenke man volle Aufmerksamkeit dem Mienenspiel auf den Gesichtern von Vater und Mutter beim Eintritt des vielfach erprobten Hausarztes ins Krankenzimmer. Wie bisweilen durch dichte Wolken noch ein Strahl der Sonne bricht, so leuchtet unter der tiefsten Niedergeschlagenheit ein Hoffnungsschimmer auf. Der Mann hat schon in so mancher bitteren Stunde Rath gewußt, er wird auch jetzt helfen. Nun denke man sich dieselbe Situation noch einmal, nur daß der altbewährte Hausarzt genöthigt ist, sich durch einen, wenngleich notorisch tüchtigen Collegen vertreten zu lassen. Ich hebe die Tüchtigkeit des Stellvertreters ausdrücklich hervor, denn bei minderer Qualification desselben wäre die Enttäuschung, welche die Eltern empfinden, einspruchslos gerechtfertigt. Den Ausgang

supponire ich unter beiden Bedingungen als günstig. In welcher Lage aber wird die Seele mehr leiden? Ein imponderables Moment freilich, und doch von unberechenbarer Wichtigkeit! Das gequälte Gemüth, der Stütze, an der es sich emporzurichten vermöchte, beraubt, ist den Strapazen der Krankenpflege nicht gewachsen. Und so kann es geschehen, daß das Kind genest, die Mutter aber oder der Vater in Siechthum verfällt oder auch rasch hinweggerafft wird. Ich ziehe da Infectionskrankheiten selbstredend gar nicht in Betracht. Der erfahrene Praktiker sinne eine Weile darüber nach, ob ihm derlei noch niemals vorgekommen ist.

Aber der Vergleich hinkt ja fürchterlich! Erst wird über Sympathie und Antipathie ein Langes und Breites geredet, und am Ende wird auf einen Arzt exemplificirt, der durch jahrelange Leistungen sich das Vertrauen einer Familie erworben hat! Darauf erwidere ich, daß der Arzt nur dadurch in die Möglichkeit versetzt wurde, seine Verdienste in diesem Kreise zu häufen, weil seit den ersten Tagen der Begegnung jene unsichtbaren Fäden sich zu spinnen begannen, welche die Herzen unzertrennlich aneinander knüpfen. Ob die Sympathie oder Antipathie auch jedesmal eine ethisch richtige ist, habe ich nicht zu beurtheilen. Mit der Ethik verkehren wir vorderhand noch auf diplomatisch höflichem Fuße. Wir posaunen ihren Ruhm in alle Windrichtungen hinaus, wahrscheinlich, um sie allen anderen Leuten höchst begehrenswerth erscheinen zu lassen; wir selbst, die wackeren Bläser, stehen ihr kühl bis ans Herz gegenüber.

Den ferneren Einwand, der erhoben werden könnte: „Was hat denn eigentlich die Ohrenheilkunde schon wieder mit diesen Expectorationen zu thun?“, fertige ich kurz mit der Bemerkung ab, daß das Kind, welchem in dem obigen Beispiele eine so wichtige Rolle zugetheilt wurde, möglicherweise an einem gefahrdrohenden und langwierigen Ohrleiden danieder gelegen ist.

Ich schulde noch ein Wort zu jener sonderbaren Bemerkung, daß ein Arzt die Behandlung eines ihm unsympathischen Patienten refüsiren sollte. Gewöhnlich beruht diese „Unsympathie“ auf Gegenseitigkeit und fließt aus dem mangelnden Vertrauen, welches der Kranke dem Arzte gegenüber an den Tag legt — allerdings nicht offenkundig, und nicht für Jedermann vernehmbar. Da das folgende Bekenntniß wohl kaum eine neiderweckende Gloriole um meine Person weben dürfte, will ich es riskiren: Mir lähmt schon das leiseste Mißtrauen Arm und Gehirn, ich fühle mich in meinem Handeln direct behindert und bestrebe mich, je eher, je lieber dieses ungemüthliche Verhältniß in conciliantester Form zu lösen, weil ich die Empfindung nicht loskriege, daß in einem psychisch nebligen Milieu auch der rationellsten Therapie jeglicher Erfolg fernbleiben müsse.

Wenn man den psychischen Einfluß bei den Erkrankungen des Körpers weder über-, noch untertaxirt, so wird man ihn schlechterdings nicht entbehren wollen. Wo unsere Kunst zu helfen vermag, wird sie sich unter seiner Aegide desto glänzender bewähren, und wo das ärztliche Können an seiner äußersten Grenze angelangt ist, wird er wenigstens den Zustand erträglicher gestalten. Und will man eine greifbarere Vorstellung von dem psychischen Einfluß auf den kranken Leib gewinnen, so messe man ihn an seiner Wirkung auf die kranke Seele. Nichts kann diese wieder erheben als ein liebevolles Wort, aus liebevollem Herzen kommend. Und in jedem kranken Körper ist auch die Seele krank. Wie es eine Genialität des Intellectes, so gibt es auch eine solche des Herzens, und man muß über die feinsinnige Nüancirung geradezu staunen, welche die Volksseele in dunklem Drange so folgerecht trifft, indem sie den Helden der ersteren Kategorie Monumente errichtet, denen der zweiten aber Altäre baut. Denn die Wunder, welche ein Genie des Herzens vollbringt, sind auch in der That weltentrückter und an das Erhabenste gemahnend.

Die Gedanken, welche ich an dieser Stelle propagire, beschäftigen mich schon seit einer Reihe von Jahren und in mehreren meiner Arbeiten habe ich ihnen gelegentlich Ausdruck verliehen. Ob sie Beachtung gefunden, weiß ich nicht. Liegen sie doch gar so abseits von der breiten Heerstraße „exacter Forschung“. Nur einmal, so viel mir erinnerlich, wurden sie in einem Referate über meine „Praktische Ohrenheilkunde“ mit der „Mention honorable“ ausgezeichnet. Ich will indeß durch ein Citat aus einer weit älteren Quelle²⁾ die Richtigkeit meiner Angabe erhärten. Dasselbe lautet: „In einer ganzen Reihe von Fällen ist die psychische Beeinflussung von nicht zu unterschätzendem Werthe. Es sind dies zumeist Individuen, welche das Vertrauen zu sich selbst eingebüßt haben, deren Gewissen vielleicht nicht ganz rein ist, und die unter dem drückenden Bewußtsein begangener Jugendsünden, oder in der durch geistige Ueberanstrengung herbeigeführten Nervenzerrüttung einer nicht zu bannenden trüben Stimmung sich hingeben, fortwährend über ihr Ohrenleiden nachgrübeln und es, wie bei einem derartigen Gemüthszustande selbstverständlich, für unheilbar halten, wenn sie auch ärztliche Hilfe aufsuchen. Gelingt es in einem solchen Falle nicht, das Selbstbewußtsein zu heben, die Gemüthsstimmung zu bessern, so ist von keinem wie immer gearteten therapeutischen Eingriffe ein nennenswerthes Resultat zu erhoffen. Gelingt es jedoch — was allerdings nur selten eintritt — die Seelenruhe bei solchen Kranken wieder herzustellen und ihren Muth zu beleben, so wird man u. s. w.“ Und an einem anderen Orte³⁾ theile ich in raschen Strichen eine Krankengeschichte mit, welche das eben Gesagte in klarster Weise illustriert und ihm die reale Unterlage schafft.

Man braucht sich durch den Titel der zuletzt erwähnten Abhandlung nicht beirren zu lassen. Hält man sich nicht an die engrüstige Bedeutung der Termini technici, sondern gönnt ihnen den vollen etymologischen Umfang, so wird die **Behauptung, daß die Mehrzahl unserer Männer neurasthenisch, die Mehrzahl unserer Frauen hysterisch** sei, durchaus nicht übertrieben erscheinen. Das ist aber höchst auffallend in Anbetracht der unbestreitbaren Thatsache, daß gerade die Hygiene eine Höhe der Vollendung erklimmen hat, wie kein anderer Zweig der medicinischen Wissenschaft. Und merkwürdig genug! Just in jenen Gesellschaftsschichten, welche den hygienischen Vorschriften nachleben zu können in der angenehmen Lage sind, begegnet man am häufigsten den Repräsentanten der genannten zwei Typen. Dazu muß man noch der Hygiene den großen Vorzug gegen die Specialfächer anrühmen, daß sie den Menschen nicht parcellirt, sondern — wie es gar nie anders sein sollte — stets als Ganzes ins Auge faßt. Die Schuld kann also unmöglich ihr beigemessen werden. Die Sache erklärt sich viel einfacher. Um vernünftige Rathschläge auch consequent auszuführen, dazu ist ein gefestigtes Wesen erforderlich. Damit aber happert es noch. Die Hygiene wird mit der ihr ohnedies verwandten Ethik ein Schutz- und Trutzbündniß eingehen müssen. Annäherungsversuche werden schon seit längerer Zeit gemacht. Dieser Zweibund wird einmal die Menschheit auf die lichten Höhen echter Glückseligkeit geleiten.

Von den Segnungen einer so vornehmen Allianz werden einstmals auch die Ohrkranken profitiren. Ethische Menschen besitzen auch einen gefestigten Charakter, und der ist bei der Wiederherstellung einer ins Wanken gerathenen Gesundheit oft unerlässlich. Daß wir uns vergeblich mühen, gewisse Ohraffectionen zu bekämpfen, sei ruhig zugegeben — man nenne uns eine medicinische Disciplin, die solcher Schattenseiten bar ist. Aber daß viele Ohrkranke mehr aus eigener Unbeständigkeit als wegen des Unvermögens der Ohrenheil-

²⁾ Bum's Therapeutisches Lexikon, 1. Aufl., 1891, Artikel „Acusticus-affectionen“.

³⁾ De l'influence de la neurasthenie sur les affections de l'oreille moyenne et principalement de l'oreille interne („Archivos internacionales de Rinologia, Laringologia, Otologia.“ Barcelona 1892, Nr. 19).

kunde weiter leiden müssen, steht für mich außer Frage. Meine Lehrmeisterin ist das frisch pulsirende Leben, und keine noch so hochweisen Tüfteleien werden mich ihr abtrünnig machen. Da rennen sie von einem Ohrenarzt zum anderen, bis sie die ganze Kette durchlaufen haben, um dann aufs Neue von vorne zu beginnen. Aber bei keinem sind sie warm geworden, keinem haben sie Zeit gelassen, sich über ihren Zustand recht zu orientiren, ihre Tragfähigkeit kennen zu lernen. Nur dem Unerfahrenen werden diese Reden phantastisch klingen. Der denkende Praktiker weiß ganz gut, daß selbst das gleiche Uebel bei verschiedenen Individuen mit einem ungleichen Maße, wenn auch oft der nämlichen Behandlungsmethode angegangen werden muß. Ja, sogar bei demselben Individuum können an verschiedenen Tagen andere Stimmungen eine abgeänderte Bemessung des in diesem Falle stets geübten Verfahrens heischen. Und wenn im Laufe der Jahre, wie unter sothanem Verhalten gar nicht anders zu erwarten, das Ohrleiden sich immer mehr verschlimmert, wird der armen Ohrenheilkunde in die Schuhe geschoben, was man sich lieber hinter die eigenen Ohren schreiben sollte. Ist es doch eine uralte Sitte — oder vielmehr Unsitte — des Menschengeschlechtes, für seine Fehler unschuldige „Sündenböcke“ büßen zu lassen.

Daß die psychische Beeinflussung uns über so manche fatale Situation hinwegzuhelfen vermag, habe ich am eigenen Leibe erproben können. Vor mehreren Jahren litt ich infolge von Gehirnämie an Platzangst⁴⁾, so daß es mir höchst peinlich war, eine größere freie Fläche passiren zu müssen. Ich hatte das Gefühl, als würde ich das, ohne auf allen Vieren zu kriechen, nie und nimmer zu Wege bringen. Es ist aber doch jedesmal gelungen, und ich brauchte nicht zur Gangart unserer Ur-Urahnen zurückzukehren. In der angezogenen Arbeit berichte ich, auf welche Weise ich mir selbst beisprang. Entweder zankte ich mich gehörig aus, indem ich mir eine maßlos übertriebene Aengstlichkeit unerbittlich vorwarf. Wenn man will, kann man darin eine Suggestion, besser: Autosuggestion erblicken. Aber gegen eine Suggestion, die an den gesunden Verstand appellirt, habe ich nichts einzuwenden. Oder — und dies war das wirksamere Mittel — ich dachte über irgend ein Thema intensiv nach, und so nahm ich regelmäßig das Hinderniß, ohne auch nur ein einzigesmal darüber gestolpert zu sein.

Die Möglichkeit einer psychischen Selbstbeeinflussung ist in der Zweitheilung unseres inneren Wesens wohl begründet. Doch kann ich auf diesen Punkt, der ein rein philosophisches Problem betrifft, hier nicht des Näheren eingehen.

Wir haben bis jetzt den psychischen Einfluß nur soweit in Erwägung gezogen, als er sich vom Arzt auf den Patienten zur Geltung bringt. Denn auch jene Fälle, in denen es gelingt, dem Kranken das verloren gegangene Selbstvertrauen zurückzuerobern, danken ja diese glückliche Wendung auch nur dem gleichen Factor. Bei der Autosuggestion freilich substituirt die intellectuelle Kraft den Arzt in der Herrschaft über das Gemüth eines und desselben Individuums. Allein, es gibt ein Regiment, das nicht so zart wie das ärztliche, und nicht so maßvoll wie das intellectuelle gehandhabt wird, sondern das kalt und grausam waltet. Ich meine das düstere Verhängniß, welches so manches Menschenkind oft nach einem kurzen lachenden Morgen oder gar schon von der Wiege bis zum Grabe hartnäckig verfolgt und dessen Psyche in tiefste Trauer taucht. Wer da glaubt, daß unter solchen Bedingungen selbst beispielsweise bei einem ganz communen Mittelohrkatarrh auch die angemessenste Localbehandlung von dem gewohnten Erfolge gekrönt sein müßte, hat nur höchst strafwürdig nachlässig im Lebensbuche geblättert, oder es war ihm von Hause aus versagt, dessen Runen zu entziffern. Wer hingegen offenen Auges die so mannigfach verschlungenen

⁴⁾ In welcher Beziehung steht die Agoraphobie (Platzangst) zu gewissen Erkrankungen des Gehörganges? („Wiener Med. Presse“, 1900, Nr. 28).

Wege des Schicksales zu überblicken vermag, wird es bald weghaben. daß wir im Frieden der Seele die mächtigste Bundesgenossin, in deren Unruhe die unbezwingbarste Widerpartnerin unserer therapeutischen Bestrebungen gewärtigen müssen.⁵⁾ „Alles fließt,“ sagt HERAKLIT. Man versteht darunter gemeinlich die fortwährende Aenderung und Entwicklung der Formen. Man kann aber dem Texte auch den Sinn beilegen, daß jeder Wissenszweig in seinen äußersten Konsequenzen unausweichlich mit den anderen sich berühren muß, weil alle, welche es zu heißen Anspruch erheben, im unermesslichen Becken der Gesamtwissenschaft zusammenlaufen. Und so gewahren wir denn auch hier einen Contact zwischen der Ohrenheilkunde und der Sociologie, wie wir ihn kaum vermuthet hätten. Schüttet Fortuna in unberechenbarer Laune einmal ihr Füllhorn über eines dieser unglücklichen Geschöpfe aus, so schlägt ihm die Therapie ganz anders an, oder — es bedarf unser gar nicht mehr. Auch diese Ausführungen sind nicht einer krankhaften Phantasie entsprungen, sondern unmittelbar aus dem lauterem Born der Erfahrung geschöpft.

Bevor ich schließe, möchte ich noch ein Moment besprechen, das mit dem behandelten Thema nur in einem lockeren Zusammenhange steht und mehr in das Bereich der „Philosophie des Unbewußten“ zu fallen scheint. Im Grunde ist es aber doch eine psychische Operation, die sich vollzieht, wenn auch ohne die Controle des Intellectes. Ich rede von der „Umstimmung des Gehörorganes“. Ich habe es so bezeichnet⁶⁾ nach des Dichters tiefem Dictum: „Wo Begriffe fehlen, stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein.“ In 2 Fällen konnte ich nämlich beobachten, daß bei Ersetzung der einen Behandlungsmethode durch eine andere, aber ihr unter Berücksichtigung aller Umstände in den speciellen Fällen vollkommen gleichwerthige der bis dahin verzögerte Erfolg wie mit einem Schlage erzielt wurde. Und da ich mir die Erscheinung logisch nicht erklären konnte, habe ich sie wenigstens mit einem schön klingenden Namen ausgestattet. An Analogien indes fehlt es ihr auch in der Ohrenheilkunde nicht. Es ist ein alter Erfahrungssatz, daß bei der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung durchschnittlich ein Medicament nicht länger als beiläufig 6 Wochen angewendet, hierauf jedoch ein anderes herangezogen werden soll, weil unter diesem Regime man der Eiterung noch am ehesten Herr wird. Daß nur der Abwechslung und nicht etwa der verschiedenen Qualität der Medicamente der günstige Umschwung zu danken ist, geht schon aus der Thatsache hervor, daß nicht selten die Sistirung der Otorrhoe mit der Anwendung eines bereits verlassenem und später wieder an die Tour gekommenen Mittels coincidirt. Denn daß man nach einer längeren Pause auf das ältere Mittel zurückgreifen darf, braucht nicht erst ausdrücklich gesagt zu werden. Ich bin übrigens derselben Erscheinung nicht minder bei der acuten eitrigen Tympanitis begegnet. Nur unterliegt man bei dieser leicht einer Täuschung, da in der Regel bereits das zweite Medicament, dem somit der Erfolg aufs Kerbholz gesetzt wird, zum Ziele führt.

Ich bin am Ende meiner Darlegungen angelangt und begnüge mich für diesmal mit den wenigen Gesichtspunkten, die ich hier zu beleuchten versuchte. Es ist eine magere Ernte geworden. Wie reich gesegnet wäre sie hingegen ausgefallen, hätte ich mich vom Dämon Eitelkeit ins metaphysische Dickicht locken lassen! Aber ich habe mich gehütet, den sicheren Boden unter den Füßen zu verlieren, und ich hoffe, daß mir dies gelungen ist. Nicht einmal von der schmerzstillenden Wirkung einer anregenden Unterhaltung mit einem uns sympathischen Menschen habe ich gesprochen, obwohl es niemanden geben dürfte, der nicht aus eigener Anschauung davon zu erzählen wüßte, und habe nur über That-

⁵⁾ Vergl. Praktische Ohrenheilkunde, 1899, pag. 232.

⁶⁾ Einige Bemerkungen zur Symptomatologie und Therapie des Mittelohrkatarths („Wiener Med. Presse“, 1897, Nr. 50).

sachen berichtet, die ich des Oefteren selbst erlebt habe. Ich habe nur Rudimente bieten können, das große gewaltige Thema wartet noch seines Bearbeiters. Und der dieses Werk unternimmt, wird Arzt und Philosoph in einer Person sein müssen. Die innige Verschmelzung der Philosophie mit der Medicin würde der letzteren den unschätzbaren Nutzen bringen, daß ihre „Wahrheiten“ langlebiger werden, als sie es im großen und ganzen zu sein pflegen. Denn die Philosophie, wie ich sie meine, ist keine Wissenschaft wie jede andere, ich rechne sie überhaupt nicht zu den Wissenschaften. Für mich schwebt sie vielmehr hoch über diesen. Sie ist die mächtige Lichtspenderin, welche die weitesten Territorien taghell erleuchtet und sie unserem Blicke gleichzeitig sichtbar macht. Und mit dem weiteren Horizonte weitet sich auch unser Urtheil. Die Philosophie ist die Seele aller Wissenschaften, sie erst bläst ihnen den wahren Lebensodem ein. Nur unter ihrem Schutze können sie sich zur herrlichsten Blüthe entfalten, können sie wachsen und gedeihen.

Die Behandlung

der

Lungentuberculose mit Ammonium-sulfo-ichthyolicum, combinirt mit Creosotum carbonicum.

Von **Dr. Hugo Goldman.***)

Seit 4 Jahren beschäftige ich mich eingehend mit der Anwendung des Ichthyols, combinirt mit dem Creosotal bei Lungentuberculose, und habe über diese meine Versuche und deren Erfolge bereits im Jahre 1898 („Wiener klinische Wochenschrift“, Nr. 35) eine vorläufige Bemerkung erstattet. Es ist mir unbekannt, inwieweit meine damals berichteten Ergebnisse controlirt wurden, ob Versuche angestellt wurden und mit welchem Erfolge.

Jedenfalls aber freute es mich, als mir einige befreundete Collegen Oedenburgs nach Anstellung von Versuchen mit der von mir angegebenen Composition gute Erfolge bei Phthisikern meldeten, was mich womöglich noch mehr anspornte, meine Versuche in noch intensiverer Form anzustellen.

Ich will gleich hierorts bemerken, daß es die verehrliche Ichthyolgesellschaft Cordes Hermann & Comp. in Hamburg war, die mir durch freie Ueberlassung großer Mengen Ichthyols meine Versuche zum guten Theile erleichtert und ermöglicht hat, wofür ich auch hierorts meinen Dank auszusprechen als meine besondere Pflicht erachte.

In Folgendem will ich nun erörtern, warum ich gerade die Combination des Ichthyols und des Creosotals in Anwendung brachte, wobei es mir als unerlässlich erscheint, soweit es in den Rahmen meiner Beobachtungen gehört, beide Medicamente einer kurzen Besprechung zu würdigen.

Beginne ich mit dem Ichthyol — ich verstehe unter diesem Namen bloß stets das am leichtesten resorbirbare Ichthyol-Ammonium-Sulfat —, so kann behauptet werden, daß dieses Präparat sich im Verlaufe weniger Jahre in unserer Pharmacopoe einen bleibenden Platz errungen hat, und daß es heute wohl wenig Aerzte geben wird, die Ichthyol, sei es innerlich oder äußerlich, nicht zur Anwendung bringen. Die von höchst berufener Seite angestellten Versuche sind bei verschiedenen Krankheitserscheinungen positiv ausgefallen, und dies mag wohl der Grund sein, daß das Ichthyol gegenüber anderen neueren Mitteln den ihm zugedachten Platz behaupten konnte, und daß es wohl kaum ein anderes Mittel geben wird, das so vielseitig erprobt wurde und sich quasi eine eigene Literatur geschaffen hat.

Selbst UNNA, gewiß ein Mann von überlegter Denkungsweise, nennt das Ichthyol ein Universalmittel, weil, es so

*) Vortrag, gehalten im Wiener med. Club am 20. März 1901.

vielseitig erprobt, sich stets als brauchbar erwiesen hat. Das Ichthyol wird aus einem bei Seefeld in Tirol vorkommenden Gesteine, das Ueberreste fossiler Fische enthält, gewonnen, stellt eine dickflüssige braune Masse von bituminösem Geruche vor, enthält bis 10% reinen Schwefel und ist in Wasser und Fetten vollkommen löslich.

Es wurde zum erstenmale im Jahre 1883 von UNNA gegen Dermatosen — offenbar wegen seines hohen Schwefelgehaltes — mit bestem Erfolge angewendet und weiter empfohlen. Nach den mit dem Ichthyol angestellten Untersuchungen bezüglich seiner antiseptischen und antibacteriellen Wirkung hat sich ergeben, daß es direct hemmend wirkt auf die Existenz und das Gedeihen folgender pathogener Bacterien: Streptococcus, Diphtherie, Pyogenes aureus und albus, Typhus, Cholera, Milzbrand. Allerdings ist seine Wirkung bei weitem nicht so groß als das anderer Antiseptica, vor denen es jedoch nach Untersuchungen verschiedener Forscher den besonderen Vorzug hat, daß es erstens ohne jede schädigende Wirkung bis 5 Grm. pro die genommen werden kann, und daß es — was vielleicht noch bei weitem mehr hervorgehoben werden muß — den Eiweißzerfall nicht nur nicht erhöht — wie dies andere antiseptische Mittel verursachen — denselben sogar verhindert, weshalb dem Ichthyol von SCARPA der Name eines „Sparmittels“ beigelegt wurde, wovon später noch eingehend die Rede sein soll. Innerlich erzeugt es, bis zu verhältnißmäßig großen Dosen (5 Grm.) genommen, keine Störungen, höchstens anfangs ein übelriechendes Aufstoßen, welches bei weiterem Gebrauche des Medicamentes aufhört oder durch Beigabe entsprechender Corrigeria (Menthol, schwarzer Kaffee) ganz umgangen werden kann. Vor dem Kreosot hat es den entschiedenen Vortheil, daß es vollständig ungiftig ist, daß es, selbst lange Zeit hindurch genommen, die Magenfunctionen gar nicht stört, und daß es auf das Herz ganz ohne Einfluß bleibt, weshalb Ichthyol auch ganz geschwächten Individuen mit schlechter Herzfunction gegeben werden kann, was bei Kreosot wohl sehr in Betracht zu ziehen wäre, zumal bei den bis jetzt beobachteten Vergiftungen mit Kreosot der Tod durch Herzlähmung eingetreten sein soll.

Ein aus dem Kreosot gewonnenes, in seiner Giftwirkung ganz abgeschwächtes Präparat ist das von CHAUMIER in die Medicin eingeführte und besonders gegen Lungentuberculose empfohlene Creosotum carbonicum, kurzweg Kreosotal benannt. Die Wirkungsweise dieser Präparate gegen Lungentuberculose soll später gesondert und eingehend geschildert werden, während wir nun das Ichthyol in seinen weiteren Eigenschaften jedoch lediglich bei interner Application betrachten wollen.

Nach den Untersuchungen, die UNNA über das Ichthyol angestellt hat, erweist es sich als „Reductionsmittel“, da es den Geweben den Sauerstoff entzieht und infolgedessen manche seiner Wirkungen lediglich diesem Umstande verdankt.

In den Körper aufgenommen, ist es vollkommen löslich und wird nach HELMER'S Untersuchungen als Ichthyolschwefel mit 45% durch den Harn und 55% durch die Fäces ausgeschieden. Dabei soll nach den Untersuchungen HELMER'S deutlich hervorgehen, daß ein Theil des Ichthyols direct durch den Harn ausgeschieden wird, ein Theil wird erst nach längerem Verbleiben im Körper durch die Darmdrüsen und weiters durch die Fäces ausgeschieden. HELMER gründet diese Erscheinung, die er durch genaue chemische Untersuchungen nach Ichthyolgenuß an sich selbst beobachtet hat, darauf, daß das längere Zeit anhaltende Vorkommen von Ichthyolschwefel in den Fäces bloß so seine Begründung finden könne. Bewahrheitet sich nun HELMER'S Ansicht auch thatsächlich, so geht aus derselben hervor, daß das in den Körper aufgenommene Ichthyol dortselbst den ganzen Kreislauf mitmacht mit allen Organen, somit auch mit der Lunge in Contact kommt und genügend ausgenützt werden kann. HELMER war es nun, der an sich selbst klarlegte, daß das

Ichthyol den Eiweißzerfall im Körper verhindere. Er beweist dies an der Hand genau berechneter Tabellen. Bei Einführung von Ichthyol nehme der N-Gehalt im Harn und Stuhle ab und somit der Eiweißgehalt, der ja zu dem ausgeschiedenen N in einem stetigen Verhältnisse steht, das von Vort auf 1 N : 6.25 Eiweiß bestimmt wurde.

Diese Eigenschaft des Ichthyols ist also eine sehr ausschlaggebende, umso mehr als wir ja wissen, daß der Eiweißzerfall eine eclatante Schwächung des Körpers hervorruft, und dies umso mehr bei Tuberculösen, die, abgesehen von der sie in hohem Grade schwächenden Krankheit, noch andererseits von einer hartnäckigen Anorexie befallen sind. Gleich HELMER kam auch ZUELZER zu denselben Resultaten und fügte auf Grund seiner Untersuchungen noch die Thatsache hinzu, daß außer der N-Vermindeung auch eine solche des Phosphors statthabe.

Nach NUSSBAUM und UNNA wirkt das Ichthyol ferner gefäßverengend, eine aus seiner Reductionsfähigkeit hervorgegangene Eigenschaft des Präparates.

Aus demselben Grunde wirkt es blutstillend und es soll hiebei dem Tannin an Wirkung gleichkommen.

Durch seine vasoconstrictorische und infolge dessen anämisirende Wirkung erweist sich das Ichthyol als schmerzstillend, antiphlogistisch, für die Resorption von Exsudaten fähig, Eigenschaften, die sich jedoch fast ausschließlich beim externen Gebrauche des Präparates verwerthen lassen.

Die Anwendung des Ichthyol-Ammonium gegen die Lungentuberculose wurde bereits früher von anderer Seite geübt. So war es zuerst UNNA, der das Präparat gegen diese Krankheit anwendete, dann SCARPA in Turin, zugleich mit diesem COHN in Hamburg.

Von allen diesen Forschern hören wir über die Einwirkung des Ichthyols auf den tuberculösen Proceß der Lunge die besten Berichte.

In allen genannten Fällen wurde das Ichthyol-Ammonium zu gleichen Theilen mit Wasser gemengt gegeben. Gegen diese Verordnung muß ich jedoch einwenden, daß sich das Ichthyol in reinem Zustande unbeschadet lange Zeit erhält, daß es aber in diesem Verhältnisse mit Wasser vermengt (aa) nach kurzer Zeit, dem Entstehen von Mikroorganismen nicht widerstehen kann, ein Umstand, der bei der internen Einführung, besonders dort, wo man appetit-erregende Wirkung erhofft, nicht ohne Schaden bleiben kann. Dieser nicht geringfügige Umstand also bestimmte mich in erster Hinsicht, das Ichthyol nicht allein mit Wasser gemengt in Anwendung zu bringen.

Ich ging vielmehr folgendermaßen vor. Ich konnte mir im Laufe der Zeit 3 Patienten ermitteln, die, im fast gleichen Lebensalter stehend, unter den gleichen Verhältnissen lebend, an Lungentuberculose, und zwar an Infiltration beider Lungenspitzen litten. Der Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum der 3 Patienten war mir Gewähr dafür, daß es sich wirklich um tuberculöse Infiltration handeln müsse.

Von diesen Patienten gab ich dem einen Creosot, dem anderen Ichthyol mit Wasser, dem dritten Ichthyol mit Creosotal und verfolgte die Fälle durch Monate hindurch, indem ich zeitweise die Kranken zu mir bescheiden ließ, an ihnen sowohl Untersuchung der Lungen, des Sputums und des Allgemeinbefindens vornahm.

Diese Versuchsreihe ergab mir folgendes Resultat. In allen 3 Fällen stellte sich eine Besserung des Appetites ein, die jedoch beim Creosot am ersten nachließ. Der damit behandelte Kranke klagte über Magenstörungen, weshalb ich in diesem Falle das Creosot in Lösung mit den bekannten JASPER'Schen Creosotpillen vertauschte, ohne jedoch eine Besserung in den Klagen des Patienten herbeiführen zu können. Der mit Ichthyol-Wasser behandelte Kranke klagte bloß über das unangenehme, nach Ichthyol riechende Aufstoßen, was übrigens dem letzten Patienten, der Ichthyol-Creosotal erhalten hatte, nicht ganz erspart blieb.

Das Allgemeinbefinden hatte sich wohl in allen 3 Fällen gebessert, aber nicht so der Lungenbefund. Während ich bei dem mit Creosot behandelten Kranken keine Abnahme der Tuberkelbacillen constatiren konnte, fand ich eine solche bei der Ichthyol-Creosotalbehandlung. In diesem Falle hatten der Husten und die Nachtschweiß ganz nachgelassen und Patient zeigte eine Gewichtszunahme, nach sechswöchentlichem Gebrauche seit Beginn der Behandlung, um $6\frac{1}{2}$ Kilo. Nach fünfmonatlichem Gebrauche war bei diesem Kranken der Lungenproceß ganz erloschen, im Sputum keine Bacillen, und Pat. geht seiner Arbeit ungestört weiter nach. Es sind nun 4 Jahre verlaufen, ich sehe Patienten öfters, er befindet sich wohl, und um mich durch eine etwaige Euphorie nicht betrügen zu lassen, untersuche ich Patienten nach oft langen Zeiträumen, ohne auch die geringsten Symptome einer Tuberculose zu finden. Nachdem ich bei den anderen, auf die vorbezeichnete Art behandelten Kranken nach dreimonatlichen Versuchen keine Besserung in bemerkenswerthem Sinne vorfand, begann ich ebenfalls die Medication mit Ichthyol-Creosotal und konnte bei einem dieser beiden Patienten zu demselben angenehmen Resultate kommen, er gesundete vollends. Der dritte Patient entzog sich durch Verlegung seines Domiciles meinen Beobachtungen.

Wie diese zwei Fälle, so gelang mir das günstige Resultat in gleicher Form bei einer Anzahl von Fällen, die bis heute die Zahl von gegen 150 beträgt.

Es sei hier bemerkt, daß es jedoch bloß Fälle waren, die Infiltrationen besaßen, oder vielleicht auch Cavernen, die ihrer Kleinheit wegen sich der Diagnose entzogen. In allen zur Behandlung gelangten Fällen wurden von mir genaue mikroskopische Untersuchungen auf Tuberkelbacillen vorgenommen und zeitweise behufs Controlle des Krankheitsverlaufes des Oeffteren wiederholt. In einigen Fällen konnte ich sogar elastische Fasern vorfinden, ein Zeichen, daß der deletäre Proceß in den Lungen bereits ein fortgeschrittener war. Fälle mit ausgesprochenen Cavernensymptomen blieben im Status quo und endeten alle letal. Die einzige Besserung betraf anfangs die Hebung des Appetites, doch mußte ich in kurzer Zeit auch auf diesen etwas freudigen Erfolg verzichten. Ebenso widerstanden drei Fälle mit Tuberculosis peritonei et intestini jeglicher Besserung. Nur die Fäces verloren zeitweise ihren widerlichen Geruch, dies war ein allerdings bloß sehr geringer Erfolg, der aber wenigstens den Patienten sich und seiner Umgebung für die noch kurze Lebensdauer erträglich machte.

Bei allen meinen Versuchen war ich fast ausschließlich auf solche Kranke angewiesen, die dem Arbeiterstande angehören und bei denen es leider unmöglich war, die Erkrankten in jenes Lebensregime versetzen zu können, wie es ihr Zustand verlangte und das gewiß schon allein viel zu leisten vermag. Hören wir doch von bewährter Seite die Anstaltsbehandlung rühmen und die Erfolge mit der von mir angegebenen Behandlungsweise stelle ich mir naturgemäß noch besser dort vor, wo die Bedingungen bessere sind als bei Arbeitern, besonders bei Bergleuten, die eigentlich nur selten an Tuberculose als Folgekrankheit ihres Berufes erkranken. Die Tuberculose als Berufskrankheit kommt ja bekanntlich in erster Linie bei Arbeitern mit vegetabilischem Staube, besonders in Cigarrenfabriken, vor. Bei Arbeitern, die mit mineralischem Staube zu thun haben, wohl viel seltener, am wenigsten bei Kohlenbergarbeitern, bei denen die Erkrankung an Lungentuberculose, verglichen mit Arbeitern bei anderen mineralischen Staubarten, auf 1% gesetzt wird. Doch findet dieser gewiß sehr erfreuliche geringe Procentsatz bloß dort die gerechte Anwendung, wo es sich um directe Einwirkung des Materiales handelt. Aber vergessen wir eines nicht. Der Bergarbeiter leidet durch die Einathmung der Staubpartikelchen an Inhalationskrankheiten, zu denen in erster Linie die Pharyngitis gehört. Es gibt fast keinen Bergarbeiter ohne diese Erkrankung, und da ist nun der Locus minoris resisten-

tiae gegeben, um den Tuberkelbacillen, die einzuathmen wir ja leider stets Gelegenheit haben, eine erwünschte Eingangspforte zu eröffnen. Aus diesem Grunde erkrankten mehr Bergarbeiter an Lungentuberculose, obzwar bei diesen der Procentsatz noch immer ein verhältnißmäßig sehr geringer ist.

(Schluß folgt.)

Referate.

HERMANN HEINKE (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache bei Perforationsperitonitis.

H. hat sich die Fragen vorgelegt: Warum verläuft die Peritonitis anders als die Entzündungen anderer seröser Häute, speciell der Pleura? Welche Verhältnisse bedingen den rapiden Verlauf der acuten Peritonitis, und wo ist die Ursache des peritonitischen Collapses, der der Krankheit den charakteristischen Stempel aufdrückt? Der Lösung dieser Fragen ist die vorliegende Arbeit geweiht („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, 1901, Bd. 69, H. 5 und 6). Die Versuche wurden an Kaninchen ausgeführt, die Peritonitis wurde durch Perforation einer Dünndarmschlinge erzeugt. Die Ergebnisse der Untersuchungen lauten: Die Todesursache bei der Perforationsperitonitis des Kaninchens ist eine Lähmung der Centren der Medulla oblongata; diese erstreckt sich in erster Linie auf das Vasomotorencentrum, in zweiter Linie auf das Athmungscentrum. Der Kreislauf zeigt früher auffällige Störungen als die Athmung. Die Athmung erlischt aber früher als der Kreislauf. Die Lähmung des Vasomotorencentrums ist die Ursache der Kreislaufstörung, die im Vordergrund der Erscheinungen steht. Das Herz ist bei dem Zustandekommen der Circulationsstörung unbetheiligt. Die Kreislaufstörung bei der Peritonitis verläuft vollkommen analog derjenigen bei Infectionskrankheiten. Die Lähmung der nervösen Centren ist die Folge der Aufnahme von Bacterienproducten aus dem Peritoneum in das Blut. Die Perforation von Bauchorganen als solche ruft beim Kaninchen in der Regel eine Circulationsstörung hervor.

BR.

W. A. WOROBIEW (Moskau): Zur Frage über die Aetiologie der Herzfehler.

W. hat es unternommen, die Frage zu entscheiden, wie häufig nicht rheumatische, chronische Erkrankungen der Klappen im Vergleich zu rheumatischen Herzfehlern vorkommen („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1901, Bd. 69, H. 5 u. 6). Auf Grund der Angaben der Autoren über die Häufigkeit des Rheumatismus bei an Klappenfehlern Leidenden zieht Verf. zunächst den folgenden Schluß: 1. Die fundamentalsten statistischen Erhebungen dieser Frage basiren durchaus nicht auf einem großen streng wissenschaftlichen Material; 2. die von den verschiedenen Autoren erhaltenen Resultate sind sehr different; 3. auf Grund der angeführten Thatsachen kann die prävalirende Bedeutung des Rheumatismus nur im Vergleich mit anderen Infectionen vermerkt werden, jedoch läßt der Rheumatismus im Allgemeinen sich nicht als die Hauptursache der Klappenfehler annehmen.

Die Resultate der Untersuchungen W.'s können in folgender Weise formulirt werden:

In der Aetiologie der chronischen Klappenleiden spielt der acute Gelenkrheumatismus eine größere Rolle als jede andere Infectionskrankheit einzeln genommen; aber der acute Rheumatismus ist von geringerer Bedeutung als alle möglichen übrigen Momente zusammengenommen.

In allen Lebensaltern bilden die nicht rheumatischen die Hauptmasse aller vorkommenden Endocarditiden.

Es ist höchst wahrscheinlich, daß die meisten nichtrheumatischen Endocarditiden nicht acut begannen, sondern von Anfang an als chronisches Leiden sich entwickelten.

Die Schlüsse W.'s beziehen sich im Ganzen genommen auf die Analyse von 180 Fällen, also ein verhältnißmäßig kleines Material.

BRAUN.

HONSELL (Tübingen): Ueber Spontanheilung des Genu valgum.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, die Fälle von Genu valgum, die auf der Klinik vor Jahren erschienen sind ohne weiter behandelt zu werden, nach Jahren wieder nachzuuntersuchen, um sich über den Verlauf der Krankheit ein Urtheil zu bilden. Wegen äußerer Umstände konnte nur eine geringe Anzahl von Fällen untersucht werden. Verf. fand jedoch darunter einige, welche eine deutliche Besserung und sogar vollständiges Verschwinden der Verkrümmung aufwiesen. Alle Pat. haben ihren alten Beruf beibehalten und haben sich, mit Ausnahme einer kurzen Ruhepause, den Schädlichkeiten desselben auch weiter ausgesetzt.

Da Verf. durch die Nachuntersuchungen zu der Ueberzeugung gelangt ist, daß auch das Genu valgum adolescentium einer Spontanheilung fähig ist, ist er der Meinung („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3), daß die active Therapie des Genu valgum, ähnlich wie dies auch bei Coxa vara in der letzten Zeit geschehen ist, eingeengt werden und sich auf zeitweilige absolute Vermeidung der äußeren Schädlichkeiten, Hebung des Allgemeinbefindens und Kräftigung der Musculatur beschränken sollte. ERDHEIM.

FITTIG (Breslau): Ein Fall von scheinbar primärem Carcinoid der Ulna.

Bei einem anscheinend ganz gesunden Manne entstand nach einem Trauma eine Geschwulst am Vorderarm, welche 6 Wochen nach dem Unfall operirt wurde. Bei der Operation fand sich ein Tumor der Ulna, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Plattenepithelcarcinom erwies.

Um zu erüiren, ob es sich wirklich um ein primäres Knochen-carcinom handelt, wurde der Pat. nochmals sehr gründlich untersucht, und dabei fand man ein kleines exulcerirtes Knötchen auf der linken ary-epiglottischen Falte; die histologische Untersuchung des Knötchens ergab, daß hier auch ein Plattenepithelcarcinom vorliegt. Der früher für primär gehaltene Tumor hat sich also als Metastase erwiesen.

Verf. ist daher der Ansicht („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3), daß man auch in anderen Fällen, wo die Diagnose auf primäres Knochen-carcinom gestellt wurde, sehr skeptisch sein müsse, und, wenn kein genauer Obductionsbefund vorliege, eher berechtigt sei, den Tumor für eine Metastase eines occulten Carcinoms zu halten. ERDHEIM.

SIMMONDS (Hamburg): Ueber Hirnblutung bei verrucöser Endocarditis.

Unter den Erkrankungen, welche gelegentlich zu mächtigen intracranialen Blutungen Veranlassung geben können, ist auch die verrucöse recurrirende Endocarditis zu nennen. S. führt zunächst zwei einschlägige Fälle an („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 22), die als einwandfrei zu bezeichnen sind. In beiden Fällen waren Kinder im Verlauf einer recurrirenden verrucösen Endocarditis an einer mächtigen Hirnblutung ausgeplatteter Hirnaneurysmen zugrunde gegangen. Bacterienhaltiges Material war von den Herzklappen in kleine Hirngefäße gelangt, hatte dort eine Zerstörung der Gefäßwand und Aneurysmenbildung verursacht. Im ganzen theilt S. 7 Fälle mit, wo meist Kinder oder jüngere Individuen, die sonst keine Gefäßerkrankung oder Nierenstörungen hatten, bei denen Lues, Alkoholismus oder andere Intoxicationen in der Anamnese fehlten, im Verlauf einer verrucösen Endocarditis an Hirnblutungen zugrunde gegangen sind. In einem Theil der Fälle war mit Sicherheit, in dem anderen mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß das Herzleiden die Ursache der tödtlichen Hirnblutung war. Aus den Beobachtungen darf man den Schluß ziehen, daß die verrucöse Endocarditis in der Aetiologie der Hirnblutungen häufiger eine Rolle spielt, als meist vorausgesetzt wird.

Bei der überwiegenden Häufigkeit der embolischen Erweichung wird man also bei Auftreten cerebraler Störungen im Verlauf der Endocarditis zunächst immer an Embolien zu denken haben. Nur dann, wenn die Symptome mehr für Hämorrhagien sprechen, mag

man sich dessen entsinnen, daß auch diese im Verlauf der verrucösen Endocarditis und durch diese veranlaßt zur Beobachtung kommen. B.

G. BIKELES (Lemberg): Ein Fall von oberflächlicher Erweichung des Gesamtgebietes einer Arterie fossae Sylvii.

Anatomisch ist beachtenswerth die schon hoch oben eintretende Vermengung von Pyramidenfasern verschiedener Gebiete, der Mangel einer Degeneration eigentlicher Schleifenfasern trotz der so ausgedehnten Erweichung in den Gyri centrales und im Lobus parietalis inferior; Bestätigung der behaupteten Unterbrechung der sensibeln Bahn im Thalamus opticus. Klinisch ist in diesem Falle („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 7) die Thatsache beachtenswerth, daß trotz so ausgedehnter Erweichung doch nur der untere Facialis vollständig gelähmt und der Hypoglossus paretisch war. Es handelt sich aber nicht um einen Herd, sondern um zahllose, hart aneinander liegende Herde, zwischen denen noch gut gefärbte Nervenfasern anzutreffen sind; es ist auffallend, daß diese wenigen Nervenfasern vollständig zur Erhaltung der Function der betreffenden Nerven ausreichen sollten. INFELD.

HERMES (Berlin): Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz.

Die Operation der 22jährigen Patientin ergab („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 23), daß sich zwischen den sich vordrängenden, leicht injicirten Darmschlingen klare, leicht blutig tingirte Flüssigkeit entleerte; der Magen war vollkommen intact; nach Verlängerung des Bauchschnittes konnte man die Blinddarmschlinge abtasten, und, da man hier einen Tumor fühlte, auch dem Auge zugänglich machen; derselbe ließ sich verhältnißmäßig leicht aus der großen Bauchwunde herausziehen und bot nun folgenden Befund: Der Wurmfortsatz ging von der medialen und hinteren Seite des Cöcum aus und war mit seiner erweiterten Kuppe an der Vorderseite des Cöcum verwachsen, so einen in sich geschlossenen Ring darstellend; in diesen Ring war nun eine Dünndarmschlinge hineingetreten und hatte sich eingeklemmt: die Einklemmung ließ sich nicht ohne Anwendung größerer Gewalt lösen; erst nach Abtrennung des distalen Endes des Processus vermiformis von der Vorderseite des Cöcum wurde die Darmschlinge, welche einen deutlichen Schnürring zeigte, frei. Der 9 Cm. lange Wurmfortsatz, dessen Mucosa injicirt und stark verdickt war, zeigte an seinem distalen Ende ein circa halb haselnußgroßes abgesacktes Empyem, welches durch eine auch für eine feine Sonde nicht passirbare Stenose von dem übrigen Wurmfortsatz getrennt war, an der Stelle der Stenose war ein derber, glänzender Narbenring sichtbar. Nach diesem Befunde muß man annehmen, daß die Kranke an einer chronisch verlaufenden Appendicitis gelitten hat; es ist wahrscheinlich, daß an der Stelle der jetzigen Stenose früher ein Ulcus sich befunden hat, daß möglicherweise an dieser Stelle ein Kothstein ausgetreten und in das Cöcum perforirt war; an der Perforationsstelle hat sich dann die Stenose entwickelt und hinter ihr das Empyem. Während dieser Entzündungsprocesse ist allmählig die feste Verwachsung eingetreten und in den so gebildeten Ring ist sodann eine Dünndarmschlinge gelangt und hat sich in ihm eingeklemmt. G.

ABBA und RONDELLI: Weitere, behufs Desinfection von Wohnräumen mit dem FLÜGGE'schen und dem SCHERING'schen (combinirten Aesculappparat) formogenen Apparat ausgeführte Versuche.

Die Verfasser stellen ihre Ansicht über die desinfectirende Wirksamkeit in folgenden Sätzen, die hier auszugsweise wiedergegeben seien, zusammen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, Heft 12/13):

Man erzielt mit dem Formaldehyd nur bei sehr glatten und verhältnißmäßig reinen Oberflächen Desinfection; dieselbe bleibt aus, wo mit bloßem Auge wahrnehmbarer Staub vorhanden ist (? Ref.).

Die Oberfläche von Fußböden, ferner Rahmen, Einfassungen, Gemise etc. werden gar nicht, die Oberfläche von gepolsterten Möbeln, Tuchdecken, Matratzen etc. nur sehr selten und dann nicht gleichmäßig desinficirt. Dasselbe gilt von Wänden, wenn sie sehr rein und lackirt sind; andernfalls werden sie gar nicht desinficirt. Die Desinfection mit Formaldehyd muß in jedem Falle durch Sublimat und Wasserdampf ergänzt werden. Als Nachteile der Formaldehyddesinfection werden angeführt: die lange Dauer derselben, weshalb für arme Leute, die aus inficirten Räumen kommen, besondere Asyle errichtet werden müßten, ferner der Umstand, daß trotz Neutralisirung mit Ammoniak die Formaldehyddämpfe die Räume für längere Zeit unbewohnbar machen und daß die Auslagen für die Desinfection sich bei Anwendung des Formaldehyds angeblich nicht verringern. Ref. kann sich auf Grund eigener Erfahrungen und der vorliegenden Literatur mit den Ausführungen der Verf. keineswegs einverstanden erklären.

Dr. S.

KULLMANN (Kreuznach): Ueber Pleuritis pulsans.

Der veröffentlichte Fall betrifft einen 46jährigen Hausirer, der vor einigen Monaten erkrankt war. Bei der Aufnahme bestand etwas Dyspnoe. Beim Betrachten des Thorax fiel sofort auf („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 21), daß die linke untere Brusthälfte sehr vorgewölbt war, die Intercostalräume links fast ganz verstrichen waren. An der linken Thoraxhälfte sah man eine kräftige rhythmische Pulsation; sehr schwache, jedoch sichtbare Pulsation rechts im dritten Intercostalraume. Dreifingerbreit unter dem linken Rippenbogen erstreckte sie sich von dem zweiten Intercostalraum vorn, vom unteren Scapularwinkel hinten nach unten bis dreifingerbreit unter den linken Rippenbogen, sie war synchron mit dem an der rechten Mammilla fühlbaren kräftigen Herzstoß, jedoch stärker als dieser. Die Percussion ergab links vorne oben und links hinten oben bis zur dritten Rippe, resp. bis zur Höhe des vierten Brustwirbels tympanitischen Schall, die übrige linke Seite völlig gedämpft. Der TRAUBE'sche Raum klang leer. Das Herz war nach rechts verschoben. Links vorne war von der dritten Rippe an nach unten kein Athemgeräusch zu hören. Eine Probepunction in der linken Thoraxhälfte ergab seröses Exsudat. Es wurden durch Punction in der hinteren Axillarlinie im siebenten Intercostalraum 3 Liter seröser klarer Flüssigkeit entleert. Nach der Punction fand sich das vorher nach rechts verschobene Herz an seiner gewöhnlichen Stelle; eine abnorme Pulsation war nicht mehr nachweisbar. Das entleerte Exsudat erwies sich als sehr zellenarm und beim Thierversuch als frei von pathogenen Mikroorganismen. Die abnorme Pulsation blieb dauernd verschwunden. K. erklärt die Pulsation in dem vorliegenden Falle durch die große Spannung des nach oben abgeschlossenen Exsudates bei guter Herzthätigkeit; die Herzbewegungen werden dadurch nach außen auf die Thoraxwand fortgeleitet.

B.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald.

CARL RITTER: Die Behandlung der Erfrierungen.

Die verticale Suspension erfrorener Glieder gilt allgemein als beste therapeutische Methode. RITTER („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 58, II. 1/2) schließt aus seinen klinischen Beobachtungen, daß die venöse Hyperämie demnach den erfrorenen Gliedern keinen Schaden bringt, ja sogar von Nutzen zu sein scheint. Jedenfalls wirkt active, arterielle Hyperämie günstig, und so erklären sich wohl die Erfolge von Jodtinctur, Schneereibungen u. s. w. Am besten aber wirkt die heiße Luft, bei deren täglicher Anwendung von $\frac{1}{2}$ —1 Stunde Dauer im allgemeinen binnen 6 bis 20 Tagen vollkommene Heilung eintrat. Bei allgemeiner Erfrierung bleibt die Suspension zu Recht bestehen, weil da die Fürsorge für das anämische Gehirn die für die erfrorenen Glieder weit überwiegt, und da kann sie lebensrettend wirken.

R. L.

Literarische Anzeigen.

Die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose. Von Prof. S. v. Basch. Berlin 1901, August Hirschwald.

Ein Buch, das wegen seines reformatorischen Grundgedankens, sowie durch die Originalität der Auffassung und Darstellung eines genauen Studiums werth ist.

Der berühmte Verfasser, der sein Leben in unermüdlicher Forscherarbeit der experimentellen Ergründung der Kreislaufpathologie gewidmet hat, tritt in seinem jüngsten Werke mit einem durch viele Jahre emsig gesammelten und sorgfältig gesichteten Krankenmaterial vor den Leser und demonstriert ihm, wie die streng logischen Gedankengänge der experimentellen Pathologie aus dem Laboratorium in die Klinik führen sollen, wie die dort gewonnenen Anschauungsformen sich auch am Krankenbette fruchtbar erweisen können. BASCH krönt sein Lebenswerk, das er mit bewundernswerther Consequenz durchgeführt hat, indem er, unbeirrt durch eine oft verletzende, kurzsichtige Kritik, als exacter Physiker die gestörten Kreislaufverhältnisse an fehlerhaften Pumpmechanismen studierte, sodann die hier gewonnenen Grundsätze auf das von ihm und seiner Schule mit so großem Erfolge bearbeitete Gebiet der Experimentalpathologie übertrug; als Kliniker oder vielmehr als praktischer Arzt bringt er nunmehr seinen Bau unter Dach.

Die jetzt übliche Diagnostik der Herzkrankheiten ist fast ausschließlich bestrebt, die eventuellen anatomischen Veränderungen festzustellen. In die Rumpelkammer der „functionellen“ Störungen wird alles geworfen, was sich nicht grob sinnlich am Secirtische als Läsion des kranken Organes constatiren läßt. Der Entwicklungsgang der Medicin macht es durchaus erklärlich, wenn dem Kliniker die Bilder der pathologischen Anatomie richtunggebend vor Augen schweben. Die biologische Auffassung der Krankheitsprocesse ist eine Reaction, die durch die Uebertreibungen Einzelner zum entgegengesetzten Extrem, zur vollständigen Loslösung von dem Mutterboden der Anatomie führen wollte. Das, was v. BASCH anstrebt, kann man als eine gesunde Biologie bezeichnen. Ihm schwebt am Krankenbette in erster Linie nicht das anatomische Bild des Herzens mit seinen Klappen, den großen und kleinen Gefäßen vor, er hat vielmehr einen arbeitenden Mechanismus vor sich. Er studirt die Fehler desselben, indem er die Störungen seiner Functionen analysirt, die primären und die Folgen, und bestimmt so Art und Sitz des Gebrechens.

Der Grundgedanke ist einfach genug. Außerdem basirt derselbe noch auf einer eindeutigen, zahlenmäßig bestimmbaren Function der Herzthätigkeit, nämlich dem Blutdruck. Die Grenzen des normalen Blutdruckes sind bekannt, die Steigerungen desselben sphygmomanometrisch leicht nachweisbar. Ein dauernder Hochstand des Blutdruckes nun läßt nach B. immer auf ein Stromhinderniß im großen Kreislaufe schließen. Stromhindernisse dieser Art können nur peripherster Natur sein, d. h. sie müssen ausgebreitete Territorien der von den kleinsten Gefäßen gebildeten Netze betreffen. Es handelt sich da nicht etwa um Verstopfungen der Gefäßlumina, sondern um das Bild der „Angiosklerose“, bei welcher die kleinsten Gefäße, und zwar hauptsächlich diejenigen der Baueingeweide, ihre normale Elasticität verloren haben.

Die Angiosklerose stellt das Herz vor eine schwere Aufgabe, welche dasselbe anfangs nur gelegentlich, später dauernd nicht bewältigen kann. In gesetzmäßiger Weise betheilt sich der kleine Kreislauf an den Störungen des großen und des Herzens. Zu den subjectiven Symptomen gesellen sich allmählig objective, zu den rein functionellen Störungen anatomische, woraus sich ein rationelles Eintheilungsprincip ergibt.

Es ist ein eigenartiges Buch. Wir möchten es ein Lehrbuch der angewandten Kreislauflehre nennen.

HERZ.

Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation. Von **Dr. Josef Trumpp**, Privatdocent an der Universität München. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke.

Die vorliegende Broschüre fußt zum Theil auf des Autors persönlichen großen Erfahrungen, zum Theil liegen ihr die Resultate einer internationalen Sammelforschung zugrunde, die der Autor im Sommer 1899 unternommen hat, und an der sich 89 Referenten beteiligten. TRUMPP schickt dem Thema einige historische Vorbemerkungen voraus und bespricht zunächst klar und mit großer Sachkenntniß Technik und Instrumentarium, Dauer der Intubation, eventuelle Kunstfehler und deren Vermeidung. Weitere Ausführungen gelten den unerwünschten Zufällen bei der Operation, der Nachbehandlung, dem gewöhnlichen Verlauf und der Intubationsdauer bei diphtheritischer Stenose etc. Aber auch bei chronischen Larynxstenosen und bei Keuchhusten wurde die Intubation (v. BOKAY, TAUB) mit befriedigendem Erfolg in Anwendung gebracht. Bei durch Fremdkörper erzeugten Stenosen, die durch Einkeilung des Fremdkörpers in die Larynxschleimhaut hervorgerufen werden, kann die Intubation lebensrettend wirken.

TRUMPP steht, wie v. RANKE, auf dem Standpunkt, daß Intubation und Tracheotomie sich gegenseitig ergänzen müssen und nicht rivalisierend einander gegenübergestellt werden sollen. Wenn der Autor zu Gunsten der Intubation aber weiter mit Nachdruck betont, daß „bei der Tracheotomie ein einigermaßen sicherer Erfolg nur dann zu erhoffen ist, wenn wir unter Mitwirkung eines tüchtig geschulten Personales operiren“, daß die Nachbehandlung Tracheotomirter noch viel größere Anforderungen an Geschicklichkeit und Zuverlässigkeit des Pflegepersonales stellt als die Intubation, daß die Decubitus-

gefahr bei der Intubation eher vermieden werden kann als bei der Tracheotomie, so werden manche Fachcollegen von seinen Anschauungen abweichen.

Auf Grund seiner Ausführungen kommt TRUMPP zu folgenden (auf der 71. Naturforscherversammlung formulirten) Thesen:

Jeder Arzt, der allgemeine Praxis treibt, sollte bestrebt sein, sich die Technik der Intubation ebensowohl anzueignen wie diejenige der Tracheotomie. Die Intubation ist unbedingt indicirt, wenn unmittelbare Erstickungsgefahr droht und keine Zeit zur Ausführung der Tracheotomie bleibt; desgleichen sollte sie stets ausgeführt werden, wenn die Tracheotomie verweigert wird. In anderen Fällen ist der Arzt berechtigt, eine Hausintubation vorzunehmen, im Nothfall selbst ohne ärztlichen Permanenzdienst, und zwar wenn der Transport ins Spital undurchführbar ist, wenn die Angehörigen sich für die Intubation entschließen, wenn der Arzt rasch erreichbar ist, wenn sonstige Vorsichtsmaßregeln die größte Sicherheit des Patienten gewährleisten. Die Intubation soll in der Privatpraxis nicht als Spätoperation, sondern möglichst bei noch gutem Kräftezustand der Patienten durchgeführt werden. Die in der Privatpraxis schwieriger durchzuführende Tracheotomie sollte nur dann an Stelle der Intubation treten, wenn die vorgenannten entscheidenden Bedingungen nicht erfüllt sind, dann bei Erfolglosigkeit der Intubation (auch bei Decubitus post. intub. oder häufigem Aushusten der Tube). Wird die Tracheotomie nöthig, so sollte sie bei liegender Tube vorgenommen werden.

Die sehr instructive, mit guten Abbildungen versehene Broschüre verdient das lebhafteste Interesse der Fachleute, und ihr Werth erhöht sich noch durch den Ueberblick, den sie über die vorliegende Literatur bietet.

NEURATH.

Feuilleton.

Das „Haus der Barmherzigkeit“ in der Antonigasse zu Wien.

Wenn irgend eine Institution, so macht die in Wien-Währing (Antonigasse) befindliche ihrem Namen alle Ehre; es ist das im wahrsten Sinne des Wortes ein „Haus der Barmherzigkeit“. Weit über 400 Personen, deren körperlichen Leiden gegenüber die ärztliche Kunst ihre Segel streichen mußte, finden hier, in Ermanglung jeder anderweitigen Unterkunft, liebevolle Aufnahme und Pflege, so daß diese Armen ihre letzten Leidensjahre unter den milden Strahlen der Barmherzigkeit abschließen.

Das ausgedehnte, in einem hochgelegenen Stadtgebiete situirte Gebäude mit seinen Flügeln und Trakten besitzt im alten wie im neuen Theile breite, lichte, meist heizbare Corridore; die verschiedenen Stockwerke sind durch reichlich vertheilte, bequeme Treppen mit einander verbunden. Die großen, durchgehends voll belegten Säle sind hell und freundlich; umso wirksamer gelangen darum die blanken Wände und rein gehaltenen Eichenböden und die Nettigkeit des Mobiliars und der Betten zur Geltung. Ueberall ist die Luft von guter Qualität und selbst in den Isolierzimmern, welche meist mit Krebs behaftete Kranke beherbergen, merkt man nichts von „verdorbener“ Luft.

Herr Sectionschef Ritter v. JAUNER-SCHROFFENEGG, der so gütig war, mich im Hause herumzuführen, ist von der größten Theilnahme für jeden einzelnen Pflegling erfüllt; ihm ist nicht allein die ganze Leidensgeschichte jedes Einzelnen bis ins kleinste Detail bekannt, auch für die socialen und verwandtschaftlichen Beziehungen der im Hause Untergebrachten legt er lebhaftes Interesse an den Tag; wie verklären sich aber auch die Gesichter bei seinem Eintritt! wie dankbar werden seine Erkundigungen entgegengenommen und welche Zufriedenheit hinterläßt er bei den Insassen der Krankenzimmer!

Ordnung und Sauberkeit trifft man hier auf Schritt und Tritt. Es war mir ein willkommener Zufall, daß mein Besuch gerade in die Zeit des „Ausspeisens“ fiel; ich konnte bei der Gelegenheit mich von der Güte der Kost überzeugen — was sich

übrigens auch in dem guten Aussehen der meisten Verpflegten ausdrückte —, sowie auch von dem reinlichen Gebaren; wohlthuend muß es auf Jeden, somit auch auf die Kranken wirken, daß Geschirr und Eßbesteck sofort nach der Mahlzeit im Saale selbst gereinigt wurden und nicht in finsternen Winkeln, oder in sonstigen für eine solche Beschäftigung ungeeigneten Ubicationen. Ueberhaupt gewann man den Eindruck einer tüchtigen administrativen Hand — wohl das Verdienst der Frau Oberin.

Der wohlthätige Einfluß des hier gepflegten religiösen Sinnes ist gewiß ein mächtiger. Mit frommem Gruß wird man empfangen und verabschiedet; fast jeder Saal läßt in eine kleine Kapelle blicken, damit den Vielen, die ihr Lager nicht mehr verlassen können, Gelegenheit zur Andacht gegeben sei; vier große Säle stoßen mit breiten Fenstern direct an die Kirche des Hauses. Frommer Sinn, gute Pflege, liebevolle Behandlung, das sind die wahrhaft wirksamen Mittel, welche hier in reichstem Maße jenen zufießen, deren Leiden der ärztlichen Kunst nicht mehr zugänglich ist. Die Zufriedenheit, welche aus den Gesichtern fast aller Pfleglinge leuchtet, bestärkt uns darin, daß es nur die eben genannten Mittel sind, welche selbst bei den „Unheilbaren“ noch die Empfindung des Glückes ermöglichen, und erklärt zur Genüge, daß hier die Fälle einer gewaltsamen Beendigung des Lebens nicht vorkommen, die wir aus Zeitungsnotizen sonst bei „Unheilbaren“ täglich erfahren.

In diesem Hause kann aber auch klinisches Interesse selbst bei dem erfahrenen Arzte geweckt werden. Die einzelnen Verpflegten recrutiren sich zwar aus Spitälern, von wo sie als unheilbar abgegeben worden; insoferne jedoch die aus den verschiedensten Krankenhäusern als „unheilbar“ Weggeschickten hier zusammentreffen, wird das Haus zu einem Centrum der aller seltensten Affectionen; insbesondere würde der Neuropathologe hier Gelegenheit finden, Krankheitsbilder von einer Fülle und Mannigfaltigkeit studiren, bezw. seinen Schülern demonstrieren und erläutern zu können, wie sonst kaum an einer andern Stätte; dabei würde es den angehenden Aerzten für ihren künftigen edeln und schweren Beruf sehr von statten sein, wenn sie praktisch zu erfahren in die Lage kämen, welche reichliche Mittel uns für „Unheilbare“ noch zu Gebote stehen, wenn sie ebenso wie an dieser Stätte zur Anwendung gelangen.

So viel ist sicher: Jeder wird von dem Besuche dieses „Hauses der Barmherzigkeit“ nur erbaut sein und dasselbe mit Segenssprüchen auf den Lippen verlassen für diejenigen, welche dem Hause ihre hingebungsvolle Thätigkeit weihen, aber auch für die edlen Wohlthäter, welche es ermöglichen und auch ferner ermöglichen, daß im gleichen Geiste hier weiter gewirkt werden könne.

Prof. EDUARD LANG.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Paralysis agitans mit Hyoscin-injectionen** rühmt HILBERT („Die Heilkunde“, 1901, Nr. 3). Die Wirkung dieses Mittels äußert sich in Verminderung des Zitterns und Beruhigung der aufgeregten Kranken. Der allgemeinen Einführung in die Praxis steht die große Giftigkeit des Hyoscin und die sehr verschiedene Empfänglichkeit der einzelnen Individuen gegenüber demselben hindernd entgegen. Man darf nur Bruchtheile eines Milligramms davon einspritzen und muß für jeden Patienten vorsichtig steigend die richtige Dosis ausprobieren. Ein geringes Ueberschreiten dieser kann schon Intoxicationserscheinungen hervorrufen, welche hauptsächlich in rauschartigen, beängstigenden Aufregungszuständen mit Hallucinationen bestehen. Trotzdem empfiehlt H. die Hyoscin-injectionen bei Paralysis agitans, und zwar nicht bloß zur vorübergehenden, sondern auch zu dauernder Behandlung. Zur Beleuchtung seines Verfahrens berichtet H. über einen Fall, bei welchem er Hyoscin 10 Jahre lang ununterbrochen verwendet hat. Die Patientin ist eine 66jährige Frau. Anfangs erhielt sie einen um den anderen Tag, später alle 3 Tage, eine Einspritzung von 0·0003—0·00035 Grm. Hyoscinum hydrochloricum. Danach tritt stets bald eine mehrere Stunden bis etwa einen halben Tag anhaltende Beruhigung und ein Nachlaß des Zitterns, mitunter, zumal wenn die Injection Abends gemacht wurde, Schlaf ein. Der Kräftezustand hat durch die 10 Jahre hindurch fortgesetzten Injectionen nicht gelitten. Eine Steigerung der Dosis ist während der ganzen Zeit nicht erforderlich gewesen.

— Bei **Brechdurchfall** verwendet WITTHAUER („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 23) mit Erfolg folgende Medication:

Rp. Potio Riveri 120·0
Tinct. thebaic. 2·5—3·0
Syr. Papaver. 25·0

In den ersten 4—5 Stunden läßt er stündlich, dann jede zweite Stunde einen Eßlöffel nehmen. Größere Kinder erhalten Potio Riveri und Aq. destill. zu gleichen Theilen mit Tinctura opii tropfenweise, je nach dem Alter.

— Zur **Wirkungsweise des Strychnin auf Rückenmark und periphere Nerven** zeigt BIBERFELD („PFLÜGER'S Arch.“, 1901, Bd. 83, pag. 369), daß Strychnin (beim Menschen) die Erregbarkeit des Tast-, Geruchs- und Geschmackssinnes nicht steigert, sondern eher herabsetzt. Auch die Gesichtsfelderweiterung und Erhöhung der Farbenempfindlichkeit an der Netzhautperipherie beruht nach ihm darauf, daß Reize, welche sonst nur beim „Aufleuchten“ im Dunkeln für die Netzhautperipherie wirksam sind, nach Strychnin auch als Dauerreize wirken. Verf. vergleicht diese Verhältnisse mit der Beeinflussung der spinalen Reflexe durch Strychnin: auch hier sei es ausschließlich Steigerung der Explosibilität und Verlängerung der Thätigkeitsdauer der motorischen Nervenzellen; die sensibeln werden durch das Strychnin nicht beeinflußt. Die Rückenmarkslähmung durch Strychnin ist eine directe, nicht asphyktische, resp. Herzwirkung.

— Den **Einfluß der in der Hypnose suggerirten Emotionen auf Puls und Athmung** erörtert LASURSKI („Mitth. d. kais. Mil. Med. Akad. z. Petersburg“, 1900, Dec.). L. hat an 10 Kranken, die an Hystero-Epilepsie, Hysterie, Veitstanz, nervösem Asthma, chronischem Alkoholismus und Neurasthenie litten, Beobachtungen angestellt. Bei sieben dieser Kranken konnte man nicht nur die verschiedenartigsten Störungen der Gefühls- und Bewegungsnerve, sondern auch suggerirte Sinnestäuschungen etc. herbeiführen. An diesen Kranken hat nun Verf. eine größere Reihe von Experimenten angestellt. Den Kranken wurden vier Empfindungsarten suggerirt: Freude, Kummer, Angst und Zorn. Sämmtliche in tiefer

Hypnose suggerirten Empfindungen wirkten in mehr oder minder hohem Grade auf Puls und Athmung; bei Hypnososen mittleren Grades war dieser Einfluß schon unverhältnißmäßig schwächer. Unter dem Einflusse suggerirter Emotion trat eine mehr oder minder auffallende Beschleunigung des Pulses, sowie in einigen Fällen eine auffallende Veränderung der Form der Pulswellen ein. Diese beiden Merkmale (namentlich das letztere) können somit als wichtiges differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung der tiefen Hypnose von Simulation dienen. Die größte Pulsbeschleunigung trat dann ein, wenn dem Kranken Angst, bezw. Zorn suggerirt wurden. Die Alteration der respiratorischen Bewegungen war nicht so charakteristisch und inconstant. Im Allgemeinen trat Steigerung der Athmungsfunktion ein.

— Zur **Herabsetzung der Gefahren der Aethernarkose**, die durch die starke Speichel- und Schleimabsonderung und die hiedurch bewirkte Schädigung des Respirationstractes bedingt werden, empfiehlt REINHARD („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 11) subcutane Atropin-Injectionen eine Stunde vor Beginn der Narkose, und zwar:

Rp. Atropin. sulf. 0·01
Morph. mur. 0·2
Aq. dest. 10·0
 $\frac{1}{2}$ —1 Spritze voll.

Weniger eingreifend und ganz rationell erscheint ein Verfahren von BECKER, der dem Aether Latschenöl (Ol. Pini Pumilionis) zusetzt, 20 Tropfen auf 200 Grm.; der Aether erhält dadurch einen angenehmen Geruch nach Tannenduft, verliert seinen stechenden Charakter und wird schon aus diesem Grunde lieber eingeathmet. Der Zusatz bewirkt aber vor Allem Herabsetzung der Schleimsecretion der Respirationstrassen. BECKER hat Kranke mit Bronchitis, Lungentuberculose, Emphysem etc. auf diese Weise narkotisirt, ohne je die sonst der bloßen Aethernarkose zugeschriebenen Nachtheile zu beobachten.

— Zur **Behandlung des Frühjahrskatarrhs** empfiehlt PERRET den Nebennierenextract („Die ophthalm. Klinik“, 1901, 5. März). Man muß öfter und hinreichend viel einträufeln, dann gehen sehr bald alle subjectiven Erscheinungen, das Gefühl der Wärme und das Stechen in den Augen zurück; die Secretion vermindert sich, die milchige Trübung, sowie die entzündliche Röthung verschwindet. Auch die Auflagerungen rings um die Hornhaut erleiden eine Rückbildung; nur die Auflagerungen der Lidbindebaut trotzen fast jeder Behandlung und verschwinden fast nie vollständig. Wenn die Behandlung lange genug fortgesetzt wird, ist es möglich, daß auch die Veränderungen an der Tarsalbindebaut günstig beeinflußt werden.

— Ueber die **therapeutische Wirkung ARSONVAL'scher Ströme** berichtet KINDLER („Fortschr. d. Med.“, 1901, Nr. 13). Die Kranken wurden theils einer Allgemeinbehandlung im Solenoid unterzogen, theils local mittels büschelförmiger Entladungen behandelt. War die bei den ersten Versuchen sich zeigende psychische Erregung der Kranken verschwunden, so konnte später weder eine Veränderung des Pulses, noch des Blutdruckes mehr nachgewiesen werden. Nach Ansicht K.'s kann die Wirkung auf die Haut durch jeden genügend starken und lange einwirkenden Hautreiz in gleicher Weise hervorgerufen werden. Behandelt wurden Kranke, welche an Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans und gonorrhoea litten; ferner eine Anzahl von Nervenkranken mit centralen und peripherischen Affectionen, Kranke, welche an Neuralgien, Myalgien etc. litten, ferner Neurastheniker, Hysterien, endlich eine Anzahl Haut-, Herz- und Unterleibskranker. In keinem Falle hat sich ein objectiv nachweisbarer Einfluß der Arsonvalisation auf den Krankheitsproceß nachweisen lassen. Dagegen sind subjective Besserungen, bestehend in Verschwinden von Schmerzen, Parästhesien wiederholt gesehen worden. Bei einigen Fällen von Schlaflosigkeit trat in der auf die Sitzung folgenden Nacht ruhiger, erquickender Schlaf ein. Die Besserungen erklären sich zum Theil dadurch, daß die ARSONVAL'sche Büschelentladung einen starken Hautreiz erzeugt, welcher seinerseits eine Hypästhesie an der betreffenden Hautstelle zur Folge hat. Zum größten Theil aber dürfte die große Suggestibilität der functionellen Neurosen in Betracht zu ziehen sein.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

19. Congreß für innere Medicin in Berlin.

Gehalten zu Berlin, 16.—19. April 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.)

XI.

ROSENFELD (Breslau): Ueber Organverfettungen.

R. verweist zunächst auf seine früheren Untersuchungen, wonach die VIRCHOW'sche Lehre von der fettigen Degeneration in eine Lehre von der Fetteinwanderung verwandelt werden muß. Das präformierte Fett des Unterhautbindegewebes wandert in die Leber nach Phosphorploridzin-, Arsenchloroform etc. Vergiftung ein. R. erörtert nun die Frage nach dem Grunde, weswegen die Wanderung des Fettes geschieht. Sie bezweckt eine Ergänzung des Bestandes der Leberzelle. Das Fett könnte nun ein Deficit an Eiweiß oder Glykogen ersetzen. Die Phosphorlebern enthalten aber nicht weniger Eiweiß, die Alkohollebern eher mehr Eiweiß. Also besteht kein Eiweißdeficit, für welches das Fett einzutreten hätte. Aber bei allen Vergiftungen findet sich Glykogenarmuth der Leber in der Zeit der Fetteinwanderung. Wenn man die Thiere dann weiter hungern läßt, so tritt in den Lebern wieder Glykogen auf und damit schwindet das Fett. Noch schneller geht das Fett aus der Leber, wenn man für die Glykogenbildung durch Fütterung mit Fleisch oder Zucker sorgt. Die primäre Verfettung wird überhaupt verhütet, wenn man es in der Leber durch Zufütterung von Glykogenbildnern zu Phloridzin oder zu Alkohol nicht zur Alkylogenie kommen läßt.

In diesem Antagonismus zwischen Fett und Glykogen liegt der Grund, weswegen die Menschen gewöhnlich keine Fettleber haben. Die Glykogenbildung aus unseren Speisen schützt die Leber vor Fettsatz.

Die Bedingungen der Fettaufnahme in die Zelle sind Glykogenarmuth und Gesundheit des Eiweißes. Zellen, deren Eiweiß geschädigt ist, nekrotische Zellen, verfetten nicht. Weder im nekrotischen Gewebe des Niereninfarctes, des Harninfarctes, noch in den coagulationsnekrotischen Nieren findet sich nach Chloroform, Canthariden eine chemisch nachweisbare Vermehrung des Fettes.

Die fettige Umwandlung ist also kein Symptom der Degeneration, sondern der Lebenskraft der Zelle. Es gibt also nicht nur deshalb keine fettige Degeneration, weil alles Fett als eingewandert sich erweisen läßt, sondern auch deswegen, weil diese Fetteinwanderung nur in nicht degenerirten Zellen erfolgt.

MORITZ (München): Ergebnisse der orthodiagraphischen Herzbestimmung für die Herzpercussion.

Votr. hat mit dem von ihm construirten Orthodiagrammen, der eine absolut exacte Projection der Herzgrenzen auf die Brustoberfläche erlaubt, die Resultate der Herzpercussion controlirt. Er ist zu dem Ergebniß gekommen, daß es in der großen Mehrzahl der Fälle (bei einer Versuchsreihe von 89 Fällen in 68%) gelingt, sowohl den rechten als den linken Herzrand durch die Percussion richtig zu bestimmen. Da, wo die Percussion unrichtige Resultate ergab, war es annähernd ebenso oft die linke als die rechte Herzgrenze, an der der Fehler gemacht wurde. Fehler an beiden Herzrändern zugleich fanden sich nur in 4% der Fälle. Angewandt wurde Fingerpercussion. Der Plessimeterfinger wurde ziemlich fest an die Brustwand angedrückt, der klopfende Finger führte lange, palpierende Schläge aus. Zur Bestimmung der rechten Herzgrenze wurde stark, zu der der linken Grenze leise bis mittelstark percussirt. Bei starker Percussion kommt man links regelmäßig erheblich über den Herzrand hinaus. Auch der äußerste Punkt des Spitzenstoßes liegt, zumal wenn der Spitzenstoß verbreitert ist und über die Mammillarlinie hinausgeht, zumeist weiter nach außen als die Herzspitze.

Edlefsen (Kiel): Die meisten diagnostischen Irrthümer werden bei der Bestimmung der relativen Herzdämpfung begangen. Auch nach den Angaben vieler Lehrbücher wird sie nach rechts hin vielfach zu klein, nach links hin

dagegen zu groß genommen. Links trifft die absolute Dämpfung die wirkliche Grenze.

Karfunkel (Leipzig) bestätigt nach eigenen Roentgenuntersuchungen die Befunde des Vortragenden.

v. Crigern (Leipzig) vermißt bei diesen Aufnahmen die Bestimmung der verschiedenen Herzphasen. Durch Aufnahme bald in der Systole, bald in der Diastole kann man zu Täuschungen über die Herzgröße gelangen.

Lewy-Dorn (Berlin) macht auf Differenzen zwischen Percussionsergebniß und Roentgenbild bezüglich der rechten Herzgrenze aufmerksam.

Pässler (Leipzig) betont, daß wir ja überhaupt nicht die Herzgrenzen percussiren, sondern die Lungenränder, da wo sie aufhören, bezüglich dünner werden. Nur deren Lage entspricht das Percussionsergebniß, nicht der wahren Herzgröße.

Moritz hebt dagegen hervor, daß die Lungenränder akustisch nicht in Betracht kommen.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

X.

KOSSMANN (Berlin): Ueber die Entstehung des Carcinoms, besonders im Ovarium.

Votr. zeigt die Platte eines Mikrophotogramms eines Ovariums, in welchem zwei Krebsformen, Cylinder- und Plattenepithelkrebs, zu sehen sind und knüpft daran die Frage, wie sollten, wenn es Parasiten gäbe, die den Krebs erzeugen, diese Plattenepithelien in das Ovarium dringen und wie sollten sie in demselben Ovarium einmal einen Cylinder-, einmal einen Plattenkrebs erzeugen? Er glaubt daher, daß man mit der Suche nach Krebsparasiten nur neue Complicationen für die Lösung dieser Frage schafft.

KRÖNLEIN (Zürich): Ist Narkose zum Zwecke der Oberkieferresection anzuwenden oder zu unterlassen?

K. hat eine Tabelle aufgestellt, die es auffällig erscheinen läßt, daß die Anfangsoperationen recht günstige Resultate hatten, während die späteren Chirurgen ziemlich schlechte erzielten, und die vor allem eine große Inconstanz unter den Resultaten jeder Periode zeigten und er glaubt, daß dieses Ergebniß vielleicht daran liegt, daß die Erfolge der Asepsis und Antiseptik gerade bei der Oberkieferresection nicht so recht zutage treten. Diese Beeinträchtigung hat nun nach seiner Ueberzeugung die Narkose verschuldet, und er stützt sich dabei auf die Erfahrungen von KÖNIG und KÜSTER. Die Hauptgefahr bei der Narkose ist nun die Aspiration von Blut und bei beiden Autoren starb die Hälfte an Bronchopneumonie. Diese Gefahr ist auch durch Halbnarkose nach seiner Meinung nicht zu beseitigen und deshalb operirt K. fast ohne Narkose. Von seinen 35 Pat. ist nur ein einziger gestorben und dieser an Meningitis.

WOHLHARDT (Halle): Ueber Entgiftung des Cocains im thierischen Körper.

Nachdem Votr. an Kaninchen festgestellt, daß 0.2 Grm. Cocain eine absolut tödtliche Dosis ist, hat er die Extremität umschnürt und dann die Injection gemacht. Nach 30 Minuten hat er dann den Schlauch gelöst und die Thiere, die zwar Vergiftungserscheinungen zeigten, erholten sich bald wieder. Wenn er den Schlauch nach 1 Stunde löste, waren gar keine oder nur sehr geringe Intoxicationserscheinungen mehr wahrzunehmen. Er hat daraus den beweisenden Schluß gezogen, daß das Cocain im Körper entgiftet wird.

Schwarz (Agram) gibt zu, daß das Tropacocain die Grenze der analgetischen Zone tiefer herunterdrückt als das Cocain, daß auch bei höheren Dosen nicht mehr erreicht wird, aber es ist doch ein bedeutender Unterschied in den Nachwirkungen. Unter 44 Fällen hat er nur 4mal Kopfschmerz, nie Nausea, nie Temperatursteigerungen gesehen.

Blau (Tübingen) demonstrirt eine Blutdruckcurve von Aether und Chloroform und zeigt, daß der Blutdruck bei Aether steigt, bei Chloroform fällt.

Rydygier (Lemberg) und Riedel (Jena) haben mit den Tamponcanülen bei präliminärer Tracheotomie üble Erfahrungen gemacht. RIEDEL hat daher die Narkose beibehalten und operirt am hängenden Kopf, wenn die Knochen durchsägt sind. Die Blutung ist zwar etwas größer, doch fürchtet er die Blut-aspiration so sehr, daß er auch die Hasenscharten am hängenden Kopf operirt.

Kader (Breslau) hat sehr günstige Resultate bei der Lumbalanästhesie. Er entleert aber 1/2 mal soviel Cerebrospinalflüssigkeit, als er Cocainlösung einspritzt. Dann bringt er den Pat. sofort in Beckenhochlagerung und glaubt es vielleicht diesem Uebelstande zuschreiben zu müssen, daß er eine Anästhesie bis zum Unterkiefer erreicht hat. Er gibt in jedem Falle 1—2 Tage vorher Digitalis und bei irgendwelcher Veränderung am Pulse sofort Campher.

Gussenbauer (Wien): Bei der Oberkieferresektion ist ihm Princip vollkommene Narkose und vornübergebeugter Kopf. Früher hat er sogar in horizontaler Lage operirt. Zweimal hat er bis jetzt infolge von Blutaspersion eine Tracheotomie nöthig gehabt. Er hat das Blut sofort mit dem Munde aufgesaugt und die Pat. sind geheilt.

WERCKMEISTER (Zittau): **Zur Kehlkopfexstirpation.**

W. hat eine Zusammenstellung von 297 Exstirpationen gemacht, auf die 36 Todesfälle kommen, von diesen hat GLUCK 26 Totalexstirpationen mit 23 Erfolgen ausgeführt. Er stellt eine Pat. vor, der erst die Tracheotomie und 8 Tage später die Totalexstirpation mit Entfernung der Epiglottis gemacht wurde. Die Trachea hat er im unteren Wundwinkel eingenäht, den Oesophagus über der Schlundsonde vernäht. Aber nur die Trachealnähte hielten. Um Mediastinitis zu verhüten, hatte er das Fußende des Bettes erhöht.

v. Hacker (Innsbruck) berichtet über einen Fall von mediastinaler Phlegmone nach Oesophagotomie vom Halse aus. Die Pat. ließ sich die Halsfistel zu Hause bougieren, wobei die Speiseröhre 3 Cm. unterhalb des Jugulum perforirt wurde. Es fand sich eine 9 Cm. lange Höhle, die bis zum unteren Rande der fünften Rippe reichte und dicht vor der Wirbelsäule lag.

Gottstein (Breslau) hat an über 100 Oesophagoskopien in der Breslauer Klinik die Erfahrung gemacht, daß die Probeexcision bei Tumoren von bedeutendem Einfluß auf die Diagnose ist.

Küster (Marburg) stellt einen Fall osteoplastischer Resection am Fusse vor und demonstriert sein Verfahren, welches vor dem LE FOAR'schen, mit 3 Cm. Verkürzung einhergehenden, den Vorzug hat, daß es nur 3/4—1 Cm. Verkürzung bedingt; auch bei diesem Falle bestand, obgleich schon Wachstumsveränderungen vorhanden waren, eine kaum nennenswerthe Verkürzung.

SCHUCHARDT (Stettin): **Blutige Reposition einer traumatischen Epiphysenlösung am unteren Ende des Femur.**

SCH. hat die Epiphyse festgenagelt. Demonstration des Pat. und der Roentgenbilder.

Notizen.

Wien, 20. Juli 1901.

(Aerztliche Standesordnung.) Die steiermärkische Aerztekammer hatte mit Beschluß des V. Kammertages in Baden den Auftrag erhalten, dem nächsten Kammertage ein Elaborat einer für alle Aerzte Oesterreichs gemeinsamen Standesordnung auf Grund der Bestimmungen der bestehenden Standesordnungen der einzelnen Kammersprengel vorzulegen. Bei der Berathung über diesen Gegenstand ist die genannte Kammer jedoch auf eine kaum überwindliche Schwierigkeit gestoßen, die vor allem darin besteht, daß die gemeinsame Standesordnung in ihren Bestimmungen dem Aerztekammergesetze angepaßt sein muß. Die steiermärkische Kammer schlägt daher der geschäftsführenden Kammer vor, daß das Elaborat einer gemeinsamen Standesordnung erst auf die Tagesordnung eines künftigen späteren Kammertages gesetzt werde, wenn über die Frage der Aenderung oder Nichtänderung des Kammergesetzes entschieden sein wird.

(Ernennung.) Der a. o. Professor für innere Medicin Dr. F. CHVOSTEK ist zum Primararzte II. Classe im Stande der Aerzte der Wiener k. k. Krankenanstalten ernannt worden.

(Aus dem niederösterreichischen Landtage.) Nach dem Landtagsbeschlusse vom 11. d. M. wird die Landes-Taubstummenanstalt in Oberdöbling aufgelassen und dafür eine neue Taubstummenanstalt in Wiener-Neustadt erbaut. Mit derselben wird eine Specialabtheilung für schwachsinnige, aber lernfähige Kinder verbunden sein.

(Deutsche Section der Aerztekammer für Böhmen.) Die constituirende Sitzung der deutschen Section der Aerztekammer für das Königreich Böhmen hat am 4. d. M. in Prag stattgefunden.

(Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien) hält am 11. und 12. October d. J. eine wissenschaftliche Wanderversammlung in Wien ab. Aerzte sind als Gäste willkommen.

Vorträge sind bis 1. September an die Adresse: „Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, IX., Alserstraße 4“, anzumelden.

(Der 5. Congreß für Volks- und Jugendspiele in Deutschland) hat am 7. d. M. zu Nürnberg stattgefunden.

(Die „Laienärzte“ Deutschlands), die Naturheilkünstler, Kneippianer, Magnetopathen u. s. w. wollen im September d. J. zu einer großen Enquête zusammentreten. Als Hauptgegenstand der Berathung werden die Maßnahmen zur Erhaltung der Curirfreiheit genannt, da sich die Herren durch die Stellungnahme der Regierung in wiederholten Fällen der letzten Zeit ein wenig ungemüthlich zu fühlen beginnen. Das Schauspiel, diese Concurranten der ärztlichen Praxis einmal unter sich zu sehen und zu hören, daß sie sich in ihren Rechten durch uns Aerzte beeinträchtigt fühlen, wird sicherlich ein ergötzliches sein.

(Krankencassen-Statistik.) Das Deutsche Reich zählte im Jahre 1899 22.872 Krankencassen und 9,155.582 Krankencassen-Mitglieder. Von den Krankheitskosten kamen auf: Arzt 31,918.163 Mk., Arznei u. s. w. 24,562.651 Mk., Krankengelder 63,558.390 Mk., Anstaltsverpflegung u. s. w. 25,285.038 Mk. Krankheitskosten zusammen 1899 145,324.242 Mk. Es kamen auf ein Mitglied im Durchschnitt des Jahres 1899: Erkrankungs-fälle 0.38, Krankheitstage 6.60, Krankheitskosten 15.87 Mk. Die Cassen schlossen mit einem Ueberschuß der Activa über die Passiva von 152,356.624 Mk. ab.

(21. Jahres-Bericht des Carolinen-Kinderospitals in Wien für das Jahr 1900.) Im Jahre 1900 wurde im genannten Spital 19.386 Kindern ärztliche Hilfe geleistet; 969 davon wurden im Spital verpflegt; geimpft wurden 111. Von den im Spital verpflegten Kindern wurden 619 geheilt, 124 gebessert, 25 ungeheilt entlassen, 163 starben, 38 verblieben mit Ende 1900. Im Durchschnitte entfallen auf ein Kind 16.57 Verpflegstage; die Verpflegskosten pro Kopf und Tag betragen 3.80 K. Aus der Zusammenstellung der im Zeitraume von 1880 bis Ende 1890 wegen Diphtherie ausgeführten Tracheotomien ergibt sich ein Procentverhältniß der geheilten Fälle von 39.26. Von 437 Kehlkopfstenosen in den Jahren 1891—1900 wurden primär tracheotomirt 332, primär intubirt 53, intubirt und secundär tracheotomirt 52; geheilt wurden 184, gestorben sind 253.

(Ueber die Unschädlichmachung des tuberculösen Auswurfes in Lungenheilstätten) fanden — wie die „Berl. klin. Wschr.“ meldet — daselbst unter Vorsitz GERHARDT's in der Sachverständigencommission des Volkshelilstättenvereines Berathungen statt. Es wurde festgestellt, daß unter den Verfahren, die zur Desinfection des Auswurfes in Frage kommen könnten, dasjenige der Sterilisirung der Auswurfbehälter (Spucknapfe, Spuckflaschen etc.) mittels strömenden Dampfes vor der Einbringung des Inhaltes in die Entwässerungsleitung allen anderen vorzuziehen sei. Namentlich wurde auch das von mancher Seite vorgeschlagene Verfahren des Vermischens der Auswurfstoffe mit Torfmuß, Sägemehl etc. und nachträglichen Verbrennens nicht für völlig einwandfrei erachtet, da hiebei immer noch eine Anzahl von Personen in die Gefahr der Ansteckung gesetzt würde und an den entleerten Behältern stets Reste von nicht unschädlich gemachtem Inhalt haften bleiben. Außerdem wurde betont, daß die Unschädlichmachung des Auswurfes in den Anstalten in einer Weise vorgenommen werden müßte, bei welcher die Kranken sich der Wichtigkeit der Maßnahme bewußt und auch in dieser Hinsicht für ihr ferneres Leben hygienisch vorgebildet würden. Dieser erzieherischen Seite der Unschädlichmachung des Auswurfes wurde eine besondere Bedeutung zuerkannt. Nach dem von der Sachverständigencommission festgesetzten Plane wird demnächst in der Heilstätte des Rothen Kreuzes am Grabowsee eine besondere Sputumdesinfectionsanstalt geschaffen werden, in welcher der Betrieb nach den bewährten Grundsätzen allgemeiner Desinfectionsanstalten geregelt und die Sterilisirung des Sputums in einem Desinfector vorgenommen wird, wie er unter anderem bereits bei der Sterilisirung der Milch in Flaschen Verwendung findet.

(Krankenkostküche.) Eine nachahmenswerthe Institution besteht seit kurzem in Posen. Der dortige Frauenverein hat näm-

lich daselbst eine Küche für Krankenkost eröffnet. Täglich werden unentgeltlich an Almosen- und Nichtalmosenempfänger 46 bis 54 Portionen kräftiger Kost verabfolgt. Die Anmeldung erfolgt durch Aerzte, Gemeinde- und Armenpflegerinnen. Jede vom Arzt gewünschte Diät wird an die Kranken verabfolgt. Die Kranken erhalten mindestens 100 Grm. gekochtes und gebratenes Fleisch, reichlich Gemüse und etwa $\frac{2}{3}$ Liter Suppe pro Person. — Die Stadt Posen hat Jahreszinsen eines Stiftungslegates von 2500 Mark (vorläufig für ein Jahr) dem Verein übergeben, außerdem die Localitäten in zweckentsprechender Weise hergerichtet und freie Heizung und Beleuchtung gewährt. Die Küche wird von einer Rothen Kreuz-Schwester geleitet. Die Austheilung erfolgt täglich von 12—1 Uhr Mittags von zwei Damen des Vereins, welche auch die Controle über die ausgestellten Karten ausüben.

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 13. Juli 1901. wurden in den Civilspitalern Wiens 6548 Personen behandelt. Hievon wurden 1495 entlassen; 154 sind gestorben (9.3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 41, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 29, Scharlach 92, Masern 155, Keuchhusten 26, Rothlauf 28, Wochenbettfieber 1, Röheln —, Mumps 8, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 577 Personen gestorben + 9 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. ROBERT SCHMIDT, 43 Jahre alt, und der praktische Arzt Dr. SIGMUND KORNFELD im 59. Lebensjahre; in Sorau der königliche Sanitätsrath Stabsarzt a. D. Dr. GUSTAV FRAENKEL im Alter von 64 Jahren.

Christus als Arzt von Gabriel v. Max, k. Professor und Historienmaler in München. Soeben erschien im Kunstverlage von Nicolaus Lehmann, k. u. k. Hofkunsthandlung in Prag, Ferdinandstraße 11, das Meisterwerk der Malerei in herrlicher großer Gravure aus dem Atelier von Blechinger & Leykauf in Wien. Bildgröße 47—69 Cm. Cartongröße 90 Cm. hoch und 120 Cm. breit. Subscriptionspreis 30 K. Wo immer dieses Gemälde ausgestellt war — in Oesterreich, Deutschland, England, Frankreich, Amerika und Australien — erregte dasselbe ein so mächtiges Aufsehen, daß sich überall der lebhafteste Wunsch nach einer bleibend erhebenden Erinnerung an dieses trostreiche Werk kundgab, welches Tausende und Tausende bewunderten. Einer der hervorragendsten Schriftsteller und Dichter Josef Willomitzer schreibt darüber wie folgt: „Man kann sich wohl kaum eine größere Verherrlichung der erhabenen Sendung Christi denken und wohl auch kaum eine eindringlichere künstlerische Darstellung von der idealen Höhe des ärztlichen Berufes: Ergreifend, rührend, erhebend, ist es geeignet, den Schmuck jeder vornehmen Wohnung zu bilden, namentlich aber dürfte es bald auch in allen Räumen und Anstalten, die dem Walten des Arztes dienen, zu finden sein.“ „Aber dieses wunderbare Bild verherrlicht nicht nur die Religion der Liebe, sondern zugleich auch den erhabenen, humanen, sich oft aufopfernden Beruf des Arztes und eignet sich sonach zur Ausschmückung vornehmer Wohnungen, sowie insbesondere für **Warte- und Ordinations-Zimmer, für Sanatorien und Krankenhäuser** etc. — Denn welches Bild vermag größeres Vertrauen zu erwecken zu Gott und zum Arzt und frohe Hoffnung zu geben dem Kranken, der klopfenden Herzens wartet und wartet auf den ärztlichen Ausspruch, dessen Rath, dessen Hilfe. Und ebenso werden auch alle Leidenden, wo immer, bei Betrachtung dieser ergreifenden Darstellung, gleichsam wie suggestiv, sich beruhigt, getröstet — erhoben fühlen.“

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect über **Prof. Dr. BIEDERT'S Rahmgemenge-Präparate in technischer Vollendung.** — Ferner versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Juli-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „**Neueste Erfahrungen über Sprachstörungen.**“ Von Dr. R. Coën in Wien.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von **Vakanzen** — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyesen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Guajacetin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin s K 30 h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel • • •

Wohlschmeckend und leicht verdaulich • • •

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik
Actien-Gesellschaft, Berlin-Grünau.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei
Franz May, Wien, VII/2, Josefsstädterstr. 64.



Empfehle zur geneigten Beachtung meinen bei den Herren Aerzten sehr beliebten und gern verordneten

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran mit PHOSPHOR

(Bestandtheile: 0,2 FeJ und 0 01 P in 100 Th. Thran.)

Nur in Originalflaschen 100,0 = K 1.60, 250,0 = K 3.—. Das beste und vollkommenste Leberthran-Präparat. Wegen seiner praktischen Zusammensetzung ausserordentliche Erfolge (energisch auf den Stoffwechsel im Blut einwirkend und appetitanregend) bei

Scrophulose • Tuberkulose • Rhachitis • Anämie
Geschmack unübertroffen fein, daher ohne Anstand von Gross und Klein genommen. Besonders für die **Kinderpraxis** geeignet. Unbegrenzt haltbar, kann Sommer u. Winter genommen werden. — Der Ordin. setze man den Namen Lahusen Bremen hinzu, da sonst keine Garant. f. Echth.

Zu haben in allen Apotheken Oesterreichs, Ungarns etc.
Hauptniederlage in **Wien**: Carl Brady's Apotheke zum König v. Ungarn, Fleischmarkt 1; in **Gmunden**: Salzkammergut-Apotheke von J. & C. Obertsaller; in **Budapest**: Jos. v. Török's Apotheke, Königsgasse; **Egger'sche Apotheke**, Waitzner Boulevard 17; in **Prag**: B. Fragner's Apotheke zum schwarzen Adler, Kleinseite; in **Bielitz**: A. Frankl's Adler-Apotheke, Ring 13.

Ausführliche Broschüren und Proben verlange man zur besseren Orientierung gratis vom Fabrikanten **Apotheker Lahusen in Bremen.**

PRIVAT-HEILANSTALT

Gemüths- u. Nervenkrankhe

in
Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstaars. Von Dr. MAXIMILIAN BONDI, emer. 1. Assistenten der I. Augenklinik in Wien, derzeit Augenarzt in Iglau. — Ueber den therapeutischen Werth der Somatose und Eisensomatose. Von Dr. LUDWIG MÜLLER in Wien. — Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium-sulfoichthyolicum, combinirt mit Creosotum carbonicum. Von Dr. HUGO GOLDMAN. — **Referate.** HÜNERMANN und DEITER (Berlin): Ueber die Desinfection des Trinkwassers mit Natriumhypochlorit. — LUDWIG MANN (Breslau): Ueber einen Fall von hysterischer sensorischer Aphasie (Sprachtaubheit) bei einem Kinde. — HUGO STARCK (Heidelberg): Ueber die Beziehung von Oesophagusdivertikel zu Empyem und Lungenbrand. — YOUNG (Baltimore): Ueber ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia, nebst Bericht über zwei Fälle. — H. T. PATRICK: Kopfschmerzen. — SCHÜRMEYER (Hannover): Widersprüche der Diphtheriestatistik. — GALLI-VALERIO (Lausanne): Quelques observations sur la morphologie du Bacterium pestis et sur la transmission de la peste bubonique par les puces des rats et des souris. — **Literarische Anzeigen.** Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von Prof. E. v. LEYDEN und Doc. Dr. FELIX KLEMPERER. — *Traité de Chirurgie d'urgence.* Par FÉLIX LEJARS, professeur agrégée à la Faculté de médecine de Paris etc. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) VIII. — **Kleine Mittheilungen.** Ein zerlegbarer aseptischer Spiegel für laryngo- und odontologische Zwecke. — Beitrag zur Hctolbehandlung. — Behandlung von Augenkrankheiten. — Asterol. — Zur Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoeica. — Renale Complicationen des Gelenkrheumatismus und deren Behandlung. — Die diätetische Behandlung der Epilepsie. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse.“) XI. — *Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900.* (Orig.-Ber.) XXIX. — *Aus englischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstaars.

Von **Dr. Maximilian Bondi**, emer. 1. Assistenten der I. Augenklinik in Wien, derzeit Augenarzt in Iglau. *)

Es dürfte wohl überflüssig erscheinen, über die Indicationen zur Staaroperation noch ein Wort zu verlieren, da diese ja zum ABC jedes Arztes gehören sollten und überdies jedes, selbst das kleinste Compendium der Augenheilkunde darüber Aufschluß zu geben vermag. Ich beabsichtige jedoch auf Grund eigener, mehrjähriger klinischer und praktischer Erfahrungen, einige in Bezug auf das praktische Leben zu beherzigende Winke bezüglich der Erklärung der Operationsreife eines Staars zu geben.

In jedem Falle von constatirtem Altersstaar haben wir uns zwei Fragen vorzulegen:

1. Ist der Staar ein einfacher, uncomplicirter, d. h. wird nach Entfernung der undurchsichtigen Linse das bisher blinde Auge wieder sehtüchtig werden?

2. Ist bereits der geeignete Zeitpunkt zur Vornahme der Operation gekommen, d. h. ist der Staar „reif zur Operation“?

Was die erste Frage anbelangt, so spricht man gewöhnlich von einfachem, d. h. uncomplicirtem Staare dann, wenn trotz vollkommen undurchsichtiger Linse das erkrankte Auge im dunklen Raume den Schein einer Kerzenflamme noch aus

6 Meter Entfernung zu erkennen und richtig zu localisiren vermag. Außerdem wird noch verlangt, daß insbesondere keine Erkrankung der Bindehaut und der Thränenwege (wegen Gefahr der Infection bei oder nach der Operation), sowie keine abgelaufene Erkrankung der Hornhaut oder Regenbogenhaut vorhanden sei. Dies sind die gewöhnlichen Forderungen, welche man an eine uncompl. irte Cataracta stellt und bei deren Erfüllung man mit Bestimmtheit gewöhnlich eine günstige Prognose für den Operationseffect geben kann. Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch eine weitere Forderung aufstellen, und zwar die Prognose erst nach Ausführung der Augenhintergrunduntersuchung des zweiten Auges, falls noch ausführbar, zu stellen. Trotz Erfüllung aller obgenannten Bedingungen, trotz Vorhandensein einer Lichtempfindung auf 6 Meter und guter „Projection“, kann es sich, allerdings in seltenen Fällen, dennoch um eine schwere Augenhintergrund-erkrankung im cataractösen Auge handeln. So hatte auch ich erst vor einigen Wochen eine scheinbar uncomplicirte Cataracta zu operiren gehabt.

Die 49jährige Private A. R. aus Datschitz (Mähren) wurde anfangs Februar d. J. behufs Vornahme der Extraction eines Altersstaars in das allgemeine Krankenhaus in Iglau¹⁾ aufgenommen. Im linken Auge befand sich eine seit ungefähr 3 Jahren bestehende „reife“, resp. „überreife“ Cataracta, welche, abgesehen von einer centralen Verdickung der Linsenkapsel, sonst nichts Auffallendes darbot. Da eine prompte Lichtempfindung und Projection vorhanden war — im dunklen Raume wurde bei sorgfältigstem Abschlusse des Lichtes vom rechten Auge, der Schein der Kerzenflamme noch auf etwas mehr als 6 Meter stets richtig erkannt

*) Als Vortrag für die am 29. und 30. Juni in Iglau abgehaltene Sommer-Vollversammlung des Centralvereines deutscher Aerzte in Mähren und Böhmen bestimmt, jedoch wegen Kürze der Zeit nicht mehr abgehalten.

¹⁾ Für das stets entgegenkommende Verhalten des Collegen Dr. NIRSCH, Primararztes des Iglauer Krankenhauses, sei hier mein bester Dank abgestattet.

und localisirt — hätte die Cataracta als eine uncomplicirte angesehen werden sollen. Nach Untersuchung des rechten Auges stellte ich jedoch eine zweifelhafte Prognose. Am rechten Auge konnte bei bestehender Cataracta incipiens der Augenhintergrund noch im umgekehrten Bilde entsprechend deutlich gesehen werden. Der Spiegelbefund ergab eine Retinitis pigmentosa, dabei ließ die centrale Sehschärfe noch Fingerzählen auf 4 Meter zu. Eine Gesichtsfeldaufnahme war wegen mangelhafter Intelligenz unmöglich; aus letzterem Grunde konnten auch keine verwerthbaren anamnestischen Daten erhalten werden.

Mit Rücksicht auf den Spiegelbefund des rechten Auges stellte ich eine zweifelhafte Prognose bezüglich der zu operirenden, anscheinend uncomplicirten Cataracta. Die Lappenextraction mit Iridektomie wurde in typischer Weise ausgeführt, nur blieb ein Theil der verdickten Linsenkapsel zurück. Auch der Wundverlauf war ein vollkommen normaler, so daß nach Verlauf von 14 Tagen die Pat. das Krankenhaus verlassen konnte. Das Resultat war jedoch vollkommen negativ; die Pat. konnte nur Finger in unmittelbarer Nähe zählen. Der Augenhintergrund war sehr gut sichtbar und zeigte außer partieller Atrophie des N. opticus noch das typische Bild einer Retinitis pigmentosa.

Dieser eine Fall zeigt zur Genüge, daß man, wie bereits erwähnt, wohl nur in seltenen Fällen bei Vorhandensein einer guten Lichtempfindung noch nicht mit Sicherheit schwere Complicationen seitens des Augenhintergrundes ausschließen darf.

Wenn es nun nach genauester Untersuchung beider Augen mit größter Wahrscheinlichkeit feststeht, daß es sich um eine einfache, uncomplicirte Cataracta handle, so muß die zweite Frage: „Ist der geeignete Zeitpunkt zur Operation eingetreten, d. h. ist die Cataracta „operationsreif“, beantwortet werden. Fast in allen Lehrbüchern, desgleichen fast in allen klinischen Vorlesungen, somit nahezu allgemein, wird die Reife der Cataracta nach dem anatomischen Verhalten derselben beurtheilt. Man spricht daher für gewöhnlich von „reifer“ Cataracta, wenn die Linse vollständig undurchsichtig, somit das Erkennen von Formen vollständig aufgehoben ist. In langjähriger Dienstzeit an den Kliniken SCHNABEL in Prag und in Wien hatte ich Gelegenheit, andere Anschauungen bezüglich der Reife der Cataracta kennen zu lernen. Wenn wir von einer reifen Cataracta sprachen, so dachten wir stets an „reif zur Operation“: Als eine zur Operation reife Cataracta bezeichneten wir jene Cataracta, bei welcher an beiden Augen infolge Cataracta die Sehschärfe derart herabgesetzt war, daß der Patient nicht mehr imstande war, seinem gewohnten Berufe nachzugehen.

Es ist daher im Allgemeinen eine bloß einseitige Cataracta bei gut erhaltenem Sehvermögen (und emmetropischer oder hypermetropischer Refraction) des anderen Auges als nicht reif zur Operation zu betrachten, und zwar selbst dann nicht, wenn die Cataracta im anatomischen Sinne vollkommen reif ist. Nur in Ausnahmefällen, auf welche ich noch weiter unten zurückkommen werde, ist die Operation einer solchen einseitigen Cataracta auszuführen. Der Grund, weshalb in der Regel solche einseitige Cataractae nicht zu operiren wären, ist folgender: Das aphakische Auge kann ja ohne Glas — Fälle von durch Staphyloma posticum Scarpae bedingter Myopie ausgeschlossen — keine nennenswerthe, resp. praktisch zu verwendende centrale Sehschärfe zu erzielen. Man müßte somit dem operirten Auge ein entsprechendes starkes Convexglas, dem nicht operirten, sehtüchtigen Auge ein Planglas vorsetzen. Dieser Unterschied in der Stärke der Gläser beider Augen wird jedoch nicht vertragen, die Pat. weisen eine derartige Brille zurück. In einem solchen Falle wird der Pat. nur von dem unoperirten, unbewaffneten Auge Gebrauch machen. Wohl resultirt ein Vortheil aus der Operation, welcher jedoch bei vielen Patienten nicht im Einklange zu den Beschwerden und Aufregungen der überstandenen Operation steht, daher von geringerer praktischer Bedeutung bei der

Mehrzahl dieser Fälle ist. Dieser Vortheil besteht in der Vergrößerung des Gesichtsfeldes. Aber nicht nur, daß in der überwiegenden Mehrzahl dieser einseitigen Cataracta kein Gewinn aus der Operation resultirt, stellen sich in manchen Fällen sogar noch Nachtheile, resp. Beschwerden ein. Ich hatte zu wiederholten Malen Gelegenheit, einseitige Aphakie mit normaler Sehschärfe des unoperirten Auges zu untersuchen, wobei das Operationsresultat in Bezug auf das operirte Auge allein ein vorzügliches war, z. B. eine Sehschärfe von $\frac{8}{10}$!

Eine Frau, welche mich hier in Iglau vor 2 Jahren wegen einseitiger Cataracta consultirte, und der ich trotz Reife der einseitigen Cataracta — das andere Auge hatte normale Sehschärfe — den Rath ertheilte, sich noch nicht operiren zu lassen, ließ sich dennoch auf einer Klinik operiren. Ein Jahr nach der Operation kam sie mit der Klage zu mir, daß sie das operirte Auge blende, und daß sie nur beim Verbinden des operirten Auges wieder gut sehe. Die Pat. gab spontan an, daß sie vor der Operation mit der Sehschärfe viel zufriedener war als jetzt nach der Operation. Aehnlich verhielt es sich mit einem Förster, welcher mit schwarzer Binde über dem operirten Auge das Ordinationszimmer betrat. Das nicht operirte Auge hatte noch vollkommen normale Sehschärfe, das operirte, corrigirte Auge hatte ebenfalls fast normale Sehschärfe. Pat. verzichtete auf den aus der Operation der einseitigen Cataracta resultirenden Vortheil des vergrößerten Gesichtsfeldes und verband sich das sonst mit denkbar bestem Erfolge operirte Auge. Auch ich konnte dem Patienten keinen besseren Rath ertheilen. In diesen beiden Fällen erwuchs den Patienten trotz besten Operationsresultates nicht nur kein Vortheil, sondern direct ein Nachtheil.

Was nun jene Gruppe von einseitigen, im anatomischen Sinne „reifen“ Cataracten anbelangt, in welchen das zweite Auge ebenfalls bereits an beginnender Cataracta leidet, ist ebenfalls in der Regel die Sehschärfe dieses zweiten Auges bezüglich der Vornahme der Operation maßgebend. Ist die Sehschärfe des an beginnender Cataracta leidenden Auges größer als $\frac{1}{3}$, so kann im Allgemeinen vorläufig noch von der Operation des sonst reifen Staars am anderen Auge Umgang genommen werden. Erst wenn die Sehschärfe des „guten“ Auges unter $\frac{1}{3}$ gesunken ist, soll der Staar des anderen Auges als operationsreif bezeichnet werden. Denn dann hat der Pat. — normalen Operationsverlauf vorausgesetzt — thatsächlich einen praktischen Vortheil von der ausgeführten Operation. Ein gut operirtes cataractöses Auge hat ja nach der Operation durchschnittlich mindestens $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ der normalen Sehschärfe. Wenn daher an dem unoperirten Auge die Sehschärfe unter $\frac{1}{3}$ gesunken ist, so wird der Pat. das operirte und corrigirte Auge mit der besseren Sehschärfe stets vorziehen.

Bisher hatte ich stillschweigend angenommen, daß die zu operirende Cataracta reif im anatomischen Sinne sei. Es ist aber nicht nothwendig, daß die Linse vollständig undurchsichtig sei, um als operationsreif bezeichnet zu werden. Auch eine im anatomischen Sinne noch nicht reife Cataracta kann als operationsreif extrahirt werden, wenn am anderen Auge die Sehschärfe unter $\frac{1}{3}$ gesunken ist. So wurden z. B. nicht selten in der I. Wiener Augenklinik (Hofrath SCHNABEL) Cataracte extrahirt, welche noch gut Finger in einigen Metern, mitunter auf 5—6 Meter zählen ließen, also Linsen, welche noch ziemlich viel durchsichtige Rinde besaßen. Es ist wohl richtig, daß die Extraction einer „reifen“ Cataracta für den Operateur viel einladender ist als die der noch nicht vollständig undurchsichtigen Linse. Doch ist bei sorgfältiger Vornahme der Extraction einer sogenannten „unreifen“ Cataracta — eine eventuelle Nachoperation ist manchmal mit in Kauf zu nehmen — trotzdem ein gutes Endresultat zu erhoffen. Es ist daher nicht recht einleuchtend, warum man Leute, deren Sehvermögen an beiden Augen durch bestehende Cataracta so hochgradig herabgesetzt ist, daß dieselben kaum auf der Straße ihren Weg ohne Gefahr allein finden, geschweige denn ihrem Berufe nachgehen können,

von der Operation mit der Motivirung zurückweist, „der Staar wäre noch nicht reif“. Nun ist es jedem praktisch beschäftigten Augenarzte bekannt, daß der „Kernstaar“ kaum jemals reif wird, so daß diese Staarform fast immer nur im „unreifen“ Zustande operirt wird. Vor circa 1½ Jahren hatte CRUMB²⁾ ebenfalls darauf aufmerksam gemacht, daß man Kranke mit „unreifem“ Altersstaar nicht jahrelang in ihrer Blindheit belassen soll. Man könne die Kranken viel früher operiren, indem man die weichen Rindenmassen entferne; man könne dies viel besser, wenn man diese zuerst, d. h. vor Entfernung des Linsenkerneln, herausdrücke, als wenn man, wie dies gewöhnlich der Fall sei, erst nach Entfernung des Kernes eine klare Pupille zu erhalten suche. Ohne an dieser Stelle auf diese Operationstechnik weiter einzugehen, möchte ich ein weiteres Beispiel aus der Praxis bezüglich der Operation der unreifen Cataracta geben.

Ein 62jähriger Fabriksleiter J. B. hatte an beiden Augen Cataracta nondum matura; das stark herabgesetzte Sehvermögen beider Augen hinderte den Kranken, der Fabriksarbeit ohne Gefahr nachzugehen. Wegen der noch unreifen Cataracta wurde der Pat. nicht zur Operation geschickt, sondern von dem consultirten Arzte mit Warten auf die „Reife“ vertröstet. Zur Arbeit unfähig, wendete sich der Pat. an die Krankencassa, welche demselben durch Monate das Krankengeld auszahlte. Als ich den Pat. zu Gesichte bekam, betrug noch an beiden Augen die Sehschärfe Fingerzählen auf 1—1½ Meter, folglich war die Cataracta noch immer nicht „reif“. Ich operirte trotzdem den Pat. an beiden Augen, und zwar mit gutem Erfolg. SR war $\frac{3}{10}$, SL $\frac{4}{10}$ circa 4 Wochen nach der Operation. Um diese Zeit nahm der Pat. seine Fabriksarbeit wieder auf.

Hätte ich an der Schablone von der „Reife“ der Cataracta festgehalten, so hätte der Pat. noch einige weitere Monate warten müssen, wodurch nicht nur der Pat., sondern auch die Krankencassa noch materiell geschädigt worden wären.

Was nun die Ausnahmefälle anbelangt, in welchen eine einseitige Cataracta bei Vorhandensein normaler oder fast normaler Sehschärfe des anderen Auges dennoch extrahirt werden sollte, so möge stets nach dem praktischen Gewinne, welchen die Operation einer einseitigen Cataracta zur Folge hat, gefragt werden. In den meisten Fällen ist der Beruf des Kranken maßgebend, der Arzt muß daher — er soll es ja stets — individualisiren. Abermals mögen zwei Beispiele aus der Praxis zur Erläuterung dienen.

Ein Schwerfuhrwerkskutscher mit normaler Sehschärfe des linken Auges, Cataracta am rechten Auge, war deshalb zu operiren, weil er, an der linken Seite neben den Pferden gehend, bei gerade nach vorne gewandtem Kopfe, wohl ausgezeichnet in die Ferne, jedoch wegen des durch die Erblindung des rechten Auges nach dieser Seite eingeschränkten Gesichtsfeldes, nicht nach rechts, dem Orte des Pferdes, sehen konnte. Infolge dessen war dieser Kutscher in steter Gefahr, von dem Pferde eventuell getreten zu werden.

In diesem Falle brachte die durch die Extraction der Cataracta bedingte Vergrößerung des Gesichtsfeldes dem Pat. einen wesentlich praktischen Gewinn. Denselben, auf Vergrößerung des Gesichtsfeldes beruhenden Gewinn hatte ein mit einseitiger Cataracta behafteter Arbeiter einer Maschinenfabrik, welcher, in unmittelbarer Nähe von Treibriemen arbeitend, in Gefahr schwebte, in die Riemen zu gelangen.

In solchen Fällen ist es daher natürlich, einseitige Cataracte trotz guter Sehschärfe des anderen Auges zu operiren. Ebenso selbstverständlich wäre die Operation einer einseitigen Cataracta, wenn am anderen Auge bei verhältnißmäßig guter Sehschärfe ein höherer Grad von Myopie bestände.

Fassen wir das über die Operationsreife der Cataracta Gesagte kurz zusammen, so ergeben sich folgende Schlußsätze:

²⁾ CRUMB C. W., An unique point in removing the soft lens matter from the capsule in an unripe or overripe lens. „Americ. Journ. of Ophth.“, 1899, pag. 84.

1. Eine im anatomischen Sinne sonst reife Cataracta wäre im Allgemeinen — abgesehen von Ausnahmen — als nicht operationsreif zu bezeichnen, sobald das andere Auge noch normale oder nahezu normale Sehschärfe hat.

2. Als operationsreif ist eine Cataracta erst dann zu bezeichnen, wenn die Sehschärfe am besseren Auge unter $\frac{1}{3}$ gesunken ist.

3. Es ist nicht unbedingt nothwendig, daß die Linse vollständig undurchsichtig sei, um als reif zur Operation bezeichnet zu werden.

Ueber den therapeutischen Werth der Somatose und Eisensomatose.

Von **Dr. Ludwig Müller** in Wien.

Wie so vieles Andere auf dem Gebiete der Medicin verdanken wir auch die Verwendung von Roborantien der Empirie. Auf empirischem Wege wurde die günstige roborige Wirkung einer ganzen Anzahl von Mitteln festgestellt und diese dann lange Zeit hindurch angewendet, ohne daß eine der wissenschaftlichen Kritik standhaltende Erklärung für ihre Wirkung vorhanden gewesen wäre. Erst die bedeutenden Fortschritte, welche die Physiologie und die physiologische Chemie in den letzten Jahren zu verzeichnen hatten, haben uns auch hier der Erkenntniß näher gebracht. Wir haben die Wirkung des Eisens auf den Organismus näher kennen gelernt und vermögen durch die Hämoglobinbestimmung des Blutes diese Wirkung zu controliren. Wir haben in die complicirten Verhältnisse der Eiweißstoffe Einblick genommen und können, wenn wir auch noch weit davon entfernt sind, die chemische Constitution dieser Körper festzustellen, doch an der Hand des bisher Erreichten manche physiologische Vorgänge erklären, die uns früher verschlossen waren oder unrichtig aufgefaßt wurden.

So hat uns die physiologische Chemie gelehrt, daß die Eiweißstoffe nicht nur für die Erhaltung des Körpers von ungleich größerer Bedeutung sind, als die anderen, diesem Zwecke zugeführten Stoffe (Kohlehydrate und Fette), sondern wir haben auch gelernt, daß bestimmten Classen der Eiweißkörper ganz physiologische Wirkungen zukommen, die wir uns in der praktischen Medicin nutzbar machen. So wissen wir jetzt, daß den Albumosen, den löslichen Eiweißstoffen, abgesehen von ihrem Nährwerth, auch eine direct therapeutische Wirkung zukommt, indem sie nämlich die Peristaltik anregen und eine stärkere Secretion der Verdauungssäfte hervorrufen, also als „nährende Stomachica“ wirken. Daß die Albumosen im Gegensatz zu den Peptonen auch Nahrungseiweiß zu ersetzen vermögen, haben die Untersuchungen von VOIT erwiesen.

Die therapeutische Wirkung der Albumosen läßt sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: Sie wirken 1. appetitanregend, 2. die Darmthätigkeit befördernd, 3. nährend. Ihre Allgemeinwirkung ist also eine eminent roborirende, sie stellen daher für therapeutische Zwecke die besten, weil natürlichsten Roborantien vor.

Von den seit einiger Zeit im Handel befindlichen Nährpräparaten ist bloß das unter dem Namen Somatose bekannte, aus Fleisch hergestellte Mittel hier zu nennen, denn die anderen Präparate sind keine Albumosen, sondern reine Eiweißpräparate. In chemischer Hinsicht ist der Unterschied der, daß die Somatose ein künstlich vorverdautes, direct resorbirbares Eiweiß vorstellt, während die anderen Eiweißpräparate, zwar auch löslich und resorbirbar gemacht, aber nicht vorverdaunt sind; sie enthalten das Eiweiß in nativer Form. Diese Eiweißpräparate kämen infolge ihres hohen Eiweißgehaltes als wirkliche Nährmittel in Betracht, konnten sich aber bisher theils wegen ihres hohen Preises, theils aus anderen Gründen (meist läßt der Geschmack viel

zu wünschen übrig) als Nahrungsmittel nicht einführen. Für therapeutische Zwecke eignen sie sich meiner Meinung nach weniger, da sie nicht die Wirkung von Roborantien haben, sondern lediglich einen bestimmten Nährwerth. Es fehlt ihnen auch die bei der Somatose so willkommene Einwirkung auf den Appetit, sie sind also auch keine Stomachica. Als Nahrungsmittel sind sie wohl in den meisten Fällen entbehrlich, da wir in der Krankenernährung ganz andere, den Patienten entschieden besser mundende Zubereitungen haben. Für therapeutische Zwecke kommen also diese Präparate meist nicht in Betracht, vielleicht gewinnen sie aber später einmal, wenn es gelingt, besser schmeckende, bezw. wirklich geschmacklose Präparate billig herzustellen, eine hygienisch-soziale Bedeutung als wirkliche Nahrungsmittel zur Aufbesserung der eiweißarmen Kost der wenig bemittelten Bevölkerungsklassen.

Ueber die Somatose selbst ist nicht viel zu sagen, das Präparat ist ja allgemein bekannt. Es stellt ein gelbliches Pulver vor, ist geruch- und fast geschmackfrei, löst sich leicht in Wasser und anderen Flüssigkeiten und läßt sich, der Suppe, Milch, Kaffee etc. beigemengt, leicht nehmen. Die Somatose wird auch allgemein gut vertragen, nur darf die Einzelgabe nicht zu hoch sein. 10—12 Grm. pro die, auf 3—4mal vertheilt, genügen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Schon nach 6—8 Tagen zeigt sich der Effect im Zunehmen der Eßlust, Hebung des Allgemeinbefindens und zumeist auch nicht unbeträchtlicher Steigung des Körpergewichtes. Die Eisensomatose ist eine glückliche Combination der roborirenden Wirkung des Eisens mit der stomachalen der Somatose. Das Eisen ist hier in organischer Bindung enthalten und wird demzufolge leichter resorbirt und besser vertragen als die meisten anorganischen Eisenpräparate, selbst die alten Pill. Blandii nicht ausgenommen. Die Eisensomatose stellt ein hellbraunes, cacaoähnliches Pulver vor, das ebenfalls leicht löslich und geruchlos ist und auch sonst gar keinen Geschmack aufweist; sie verhält sich im Uebrigen wie die gewöhnliche Somatose.

Da ich mit beiden Präparaten sehr gute Erfolge erzielte, will ich die eclatantesten Fälle hier anführen:

I. Frau Olga P., 23 Jahre alt, Beamtensgattin, war als Mädchen immer gesund. Im October 1899 wurde sie gravid. Während der Gravidität litt sie viel an Kopfschmerzen und Stuhlverstopfung; erstere verschwanden gewöhnlich, wenn der Stuhl geregelt wurde. Gegen Ende der Schwangerschaft hatte Patientin spontan überhaupt keine Stuhlentleerung mehr, so daß täglich Purgantien angewendet werden mußten. Am 7. Juni gebar Frau P. einen Knaben. Trotzdem aber Pat. gracil und schlecht genährt war, bestand sie darauf, ihr Kind selbst zu stillen. Die Obstipation nahm nach der Geburt noch zu. Die bisher angewendeten Purgantien ließen nun ganz im Stiche und hatten nur eine Dyspepsie des Säuglings zur Folge. Derselbe gedieh auch nicht, indem er in den ersten 4 Wochen kaum um 300 Grm. zunahm. Die Mutter erhielt jetzt circa 15 Grm. Eisensomatose täglich. Es stellte sich Diarrhoe ein, welche, als die Aufnahme der Eisensomatose auf 10 Grm. pro die restringirt wurde, einem regelmäßigen leichten Stuhl Platz machte. Die Dyspepsie des Säuglings ging in ungefähr einer Woche zurück (gerechnet nach Aufhören der dyspeptischen Stühle). Das Kind nahm nun, nachdem die Mutter außer der Eisensomatose noch circa 5 Grm. gewöhnliche Somatose zu sich nahm, wöchentlich um ungefähr 200—300 Grm. zu. Nach 6 Wochen konnte die Eisensomatose ohne Beeinträchtigung von Mutter und Kind weggelassen werden.

Dieser Fall veranlaßte mich, in mehreren anderen Fällen, die Obstipation bei anämischen Patienten mit Eisensomatose zu behandeln. In 5 Fällen war der Erfolg der gleiche; ein Fall war negativ.

II. Fräulein F. N., 22 Jahre alt, überstand vom 16. bis 18. Jahre eine Chlorose. In der Folgezeit war sie, obwohl immer blaß, ganz gesund. Anfangs November 1899 kam sie wegen Appetit-

losigkeit, Kopfschmerzen, Mattigkeit und schlechten Schlafes in Behandlung.

Stat. praes. 5. November 1899. Klein, gracil, von reducirter Ernährung; Lungen ohne pathologischen Befund. Ueber dem Herzen ein blasendes systolisches Geräusch, an den Jugularvenen Nonnensausen. Am linken Unterschenkel (Knöchelregion) leichtes Oedem. Hämoglobingehalt nach FLEISCHL 40—50%. Pat. erhielt nun nacheinander mehrere Eisenpräparate, ohne daß damit ein nennenswerther Erfolg erzielt worden wäre. Auf die altbewährten Pillul. Bland. stieg zwar der Hämoglobingehalt um 10%, dieselben mußten aber, da sie Magenbeschwerden verursachten, wieder ausgesetzt werden. Das Körpergewicht war constant 53 Kgrm. Von Mitte März angefangen erhielt Pat. Somatose und Eisensomatose, von beiden circa 5—8 Grm. pro die. Schon nach 8 Tagen berichtete Pat., daß sie sich wohler, frischer fühle, weniger Kopfschmerzen und mehr Appetit hätte. Nach 14 Tagen zeigte die Waage ein Körpergewicht von 54½ Kgrm., welches nach abermals 2 Wochen auf 56½ Kgrm. gestiegen war. Der Hämoglobingehalt war nach einem Monate auf 70—75% gestiegen. Gegen Ende Mai, während welcher Zeit die eingeschlagene Therapie fortgesetzt wurde, 57¼ Kgrm. Körpergewicht und 80—85% Hämoglobingehalt.

III. M. St., 30 Jahre alt, Kutschersgattin, erkrankte vor 2½ Jahren unter Abmagerung, Pyrosis und heftigen Cardialgien. Ungefähr in der 3. Woche kam es zu einer profusen Hämatemesis. Nur langsam erholte sich Patientin; es blieb aber eine Schmerzhaftigkeit in der Magengegend zurück. Seit circa 4 Monaten hat sie wieder (mehrmals täglich) heftige Schmerzanfälle im rechten Hypochondrium, welche gegen die Magengegend ausstrahlen und hauptsächlich nach der Nahrungsaufnahme auftreten. Bei linker Seitenlage lassen die Schmerzen etwas nach.

Status praes. vom 12. November 1900. Patientin klein, sehr gracil, stark abgemagert. Ueber der rechten Lungenspitze etwas kürzerer Schall, verlängertes Exspirium mit vereinzelt trockenen Rasselgeräuschen. „Abdomen“ unter dem Niveau des Thorax; das Epigastrium stark druckempfindlich; sonst negativer Befund. Pat. fürchtet sich vor Nahrungsaufnahme, da sich sofort heftige Schmerzen einstellen. Nach 3 Wochen langer Behandlung ist Pat. schmerzfrei. Bei dem ersten Versuch, das Bett zu verlassen, kann sie sich kaum auf den Beinen halten. Körpergewicht 37½ Kgrm. Sie erhält nun Somatose. Nach 10 Tagen ist sie bereits imstande, den größeren Theil des Tages außer Bett zuzubringen und leichtere häusliche Arbeiten zu verrichten. Körpergewicht 38 Kgrm. Pat. nimmt jetzt wöchentlich ½—2 Kgrm. zu, hat guten Appetit und verträgt schon ihre gewöhnliche Kost. Unter fortgesetzter Somatoseaufnahme erreicht Pat. Mitte Januar 1901 ein Körpergewicht von 44½ Kgrm.

IV. Die 4jährige M. N., welche bisher immer gesund war, erkrankte Anfang September 1900 an Scharlach, welcher mit Vereiterung der rechtseitigen Unterkieferdrüsen complicirt war. Durch diese Erkrankung war das Kind arg herabgekommen und vollständig appetitlos. Auf Somatosedarreichung wurde es zusehends frischer, der Appetit stellte sich ein und nach ungefähr einem Monate (nach Einleitung der Somatotherapie) hatte die kleine Patientin ihr früheres gesundes Aussehen wieder erlangt.

Wir besitzen also in der Somatose, bezw. Eisensomatose, wie auch aus obigen kurzen Krankengeschichten, die ich nur als Typen angeführt habe, hervorgeht, für therapeutische Zwecke überaus werthvolle Roborantien, die in allen Fällen von Chlorose, Anämie und Schwächeständen verschiedenster Art dem Arzt die besten Dienste leisten können, so daß sie derzeit auch kaum durch irgend welche andere Mittel ersetzt werden könnten.

Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ammonium-sulfo- ichthyolicum, combinirt mit Creosotum carbonicum.

Von **Dr. Hugo Goldman.**

(Schluß.)

Die erste Form, in der ich Ichthyol gemengt mit Creosotal in Anwendung brachte, enthielt diese beiden Medicamente in Glycerin gemengt und mit Oleum menth. pip. als Geschmacks corrigens versetzt.

In der Folge mußte ich jedoch erkennen, daß die Verschreibungsform unbrauchbar wurde dadurch, daß sie schwer in Tropfenzahl, wie sie genommen werden sollte, dispensierbar war.

Indem ich diese erste Angabe als nicht gebräuchlich übergehe, will ich nun die späterhin und auch jetzt noch angegebene Verschreibung in Form von Lösung angeben:

Rp. Creosot. carbon. „Heyden“ 15·0
Solve in Spir. vin. rectific. qu. s.
Ichthyol-Ammon. 10·0
Aqu. menth. pip. 180·0
S. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel in süßem schwarzen
Kaffee zu nehmen vor der Mahlzeit.

Rechnet man 1 Kaffeelöffel im Durchschnitte zu 4 Grm. Flüssigkeit, so ergibt sich der Gehalt von Ichthyol und Creosotal für 1 Kaffeelöffel wie folgt:

1 Kaffeelöffel enthält:

Ichthyol 0·20
Creosotal 0·30

Wird das Medicament gut vertragen, so kann mit der Dosis bis 5 Kaffeelöffel pro die in der Art gestiegen werden, daß man je eine Woche einen Löffel mehr nimmt, nachdem mit der Anfangsdosis von 3 Löffeln pro Tag begonnen ward.

Für Kinder bis 16 Jahren wäre die Dosis von Ichthyol auf 5·0, die des Creosotal auf 10·0 herabzusetzen, wobei die Verschreibung und Darreichung dieselbe bleiben kann.

Da sich jedoch bei keiner Krankheit betreffs der Medication schematisiren, sondern nur individualisiren läßt, so muß der Verschreibweise, die Dosis betreffend, auch weiterer Spielraum gelassen werden.

Ich habe bei der großen Zahl von Fällen nie über das Mittel, resp. über dessen unangenehme Nebenwirkung klagen gehört und kann bloß die eine Thatsache constatiren, daß die Kranken gerne um die Medicin kommen, einige sogar behaupten, behufs Hebung des Allgemeinbefindens dieselbe zeitweise fortnehmen zu müssen.

Besonders Leute mit Emphysema pulmonum, deren es ja unter den Bergarbeitern so viele gibt, behaupten, nach Einnahme der Ichthyol-Creosotlösung bedeutendere Erleichterung zu finden. Ob hier die vasoconstringirende Wirkung des Ichthyol oder dessen schleimlösende Eigenschaft in Betracht kommen, konnte ich nicht untersuchen.

Um nun das Einnehmen des Ichthyol zu erleichtern, um andererseits die Dosis besser fixiren zu können, hat die Ichthyolgesellschaft in Hamburg nach meiner Angabe Pillen hergestellt und dieselben mit dem gesetzlich geschützten Namen „Ichthosot-Pillen“ bezeichnet.

Jede Pille enthält als wesentlichen Bestandtheil 0·10 Ichthyol-Ammonium, 0·04 Creosot carbonicum nebst Zuthat von Ol. menth. pip. als Geschmacks corrigens.

Bei der Herstellung dieser Pillen wurde strenge darauf geachtet, deren baldige Löslichkeit im Magen zu ermöglichen, damit dieselben weder durch Druck im Magen lästig werden, noch etwa als zu hart sich zeigend überhaupt ungelöst abgehen. Von diesen Pillen wäre mit 3 Stück pro die zu beginnen, nur allmählig steigend bis 12 pro Tag zu kommen. Ist diese Dosis erreicht, so soll dieselbe durch einige Wochen

hindurch beibehalten werden, bis sich eine entschiedene Besserung des Krankheitszustandes constatiren läßt.

Wenn wir die hier vorgeschriebenen Dosen für das Ichthyol betrachten, so kommen dieselben für den Augenblick als gering vor. Doch schon UNNA empfahl, mit kleinen Dosen beginnend, allmählig zu steigen. Da das Ichthyol nämlich in seiner Gesamtmenge resorbirt wird, so wird es schon in verhältnißmäßig kleinen Dosen zur Genüge ausgenützt.

Die günstigen Erfolge, die sich durch Anwendung des Ichthyol bei Lungentuberculose durch UNNA, COHN und durch mich constatiren ließen, müssen also jedenfalls durch dieses Mittel erzielt worden sein, und es fragt sich nun, inwiefern sollen wir die Wirkung dieses Präparates auf den krankhaften Proceß in den Lungen vorstellen.

Als directe Wirkung auf die Tuberkelbacillen gewiß nicht, zumal der thierische Organismus kein derart antibacterielles Mittel verträgt, das stark genug wäre, die Tuberkelbacillen an Ort und Stelle, also in der Lunge abzutöden.

Aber aus den oben bereits angedeuteten Eigenschaften des Ichthyols läßt sich dessen günstige Wirkung erklären.

Vor Allem die erwiesene Thatsache, daß Ichthyol den Eiweißzerfall hindert und somit den Körper vor Kräfteverlust bewahrt, dem die Tuberculösen infolge der bedeutenden Anorexie am meisten ausgesetzt sind und deshalb das Bild der im Volksmunde so bezeichnend gesagten „Auszehrung“ darstellen.

Dadurch nun, daß der Tuberculöse an Appetit gewinnt — und dies ist bei Ichthyol bewiesen — kann er mit seiner Nahrung eine größere Menge von Eiweißstoffen einführen, während andererseits deren Zerfall gehindert wird.

Es ist somit dem Organismus Gelegenheit geboten, sich Kräfte zu sammeln, um dem anstürmenden Feind in gehörig starker Weise begegnen zu können.

Ferner ist die Annahme gemacht worden, es wirke das Ichthyol abtödtend auf die Tuberkelbacilltoxine. Falls dies auch wirklich der Fall ist, dann hätten wir gewiß Grund genug, Ichthyol für jeden Fall bei Lungentuberculose längere Zeit hindurch zu verwenden. Die Toxine erregen, wie besonders KOCH angegeben, bei der Tuberculose die Erscheinungen des Fiebers und die der Verkäsung.

Thatsächlich schwinden bei Anwendung des Ichthosot — und so wollen wir die Combination beider Medicamente kurzwegs bezeichnen — das Fieber, die Nachtschweiß, während die Zunahme an Körpergewicht dem erhöhten Appetite und dem verhinderten Eiweißzerfalle zuzuschreiben wäre.

Eine Zunahme an Körpergewicht bedeutet aber beim Tuberculösen schon eine bedeutende Wendung zum Guten.

Die bronchopneumonischen Processe scheinen vom Ichthyol bloß insoferne beeinflusst zu sein, als dieses lösend wirkt und die Expectoration erleichtert.

Ueber diese meine gemachten Erfahrungen stehen mir die ausführlichsten Krankengeschichten zur Verfügung. Ich erließ es mir jedoch, dieselben hierorts zu erwähnen, und will nur in Kürze diejenigen Erscheinungen erwähnen, die allmählig auftretend eine günstige Beeinflussung jener Erkrankungen an Tuberculose, die überhaupt einer Therapie zugänglich, documentiren. Vorerst Hebung des zumeist ganz darniederliegenden Appetites, Schwinden der etwa auftretenden Nachtschweiß, Erleichterung und Schwinden der Expectoration, Besserung des Allgemeinbefindens und Zunahme des Körpergewichtes, das in manchen Fällen bis 4 Kgrm. in den ersten Wochen betrug und hierauf gleichmäßig steigend sich erhöhte.

Ueber den Lungen schwinden die Dämpfungen, mit diesen die Rasselgeräusche, das charakteristische Athmen und im Sputum die Bacillen.

Ist der Patient genug stark, so ist es erforderlich, ihm ein leicht lösliches Eisenmittel zu geben, das die Tuberculösen ja sonst kaum vertragen. Günstige Lebensverhältnisse unter-

stützen die Behandlung natürlich bedeutend und müßten die Erfolge bei einer rationell durchgeführten Anstaltsbehandlung noch viel bessere sein. Leider aber kann nicht jeder Patient all dieser Wohlthaten theilhaftig werden und muß zumeist bloß mit der medicamentösen Behandlung vorlieb nehmen.

Außer den günstigen Wirkungen bei Lungentuberculose und Lungenemphysem zeigen sich solche bei Anwendung des Ichthosot — sei es in Lösung, sei es in Pillenform — auch bei chronischen Störungen der Magenfunctionen, besonders in jenen Fällen, in welchen abnorme Gährungsverhältnisse den Grund hiezu abgeben. Hier scheint die antizymotische und antifermentative Wirkung des Medicamentes in ihre Rechte zu treten.

Fassen wir die obgemachten Erfahrungen in Kürze zusammen, so können wir sagen:

1. Das Ichthosot wirkt in Lösung und Pillenform auf den tuberculösen Proceß der Lungen insofern heilend, als sich das allgemeine Befinden des Patienten hebt, als sich der Lungenbefund bedeutend bessert und bei genügend lange fortgesetzter Behandlung ganz ausheilt. Dies beweist das allmähliche Schwinden und schließliche Fehlen von Tuberkelbacillen und elastischen Fasern im Sputum.

2. Die Wirkung des Ichthosots erklären wir uns durch dessen „eiweißsparende“ Eigenschaft und durch directe Einwirkung auf die Toxine.

Am Schlusse angelangt, hätte ich noch die Bitte, die von mir angegebenen Beobachtungen auf das strengste in ganz objectiver Weise zu prüfen.

Referate.

HÜNERMANN und DEITER (Berlin): Ueber die Desinfection des Trinkwassers mit Natriumhypochlorit.

Die Lösung von unterchlorigsaurem Natron war so bereitet, daß die Lösung 1.5% an activem Chlor enthielt („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 14).

Zur Aufbewahrung der Lösung sind am besten kleine, braune Flaschen mit eingeschlifftem Glasstopfen geeignet. Die Glasstopfen werden, um der Luft den Zutritt zu versperren, entweder vorgypst oder mit einem Stück amerikanischen Kautschukheftpflasters, das bis auf den Hals der Flasche reicht, überklebt. Eine so aufbewahrte Natriumhypochloritlösung — sowohl verdünnte wie concentrirte — zeigte nach acht Wochen nur eine unbedeutende Abnahme an activem Chlor. Zur Bindung des nach dem Abtöden der Keime verbleibenden Chlors wurden Versuche mit Calciumbisulfit und Natriumsulfit angestellt. Die Versuche mit der Kalkverbindung wurden bald eingestellt, da der Gehalt der Lösung an schwefeliger Säure fortwährend abnimmt.

Was das Natriumsulfit anbetrifft, so weist das Product des Handels einen verschiedenen Gehalt von SO₂ auf. Die Untersuchung von vier verschiedenen Proben ergab einen Gehalt von 22—23.8%; den Gehalt von 25.4%, welchen reines Natriumsulfit besitzen soll, erreichte keine Probe. Natriumsulfit löst sich, wenigstens in gepulvertem Zustande, äußerst leicht im Wasser. Es wird daher am besten entweder als solches in gut verschlossenen Röhrchen, Gelatine kapseln oder in möglichst concentrirter Lösung mitgeführt. Die Mengenverhältnisse sind zweckmäßig so zu wählen, daß sie einer Natriumhypochloritlösung von bestimmtem Gehalte entsprechen.

Bei der Desinfection des Wassers sind natürlich Gefäße zu vermeiden, welche von Chlor leicht angegriffen werden. Am besten eignen sich zu dem Zwecke glasierte Thongefäße, emaillierte Schalen und Eimer. Doch können auch verzinnete oder verzinkte Kochgeschirre, Eimer benutzt werden, sofern sie frei von Rost sind. Bei Gegenwart von Rost wird das Chlor sehr rasch gebunden und so die desinficirende Kraft bedeutend herabgesetzt. Holzgefäße, wie Waschkübel und sonstige Bottiche vermindern diese unerheblich, wenn sie vor dem Gebrauche mit Sand ausgescheuert werden.

Aluminiumkochgeschirre werden von der Natriumhypochloritlösung angegriffen. Doch ist die Menge des nach 15 Minuten in Lösung gegangenen Aluminiums so gering, daß sie nicht als gesundheitsschädigend angesehen werden kann. Kupferne Gefäße werden leicht angegriffen und sind daher zu vermeiden.

Enthalten die zu desinficirenden Wasser Harn, Harnstoff, so genügen 40 Mgrm. Chlor nicht zur Sterilisation des Wassers. Mit 10% Harn und 40 Mgrm. Chlor versetztes Wasser enthielt nach 5 Minuten nur noch 8 Mgrm. wirksames Chlor. Nach 25 Minuten war Chlor nicht mehr nachzuweisen. Bei Gegenwart von Harnstoff 1% oder Pepton 1% wurde ebenfalls rasch eine nicht unerhebliche Menge von activem Chlor verbraucht.

Um zu erkennen, ob die gebrauchte Menge von 40 Mgrm. Chlor wirklich zur vollständigen Desinfection eines Liters Wassers ausreicht, verfährt man zweckmäßig in der Weise, daß man dem mit Natriumhypochloritlösung versetzten Wasser nach 5 Minuten 1 Ccm. mittels einer Pipette entnimmt und im Reagensglase mit 1 Ccm. Jodkaliumstärkelösung mischt. Entsteht hiebei eine tiefblaue Farbe, so genügt die angewandte Menge zur Abtödtung sämtlicher im Wasser vorhandenen Typhus- und Cholerakeime.

N.

LUDWIG MANN (Breslau): Ueber einen Fall von hysterischer sensorischer Aphasie (Sprachtaubheit) bei einem Kinde.

Das 7jährige Kind hatte in rasch zunehmender Weise undeutlicher zu sprechen begonnen, so daß die Sprache innerhalb dreier Tage ganz unverständlich wurde. Gleichzeitig verlor das Kind vollständig das Gehör. Im Uebrigen bestand keine Störung des Allgemeinbefindens.

Anamnestisch ließ sich bloß ein psychischer Shok geringeren Grades ermitteln. Aufgehoben war jedoch bloß das Sprachverständnis; wenn man nämlich hinter dem Rücken des Kindes bei verbundenen Augen desselben leise Geräusche producirte, wie Pfeifen, Klopfen, Klingeln u. s. w., so nahm es dieselben wahr. Außer diesem Symptom der sensorischen Aphasie bestand hochgradigste Paraphasie; wenn das Kind nämlich spontan sprach, producirte es mit großer Gewandtheit ein Kauderwelsch, von dem auch nicht ein Wort zu verstehen war. Schreiben nach Dictat war unmöglich, das Abschreiben ging correct vor sich. („Neurol. Centralblatt“, 1901, Nr. 10.)

Diagnostisches Raisonnement führte M. zur Annahme einer hysterischen Affection. Am wichtigsten war diesbezüglich, daß der Zustand nicht ein constant sich gleichbleibender war, sondern bei den verschiedenen Untersuchungen gewisse Widersprüche aufwies. Dies betraf vor allem die Paraphasie. Dafür sprach auch der Umstand, daß das Kind seine Erkrankung nicht schwer empfand, sondern über die zahlreichen mit ihm vorgenommenen Untersuchungen sich zu freuen schien. An dieser Diagnose festhaltend, wandte nun M. das energischste Suggestivmittel an, die Entfernung des Kindes aus der Häuslichkeit und die Isolirung desselben. Dazu wurden täglich kalte Einpackungen und Douchen, sowie schmerzhaftes Elektrisieren angewendet, letztere in Verbindung mit Sprachübungen in der Weise, daß zunächst einzelne Vocale und Buchstabenverbindungen vorgesprochen oder aufgeschrieben wurden und das Kind unter fortwährend wiederholtem, höchst schmerzhaften Faradisiren der Mundgegend zum Nachsprechen aufgefordert wurde. In den ersten acht Tagen war die Besserung verschwindend gering. Nach 14 Tagen waren dem Kinde bereits 10 Worte eingeprägt worden, nach 3 Wochen 20, von da ab gingen die Fortschritte rascher. Nach 5 Wochen begann das Kind aus dem Lesebuche selbständig Worte buchstabierend zusammensetzen, nach 8 Wochen fand es zum erstenmale Bezeichnungen für einige ihm bis dahin noch nicht gezeigte Gegenstände. In den nächsten Wochen schritt die Besserung sodann in raschestem Tempo bis zum völlig normalen Gebrauche der Sprache fort.

N.

HUGO STARCK (Heidelberg): Ueber die Beziehung von Oesophagusdivertikel zu Emyem und Lungenbrand.

Ein vor Kurzem beobachteter Fall veranlaßt St., auf die Beziehung zwischen Tractionsdivertikel einerseits, Emyem und Lungenangrän andererseits einzugehen („Archiv f. Verdauungskrankheiten“, 1901, Bd. VII, H. 1 u. 2). Daß ein Zusammenhang zwischen Pleuritis und Tractionsdivertikel besteht, wird bei fast allen Autoren bestätigt. Daß thatsächlich Fälle vorkommen, in welchen die Pleuritis in ätiologischer Abhängigkeit zu den Divertikeln steht, darf nicht bezweifelt werden; dafür sprechen einmal Fälle, in denen die Divertikelspitze unmittelbar mit der Pleura verwachsen war, dann solche, in denen eine offene Communication mit der Pleurahöhle bestand. In diesen letzteren Fällen handelte es sich stets um Emyeme, eitrig-jauchige Pleuritiden oder Pyopneumothorax. Die Perforation des Divertikels geschieht vom Oesophaguslumen aus, indem Fremdkörper im Divertikel stecken bleiben, häufiger von der Umgebung des Oesophagus aus. Hier entzündeten sich nämlich häufig die in der Nähe des Divertikels befindlichen Drüsen, vereitern und perforiren in das mit ihnen verwachsene Divertikel. Diese Vorgänge können ganz latent bleiben. In anderen Fällen aber vergrößert sich der Absceß oder dringen vom Oesophagus aus Speisetheile in die Absceßhöhle, welche in Verjauchung übergeht und nun die ganze Umgebung in Mitleidenschaft zieht. Gewöhnlich kommt es zur Entzündung der anliegenden Pleura, selten bricht der Absceß in die Pleurahöhle durch. Tritt ein Verschuß auf dem Wege vom Oesophagus zur Pleuraperforation ein, so entsteht ein Emyem; bleibt die Communication offen, so haben wir einen Pyopneumothorax. Eitrige und jauchige Pleuritis sind auch schon entstanden durch Perforation des Divertikels in einen Bronchus. Perforationen in die Trachea oder in einen Bronchus können den ganzen Krankheitsproceß rasch zum Abschlusse bringen. Nicht immer jedoch ist der Ausgang ein günstiger. Die Größe der Gefahr steht im umgekehrten Verhältnisse zur Größe des perforirten Bronchus, da ja die Expectoration aus den kleinsten Bronchien am schwersten ist. Zum Glücke befinden sich aber die kleinen und kleinsten Bronchialverzweigungen nicht an den Prädispositionsstellen der Tractionsdivertikel, d. h. nicht in der Höhe des mittleren Drittels des Oesophagus.

In allen unklaren Fällen von Gangrän müssen wir an Tractionsdivertikel denken, besonders wenn der Herd nahe der Wirbelsäule im unteren (rechten) Lungenabschnitt beginnt. Ist es bereits zu einer mit dem Divertikel communicirenden Gangränhöhle gekommen, so ist eine Therapie nur vom Divertikel aus möglich; in solchen Fällen kann man eine Ausspülung der Höhle vom Divertikel aus versuchen. Scheut man sich vor der allerdings nicht ganz unbedenklichen Sondirung, so wäre zu empfehlen, mit einem aufblähbaren Gummiballon unterhalb der Bifurcation den Oesophagus abzuschließen und den darüber befindlichen Abschnitt auszuspülen, von welchem die Flüssigkeit in die Höhle eindringen kann. Haben wir Grund zum Verdacht, daß das Divertikel in ein Emyem mündet, so läßt sich ein Abfluß nach außen eventuell durch Lageveränderung des Patienten erreichen, indem man denselben auf die Bauchseite legt. Eine solche Lageänderung mag auch bei dem Ausspülungsversuch zustatten kommen. B.

YOUNG (Baltimore): Ueber ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia, nebst Bericht über zwei Fälle.

Verf. ist der Ansicht, daß bei tuberculöser Erkrankung beider Hoden die Totalexstirpation der Vasa deferentia und der Samenblasen in jedem Falle vorgenommen werden soll, da diese Organe — auch bei negativem Palpationsbefund — gewöhnlich miterkrankt sind und nur von einer radicalen Operation definitive Heilung zu erhoffen ist. Da in diesen Fällen auch die Harnblase gewöhnlich mitafficirt ist, soll auch der kranke Theil der Blase in derselben Sitzung mitgenommen werden.

Diese Operation setzt sich nach Angabe des Verf. („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62, H. 3) aus folgenden Hauptmomenten zusammen:

Incision in der Mittellinie von der Symphyse bis über den Nabel. Transversale Incision des M. rectus, Epicystotomie. Katheterisation beider Ureteren. Abpräparirung des Peritoneums von der Blase; Isolirung der Vasa deferentia und der Samenblasen; Excision der Vasa deferentia und der Samenblasen sammt dem oberen Theile der Prostata. Excision beider Hoden mit den Ueberresten der Vasa deferentia. Excision des tuberculösen Geschwüres der Harnblase. Vollständiger Verschuß der Harnblase mittels Seidennähten. Partieller Verschuß der Sectio alta, Drainage der Harnblase. Verschuß und Drainage der Bauchwunde. Einführung eines Dauerkatheters in die Harnblase.

Wie wir also aus dieser gedrängten Angabe ersehen, ist die Operation eine lange dauernde, sehr eingreifende und besonders noch durch den schweren Blutverlust complicirt, welcher im ersten der operirten Fälle so bedeutend war, daß er nach Angabe des Verf. eine Kochsalzinfusion von 2300 Cem. erforderlich machte, „da sonst der Pat. mit Sicherheit die Operation nicht überlebt hätte“.

Verf. stellt sich, indem er diese Operation für berechtigt hält, in Widerspruch zu dem größten Theil der Autoren, die in der letzten Zeit aus sehr gewichtigen Gründen von den sogenannten radicalen Operationen bei Tuberculose der Hoden auf das entschiedenste abriethen und nur conservirende Operationen (Incision der Abscesse, Excochleation, Resection) ausführten. In Anbetracht des Umstandes, daß die von YOUNG angegebene Operation einen sehr schweren Eingriff darstellt, könnte auch Ref. die Operation nicht anrathen, umso weniger, als die Resultate der conservirenden Methoden bei Tuberculose der Hoden nicht so traurige sind, wie Verf. glaubt. ERDHEIM.

H. T. PATRICK: Kopfschmerzen.

Die meisten Kopfschmerzen lassen sich in folgender Weise gruppiren: Beruhend auf „Infection und Toxämie“ (Fieber, Bright's Krankheit, Verstopfung etc.), Neurasthenie, Migräne, Ueberanstrengung der Augen, Anämie („Deutsche Medicinal-Ztg.“, 1901, Nr. 40).

Die Diagnose und Behandlung der zur Gruppe 1, 4, 5 gehörenden Kopfschmerzen ist ziemlich einfach. Weniger bekannt sind die Besonderheiten der auf Neurasthenie beruhenden und zur Migräne gehörenden Kopfschmerzen.

Der neurasthenische Kopfschmerz ist kein eigentlicher Schmerz, ist vielmehr ein Unbehagen, ein Druckgefühl, eine Empfindung entweder des Eingeschnürtseins oder des sich Erweiterns oder ein Gefühl der Schwere oder des Schwindels, der Völle oder der Leere. Zuweilen empfindet der Patient, als ob im Kopf ein leerer Raum sei, der ausgefüllt werden müsse, zuweilen fühlt er einen Fremdkörper, der der Entfernung harret, mag er nun flüssig oder fest, sessil oder beweglich erscheinen. Sehr häufig wird gleichzeitig über eine wesentliche Erschwerung geistiger Thätigkeit geklagt, ein Schleier oder eine Wolke verhülle die klare Perception oder ein undefinirbares Etwas, tief sitzend in Stirn, Schläfe oder Hinterhaupt, verhindere sie.

Ein Schmerz, dessen Gebiet bestimmte geometrische Formen innehält (Linien, Parallelogramm) ist fast stets neurasthenischer Natur und kein eigentlicher Schmerz.

Ein Kopfschmerz, der Schlaflosigkeit verursacht, ist nicht neurasthenischer Natur. Neurasthenischer Kopfschmerz mag mit Schlaflosigkeit vereint gefunden werden, ist aber nicht ihre Ursache.

Recht häufig hat der neurasthenische Kopfschmerz seine Localisation in der Nähe der Augen und geht dann mit Asthenopie einher. Der Kranke klagt über Uebermüdung der Augen, über Schmerz hinter oder oberhalb derselben, über Härte und Anschwellung des Bulbus, der „brenne“ oder „auf die Augenhöhlen presse“. Lesen steigert die Beschwerden und Brillen geben nur ganz vorübergehend eine Erleichterung.

Wichtig ist die günstige Beeinflussung neurasthenischer Kopfschmerzen durch Zerstreung, sei es durch Gesellschaft oder durch den Geist intensiv in Anspruch nehmende Beschäftigung und die sofortige Wiederkehr der Beschwerden beim Nichtsthun und das

constante Gefühl, daß man „einen Kopf habe“, so lange die Muße währt. Die Behandlung dieser Kopfschmerzen läuft hinaus auf die Behandlung der Neurasthenie, umgreift also die beste Hygiene des Körpers und des Geistes. Von Medicamenten kommen in Betracht Bromkali in großen Dosen (1—2 Grm. dreimal täglich) und Strychnin — das letztere mit dem ersteren nicht zu combiniren, sondern getrennt zu geben.

Besonders häufig mißverstanden oder mangelhaft verstanden ist der Kopfschmerz der Migräne, und es kann nicht genug betont werden, daß derselbe sich wesentlich unterscheidet von Neuralgie, von gastrischem Kopfschmerz, Gallenkopfschmerz oder dem Kopfschmerz bei nervöser Prostration; daß er nicht reflectorisch durch Anomalien der Nase und des Auges entsteht, und daß er nichts zu thun hat mit Autointoxication vom Darmcanal her, noch mit Harnsäurethase. Endlich ist er nicht eine Reflexneurose, vom verlagerten Uterus oder gereiztem Ovarium erzeugt.

Charakteristisch für Migräne ist zunächst ihre Erblichkeit, die man in 95% der Fälle constatirt hat. Damit harmonirt die Thatsache, daß Migräne in der Regel in der Kindheit schon auftritt, durch die Jahre der Jugend und des reiferen Alters andauert und erst im höheren Alter, bei den Frauen mit der Menopause, bei den Männern gegen das 60. Jahr hin zu verschwinden pflegt.

Der Migräneschmerz ist ein wirklicher intensiver Schmerz, der in mehr oder weniger periodischen Attaquen, getrennt von ganz freien Intervallen auftritt. Die Intervalle werden in selteneren Fällen sehr kurz und die infolgedessen fast constanten Kopfschmerzen können namentlich durch Schlaflosigkeit außerdem noch neurasthenische Kopfschmerzen verursachen.

Der Schmerz selbst ist bei Migräne ein stetiger und fixer; er exacerbirt nicht wie bei Neuralgie, er ist ein tiefsitzender, obzwar nach einem Anfall die Kopfhaut so empfindlich sein kann, daß leichte Berührungen und Kämmen als sehr unangenehm empfunden werden.

Innerhalb der ersten 10 Jahre nach dem ersten Auftreten der Krankheit dauern die Anfälle selten länger als 10 Stunden und sind auf den Tag beschränkt; nachts und in der Frühe des Morgens nach dem Schlaf sind die Schmerzen verschwunden.

Migräne braucht weder mit Erbrechen oder Uebelkeit einherzugehen, noch mit Störungen in anderen Organen (Augen) verbunden zu sein, noch braucht sie einseitig zu sein. In der Regel gehen der Attaque für jeden Patienten eigenartige Sensationen voraus.

Die rationelle Behandlung der Migräne muß vor Allem sich von Einseitigkeit fernhalten und allgemein gültige gesunde hygienische Maßnahmen umfassen. Von Medicamenten ist Cannabis indica in erster Linie zu nennen. Aber die Präparate verschiedener Fabriken wirken ungleichmäßig und müssen an und für sich und mit Bezug auf jeden einzelnen Patienten geprüft werden. Auch Brompräparate und Nitroglycerin oder eine Combination derselben sind gelegentlich werthvoll. Endlich hat sich die von MENDEL empfohlene Mischung von salicylsaurem Natron, Bromnatrium und Aconitin in einigen Fällen bewährt. L.

SCHÜRMYER (Hannover): Widersprüche der Diphtherie-statistik.

Verf. bringt in einer Uebersicht über acht in neuerer Zeit erschienene statistische Arbeiten über den Werth des Diphtherieheilsersums die bereits bekannten und wohl häufig genug widerlegten Argumente der Serumgegner vor, ohne denselben etwas Neues hinzuzufügen. Nach dem Tenor seiner Ausführungen erscheint das Schlußurtheil, „daß wohl Erfolge (sc. der Serumtherapie) zu verzeichnen sind, daß aber zu deren richtiger Würdigung und Beurtheilung ein noch längerer Zeitraum nöthig ist,“ immerhin noch glimpflich und eigentlich unerwartet. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 23, H. 28.)

Dr. S.—

GALLI-VALERIO (Lausanne): Quelques observations sur la morphologie du Bacterium pestis et sur la transmission de la peste bubonique par les puces des rats et des souris.

In dem ersten Theil seiner Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 24) weist Verf. auf die weitgehende Analogie zwischen dem Pleomorphismus des Rotzbacillus und des Pestbacillus hin, in dem zweiten, polemisch gehaltenen Theil hält Verf. seine schon früher in derselben Zeitschrift ausgesprochene Ansicht aufrecht, daß die Flöhe der Ratten und Mäuse den Menschen nicht stechen, somit auch nicht die Pest von den genannten Thieren auf den Menschen übertragen können. Diese Behauptung stützt er durch neue Versuche und schließt mit der Warnung, beinahe ausschließlich den Ratten die Rolle der Verbreitung der Pest zuzuschreiben. Man würde hiebei Gefahr laufen, die Aufmerksamkeit von anderen, sehr wichtigen Ursachen abzulenken, wie z. B. von der directen Uebertragung von Mensch auf Mensch oder von der durch Gebrauchsgegenstände.

Dr. S.—

Literarische Anzeigen.

Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von Prof. E. v. Leyden und Doc. Dr. Felix Klemperer. Mit Illustrationen und Tafeln. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg.

Der klinische Unterricht ist ein Anschauungsunterricht. Die Erscheinungen und die Formen des gesunden und des kranken Lebens ziehen im wechsellvollen Bilde an dem Studirenden vorüber, und was dieser mit eigenem Auge gesehen, mit eigenem Ohre gehört, das prägt sich seiner Erinnerung viel anhaltender ein als die Masse von unbelebtem, oft nur lose zusammenhängendem Wissen, das ihm durch Prüfungsvorschriften als Bücherstudium aufgenöthigt wird. Deshalb kehrt der den Rigorosen längst entwachsene Arzt immer von Neuem freudig zur Klinik zurück und zieht allen Repetitorien und Compendien Werke vor, die mit klinischem Geiste ihn an die Zeiten mahnen, da ihn des Lehrers lebendiges Wort hören und sehen gelehrt.

Den Contact zwischen der Klinik und dem Praktiker zu erhalten, ist die Aufgabe des vorliegenden Werkes. In reger Abwechslung, in Form von aneinander gereihten Vorträgen gleich dem Unterrichte im Hörsaale, stellt es keine systematische Bearbeitung der Pathologie und Therapie dar; indem es jedoch alles Neue kräftig betont, alles Brauchbare deutlich hervorhebt und alles Unbrauchbare aus seinem Inhalte verbannt, bietet es dem Leser ein völliges Novum dar, ein getreues Bild der deutschen Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts, so lebensvoll und plastisch wie die Klinik selbst und die Methodik der Gegenwart.

Einhundertsiebenundfünfzig Mitarbeiter, Träger vornehmer Namen im Reiche der Wissenschaft, nennt das Werk sein eigen. In den bisher erschienenen Lieferungen (1—21) entrollt E. v. LEYDEN einleitend ein Bild der deutschen Klinik im Beginne des 20. Jahrhunderts, H. SENATOR hat die Autointoxicationen, W. DÖNITZ „Die Infection“, W. v. LEUBE „Extrabuccale Ernährung“ bearbeitet. Aus der Feder von BAGINSKY stammt die Vorlesung „Ueber Diphtherie und diphtheritischen Croup“, CH. BÄUMLER erörtert das Thema „Acuter Gelenkrheumatismus“, NAUNYN „Diabetes“, C. A. EWALD „Myxödem“, GRAWITZ „Chlorose“, P. STRÜBING „Husten und Auswurf“, A. FRAENKEL „Bronchialasthma“, H. EICHHORST „Neuralgien“, kein geringerer als W. ERB „Paralysis agitans“ und L. EDINGER „Kopfschmerzen und Migräne“.

AD. CZERNY spricht „Ueber Kinderernährung“, MONTI „Ueber Infectionen der Mundschleimhaut bei Kindern“, SOLTMANN „Ueber Tuberculose bei Kindern“, WINCKEL „Ueber die Dauer der Schwangerschaft“, andere gynäkologische Capitel behandeln LÖHLEIN, HOFMEYER, FEHLING, MARTIN, AHLFELD und LANDAU. An

der Spitze der dermatologischen Abhandlungen stehen die Namen KAPOSI, UNNA und NEISSER, BEHRING begründet die anti-toxische Diphtherie-Therapie, MENDELSON bespricht sein Lieblingsthema „Krankenpflege“, BUTTERSACK, FÜRBRINGER, RUMPF, KOLLE behandeln Psychotherapie, Influenza, Cholera und Pest. Im psychiatrischen Theil des Werkes finden wir neben SOMMER BINSWANGER, V. KRAFFT-EBING und FÜRSTNER, LFSSER bespricht die Vererbung der Syphilis, POSNER „Katheterfieber“, NITZE „Kystoskopie“, ROSENHEIM „Oesophagusstenose“, FLEINER „Magenspülungen“, LEO „Die functionellen Krankheiten des Magens“, RIEGEL „Die Magenerweiterung“, H. NOTHNAGEL „Darmverengung“, HOPPE-SEYLER „Schleimkolik“, OSER „Pankreaserkrankungen“, FR. KRAUS „Leberneubildungen“, BLUMENTHAL „Harnuntersuchung“, ROSENSTEIN und STRÜMPPELL „Nephritis“ und P. F. RICHTER „Nieren-diagnostik“. Wir kennen kein zweites Werk, das die Bedürfnisse des Praktikers so fest im Auge behält wie die „Deutsche Klinik“ und das dem Verlangen des Praktikers nach Fortbildung und Belehrung in so instructiver, lebensvoller und in so zweckentsprechender Weise Rechnung trägt. Es unterliegt keinem Zweifel, das die „Deutsche Klinik“, die aus purer Nothwendigkeit hervorgegangen ist, im Bücherschatze jedes praktischen Arztes bald an erster Stelle stehen wird.

Lg.

Traité de Chirurgie d'urgence. Par Felix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris etc. Deuxième édition, revue et augmentée. 617 Fig. Paris 1900, Masson et Cie.

Der Umstand, daß nach kaum einigen Monaten die Nothwendigkeit, die II. Auflage dieses Buches erscheinen zu lassen, sich eingestellt hat, zeugt am besten dafür, daß der Autor dem Zwecke, den er mit seinem Buche verfolgte, nämlich „in klarer und präciser Weise die Indicationen und Technik der dringenden chirurgischen Eingriffe zu beschreiben“, vollauf gerecht wurde. Der Verf. schildert darin vor Allem die Hilfeleistungen bei den Verletzungen der verschiedenen Körperregionen und dann eine große Anzahl anderer Operationen, die keinen Aufschub erleiden.

Da das Buch praktischen Zwecken dienen soll, finden wir darin keine theoretischen Erörterungen, keine Literaturverzeichnisse, sondern nur die Angabe, „was im speciellen Falle und wie es gemacht werden soll“.

Die II. Auflage ist durch Hinzufügung einer großen Anzahl neuer Capitel und Vergrößerung des Abschnittes über Fracturen der Extremitäten bedeutend erweitert worden. Das Buch ist 912 Seiten stark und zeichnet sich durch eine große Anzahl sehr guter Bilder aus. Die Ausstattung des Buches ist tadellos. E.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

VIII.

— Ende Juli 1901.

Anlässlich der jüngsten Budgetdebatte beschloß der hauptstädtische Municipalausschuß die Entsendung einer Commission, der die Aufgabe gestellt wurde, die hauptstädtische Administration gründlich zu prüfen und Vorschläge hinsichtlich ihrer Vereinfachung und auf Abstellung etwaiger Uebelstände zu erstatten. Das dritte Subcomité dieser Commission, das mit der Prüfung der sanitären Institutionen betraut war, erstattete dem Ausschusse einen umfassenden Bericht, der die Wirksamkeit der bezeichneten Institutionen eingehend beleuchtet, aber trotz der dringlichen Nothwendigkeit keinerlei Reformen in Vorschlag zu bringen weiß.

Der Bericht unterzieht zuerst die Sanitätssection einer eingehenden Kritik, die den allzusehr berechtigten Wunsch, das Personal den Erfordernissen entsprechend zu vermehren, nur rechtfertigt und dem Verlangen, hier Ersparnisse zu erzielen, den Boden entzieht. Dasselbe gilt vom Oberphysikat, das unter der Last des überhand nehmenden Bureaukratismus noch mehr zu leiden hat. Der Oberphysicus selbst ist Mitglied von fünf und zwanzig hauptstädtischen Commissionen, in deren Sitzungen er zu erscheinen und Gutachten abzugeben hat. Oft ein und dasselbe Gutachten in mehreren Commissionen! Von der Einverleibung des Oberphysikats in die Section — einer in Aussicht genommenen Reform des ehemaligen Ministers PERCZEL — wird entschieden abgerathen, weil dadurch keine Ersparnisse erzielt werden könnten und der Geschäftsgang schwerfälliger gestaltet würde. Was die Bezirksphysici betrifft, wird zahlenmäßig nachgewiesen, daß ihre Zahl um fünf vermehrt werden mußte. Bezüglich der Lymphstation beantragt das Subcomité die Auflösung derselben, weil die Erhaltung derselben nicht die Aufgabe der Commune bilde, und weil die benötigte Lymphe bei den hauptstädtischen Privatunternehmungen billiger beschafft werden könne. Das Central-Desinfectionsinstitut entspreche vollkommen seiner Aufgabe. Bezüglich des bacteriologischen Instituts wird beantragt, dasselbe seines provisorischen Charakters zu entkleiden. Beim Titel „Spitäler“ wird beantragt, es solle eine linksufrige und eine rechtsufrige Spitalsdirection geschaffen werden und für Primärärzte die Einführung zweier Gehaltsclassen in's Leben treten. Bezüglich der Zukunft der hauptstädtischen Spitäler erklärt das Subcomité, daß die Zustände im Rochusspitale nachgerade unhaltbar sind. Der Bau eines neuen Spitals oder die gründliche Umgestaltung des Rochusspitals ist

eine unaufschiebbare Nothwendigkeit geworden. Das Subcomité hat sich jedoch weder für die eine, noch für die andere Lösung entscheiden können. Einstimmig erbrachte das Subcomité den Antrag, daß die hauptstädtischen Spitäler mit je einem Reconvalescentenheim ergänzt werden sollen. Die Einführung der obligatorischen Aufbahrung der Leichen in eigens zu diesem Zwecke zu errichtenden Leichenhallen wird dringend urgirt, und spricht sich das Comité schon jetzt in ganz entschiedener Weise dafür aus, daß die Hauptstadt die Leichenbestattung in eigener Regie besorge. Die großen hygienischen Vortheile dieser Institutionen werden vom Subcomité in gebührender Weise beleuchtet.

Die auf die Reform der Krankenversicherung bezughabenden Arbeiten werden im Handelsministerium eifrig betrieben. In dieser Angelegenheit fand jüngstens im Handelsministerium wieder eine Konferenz statt, zu der jedoch nur die Budapester Sachverständigen herangezogen wurden. Die Berathung hatte einen vertraulichen Charakter soviel verlautet jedoch, daß die Gewerbecorporationskrankencassen aufrecht erhalten bleiben sollen, nur die absolut lebensunfähigen werden aufgelöst. Die Idee des Krankencassenverbandes, der den Bezirkskrankencassen eine dominirende Stellung eingeräumt hätte, wurde abgelehnt. Das Arbeiterversicherungsamt jedoch soll errichtet werden. Der Reformentwurf wird dem neuen Abgeordnetenhaus als dringlich unterbreitet werden.

Einem Beschlusse des Anklagesenates der Budapester kön. Tafel zufolge wurde ein Arzt wegen Betrug unter Anklage gestellt, welcher einen mit Halsdrüsengeschwulst behafteten Pat. mittels Elektrizität und purgirender Mittel curirt hatte. Der interessante Anklagebeschluß wird folgendermaßen begründet: Der Beklagte mußte deshalb wegen Betrug unter Anklage gestellt werden, weil laut des Gutachtens der ärztlichen Sachverständigen und der allgemeinen Erfahrung die angewandte Heilmethode zur Heilung der Halsdrüsengeschwüre nicht nur vollkommen ungeeignet ist, sondern auch auf den Organismus des Kranken eine schädliche Wirkung ausübte und den Krankheitszustand verschlimmerte, wöher auch der Beklagte im Reinen sein mußte. Trotzdem mißbrauchte er die Unwissenheit, Leichtgläubigkeit und das Vertrauen des Kranken dazu, um diesen in Bezug auf den Erfolg dieser Heilmethode fünf Monate lang irre zu führen. Da er dabei den Zweck verfolgte, ein Honorar, also einen materiellen Gewinn zu erzielen, ohne als Gegenleistung den Patienten zu heilen, ist das Vorgehen, wodurch er den Zustand des Kranken nicht nur verschlimmert, sondern denselben um 120 K geschädigt hat, als ein ungesetzliches zu bezeichnen.

Kleine Mittheilungen.

— Einen **zerlegbaren aseptischen Spiegel für laryngo- und odontologische Zwecke** hat ALFRED BASS construiert („Wiener klin. Rundschau“, 1901, Nr. 26). Das zerlegbare Spiegelgehäuse besteht: Aus einem an dem Stiel in dem durch den speciellen Zweck erforderten Winkel befestigten Gehäuse, dessen überhöhter Rand gerade gegenüber dem Stielansatz eine kleine, nach innen umgeschlagene Zunge trägt; aus einem schmalen, gut einpassenden Haltring, welcher auf einer Seite eine kleine, mit der vorerwähnten Zunge correspondirende Ausnehmung und derselben gegenüber einen circa 1 Cm. langen, unter demselben Winkel wie der Spiegelstiel befestigten Stiel besitzt. Dieser letztere, sowie das dem Spiegel zusehende Stielende bilden zusammen die beiden genau zusammenpassenden Hälften einer längs durchschnittenen Schraubenspindel und werden, sowie der Spiegel zwischen Haltring und Gehäuse (Rückenplatte) liegt, durch eine kleine Ueberwurfmutter verlässlich zusammengehalten. Die Manipulationen sind sehr einfach und rasch auszuführen. Ein kleiner Vortheil liegt auch darin, daß der Arzt einen zerbrochenen Spiegel nicht erst zu dem oft weit entfernten Instrumentenmacher zu schicken braucht, da zu jedem Spiegel Reserveläser erhältlich sind.

— Einen **Beitrag zur Hetolbehandlung** vom Standpunkte des praktischen Arztes liefert HOLM („Mitth. f. d. Verein Schlesw.-Holst. Aerzte“, 1901, Nr. 6). Es hat sich gezeigt, daß man bei einem arbeitenden Manne nicht über 15 Mgrm. Hetol pro dosi hinausgehen soll. Bei kräftigen jungen Leuten kann man von Milligramm zu Milligramm steigen, anfangs eventuell nur um $\frac{1}{2}$ Mgrm. Immer muß man sorgfältig die Temperaturen verfolgen, also dem Patienten ein Thermometer mitgeben, damit er anfangs an den Injectionstagen die Temperaturen festlege. In der späteren Zeit ist dies erst wieder nöthig, wenn man an die obere Grenze von 15 Mgrm. kommt. Der Husten wird weniger heftig und der Auswurf ist leichter zu expectoriren. Als Dauer der Cur nimmt H. bei circa 3maligen Injectionen in der Woche die Zeit von $2\frac{1}{2}$ bis $3\frac{1}{2}$ Monaten an. Nach längerem Verweilen auf der Maximaldosis läßt er gewöhnlich ein Sinken der Dosis eintreten. Alle Personen, die sich im Anfangsstadium der Tuberculose befinden, sind geeignet. Lungenzerstörung darf nicht weit vorgeschritten sein. Wo Neigung zu Blutungen vorhanden ist, muß man sehr vorsichtig sein. Ungeeignet sind diejenigen Fälle, die permanenten Eiweiß- und Zuckergehalt im Urin haben, ferner Fälle mit permanenten höheren Temperaturen, Kehlkopf- und Darmtuberculose. Alle diese Fälle verlangen nach LANDERER'S Ansicht Aufnahme in eine Klinik.

— Ueber einige neuere Heilmittel bei der **Behandlung von Augenkrankheiten** berichtet HERRNHEISER („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 8) und hebt u. A. besonders das Airol hervor. Es kommt zumal als Desinficiens wegen seiner antiseptischen Eigenschaften in Betracht und kann überall dort, wo es gilt, Infection zu verhindern oder verunreinigte Wunden zu einem rascheren, günstigeren Heilverlaufe zu bringen, in Verwendung kommen. Zweckmäßig ist die Verwendung einer Airolpaste, mittels welcher genähte Wunden an den Lidern oder in der Umgebung des Auges gedeckt werden können, ohne daß ein anderer Verband nöthig wäre. Die Pasta hat folgende Zusammensetzung:

Rp. Airol 5·0
Mucil. gumm. arab.
Glycerin aa. 10·0
Bol. alb. q. s.
ut fiat pasta mollis.

— Ueber **Asterol** berichtet MARTIN FRIEDLAENDER („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 8). Das Asterol, eine Sulfo-Phenyl-Quecksilberverbindung, enthält circa 17% Quecksilberoxyd, also ungefähr den vierten Theil des im Sublimat enthaltenen Quecksilbers, es ist in heißem Wasser löslich, Eiweißlösungen werden durch dasselbe nicht gefällt. In bacteriologischer Beziehung hat es dieselbe Desinfectionskraft wie das Sublimat, wenn es entsprechend seinem geringeren Quecksilbergehalt in vierfacher Concentration zur Anwendung kommt; es verliert seine desinficirende Wirkung in Eiweißlösungen nicht, seine Giftigkeit entspricht der entsprechend schwächeren Sublimatlösung. Die mikroskopische Untersuchung von

mit Asterollösung behandelten Leberstückchen zeigt, daß das Asterol in das Innere der Gewebe dringt. Metallinstrumente bleiben auch nach mehreren Tagen in 4%iger Asterollösung vollständig blank und unverändert. Wunden werden selbst von 2%igen Lösungen nicht angeätzt; zur antiseptischen Wundbehandlung, zur Desinfection des Operationsfeldes, der Hände und Instrumente ist das Asterol gut zu verwenden. F. empfiehlt das Asterol in der Dermatologie und Urologie zur Desinfection der Instrumente und der Hände, zur Waschung von Wunden, zu antiseptischen Umschlägen und besonders zur Behandlung von Blasenkrankheiten. Anscheinend haben die subcutanen Injectionen bei weichem Schanker eine Zukunft, für die Gonorrhoebehandlung zeigt es keine besonderen Vortheile, und die Aufnahme in die Syphilistherapie ist vorläufig noch abhängig von einem Verfahren, hochprocentige, i. e. 5—8%ige Asterollösungen mit constantem Quecksilbergehalte dauernd haltbar herzustellen.

— Zur **Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoeica** berichtet GOLDBERG („Centralbl. f. inn. Med.“, 1901, Nr. 15). Er führt diese Therapie in folgender Weise aus: Guajacol puriss. 5·0, Lanolin. Resorb. aa. 10·0, u. f. Ungt. wird verschrieben und der Pat. angewiesen, diese Salbe 12stündlich in solcher Menge aufzutragen, daß in 3—4 Tagen das Ganze verbraucht ist. Die Salbe wird nach einem vorhergehenden einmaligen Reinigungssitzbad auf die schmerzhaften Stellen eingerieben; diese Stellen werden mit einem Leinwandlappen bedeckt, darüber kommt hydrophile Watte, dann Guttaperchapapier; die Befestigung erfolgt mit einem NEISSER-LANG-LEBERT'schen oder FALKSOHN'schen Suspensorium; diese Suspensorien ermöglichen einerseits eine vollständige Fixation, andererseits einen luftdichten Abschluß des Scrotum. Das erstemal muß der Arzt selbst den Salbenverband anlegen. Der Pat. erhält ferner 3·0—4·0 Salol pro die. Allgemeinbefinden und die Art seiner Thätigkeit entscheiden darüber, ob man ihn außer Bett, eventuell sogar in seinem Berufe thätig sein, oder ob man ihn zunächst Bettruhe einhalten läßt; diese muß höchstens 3 bis 4 Tage dauern. Kommt der Pat. in dem nachentzündlichen, dem Stadium restitutionis, zur Behandlung, dann wendet G. die Guajakol-application nicht mehr an.

— Ueber **renale Complicationen des Gelenkrheumatismus und deren Behandlung** berichtet ISRAEL-ROSENTHAL („Nord. med. Arkiv“, 1900, Nr. 27). Er behauptet, daß Affection der Nieren Salicylgebrauch beim Gelenkrheumatismus nicht ausschließt. Zugleich referirt er über seine eigenen Erfahrungen, die 420 Fälle umfassen. Albuminurie fand er in circa 14% der Fälle; sie kommt seltener bei jungen als bei alten und bei weiblichen seltener als bei männlichen Individuen vor; sie ist meist nur von kurzer Dauer. Die Diurese ist selten vermindert und steigt oft nach Verschwinden des Eiweißes. Cylinder finden sich oft, meistens hyaline oder gekörnte. Die mit Angina beginnenden Fälle neigen mehr zu der Albuminurie als die anderen. Zwischen den Gelenkaffectionen und der Nierenreizung besteht keine Parallele. Verf. ist der Ansicht, daß in diesen Fällen hämorrhagische Nephritis und geringste Albuminurie nur Gradunterschiede darstellen. Ausnahmsweise geht die Krankheit in chronische, schrumpfende Formen über. Schon nierenkranke Menschen bekommen leicht Exacerbationen, die aber meist rasch schwinden. Die Albuminurie stellt keine Contraindication gegen Salicylsäure dar.

— Die **diätetische Behandlung der Epilepsie** erörtert FLEURY („Journ. d. Méd.“, 10. Mai 1901). Er sah in einer großen Anzahl von Fällen, daß die epileptischen Anfälle seltener wurden, in ihrer Intensität sich minderten oder ganz verschwanden, wenn er den Alkohol vollkommen untersagte und ein diätetisches Regime einführte, welches in dem Verbote reizender oder leicht gährender Nahrungsmittel, in der Verordnung der leichten grünen Gemüse, von Fischen, Eiern, Milch, oder Milch mit vegetarischer Diät bestand. Dabei legte er großen Werth auf Magenspülungen und häufige leichte Laxantien (Evonymin, Cascara). In den Fällen, in welchen Brom schlecht vertragen wird, gibt er Chloral. Außerdem kommen noch Duschen, Massage, Soolbäder und subcutane Injectionen einer combinirten Salzlösung in Anwendung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

XI.

HENLE (Breslau): Pneumonie und Laparotomie.

Der Votr. behauptet, daß die Pneumonie nach Laparotomie besonders häufig sei, und beschuldigt hiefür die Abkühlung bei der Operation. Ein Beweis für diese Annahme ist ihm die Erfahrung, daß in der Breslauer Klinik seit dem Jahre 1899 die Pneumonien abgenommen, während die Laparotomien zugenommen haben, und er glaubt, daß das seit diesem Jahre eingeführte Regime: Seifenspiritus, erwärmte Operationstische und heiße Begießung der Därme zu diesen besseren Resultaten beigetragen hat. Er hat deshalb Thierversuche gemacht und gefunden, daß die abgekühlten Thiere sich nach einer Narkose viel langsamer erholten, als die erwärmten, und daß sie stets eine Lungenaffectation hatten. So bekam auch ein Pat., bei dem eine große Höhle mit kalter Lösung ausgespült wurde, am nächsten Tage eine Pneumonie; daß auch Aspiration und Infection eine Ursache für die Lungentzündung abgeben, ist klar, aber H. glaubt doch, daß die Mehrzahl durch Abkühlung entsteht.

Czerny (Heidelberg) fragt, ob vielleicht auch die Injection von SCHLEICH'scher Lösung Pneumonie veranlaßt habe.

Henle gibt die Möglichkeit zu (?), obgleich nur sehr wenig eingespritzt worden ist.

Krönlein (Zürich) beschuldigt die Narkose, besonders den Aether und seine Qualität. In seiner Klinik werden gegen die Abkühlung besondere Vorsichtsmaßregeln nicht getroffen, und doch hat er nur einen Mann von 77 Jahren verloren.

Kümmell (Hamburg) hat bei 1070 Laparotomien 40 Pneumonien mit 11 Todesfällen erlebt, darunter 4 Aetherpneumonien. Die Gestorbenen waren meistens kachektische Individuen. Er läßt deshalb die Kranken, die zu Bronchitis neigen, frühzeitig aufstehen oder wenigstens die Lage wechseln.

SAMTER (Königsberg): Ueber Verwendbarkeit der v. MIKULICZ'schen Peritonealtamponade.

S. glaubt, daß diese Tamponade, die ursprünglich zur Ausschaltung großer Räume erfunden war, eine gute Verwendung zur Nahtstütze und zur Blutstillung, besonders bei den Operationen am Magen und an den Gallenwegen, finden könnte. Er kann über einen Fall berichten, in dem die Tamponade rettend war und eine schwer heilende Darmfistel zur Vernarbung brachte.

KELLING (Dresden): Ueber den Mechanismus der acuten Magendilatation.

Redner hat eine Anzahl Versuche an Leichen vorgenommen über die Ursache der postoperativen Magendilatation. Es ergab sich, daß bei manchen Individuen ein passiver Klappenverschluß an der Cardia und am Duodenum besteht. Demnach kann maximale Dehnung des Magens mit der Unmöglichkeit einer spontanen Entleerung zustande kommen einerseits durch bruske Ueberfüllung des Magens (grobe Diätfehler), andererseits durch Hemmung der Magenentleerung. In letzterer Weise wirkt die Narkose (Herabsetzung der Motilität), Gallensteinoperationen (locale Peritonitis am oberen Duodenum), stark schnürende Bandagen (Gypscorset). Prädisponierend ist die Gastroplose. Ferner kann acute Dilatation entstehen durch Hindernisse im unteren Duodenum oder oberen Jejunum bei Klappenverschluß der Cardia; hier steht der arteriomesenteriale Verschluß im Vordergrund. Nicht alle Fälle, bei denen der Dünndarm im kleinen Becken gefunden wird unter Anspannung seines Mesenteriums, verdanken dem Herabsinken des Dünndarmes ihre Entstehung. Es liegt auch häufig eine Art Combinationsileus vor, indem der primär erkrankte und überdehnte Magen den Dünndarm ins kleine Becken hineindrückt. Für die Therapie ist es wichtig, die Diagnose zu stellen, ob es sich um eine einfache Abknickung des Duodenums handelt, oder um andere Hindernisse im Darm. Zu diesem Zwecke muß man nach der Entleerung des Magens mit der Sonde durch interne Maßnahmen einen mit frischer Galle gefärbten

Stuhl zu erzielen suchen. Bestehen Hindernisse weiter, so muß operirt werden. Die Hindernisse müssen beseitigt werden. Man darf sie nicht mit der Gastroenterostomie umgehen. Gegen die allgemeine Anwendung der Gastroenterostomie bei acuter Dilatation spricht sich Redner energisch aus. Für Ernährungszwecke sei die Jejunostomie entschieden vorzuziehen, da die Gastroenterostomie nur Galle und Pankreassaft in den contractionsunfähigen Magen hineinleite. Gegen arteriomesenterialen Verschluß ist das einfachste Mittel, zum Schlusse der Operation das kleine Becken auszutamponiren.

MEINHARD SCHMIDT (Cuxhaven): Ueber Hyperemesis lactantium, ihr Verhältniß zur congenitalen hypertrophischen Pylorusstenose, bzw. zum Pylorospasmus und ihre Heilbarkeit durch Ueberdehnung des Pylorus.

Redner heilt diese Fälle durch Aufsperrern einer in den Pylorus eingeführten Kornzange.

Löbker (Bochum): Bei seinen Fällen ist nicht die Hyperemesis das vollständige Krankheitsbild gewesen, sondern der mangelnde Stuhlgang war für ihn ein Grund zur Gastroenterostomie; außerdem haben seine Fälle eine enorme Hypertrophie der Muscularis gezeigt.

V. EISELSBERG (Wien): Zur Technik der Uranoplastik.

Die Resultate der Uranoplastik, führt Votr. aus, sind relativ gering, weil einmal nicht selten die Operation mißlingt, weil ein großer Defect bleibt und dann ein umständliches Verfahren zum Schluß desselben nothwendig ist. Auch das von JUL. WOLFF angegebene Deckungsverfahren reicht ebenso wenig aus wie die von KRASKE, SCHÖNBORN etc. angegebenen, so daß GERSUNY dazu gelangt ist, einen Lappen aus der Zunge zur Deckung heranzuziehen. Er hat auch seine Schwierigkeiten besonders im Schlusse der vorderen und hinteren Partie des Gaumens gefunden und hat schließlich zu einer Plastik aus dem Vorderarm gegriffen, indem er einen gestielten Lappen bildete und denselben Verband anlegte, wie er zur Nasenplastik nach der italienischen Methode angewendet wird.

Jul. Wolff (Berlin) glaubt, daß die von EISELSBERG angegebene Methode wohl bei verschiedenen größeren Defecten sehr hilfreich sein wird, aber man kann auch ohne sie auskommen, wie er an mehr als 200 Fällen, darunter neardings einem Fall von ungewöhnlicher Breite, wo bei einem 11 Monate alten Kinde ein 2 Cm. breiter Spalt bestand, bewiesen hat. Man muß aber zweizeitig operiren, erst die Lappen an jeder Seite ablösen, sie hängen lassen, damit eine bessere Circulation eintritt, und dann nach einigen Tagen zusammennähen. Es gelingt dann meistens. Das BILLROTH'sche Verfahren mit Abmeißelung der Proc. pterygoidei hält er für entbehrlich.

v. Eiselsberg ist der Meinung, daß trotz zweizeitiger Operation eine ganze Reihe von Spalten zurückbleiben werde.

Czerny (Heidelberg) operirt immer einzeitig, und zwar am hängenden Kopf, näht mit Draht oder Silkworm und hat auch oft das BILLROTH'sche Verfahren angewendet. In einem Viertel der Fälle, glaubt er, bleiben Fisteln zurück.

JULIUS WOLFF (Berlin): Die Arthrolyse und die Resection des Ellenbogengelenkes.

Votr. demonstrirt einen Fall, wo er die Ankylose des Ellenbogengelenkes durch Arthrolyse in der Gelenklinie beseitigt hat, und zeigt die Roentgenbilder, die das neue Wachsthum der Knochen beweisen.

v. Eiselsberg (Wien) berichtet auch über einen Fall von Arthrolyse einer Ellenbogengelenksankylose, die als Metastase nach Scharlach entstanden ist. Die eine Seite hatte er mit Erfolg operirt, indem er zwei Seitenschnitte angebracht hat. Auf der anderen Seite ist er von einem Seitenschnitte aus vorgegangen und hat einen Mißerfolg gehabt, weil er, wie er glaubt, nicht genau die Gelenklinie getroffen hat. Das Knochenwachsthum war aber ein derartiges, daß eine fast rechtwinklige Ankylose zustande kam.

JUL. WOLFF (Berlin): Die Behandlung der Kniescheibenbrüche.

Votr. hat schon 1892 hufeisenförmige Doppelnägel zur Vereinigung empfohlen und kann einen Fall zeigen, der durch eine ähnliche Methode geheilt worden ist. Er hat in die beiden Fragmente eine kleine Nachbildung der MALGAIGNE'schen Schraube eingeschlagen und konnte nun, nach Abmeißelung der Tuberositas tibiae, dieselben fest aneinander ziehen. Die spätere Roentgenaufnahme hat allerdings gezeigt, daß die Schraube doch nicht die Dienste geleistet hat, die er erwartet hatte, daß die Fragmente sich wieder von einander entfernt hatten und durch eine knöchernen Brücke mit einander verbunden waren. Es ist so eine Combination seines Verfahrens mit der ROSENBERGER-HELPERICH'schen osteoplastischen Methode zustande gekommen.

Aus den Abtheilungen
des
XIII. Internationalen medicinischen Congresses.
Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXIX.

Abtheilung für innere Medicin.

LIEBREICH (Berlin): Aerztliche Principien bei der Beurtheilung der Schädlichkeit conservirter Nahrungsmittel.

Vortr. wendet sich gegen den Uebereifer, der sich in neuerer Zeit in der Bekämpfung conservirter Nahrungsmittel geltend macht und dabei die chemischen Fortschritte, die auf diesem Gebiete gemacht worden sind, vollkommen verkennt. Ohne conservirte Nahrungsmittel läßt sich eine Bevölkerung nicht ausreichend ernähren, sie repräsentiren für dieselbe einen großen ökonomischen Werth. Die Kritik, die an den Conservirungsmethoden geübt ist, ist eine rein theoretische und würde, wenn sie gesetzgeberische Kraft erlangt, alle diese werthvollen Nahrungsmittel vernichten. Eine Conservirungsmethode darf erst dann verboten werden, wenn ihre Gesundheitsschädlichkeit nachgewiesen ist. Eines solchen Beweises ermangelt es aber meist. Wenn ein Nahrungsmittel, wie Fleisch, Milch u. s. w., durch Chemikalien vor Zersetzung geschützt ist, oder wenn aus den Nahrungsmitteln Präparate hergestellt werden, welche als Ersatz der Muttersubstanz dienen können, so wird die chemische Untersuchung zunächst zu constatiren haben, ob und wie weit der Nahrungswerth erhalten ist. An die medicinische Prüfung richtet sich die Anforderung, zu bestimmen, inwieweit die theilweise oder ganz conservirte Substanz plus den angewandten Mitteln zur Ernährung ohne Schädigung der Gesundheit verwerthet werden kann. Die Prüfung darf nicht einseitig geschehen. Pharmakologen, Hygieniker und Aerzte müssen sich dazu vereinen. Man hat Substanzen von großem Werthe ohne zureichenden Grund discreditirt, wenn sich z. B. im Thierversuch geringe abnorme Wirkungen auf Blutdruck oder Circulation zeigten oder ein Kranker, ein Kind, eine geschwächte Person sie zufällig nicht gut vertragen hat. Aus solchen einzelnen Beobachtungen werden unberechtigte allgemeine Schlußfolgerungen für Gesunde abgeleitet, denen die Substanzen als Nahrung dienen sollen. Da kann man dahin kommen, fast alle Nahrungsmittel zu verbieten, da z. B. Senf, Trüffel, Käse, rohes Obst u. dgl. oft gelegentliche Gesundheitsschädigungen hervorrufen. Die Prüfung der Toleranz an Kranken kann nicht als allgemein gültiger Maßstab gelten. Das Kochsalz selbst kann solch theoretischen Irrlehren nicht standhalten. Ein österreichisches Gutachten ist neuerdings so weit gegangen, an sich unschädliche Conservirungsmethoden zu verwerfen, weil sie dazu führen könnten, die für die Erhaltung von Nahrungsmitteln nothwendige Sorgfalt zu vernachlässigen! Vortr. erwähnt zum Schluß die Borsäure-Conservirungsmethode, welche nach seinen eigenen Untersuchungen auch den strengsten Anforderungen zu genügen vermag und allen Versuchen, ihr schädliche Nebenwirkungen zuzuschreiben, erfolgreich widerstanden hat. Auch andere Conservirungsverfahren sollten nach den gleichen geschilderten Principien einer Revision unterzogen werden, damit gerechte legislatorische Maßnahmen sich treffen lassen.

LIEBREICH (Berlin): Vorstellung eines geheilten Lupusfalles.

Der Knabe hatte viele Jahre an Lupus vulgaris der Wange und des Gluteus gelitten und ist durch die vom Vortr. angegebene Cantharidincur vollkommen geheilt worden und seit 3 Jahren ohne Recidiv. Der Vortr. macht darauf aufmerksam, daß die Stelle auf dem Gluteus ohne Narbe geheilt ist, eine Thatsache, die bei der Heilung des Lupus vulgaris bisher nicht bekannt war und die Vortr. auch bei anderen, nach seiner Methode behandelten Fällen constatiren konnte; in einem zur Autopsie gekommenen Falle konnte das Fehlen der Narbe und der Ersatz der früher erkrankten Stelle durch normale Haut mikroskopisch nachgewiesen werden. Zum Schluß weist Vortr. darauf hin, daß für die Diagnose des Lupus ebenso wie für die Beurtheilung der Heilung des Leidens die Anwendung der von ihm angegebenen optischen Untersuchungsmethoden (Shaneroskopie und Glasdruck) unumgänglich nothwendig sei.

ARLOING und COURMONT (Paris): Die Diagnostik der Tuberculose durch Sero-Agglutination.

Das der WIDAL'schen Reaction beim Typhus analoge Untersuchungsverfahren ist in Deutschland bereits bekannt. Die Verff. berichten jetzt über die Resultate von 355 Untersuchungen, davon 191 an Tuberculösen, 130 an Nichttuberculösen und 34 an Gesunden. Auf Grund dieser Erfahrungen gelangen sie zu folgenden Ergebnissen. Die Verwendung der Glycerinbouillonculturen des Tuberkelbacillus gestattet die agglutinirende Kraft der Säfte und besonders des Blutserums der Tuberculösen zu erkennen und diagnostisch zu verwerthen. Bei wenig vorgeschrittener Tuberculose ist die Reaction fast constant vorhanden, aber in verschiedenen Graden, nämlich bei Verdünnungen des Blutserums von 1 : 5 bis zu 1 : 20 und noch mehr. Bei schweren acuten Miliartuberculösen fehlt die Reaction oder sie ist sehr schwach. Sie steht also im umgekehrten Verhältniß zur Schwere der Infection, und ihr großer diagnostischer Werth liegt gerade darin, daß sie sich nur bei initialer Tuberculose findet. Sie fehlt bei vorgeschrittenen Fällen, die ja aber durch klinische Zeichen sicher genug zu erkennen sind. Mit Hilfe dieses Verfahrens kann man auch latente Tuberculose in diagnostisch zweifelhaften Fällen und auch bei scheinbar gesunden Personen erkennen. Gerade bei verdächtigen Fällen hat der positive Ausfall der Probe große Bedeutung, während das negative Resultat die Tuberculose nicht absolut ausschließt. In vorgeschrittenen Fällen gibt das negative Resultat eine schlechte Prognose, in leichten Fällen dagegen die Sicherheit, daß keine Tuberculose vorliegt.

Mosny (Paris) hat in einem Falle, wo die Diagnose zwischen Tuberculose und Typhus schwankte, durch die agglutinirende Wirkung des Blutserums des Kranken die Entscheidung liefern können, die durch die Autopsie bestätigt wurde.

Blumenthal (Berlin) hat auf der LEYDEN'sche Klinik auch gute Resultate gesehen. Die Reaction ist nicht nur bei Lungentuberculose von Werth, sondern auch bei suspecten Ex- und Transsudaten der Brust- und Bauchhöhle.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Medical Society of London.

FRED J. SMITH: Die Behandlung des Abdominaltyphus.

Der erste und wichtigste Factor der Behandlung ist Bettruhe, daneben unter Umständen die frühzeitige Verabreichung eines Abführmittels. Der Stuhl muß täglich auf das Vorhandensein von unverdauten Nahrungsresten, Blut und nekrotischem Gewebe untersucht werden. Findet man im Stuhl unverdaute Nahrungsreste, so soll in den folgenden 24 Stunden mit Ausnahme von Wasser keine Nahrung verabreicht werden. Bei Nachweis von geronnener Milch im Stuhl ist die Verabreichung von Milch zu sistiren. Bei Nachweis von größeren Blutmengen im Stuhl ist die Verabreichung wiederholter größerer Dosen von Opiumtinctur, sowie mehrtägige Enthaltung von Nahrung angezeigt. Tannin, Ergotin und Bleiacetat haben keinen Heilwerth bei Darmblutungen, für die Verabreichung der Nahrung ist in erster Linie der Appetit des Pat. maßgebend; falls dieser vorhanden ist, kann entsprechende Nahrung gegeben werden. Bei vollständiger Appetitlosigkeit ist nur Wasser zu verabreichen, da mehrtägiges Fasten in derartigen Fällen schadlos ertragen wird. In der Diät sind alle leichtverdaulichen Speisen gestattet, vor allem Fleischbrühe, Beefsteak, weichgekochte Eier, Brot und Milch etc. Von den künstlichen Nährpräparaten ist wenig zu erwarten, Alkohol soll nur als Medicament gegeben werden. In den späteren Krankheitsstadien kann man Bier in kleinen Mengen geben. Von Medicamenten leistet schwefelsaures Natrium bei Tympanites und Obstipation gute Dienste. Zur Bekämpfung des Fiebers sind laue Bäder (37°) den kalten Bädern vorzuziehen. Als Darmantisepticum ist Calomel in Dosen von 0.06—0.12 Grm. brauchbar. Die Behandlung muß bei Abdominaltyphus eine individualisirende sein. Die wesentlichsten Punkte sind: 1. Ernährung bei vorhandenem Appetit. 2. Fasten bei Appetitlosigkeit. 3. Verabreichung von Wasser entsprechend dem Bedürfniß der Pat. 4. Beförderung der Stuhlentleerung durch salinische Abführmittel.

Sidney Phillips bemerkt, daß für die Diät maßgebend ist, ob keine Verdauungsstörungen entstehen. Der Appetit des Pat. ist dagegen kein verlässlicher Führer für die Ernährung. Bei Darmblutung ist die Hamamelistinctur der Opiumtinctur vorzuziehen, weil große Opiumdosen zu Lähmung des Darmes führen können.

Hunter meint, daß die Perforation der Darmgeschwüre durch septische Complication des Typhusprocesses zustande kommt und empfiehlt den Gebrauch der Darmantiseptica, in erster Linie Sublimat oder Calomel.

W. Headley weist darauf hin, daß beim Abdominaltyphus die Hauptgefahr nicht im Darmproceß, sondern in der Herzschwäche und der durch das hohe Fieber bedingten Erschöpfung liegt. Die Behandlung muß darauf gerichtet sein, den Pat. vor diesen Gefahren zu schützen.

C. E. BEEVOC: Beschäftigungslähmung.

Bericht über 2 Fälle von Lähmung des Serratus magnus und der unteren Hälfte des Trapezius bei Tischlern. In beiden Fällen begann die Erkrankung mit Schmerzen in der Schultergegend, an welche sich die motorische Lähmung anschloß. Die Pat. konnten den Arm nicht über die Horizontale erheben, die Scapula stand wegen fehlender Action des Serratus flügel förmig ab. Die erkrankten Muskeln zeigten Fehlen der faradischen und Abschwächung der galvanischen Erregbarkeit. Sensibilitätsstörungen waren nicht nachweisbar. Beide Pat. waren Tischler, und es waren jene Muskeln des rechten Armes erkrankt, welche beim Hobeln besonders in Action treten. Als anatomische Grundlage der Erkrankung ist eine Neuritis anzunehmen; in ätiologischer Hinsicht handelt es sich um eine Beschäftigungslähmung. Die Bethheiligung der unteren Hälfte des Trapezius ist aus den Verhältnissen der Innervation zu erklären.

Notizen.

Wien, 27. Juli 1901.

(Tuberculosecongreß in London.) Aus London wird uns geschrieben: Am Montag, den 22. d. M., Nachmittags, ist in der Metropole Englands, dem Emporium des Weltverkehrs und auch des nüchternen, wissenschaftlichen Denkens, der unter dem Protectorate des Königs stehende Tuberculosecongreß in Vertretung des Königs durch den Congreßpräsidenten, Herzog von Cambridge, eröffnet worden. Der Congreß tagte in vier Sectionen. Präsident der Section für Staat und Stadt war Sir HERBERT MAXWELL, an der Spitze der Section für Medicin einschließlich Klimatologie und Heilstätten stand Sir RICHARD DOUGLAS, der Section für Pathologie und Pharmakologie stand Prof. G. SIMS WOODHEAD vor, und Sir GEORGE BROWN leitete die Section für Veterinärkunde und deren Anwendung bei der Tuberculose der Thiere. Ich behalte mir vor, über den vom Standpunkte der socialen Hygiene ganz besonders bemerkenswerthen Congreß Ihnen ausführlich Bericht zu erstatten. Für heute theile ich Ihnen bloß mit, daß die „große Bombe“ der Londoner Congreßtage der Vortrag ROBERT KOCH'S gewesen ist, der die Anschauung vertrat, daß die Tuberculose nicht vom Rinde auf den Menschen übertragbar sei. Mag auch der Grundgedanke, das Wesentliche der KOCH'Schen Angaben durch die Arbeiten zukünftiger Beobachter abgeschwächt, ja widerlegt werden können, so bleibt doch unübertroffen die Art und Weise, durch die der Meister der Bacteriologie und des Wortes sein Auditorium gefangen nahm. In der Section für Staat und Stadt haben die Lord-Mayors von London, Edinburgh, Dublin, Glasgow, Liverpool, Manchester, Birmingham, Leeds, Bristol und Belfast als Vicepräsidenten fungirt. Gleiche Ehrenstellen wurden auch einigen Oesterreichern, und zwar MAX EGON Fürsten FÜRSTENBERG, dem Hofrath v. SCHRÖTTER und dem Director Dr. v. WEISMAYR zutheil. Die statistische Abtheilung der Section für Staat und Stadt hat sich u. a. mit der Ausbreitung der Tuberculose im Königreiche Großbritannien unter der Regierung der Königin Victoria mit besonderer Berücksichtigung der sanitären Verhältnisse von London befaßt. Mit dem Congresse war ein Museum für Pathologie, Therapie und Prophylaxe der Tuberculose verbunden.

(73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.) Das Programm der diesjährigen Naturforscherversammlung ist bereits fertiggestellt. Wir entnehmen demselben das Folgende: Am Montag den 23. September findet eine

allgemeine Versammlung statt, in welcher E. LECHER (Prag) „über die HERTZ'Sche Entdeckung elektrischer Wellen und deren weitere Ausgestaltung“, F. HOFMEISTER (Straßburg) über „den chemischen Hausrath der Zelle“ und TH. BOVERI (Würzburg) über „Das Problem der Befruchtung“ sprechen werden. — Die zweite allgemeine Sitzung findet am Freitag den 27. September statt. In derselben wird H. CURSCHMANN (Leipzig) einen Vortrag über „Medicin und Seeverkehr“ halten, sodann werden W. NERNST (Göttingen) „Ueber die Bedeutung elektrischer Methoden und Theorien für die Chemie“ und J. REINKE (Kiel) „Ueber die in den Organismen wirkenden Naturkräfte“ sprechen. — Mittwoch den 25. September tagen beide Hauptgruppen (die medicinische und die naturwissenschaftliche) gemeinsam. Verhandlungsthema ist: „Die neuere Entwicklung der Atomistik (Ionen, Gas-Ionen und Elektronen).“ Referenten sind: W. KAUFMANN (Göttingen), H. GEITEL (Wolfenbüttel), TH. PAUL (Tübingen) und W. HIS jun. (Leipzig). KAUFMANN wird „die Entwicklung des Elektronenbegriffs“, GEITEL „die Anwendung der Lehre von den Gas-Ionen auf die Erscheinungen der atmosphärischen Elektrizität“, PAUL „die Bedeutung der Ionentheorie für die physiologische Chemie“ und HIS „die Bedeutung der Ionentheorie in der klinischen Medicin“ erörtern. In der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe wird „über Katalysatoren“ und „den gegenwärtigen Stand der Descendenzlehre“ von DE VRIES (Amsterdam), KOKEN (Tübingen) und ZIEGLER (Jena) referirt werden. Das Referat der medicinischen Hauptgruppe „Die Schutzstoffe des Blutes“ wird von EHRlich (Frankfurt) und GRUBER (Wien) erstattet. Die übrige Zeit ist der Arbeit in den 27 Abtheilungen vorbehalten. Von Oesterreichern und Ungaren haben Vorträge angemeldet: BOKAY (Budapest), „Intubation und Tracheotomie bei Diphtherie seit der Serumperiode“, KIENBÖCK (Wien), „Therapeutische Technik“, SCHIFF (Wien), „Haarerkrankungen“, BUM (Wien), „Weitere Beiträge zur Muskelmechanik“, CHIARI (Prag), „Ueber gliomatöse Entartung des Tractus und Bulbus olfactorius bei Glioma cerebri“, KRAUS (Graz), „Organverfettung“, KRETZ (Wien), „Mittheilungen über Bacteriämie“, C. STERNBERG (Wien), „Veränderungen im Thierkörper durch Blastomyceten“, WEICHSELBAUM (Wien), „Was ist als Dysenterie zu bezeichnen?“, JOLLES (Wien), „Klinische Blutuntersuchung“, KATZ und WINKLER (Wien), „Beziehungen zwischen Pankreas und Milz“, LORENZ (Wien), „Unblutige Behandlung des angeborenen Schiefhalses“, O. ZUCKERKANDL (Wien), „Blasensteinoperationen“, GANGHOFER (Prag), „Tetanie im ersten Kindesalter“, HOCHSINGER (Wien), „Die sogenannten Drüsenfieber“, GOLDZIEHER (Budapest), „Therapie des Trachoms“, COËN (Wien), „Sprachstörungen“, v. SCHRÖTTER (Wien), „Sondirungsbefund der Nase“, FREUND (Wien), „Dermatomyasis“ u. v. a. m. — Gleichzeitig mit der Naturforscherversammlung wird die Gesellschaft deutscher Orthopäden, das Comité zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in Bade- und Curorte und die VI. Jahresversammlung des Vereins abstinenten Aerzte des deutschen Sprachgebietes tagen. Mit der Versammlung sind mehrere Ausstellungen verbunden, und zwar solche für Roentgenapparate, für chirurgische und verwandte Einrichtungen und Apparate und für die Erzeugnisse Hamburgischer, optischer und feinmechanischer Werkstätten. — Das Vergnügungsprogramm der Versammlung umfaßt u. a.: Den Empfang im Rathhaus, Festessen, Ball, Hafensrundfahrt, Ausflug nach Blankensee und Helgoland, sowie ein Fest im zoologischen Garten. — Das „Comité zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in Bade- und Curorte“ ladet zur Theilnahme an einer Rundreise in die deutschen Nordseebäder (Sylt — Wyk — Helgoland — Wangeroog — Spiekeroog — Norderney — Juist — Borkum — Cuxhaven) ein, deren Kosten inclusive Wohnung und Verpflegung 100 M. betragen. Diesbezügliche Auskünfte ertheilt der Schriftführer Dr. W. H. GILBERT in Baden-Baden. — Anmeldungen für die Naturforscherversammlung sind an den geschäftsführenden Schriftführer, Physicus Dr. ABEL in Hamburg, Stadthaus, Neuer Wall, zu richten.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung am 20. d. M. wurde u. a. über vom Sectionschef v. KUSY beantragte Maßnahmen berathen, welche infolge der sich mehrenden Pestfälle in der Vorstadt Galata in Constantinopel zum Schutze vor Einschleppung der

Pest im Land- und Seewege getroffen werden müssen. Hierbei kommt in erster Linie die Ausdehnung des bezüglich Aegyptens bestehenden Verbotes der Einfuhr der im Sinne der Venediger Convention verdächtigen Waaren auf Constantinopel, beziehungsweise die Türkei, und die verschärfte Ueberwachung des Fremdenverkehrs aus pestverseuchten Ländern in Betracht. — Außerdem wurden Anträge betreffend die Vorarbeiten zur Erlassung eines Reichs-Epidemie- und Impfgesetzes in Verhandlung gezogen.

(Ernennung.) Der Regimentsarzt des Ruhestandes I. Cl. Dr. SIGMUND GERLEI hat den Stabsarztes-Charakter erhalten.

(Der 19. Balneologencongress) hat den Beschluß gefaßt, dem großen Arzte und Menschenfreunde Dr. BREHMER, dem Begründer der neuen Phthiseotherapie, ein Denkmal zu setzen.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Die „Allg. Wr. med. Ztg.“ meldet: Ein Arzt, der ein erkranktes Mitglied der Meisterkrankencasse der Friseure behandelt hatte, belangte die Casse auf Zahlung des Honorars. Der Kläger stützte seine Ansprüche auf den Umstand, daß die Cassa ihrer Verpflichtung zur Beistellung eines Cassenarztes nicht nachkomme, weshalb der Kläger aus dem Titel der Geschäftsführung gegen die Cassa einen Anspruch auf Honorar habe. Dagegen wendete die verklagte Meisterkrankencasse ein, daß sie wegen der unter der Aerzteschaft gegen die Meisterkrankencassen bestehenden Strömung Cassenärzte nicht anstellen könne und wolle, daß sie ihren Mitgliedern deshalb einen Beitrag zu den Kosten der ärztlichen Behandlung leiste und denselben die Wahl des Arztes freistelle. Das Bezirksgericht I der inneren Stadt wies die Klage des Arztes ab, das Landesgericht als Berufungsgericht verurtheilte die Cassa zur Zahlung. Der Oberste Gerichtshof hat das erstrichterliche Urtheil wieder hergestellt und die Klagen des Arztes zur Gänze abgewiesen. In den Entscheidungsgründen führt das Urtheil aus, daß dem ein Cassenmitglied behandelnden Arzte, der nicht im Vertragsverhältnisse zur Casse steht, ein Honoraranspruch nur gegen das behandelte Mitglied und niemals gegen die Cassa zustehe, ohne Rücksicht darauf, ob die Casse einen Cassenarzt habe oder nicht, ob es sich um eine erste Hilfeleistung oder um die ärztliche Hilfeleistung während einer längeren Erkrankung handle.

(Apotheker und Krankencassen.) Zwischen Apothekern und Krankencassen in Köln hatte — wie wir erfahren — seit mehr als einem Jahre ein heftiger Streit bestanden, der dadurch hervorgerufen worden war, daß der Krankencassenverband von den Apothekern einen Rabatt von 20% verlangte, während diese einen solchen von 10%, und zwar nur dann bewilligen wollten, wenn sämtliche Handverkaufsartikel, d. h. die aus den Droguerien u. s. w. beziehbaren freigegebenen Heilmittel, Weine, Cognac u. s. w., ausschließlich aus den Apotheken bezogen werden würden. Nach fünfzehnmonatlichem Kampfe haben sich nun die streitenden Parteien unter folgenden Bedingungen geeinigt: Sämtliche Krankencassen, auch die nicht am Streit betheiligten gewesen, erhalten einen Rabatt von 15%; den Krankencassenmitgliedern ist es freigestellt, die Handverkaufsartikel entweder aus den Apotheken oder aus den Droguerien, bezw. sonstigen Geschäften zu beziehen. Alljährlich findet unter Betheiligung von je drei Vertretern des Apothekervereins, bezw. der Krankencassen eine Revision der Handverkaufsliste statt. Jede Casse schließt für sich einen Vertrag mit dem Apothekerverein ab; derselbe läuft bis zum 31. December 1903 und behält, sofern er nicht bis zum 1. October 1903, bezw. der folgenden Jahre gekündigt wird, seine Giltigkeit für ein weiteres Jahr. Die Rechnungen werden vierteljährlich beglichen.

(Altersversorgungscassen für Arbeiter.) Die französische Regierung beabsichtigt — wie uns berichtet wird — die Schaffung einer unter der Garantie des Staates stehenden Nationalcasse für Arbeiterpensionen, deren Verwaltung der Handelsminister und deren Cassen die Caisse des Dépôts et Consignations zu führen hätten. Die Caisse des Dépôts soll ermächtigt werden, die ihr zugehenden Gelder der Nationalcasse zum Ankauf von Renten oder zu Vorschüssen an Departements und Gemeinden zu verwenden. Ueberdies soll die Caisse des Dépôts aus den angesammelten Geldern ganze Serien der Staatsrenten ankaufen können,

wofür der Staat der Nationalcasse eine Verzinsung von mindestens 3% sichern würde.

(Desinfection gebrauchter Schulbücher.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Ueber Erlaß des ungarischen Ministeriums des Innern ist die Stadtbehörde Budapests angewiesen worden, am Anfange eines jeden Schuljahres von allen auf ihrem Gebiete befindlichen Communal Schulen die benützten Schulbücher einzufordern und diese in der Centraldesinfectionsanstalt desinfectiren zu lassen; auch der Büchervorrath der Leihbibliotheken soll zeitweilig dieser Procedur unterzogen werden. — Der Werth dieser Verordnung liegt auf der Hand. Sie verdient es ohne Frage, allenthalben Nachahmer zu finden.

(Statistik.) Vom 14. bis inclusive 20. Juli 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6377 Personen behandelt. Hievon wurden 1483 entlassen; 140 sind gestorben (8.6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 35, egypt. Augentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 13, Scharlach 89, Masern 94, Keuchhusten 9, Rothlauf 27, Wochenbettfieber 9, Röheln 2, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelangenen Jahreswoche sind in Wien 625 Personen gestorben (+ 48 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: Auf dem Tribulaun (Tirol) der Wiener Arzt Dr. ROBERT WILHELM im jugendlichen Alter von 36 Jahren, durch Blitzschlag; in Graz der praktische Arzt Dr. MAXIMILIAN GRÜNBAUM, 64 Jahre alt; in Budapest der Oberphysicus von Zenta Dr. JOHANN NEP. RÉVAY im Alter von 66 Jahren; in Bóka der dortige Kreisarzt Dr. JGNAZ NAGY; in Bremen der Director des bacteriologischen Staatslaboratoriums Dr. HEINRICH KURTH, 41 Jahre alt.

Aphroditin. Wie auf allen Gebieten, so ist auch auf dem Gebiete der Hygiene und Kosmetik ein außerordentlich steigendes Angebot zu beobachten. Täglich werden Präparate dieser Art auf den Handelsmarkt gebracht, und täglich verschwinden wieder solche, einzig und allein deswegen, weil sie vor dem Richterstuhle der Kritik und beim Publicum nicht die für sie so wichtige richtige Anerkennung gefunden haben. Mehr denn je wird jetzt gegen sogenannte Quacksalbermittel vorgegangen, welche nur der marktstreuerischen Reclame ihr fragwürdiges Eintagsdasein verdanken, und mit verstärkter Wucht wird jetzt solchen Schein-Existenzmitteln der Proceß gemacht. Und mit Recht: denn, wenn es sich quasi um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen handelt, muß jede Nachsicht schwinden: jeder auftauchende Parasit muß ausgeremert werden, damit das Publicum von schädlichen Einflüssen verschont bleibt. Eine große Abwehr leistet sich der Mensch aber auch selbst, wenn er nur von dem Bestreben ausgeht: vom Guten das Beste ist allein für ihn gut genug! Das eingangs bereits erwähnte „Aphroditin“ ist ein seit geraumer Zeit in den Handel gebrachtes Nährproduct, welches der Kosmetik sowohl als auch der Hygiene zu dienen berufen ist. Es verfolgt einestheils den Zweck, dem Körper eine volle, schöne ideale und harmonische Büste zu verleihen, anderentheils ist es vermöge seines werthvollen Nährgehaltes gleichzeitig ein Präparat zur Stärkung des ganzen übrigen Körpers, der Musculatur und Leistungsfähigkeit. Der Gebrauch des Aphroditin erbüßigt die Anwendung aller anderen Ersatzpräparate, da dessen Bestandtheile sowohl Eisen, Eiweiß, als auch Nährsalze in ganz bedeutendem Procentsatze erkennen lassen. Aphroditin ist trotz seiner sensationellen und überraschenden Wirkungsfähigkeit ein vollkommen unschädliches Product, das selbst in Kranken- und Kinderstuben Verwendung finden kann. Als wirksamstes Mittel gegen Magerkeit, deren Attribute und Abarten ist das Aphroditin außerordentlich zu empfehlen, und schon nach kurzem Gebrauche desselben zeigt sich eine ganz erhebliche Herabminderung des Uebels und ein Uebergang zur Hebung desselben: damit eine Verwandlung jenes in das Gegentheil. Der Versand des Aphroditin geschieht von B. Kristeller's Nährmittelfabrik, Berlin 24, Kochstr. 75.

Eingesendet.

Warnung.

Infolge von Differenzen zwischen der Bezirkskrankencasse in Niemes und der allgemeinen Arbeiterkrankencasse Reichenberg (Vorort Niemes) und ihren Aerzten wurden in Niemes, Bez. Böhm.-Leipa in Böhmen, Krankencassen-Arztstellen ohne vorhergegangene Kündigung ausgeschrieben.

Die beiden dortselbst practicirenden MUDoctoren versehen seit 12 Jahren klaglos den Dienst bei den Krankencassen in Niemes gegen ein Honorar, welches (gemäß Zuschrift des Obmannes der dortigen Bezirkskrankencasse an den gefertigten Kammervorstand) 1 K 42 h „pro Kopf des Kranken“ betragen hat.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementpreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk., „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zwei Fälle seltener Localisation des syphilitischen Initialaffectes. Von Prof. Dr. W. REISS in Krakau. — Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche. Von Dr. GRODDECK in Baden-Baden. — Aus der X. chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitals zu Triest. Degeneratio caerea musculi pectoralis majoris dextri traumatica. Von Dr. STUPARICH, chirurg. Assistent. — **Referate.** SCHMIDT (Cuxhaven): Ueber Hyperemesis lactantium und ihre chirurgische Heilbarkeit durch Ueberdehnung des Pylorus. — SIMON (Heidelberg): Die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung. — VOLLAND (Davos): Meine Behandlung der Lungenschwindsucht. — Aus der chirurgischen Abtheilung der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg (Oberarzt Dr. HABS). PAUL HERZ: Zur TRENDELENBURG'schen Saphenaresection. — Aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Leipzig (Prof. FRIEDRICH). CARL T. NOEGGERATH: Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. — WILHELM LANGE (Dresden): Ueber eine eigenthümliche Erkrankung der kleinen Bronchien und Bronchiolen. — JAKOWSKI (Warschan): Ueber die Mitwirkung der Mikroorganismen beim Entstehen der Venenthrombose. — ICLIO BONI (München): Untersuchungen über den Keimgehalt der normalen Lungen. — O. ZIEMSEN (Wiesbaden): Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? — **Literarische Anzeigen.** Compendium der Hautkrankheiten einschließlich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Für Aerzte und Studierende. Von Dr. S. JESSNER, Königsberg i. Pr. — Abnormitäten. Von Signor SALTARINO. — **Feuilleton.** HELMHOLTZ. Zum 50jährigen Jubiläum der Erfindung des Augenspiegels. — **Kleine Mittheilungen.** Die Wirkung intravenöser Injectionen des gewöhnlichen Serums. — Alboferin. — Die Wirkung des Dormiol bei Geisteskranken. — Behandlung und Verhütung arthrogener Contracturen im Kniegelenke. — Ein Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür. — Hustenmittel. — Die physiologische Rolle, die Resorption und Assimilation des Eisens. — Entstehung von Fleischvergiftung. — Ein ungewöhnlicher Fall von Jodoformvergiftung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) XII. — **Notizen.** HERM. Frh. v. WIDERHOFER †. 1832—1901. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zwei Fälle seltener Localisation des syphilitischen Initialaffectes.

Von Prof. Dr. W. Reiss in Krakau.

Obwohl Beobachtungen extragenitaler syphilitischer Primäraffecte in den letzten Decennien gewiß nicht mehr zu den Seltenheiten gehören, und gerade in der neueren Zeit Publicationen in dieser Hinsicht äußerst zahlreich gewesen sind, so halte ich es doch für angebracht, zwei Fälle seltener Localisation der syphilitischen Sklerose, die ich in der letzten Zeit meiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte, mitzutheilen.

Beim extragenitalen Sitz des syphilitischen Initialaffectes ist es der Umstand, an einer ungewöhnlichen Stelle den Primäraffect zu finden, was eine richtige Beurtheilung dieser, häufig auch in forensischer Beziehung interessanten Fälle nicht so selten erschwert und manchmal den Primäraffect gänzlich übersehen oder gar eine andere Erkrankung diagnosticiren läßt. Dies gilt gewiß weniger vom extragenitalen Sitz der Sklerose im Bereiche solcher Stellen, wo die Localisation des syphilitischen Geschwüres doch zu den häufigeren gehört, wie z. B. an den Lippen oder an den Fingern, als von den Fällen, wo sie nur höchst selten oder aber auch gar nicht beobachtet wurde.

Obwohl Publicationen über extragenitale Syphilisfälle in der Literatur der letzten Jahre in ausgiebiger Zahl vorzufinden sind, so erscheint doch das Studium der ätiologischen Momente in dieser Richtung immer und immer sehr interessant, und dies sowohl vom Standpunkte der Klinik als auch ganz besonders vom Standpunkte der socialen Prophylaxe. Das Studium der extragenitalen Syphilisinfection ist für uns von hohem Interesse, weil es nicht allein die selteneren Verbreitungswege der Syphilis, aber auch die Art und Weise der

Uebertragung des syphilitischen Contagium ganz besonders kennzeichnet und auch in vielfacher Richtung auf Maßnahmen hindeutet, welche sich als nothwendig erweisen, um die verhängnißvolle Verbreitung der Syphilis möglicherweise zu verhindern.

Während die Bearbeitung der extragenitalen Syphilisinfection früher nur einen spärlichen Raum in der einschlägigen Literatur einnahm, hat sie im Laufe der letzten Jahrzehnte eine überaus große Zahl von Publicationen hervorgerufen, von den einfachen, kurzen, isolirt dastehenden Mittheilungen angefangen, bis zu BULKLEY's großem Sammelwerke „Syphilis in the innocent“. Durch alle diese Arbeiten haben unsere Kenntnisse von der extragenitalen Syphilisinfection gewiß eine nicht geringe Erweiterung erfahren. Es änderte sich vielfach unsere Anschauung über die Häufigkeit dieser Infectionsart, sowie das klinische Bild und die Genese derselben.

Die ersten Beobachtungen von zufälliger Uebertragung der Syphilis wurden bald nach dem epidemischen Auftreten der Krankheit in Neapel gemacht, wie aus den Angaben von CASPAR TORELLO (1497), CATANEUS (1504), VELLA (1505), WIDMANN (1497) u. a. (citirt von NEUMANN: „Ueber extragenitale Sklerosen; „Wiener klin. Wochenschrift“, 1890) hervorgeht. In der Folgezeit ging die Kenntniß der extragenitalen Syphilisinfection gewissermaßen verloren, was uns nur beweisen will, daß die Bedeutung dieses Uebertragungsmodus vielleicht ganze Jahrhunderte lang offenbar verkannt wurde, da es doch wohl als gewiß erscheint, daß während der ganzen Zeit bis Ende des neunzehnten Jahrhunderts nicht bloß einzelne Fälle, wohl aber ganze Epidemien von Lues insontium in vielen Ländern Europas bekannt waren. Es wird uns daher gewiß Wunder nehmen, wenn die Kenntniß der extragenitalen Syphilisinfection trotzdem erst im Jahre 1881 durch FOURNIER (A. FOURNIER, „Leçons sur le syphilis“, 1881) auf die Tagesordnung gestellt wurde, was aber auch dann eine wahre Fluth

von einschlägigen Publicationen aus aller Herren Ländern zur Folge hatte.

Obwohl sich die Publicationen über die extragenitale Syphilisübertragung in der Neuzeit gegenüber früher als so äußerst zahlreich erweisen, so ist dennoch keinerlei Grund vorhanden, anzunehmen, daß wirklich eine Zunahme in dieser Hinsicht stattgefunden hat; ich glaube daran gewiß nicht. Es wird doch jedem einleuchten, daß infolge der hygienischen Verhältnisse von heute, der Prophylaxe contagiöser Krankheiten im Allgemeinen, sich auch alle diejenigen Momente, welche eine gelegentliche, außergeschlechtliche Uebertragung der Syphilis begünstigen, doch wesentlich bessern müßten. Genaue statistische Angaben, welche dem klinischen Materiale entstammen, zeigen auch wirklich eine relative Abnahme der extragenitalen Infection in den letzten Decennien, und die bekannte Tabelle KREFTING'S (KREFTING, Extragenitale Syphilis-infection, 539 Fälle, „Arch. f. Derm. u. Syph.“, XXVI) aus der Klinik zu Christiania beweist, daß die Zahl der extragenitalen Infectionen während der Beobachtungszeit von 25 Jahren absolut und relativ gesunken ist. Es ist jedoch als gewiß anzunehmen, daß die betreffenden Arbeiten und Tabellen über die absolute Häufigkeit der extragenitalen Sklerosen keineswegs bewährte Aufklärungen geben können, da die Zahl der verkannten, oder aber auch nicht publicirten Fälle gewiß als sehr hoch zu bemessen ist. Infolge dessen sind auch alle Angaben über relative Häufigkeit der extragenitalen Syphilis für die Frage nach der absoluten Häufigkeit von sehr problematischem Werthe.

Dennoch ist es gewiß richtig, alle einschlägigen Fälle möglichst gewissenhaft zu sammeln und dieselben zur Publication gelangen zu lassen.

Im Folgenden will ich auch über zwei Fälle seltener Localisation der syphilitischen Initialläsion berichten, die ich in der letzten Zeit meiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte.

Ein 25jähriger junger Mann, angeblich Jurist, erschien bei mir in der Ordinationsstunde wegen eines Ausschlags. Es war die Mutter, welche ihren Sohn zu mir brachte mit der Angabe, sie habe bei ihm an den Armen, am Halse und an der Stirne Flecken und Knötchen entdeckt, welche schon seit 2 Wochen bestehen sollen und sich immer mehr vermehren.

Die Mutter betrachtete das Exanthem als einen Schönheitsfehler, gab an, der Sohn mache sehr weite Spaziergänge in der Sonne, worauf die bösen Wimmerl zu beziehen wären. Ich erkannte die an der Stirne gelegenen Knötchen sofort als syphilitische Infiltrate, welche der Stelle entsprachen, wo der Hut etwas zu enge der Stirne anpaßte. Ich ließ den Patienten sich entkleiden und diagnosticirte ein ganz recentes universelles maculo-papulöses Syphilid. Die der Untersuchung zugänglichen Schleimhäute waren fast vollkommen frei, nur an der rechten Tonsille war ein grauer condylomatöser Belag in circumscripiter Form deutlich sichtbar. An den Genitalien waren nicht die geringsten Spuren einer Initialaffection zu finden; nirgends eine Narbe, nirgends eine Verhärtung des Gewebes, nirgends eine noch so geringe Laesio continui zu finden. Dem entsprechend waren auch die inguinalen Lymphdrüsen in keiner Weise vergrößert, ja kaum tastbar. Die Cervicaldrüsen deutlich tastbar. In der linken Axilla vier bis fünf stark geschwollene indolente Lymphdrüsen, in der rechten Axillargrube normale Verhältnisse. Die vergrößerten Drüsen in der linken Axilla leiteten mich auch auf den rechten Weg. Als ich vergebens nach dem Initialaffecte suchte und mich schon mit dem Begriffe einer Syphilis d'embée bald zu versöhnen gedachte, da erblickte ich zwischen der fünften und sechsten Rippe in der linken Axillargrube ein flaches, scharfbegrenztes, linsengroßes, im Vernarben begriffenes Geschwür, welches mir anfangs bei allgemeiner Besichtigung des Patienten gar nicht aufgefallen war.

Die morphologischen Kennzeichen des Geschwüres waren, ungeachtet der bereits floriden allgemeinen Prurption, noch so vollkommen charakteristisch, daß ich keinen Augenblick schwankte, die Diagnose auf primäre Sklerose zu stellen, was auch sonst mit

dem in der linken Axillargrube geschwollenen Lymphdrüsenpakete vollkommen in Einklang zu bringen war.

Ich trachtete, Näheres über die Entstehung des Geschwüres an der seitlichen Thoraxwand vom Patienten zu erforschen, aber vergeblich. Er erschien übrigens in der Gegenwart seiner Mutter, welche meine Diagnose peinlich überraschte, sehr befangen und gab an, daß er überhaupt nicht wisse, wieso er zu dieser Krankheit gekommen ist. Ich ließ den Patienten am nächsten Tage wieder zu mir kommen und begann, ihn in discreter Weise näher auszuforschen. Die nähere Untersuchung ergab mir, daß ich es mit einem sexual psychopathischen Individuum zu thun hatte.

Patient gestand nach langem Zögern, daß er noch nie im wahren Sinne des Wortes geschlechtlich verkehrte, obwohl er schon seit Jahren sexual hyperästhetisch war. Er gab an, seit dem 15. Lebensjahre Onanie getrieben zu haben, wobei seine Phantasie immer in dem Bewußtsein gipfelte, der Willkür und dem Willen eines Weibes unterworfen zu sein. Vor drei Jahren besuchte er zum erstenmal ein Lupanar, war aber enttäuscht, da beim Versuchen des Coitus sowohl Erection als auch Ejaculation ausblieben. Seit der Zeit neurasthenische Zustände. Neuer Versuch nach einem Jahre. Diesmal gelang allmählig die Erection, aber durch folgenden Kunstgriff. Die Puella mußte ihn, während er den Coitus versuchte, am Arme stark beißen. Ueberdies mußte er sich vorstellen, er werde von dem Mädchen mißhandelt und aufs Schmerzlichste gebissen oder geschlagen. Auf diese Art gelang hie und da die Erection, es kam jedoch zu keinem Coitus, denn eine präcipitirte Ejaculation erfolgte immer vor der Immissio penis. Uebrigens gestand der Patient, daß ihm das von nun an vollkommen genügte, und er gab sich immer mit einer auf diese Art hervorgerufenen Ejaculation zufrieden. Er besuchte in der letzten Zeit öfters Freudenmädchen und verkehrte mit ihnen nur in der oben beschriebenen Weise. Er ließ sich an den Armen, aber auch am Thorax beißen, und wenn die entsprechende Stelle blutete, ließ er sie von dem Mädchen mit der Zunge lecken. Nachdem er vor zwei Monaten dieselbe Procedur an sich vornehmen ließ, bemerkte er nach einigen Tagen, daß eine wundgebissene Stelle am Thorax nicht heilen wollte. Er beachtete dies aber wenig und bedeckte die Stelle mit einer Zinksalbe; nachdem aber dieselbe das Geschwür nicht zur Heilung brachte, consultirte er seinen Hausarzt, welcher ihm ein Jodoformpflaster verschrieb, unter dem die Wunde sich gereinigt haben soll und auch viel kleiner wurde. Nach 6 Wochen ist ein maculo-papulöses Exanthem aufgetreten, das primäre Geschwür war damals noch nicht vollkommen verheilt, und in diesem Stadium der Krankheit stellte sich der Patient mir vor.

Die anamnestischen Angaben des Patienten stellten die Anfangs schwer zu begreifende Localisation der Primäraffection vollständig klar. Wir haben es hier mit einem sexual psychopathischen Individuum zu thun, und diese Abart der sexuellen Verirrung wird von KRAFFT-EBING als Masochismus beschrieben. Bei dem Mädchen, das dem Manne die Bißwunde verursachte, mußten nässende syphilitische Infiltrate an den Lippen, beziehungsweise an der Zunge vorausgesetzt werden und auf diese Weise findet die Infectionsart mit ihrer seltenen Localisation die vollkommen genügende Erklärung. Ich will noch hinzufügen, daß ich die einschlägige Literatur (auch bezüglich der forensischen Medicin) Revue passiren ließ, habe aber einen analogen Fall nicht vorgefunden.

Der zweite Fall betraf einen Studenten der hiesigen Universität, welcher mich vor circa fünf Monaten wegen eines nässenden Ekzems an der Ohrmuschel consultirte. Das Ekzem soll angeblich nach einer ganz kleinen Schnittwunde, die sich Patient vor einigen Tagen mit dem Rasirmesser zugezogen hatte, allmählig entstanden sein. Bei Besichtigung der erkrankten Hautstelle war Folgendes zu constatiren: Am Rande der linken Ohrmuschel, und zwar im Bereiche des Antihelix, befindet sich eine circa linsengroße, ekzematöse, theilweise der Epidermis beraubte, nässende, in der Peripherie leicht schuppige Stelle, welche von der gesunden Umgebung keineswegs scharf abgegrenzt erschien, vielmehr eine verschwommene blaßrosarthe Randpartie wahrnehmen ließ. Die erkrankte Haut zeigte nur eine ganz oberflächliche Infiltration,

sonst keine besonderen pathologischen Merkmale. Ich diagnosticirte ein nässendes Ekzem, verschrieb dem Patienten HEBRA'sche Diachylonsalbe und empfahl ihm, in einer Woche wieder zu erscheinen. Patient fuhr aber aufs Land und erschien bei mir zwei Wochen später, äußerst verstimmt, mit der Angabe, daß die kranke Stelle unter der Salbe, die täglich aufgelegt wurde, nicht nur nicht verheilte, sondern im Gegentheil viel schlimmer aussehe und ihm sogar Schmerzen verursache. Ich constatirte thatsächlich, daß sich das Bild binnen der zwei Wochen stark verändert hat. Vor Allem war die ganze Ohrmuschel stark geschwollen und im Bereiche des Helix und Antihelix derb infiltrirt. Die früher als ekzematös bezeichnete Hautpartie war stark über das Niveau der Umgebung emporgehoben und central eiterig zerfallen. Die präauriculären Lymphdrüsen der linken Seite gut tastbar, die Cervicaldrüsen vergrößert. Die Diagnose war jetzt gewiß leicht zu stellen: Syphilis primaria auriculae subsequ. oedem. indurat., Lymphadenitis praeauricularis et cervic. specifica.

Obwohl mir der Patient gleich beim ersten Besuche deutlich erwähnt hatte, daß das Leiden auf die kleine beim Rasiren entstandene Schnittwunde zu beziehen wäre, so lag mir doch sehr daran, zu erfahren, ob das syphilitische Virus bereits mit dem Rasirmesser in die Schnittwunde eingedrungen war, oder aber ob die des Epithels beraubte, nässende Stelle erst später, also nachträglich inficirt wurde. Die Frage fand aber sehr bald ihre Antwort. Patient gestand, daß er mit einem Collegen die Wohnung theile und sich sehr oft des Rasirmessers desselben bediene. Dies geschah gewöhnlich in der Weise, daß, nachdem der betreffende Colleague mit dem Rasiren fertig und ausgegangen war, der Patient das Messer unmittelbar für sich in Anspruch nahm, ohne an eine Reinwaschung, geschweige denn an eine Desinfection des Instrumentes zu denken. Ich bestand auf Confrontation und der junge Mann brachte seinen Commilitonen in den nächsten Tagen zu mir. Ich constatirte bei demselben eine floride Syphilis mit reichlichen Condylomen an der Lippengrenze. Es war also ganz gewiß die Annahme gerechtfertigt, daß das Virus beim Rasiren der Haut des Kinnes, eventuell der unteren Lippen-grenze am Messer haften blieb, und daß es nachher unmittelbar in die Schnittwunde an der Ohrmuschel unseres Patienten gelangte. Es braucht wohl nicht besonders betont zu werden, daß der betreffende Student seine Lues vor seinem Collegen geheim hielt, so daß derselbe an irgend eine ihm bei Benützung des Messers drohende Gefahr gar nicht denken konnte. Nach sieben Wochen kam bei meinem Patienten ein papulöses Syphilid zum Vorschein, und er befindet sich noch bis heute in meiner Behandlung.

Die Diagnose der an verschiedenen Stellen vorkommenden Primäraffecte der Syphilis kann gewiß mitunter sehr schwierig werden. Es können ja verschiedene andere Processe, die an den genannten Stellen aufzutreten pflegen, zur Verwechslung Anlaß geben. So kann im Gesichte, besonders an den Lippen, das Epitheliom in Frage kommen, an den Brustdrüsen, an der Ohrmuschel ein chronisches Ekzem mit stärkerer Infiltration. Die Tonsillarsklerose kann wohl mit einer Angina oder Diphtherie verwechselt werden, umso mehr, als die Schluckbeschwerden, die vom Patienten selbst als ein gewöhnliches Halsübel angesehen werden, denselben gewöhnlich nicht gerade zu einem Spezialisten hinführen. Daß ein solcher Mensch, der umhergeht, ohne eine Ahnung zu haben, daß er der Syphilis zum Opfer gefallen ist, ein gefährlicher Factor in der Verbreitung der Lues wird, braucht wohl nicht näher erörtert zu werden. Indem die Kranken von ihrem Leiden nichts wissen, suchen sie für gewöhnlich sehr spät einen Arzt auf, ja, in der Mehrzahl der Fälle erst dann, wenn sie von secundären Erscheinungen überrascht werden. Ganz besonders an den Fingern wird die Affection sehr oft verkannt und als Panaritium diagnosticirt und behandelt. Die Erfahrung lehrt, daß an mancher Stelle, wo das syphilitische Virus eingedrungen ist, die Veränderungen gar nichts Charakteristisches darbieten und unter einem Bilde einer oberflächlichen Excoriation ablaufen; in solchen Fällen kann es leicht vorkommen, daß der Primäraffect gänzlich übersehen wird, besonders wenn an derselben Stelle die Haut der Sitz noch eines anderweitigen

Processes war oder einen entzündlichen Infiltrationszustand darbietet.

Um einen Begriff zu haben, wie oft syphilitische Initialaffecte mit anderen Affectionen verwechselt werden, können wir uns mit der Angabe ESMARCH's begnügen, welcher auf dem Chirurgencongresse im Jahre 1895 sagte, daß er bei Durchsicht seiner Krankengeschichten einige vierzig Fälle gefunden hat, welche ihm als bösartige Neubildungen zugeschickt worden, und die sich mit oder ohne Operation, durch die anatomische Untersuchung oder den ferneren Verlauf als Syphilis entpuppt haben. Wir werden gewiß nicht fehlgehen, wenn wir annehmen werden, daß zum mindesten die Hälfte dieser Fälle dem Capitel der extragenitalen Sklerosen angehört. Dazu kommt es noch sehr häufig vor, wie es MÜNCHHEIMER sehr richtig betont, daß, wenn bei unsicherer Diagnose an Lues überhaupt gedacht wird, als entscheidendes Juvans allein das Jodkali in Anwendung kommt, die Möglichkeit aber eines nur durch das Quecksilber beeinflussbaren primären Syphilids gar nicht in Betracht gezogen wird.

Aber auch was das klinische Bild der extragenitalen Sklerose anbelangt, lehrt uns die Erfahrung, daß der Primäraffect an verschiedenen Körperstellen in verschiedener Weise auftreten kann, daß er bald nur als eine kleine Rhagade mit ganz geringer Induration, bald als ein typischer HUNTER'scher Schanker auftritt, dann aber auch in Form einer flachen unbedeutenden Erosion mit oder ohne deutliche Härte, oder auch als ein tiefes Geschwür, dem jede spezifische Induration absolut fehlt. Auch ganz abnorme Fälle sind in der Literatur zu finden. So beschrieb GASTON einen Primäraffect am Bauche in Gestalt eines elliptischen Geschwüres, dessen Grund mit warzenförmigen Wucherungen besät war, die das Aussehen frischer Granulationen darboten und bei der geringsten Berührung sehr stark bluteten. An den Schleimbäuten wird der Primäraffect nicht selten in Form einer Papel beobachtet. Wegen dieser Polymorphie würde die Diagnose des Initialaffectes oft nicht gestellt werden können, wenn nicht die typische regionäre Lymphdrüsen-schwellung dieselbe häufig erleichterte.

Was die Prognose der extragenitalen Lues, über die besonders in den letzten Jahren so viel discutirt wurde, betrifft, will ich nur, ohne viele Worte zu verlieren, hinzufügen, daß ich mich wundern muß, wieso der Gegenstand so häufig ein Thema wissenschaftlicher Discussionen überhaupt abgeben konnte. Es muß doch Jedem, der logisch denkt, meiner Meinung nach, einleuchten, daß die Prognose der constitutionellen Syphilis von der Localisation des Initialaffectes in keinerlei Weise beeinflusst werden kann. Die Prognose der Krankheit hängt gewiß von der Virulenz der in den Organismus eingedrungenen Keime, sie hängt auch ganz sicher von der Constitution des betreffenden Organismus ab, auch die verschiedenartigen hereditären Einflüsse spielen hier gewiß eine sehr bedeutende Rolle, sowie auch vielleicht eine ganze Reihe anderer Momente, die ich aufzuzählen nicht gedenke; aber über einen Causalnexus zwischen dem Sitze des Initialaffectes und der Schwere der nachfolgenden Lues zu sprechen scheint mir jeder wissenschaftlichen Grundlage zu entbehren.

Die Beobachtung von Fällen schwerer Syphilis im Anschluß an extragenitale Sklerosen erweckte bei mehreren Autoren die Anschauung, daß doch ein Nexus zwischen der Localisation der Sklerose und dem späteren Verlaufe der Krankheit bestehen müsse. Ja, man findet sogar in der einschlägigen Literatur Theorien, welche diesen mysteriösen Zusammenhang zu erklären trachten. So haben VAN DUPTEREN und VAN WALSEM auf die Abnahme, welche die Intensität der Lues im Laufe der Zeit im Allgemeinen erfahren hat, die selbstverständlich als eine gewisse, von der Durchseuchung einer Reihe von Generationen herrührende Immunisirung gedeutet werden kann, hingewiesen. Sie nehmen also an, daß es sich um eine locale Immunität der Genitalien, der banalen Eingangspforte für das Virus, handelt, und daß dasselbe Virus,

falls es extragenital eindringt, in ein Gewebe gelangt, welches seine Virulenz nicht abschwächen kann.

PETRINI (1894) hat für die angebliche Malignität constitutioneller Erkrankungen nach Sklerosen der oberen Körperhälfte einen größeren Reichthum an Lymphbahnen schuldig gemacht, indem in diesen Fällen eine stärkere Imprägnation der Gewebe herbeigeführt werden soll. Ich brauche wohl nicht darauf hinzuweisen, daß alle diese Theorien nicht ernst zu nehmen, wie auch überhaupt alle statistischen Beweise dieser und jener Autoren, nach denen nach extragenitalen Sklerosen immer ein mehr maligner Verlauf der Krankheit zu verzeichnen wäre als nach Initialaffecten, die ganz ordnungsgemäß im Präputialsack eingekistet sind, vor dem wissenschaftlichen Forum als höchst problematisch zu bezeichnen sind. Man hat ja gewiß Gelegenheit, hie und da zu constatiren, daß nach einer Lippen- oder Fingersklerose ein malignes, zum Zerfalle neigendes Exanthem zu Tage tritt, aber man ist eben nicht immer geneigt, die Beschaffenheit des betreffenden Organismus mit in die Rechnung zu ziehen, wie auch zu bedenken, wie viel schwere Luesfälle nach den ganz gewöhnlichen, am Genitale gelegenen Initialaffecten unter ganz und gar gleichen Umständen beobachtet werden. Eine Statistik muß eben, wenn sie auf positive, wissenschaftlich begründete Rückschlüsse Anspruch macht, auch Positives bieten, demnach eine möglichst große Reihe von genitaler und extragenitaler Lues berücksichtigen.

Wir können vollkommen überzeugt sein, daß nicht der extragenitale Sitz der Primäraffecte den schweren Verlauf der nachfolgenden constitutionellen Syphilis bedingt, wohl aber in gewissen Fällen vielleicht der Umstand, daß die Krankheit oft verkannt, folglich auch lange Zeit nicht behandelt wird. Die Prognose der extragenitalen Syphilisinfection ist somit gewiß nicht schlechter wie die der genitalen; hie und da wird der Verlauf der Syphilis durch Factoren bestimmt, welche von der Localisationsstelle des Primäraffectes an sich unabhängig sind.

In der Mittheilung obiger zwei Fälle seltener Localisation des Primäraffectes, die auch in ätiologischer Hinsicht manches Interessante bieten, möge es mir gelungen sein, einen kleinen Beitrag zur Kenntniß der extragenitalen Syphilisinfection geliefert zu haben. Bei der bedeutenden Wichtigkeit der Erkrankung wird es Pflicht des Arztes sein, sich mit den Varietäten der extragenitalen Infection vertraut zu machen, um die Fälle richtig und möglichst früh diagnosticiren zu können. Diagnostische Fehler bedeuten hier nicht nur eine Gefahr für das betreffende Individuum selbst, wohl aber auch für die Familie und die Gesellschaft.

Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche.

Von **Dr. Groddeck** in Baden-Baden.

Ueber der Begeisterung für bakterielle, chemische, toxische Processe hat die moderne Medicin fast völlig die Bedeutung der Mechanik des Leibes vergessen. Wie wichtig die physikalischen Vorgänge im Bauch für Leben und Thun sind, sollen die folgenden Zeilen mehr andeuten als beweisen. Meine Thätigkeit erlaubt mir nur, Anregungen zu geben, nicht zu lehren.

In erster Linie kommt die Größe und Ausdehnung des Leibes in Betracht. Je größer der Leib ist, umso weiter wird der Weg des Kreislaufes. Die Säfte des Körpers müssen längere Strecken durchlaufen, die Anforderungen an die treibenden Kräfte, vor allem an das Herz, sind gesteigert, die Widerstände gewachsen. Der Strom wird langsamer. Auch der Weg ist schwieriger geworden. Die neuen Gewebe, die das Volumen vergrößern, sind Fettmassen. Zwischen den Maschen, in den engen Gefäßen und Spalten staut sich die Flüssigkeit. Zahllose neue Gefäße bilden sich, mit ihnen thürmen sich

neue Dämme auf und hindern die Bewegung. Dabei steigt das Gewicht der Flüssigkeitssäule, die vorwärts getrieben werden muß. Die neuen Gebilde sind wasserreich. Die rasche, gleichmäßige Vertheilung wird immer schwieriger. Die Musculatur verliert einen Theil ihres Tonus, die Haut wird gespannt, die Nerven übermäßig gedehnt, die Gefäße brüchig. Mannigfaltige Erscheinungen folgen daraus. Am auffallendsten sind sie bei Herzkranken. Für die Behandlung Herzkranker ist die Untersuchung des Leibes wichtiger als die subtile Unterscheidung von Tönen und Geräuschen. Die theoretische Erwägung, daß durch Verlängerung und Erschwerung der Blutbahn die Arbeit des Herzens bis zu den Grenzen, ja darüber hinaus, erhöht wird, findet in der Praxis Bestätigung. Ein Beispiel soll das erläutern.

Ein älterer Herr wird seit mehreren Jahren durch Anfälle von Schwindel und Bewußtlosigkeit heimgesucht. Fast täglich, mitunter stündlich, ja in noch kleineren Intervallen, treten die beängstigenden Erscheinungen auf. Die Frequenz des Pulses beträgt 27—31 Schläge in der Minute. Nur jede zweite Herzcontraction löst den Puls aus. Die Diagnose wurde von sämtlichen Aerzten — unzweifelhaft mit Recht — auf schwere myokarditische Störungen gestellt und demgemäß nach den Regeln der Kunst die leider vergebliche Behandlung geleitet. Der kolossal ausgedehnte Leib des Kranken hatte dagegen keine Beachtung gefunden. Da eine Besserung des Grundleidens ausgeschlossen war, machte ich mich daran, den Bauch zu verkleinern, um die Widerstände des kranken Herzens möglichst zu verringern. Der Versuch gelang. Die niedrige Pulsfrequenz ist allerdings geblieben, zum Beweis, daß das Herz immer noch so schwach ist wie früher, dagegen sind die Anfälle von Bewußtlosigkeit seit Jahr und Tag beseitigt, da seit der Verringerung der Widerstände selbst die unvollkommenen Herzcontractionen ausreichen, das Gehirn mit Blut zu füllen. Anfangs hatten bestimmte Bewegungen, durch die eine Lageveränderung der Gefäße und damit neue Widerstände gegeben wurden, mit Sicherheit Anfälle ausgelöst, z. B. Drehen des Kopfes, Hintenüberbeugen, Bücken, ja selbst die einfache Rückenlage. Die linke Seitenlage war ganz ausgeschlossen gewesen, weil der Druck auf das Herz dann zu stark wurde. Nach Verkleinerung des Leibes konnten alle diese Bewegungen ohne jede Unbequemlichkeit ausgeführt werden.

Aehnliche Verhältnisse machen sich bei Klappenfehlern, Compensationsstörungen, Wassersucht etc. geltend. Die Abnahme des Leibes hat einen gleichen, mitunter höheren Werth als die Regulirung der Herzthätigkeit durch Digitalis oder irgend ein anderes Mittel.

Unter Umständen ist die Schwere des Leibes noch wichtiger als seine Größe. Bei allen Processen, die mit Athemnoth einhergehen, kommt das größere oder geringere Gewicht des Bauches in Betracht. Die Arbeit der Athmungsmuskeln wird schwieriger, je mehr sie heben müssen. Deutlicher noch spricht sich die Bedeutung des Gewichtes bei Schwäche und Lähmung der unteren Extremitäten aus.

Eine Dame litt an so hochgradiger Schwäche der Beine, daß sie nur mit Stöcken einige Schritte im Zimmer gehen konnte. Treppensteigen, Spazierengehen war ganz ausgeschlossen. Seit Jahren wurde sie ohne Erfolg behandelt. Das Leiden wurde auf zeitweilig auftretende Schmerzen in den Kniegelenken zurückgeführt. Thatsächlich waren in beiden Kniegelenken Rauigkeiten, jedoch so geringfügig, daß dadurch allein die Lahmheit nicht bedingt sein konnte. Auffallend war aber das hohe Gewicht von 230 Pfund und der kolossale Leib, dessen Umfang 143 Cm. betrug. Nach Verlauf von 8 Wochen war das Gewicht auf 203 Pfund gesunken. Die Gewichtsabnahme betraf im Wesentlichen den Leib. Sein Umfang hatte sich um 27 Cm. verringert. Trotzdem auch jetzt noch die Rauigkeiten in beiden Gelenken fortbestanden, auch hin und wieder die alten Schmerzen auftraten, konnte die Kranke wieder ohne Anstrengung stundenlang gehen und selbst sehr steile Anhöhen steigen. Der Leib war für die Kraft der Beine zu schwer gewesen. Die Entstehung der Schwäche wirft ein interessantes Licht auf andere Verhältnisse. Wegen eines Nierenleidens war die Dame vor Jahren einer methodischen Mastcur unterworfen worden. Das Re-

sultat bestand in einer Störung des Gehvermögens, die fast einer Lähmung gleichkam.

Ueber die verschiedenen Gestalten des Bauches und die daraus entspringenden Folgen für Gesundheit und Erkrankung habe ich schon bei früherer Gelegenheit gesprochen. Vorwölbungen des ganzen Leibes oder seiner Theile, Einziehungen an dieser oder jener Stelle begegnen uns oft und könnten Anhaltspunkte für die Diagnose und vor allem für die Behandlung geben, wenn die Unwissenheit auf diesem Gebiete etwas geringer wäre. Ich begnüge mich, hier auf eine häufige Eventualität hinzuweisen, auf die Störungen, die durch Platzmangel im oberen Drittel des Leibes bedingt werden. Man findet nicht selten Menschen, deren Rippenbogen zusammen-, ja mitunter übereinandergeschoben sind, so daß die Magenröhre vollständig verschwunden ist. Der Brustkorb ist dann gewöhnlich auffallend lang. Meist sind es Frauen, deren weiche Knochen schon in der Entwicklungszeit durch das Corset gedrückt wurden. Aber auch bei Männern kommt der Befund vor. Die Folgen sind leicht zu denken. Abgesehen von der Behinderung der Athmung und dem directen Druck des schmalen Brustkorbes auf das Herz muß die Ernährung schwer leiden. Der Magen kann nur geringe Nahrungsmengen fassen, sie brauchen lange Zeit, um sich durch enge Passagen hindurchzuquetschen; Gährungen entstehen, Gasansammlungen. Ein Gefühl des Vollseins und der Angst verläßt diese Menschen fast nie, Erbrechen ist häufig. In der pathologisch veränderten Leber entstehen Stauungserscheinungen. Die Vorwärtsbewegung der Kothmassen im Querdarm wird erheblich langsamer und schwieriger. Der stockende Inhalt sucht Platz, dehnt die Organe. Immer enger pressen sich die Theile in dem kleinen Raum zusammen. Der allseitige Druck wird unerträglich, und schließlich kann es zum völligen Zusammenbruch kommen.

Ich habe das kürzlich an einem jungen Mädchen gesehen. Von frühester Kindheit an zart, war es vor etwa drei Jahren mit Schmerzen in der linken Seite erkrankt. Allmählig steigerte sich das Leiden, die Schmerzen, die anfangs nur nach dem Essen kamen, blieben dauernd. Nachdem die Kranke lange Zeit ambulant behandelt worden war, ließ sie sich in eine namhafte Privatklinik aufnehmen und blieb dort fünf Monate. Sie wurde einer Mastur unterworfen. Das Gewicht stieg von 92 auf 108 Pfund, jedoch nahmen die Schmerzen eher zu als ab. Im folgenden Winter wurde sie von ihren Aerzten nach dem Süden geschickt und kam von dort in einem erschreckenden Zustand zu mir. Alle Functionen stockten, Herzbeschwerden, Beklemmungen, Angstzustände traten auf. Eine unüberwindliche Müdigkeit, die doch keinen Schlaf herbeiführte, quälte sie. Die Schwäche war bis zum äußersten Grad gestiegen, der Körper bis auf die Knochen abgemagert, die Beine ödematös geschwollen. Dabei war die Haut schwarzbraun gefärbt, so daß der Gedanke an ADDISON'sche Krankheit nahe lag. Auffallend war die Gestalt des Leibes. Die Rippenbogen waren so eng zusammengepreßt, daß der Schwertfortsatz überhaupt nicht zu fühlen war. Bis 5 Cm. oberhalb des Nabels lagen die beiden Hälften des Brustkorbes dicht zusammen, weiter oben waren sie übereinandergeschoben. Der Taillenumfang betrug 54 Cm., des Nabels 56, der Hüften dagegen 74 Cm. Durch Druck von außen war der Schmerz in der linken Seite nicht hervorzurufen. Nur wenn man die Fingerspitzen so tief wie möglich unter die linken Rippen führte, trat das charakteristische Bohren auf. Nach meiner Ansicht war die Ursache des Leidens in dem Platzmangel im oberen Drittel des Leibes zu suchen. Ich muß aber gestehen, daß ich wochenlang daran zweifelte, ob das Mädchen am Leben bleiben würde. Abgesehen von anderen Maßregeln der Behandlung mußte ich versuchen, die Rippen wieder gewaltsam auseinanderzubiegen. Bei der Elasticität junger Knochen, die immer wieder in die alte Lage zurücksinken, ist das eine langwierige Arbeit. Es hat 5 Monate gedauert, ehe ich am Ziele war. Dann endlich war ein breiter Raum zwischen den Rippenbogen geschaffen. Der Taillenumfang war auf 63 Cm., der Umfang über dem Nabel auf 67 gestiegen. Mit der allmählichen Erweiterung des Raumes waren die Kräfte zurückgekehrt, die Oedeme verschwunden, die braune Farbe einem zarten Teint gewichen, und vor allem die

Schmerzen hatten nach und nach aufgehört. Seitdem ist ein halbes Jahr vergangen, die Dame führt als Ehefrau einen Haushalt und fühlt sich wohl.

Ich möchte dabei noch kurz die Corsetfrage berühren. Möglicherweise ist die Verkrüppelung des Brustkorbes durch frühzeitiges Schnüren hervorgerufen worden. Sicher ist es nicht, denn, wie gesagt, es gibt auch Männer, die in gleicher Weise erkranken. Aber es sei dem, wie ihm wolle, jedenfalls genügt es nicht immer, das Corset zu verbieten. Sehr bald nach Beginn der Erkrankung hat jene Dame das Corset abgelegt und nicht wieder getragen. Trotzdem hat sich das Leiden immer mehr verschlimmert.

Eines der wichtigsten Momente ist die Härte des Bauches. Den harten Leib, so hart, daß er sich wie ein Brett anfühlt, trifft man sehr oft. Ich sehe dabei ganz von den krampfhaften Muskelcontractionen ab, die hie und da auftreten, aber eine andere Bedeutung haben. Hier handelt es sich um Leiber, die in ihrer Totalität sich hart anfühlen. Schon im frühesten Kindesalter sind sie nicht selten so, und ein Theil chronischer Erkrankungen Erwachsener ist hierauf zurückzuführen. Der Leib ist dabei nicht ausgedehnt, für das Auge unverändert. Erst beim Tasten merkt man den Zustand. In erster Linie handelt es sich um Circulationsstörungen. Beim Druck zeichnen sich die Finger auf der Haut roth ab. Alle Organe sind prall mit Blut gefüllt. Es ist die häufige Grundlage relativer Anämien. Die Blutmenge an sich ist nicht vermindert, aber das Blut hat sich in den schwammigen Eingeweiden gesammelt und andere Theile sind dadurch in Ernährung und Circulation geschädigt. Vielfach machen sich die ersten auffallenden Symptome am Darmcanal geltend. Verstopfungen, fast noch häufiger Diarrhoen, schmutziggelber Belag der Zunge treten auf. Weiterhin kommen Hämorrhoidalblutungen, Störungen der Menstruation, Nieren- und Blasenblutungen vor. ~~Gewöhnlich bleibt es aber nicht bei den directen Erscheinungen der Blutüberfüllung im Leib, ja mitunter fehlen sie ganz. Dann beherrschen die Folgen partieller Blutarmuth und schlechter Ernährung das Krankheitsbild. Kalte und schweißige Hände und Füße, das Gefühl der Leere im Kopf, Migraine, Schwindel, Ohnmacht, Nasenbluten, Schmerzen in Armen und Beinen, weiterhin chronische Gelenkerkrankungen, Schlaganfälle, Oedeme kommen im Gefolge. Einige Mittheilungen aus meiner Praxis mögen ein Bild von der bunten Mischung der Erscheinungen geben.~~

Ein junger Mensch leidet seit einiger Zeit an schwerem Blutbrechen. Er ist lange klinisch behandelt worden, hat mehrere Bäder ohne Erfolg besucht. Seit frühester Kindheit besteht Verstopfung. Der Leib ist steinhart, nicht ausgedehnt, aber mit Blut überfüllt. Seit der Bauch weich geworden ist, sind keine Blutungen mehr aufgetreten, der Stuhlgang ist geregelt.

Ein alter Herr leidet seit 40 Jahren an starken Diarrhoen. Nach langer vergeblicher Behandlung sucht er durch äußerste Vorsicht in der Diät die Plage zu bekämpfen, jedoch ohne wesentliches Resultat. Im Laufe der Jahre sind die Beine immer schwächer geworden. Der Gang ist, selbst mit Krücke und Stock, unsicher, die geringste Berührung genügt, um den Stehenden zu Fall zu bringen. Auch hiefür ist die Hilfe der ersten Autoritäten in Anspruch genommen worden, und nur durch den Eigensinn des Kranken ist er schweren Operationen entgangen. Der Leib ist hart, blauroth gefärbt, über und über mit kleinen Angiomen bedeckt. Im Verlauf der Behandlung verschwindet die cyanotische Färbung der Bauchhaut, der Leib wird weich, die Diarrhoen hören auf und die Beine kräftigen sich. Die Krücken sind verschwunden, der Gang ist sicherer als seit langen Jahren.

Der Zusammenhang von Leiden der Beine mit der Härte des Leibes ist so auffallend, daß ich noch einiges darüber sagen möchte, hauptsächlich zum größeren Nutzen der Chirurgen. Durch einen Zufall bin ich in den Ruf gekommen, veraltete Kniegelenksentzündungen heilen zu können. Meist handelt es

sich um Schlottergelenke mit großer Neigung zu recidivirenden Anschwellungen. Bisher habe ich fast stets bei diesen Kranken eine große Härte des Leibes feststellen können, die den Rückfluß der Säfte behinderte. Ich stehe nicht an, einen Theil der dauernden Erfolge auf die Behandlung des Bauches zurückzuführen. In die gleiche Kategorie gehören eine Reihe gichtischer Erkrankungen. Speciell erinnere ich mich eines Herrn, der jahrelang völlig contract war und bei dem den Schlüssel zur Behandlung die Härte des Leibes gab. Sehr auffallend ist das Verhältniß zwischen Dysmenorrhoe und Härte des Leibes. Die krampfartigen Schmerzen bei der Periode, diese qualvolle Pein so vieler jungen Mädchen, die ausstrahlenden Kreuz- und Beinschmerzen sind vielfach mit Leichtigkeit zu heben, wenn man sich dieses Zusammenhanges bewußt bleibt. Aus der Menge des Materials greife ich die Geschichte einer Frau heraus, die seit Beginn ihrer Entwicklung an schwerer Dysmenorrhoe litt. Während häufig die Beschwerden nach der Heirat abnehmen, hatten sie sich bei ihr im Laufe einer 10jährigen Ehe so gesteigert, daß sie jetzt tagelang während der Periode im Bett lag und trotzdem Qualen ausstand. Nach und nach waren Athembeschwerden hinzugetreten, vor allem aber war das Reißen in den Beinen dauernd geworden. Die Durcharbeitung des brettharten Leibes hat sie völlig von aller Noth befreit.

Auch für die Behandlung der Migraine möge hier statt vieler ein Beispiel stehen:

Eine Dame litt seit 30 Jahren fast täglich an Kopfschmerzen, die sich in kurzen Zwischenräumen zu ausgesprochener Migraine steigerten. Nach dem Climacterium waren die Beschwerden nicht verschwunden, eher hatten sie zugenommen, dazu hatten sich Congestionen, Verstopfung und Gicht der Zehen und Ellenbogen gesellt. Da die Kranke jahrzehntlang bei den verschiedensten Nervenärzten als Pflegerin thätig war, ist zu ihrer Heilung alles Mögliche versucht worden, aber vergeblich. Auch bei ihr lag der Knotenpunkt des Leidens in der Härte und Blutüberfüllung des Leibes mit consecutiver Blutarmuth des Kopfes. Ihre Wiederherstellung gehört zu meinen raschesten Erfolgen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der X. chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitals zu Triest.

Degeneratio caerea musculi pectoralis majoris dextri traumatica.

Von **Dr. Stuparich**, chirurg. Assistent.

Die wachartige Muskelnekrose, wie sie besonders an den geraden Bauchmuskeln und den Oberschenkeladductoren bei Ileotyphus und anderen schweren Infectionen vorkommt, ist bekannt; weniger bekannt, weil selten, und daher verkannt dürfte die chirurgische traumatische wachartige Muskeldegeneration sein. Es ist daher nicht überflüssig, eines uns im April l. J. vorgekommenen Falles zu gedenken, um die Erkrankung in Erinnerung zu bringen.

L. N., ein 47jähriger, sonst aber ganz gesunder und kräftiger Arbeiter, verspürte nach mehrtägiger forcirter Leistung der rechten Armbrustmuskulatur zunächst eine schmerzhaft empfindung der rechten „Brust“, hierauf, einige Tage später, bemerkte er an der vorderen rechten Achsenhöhlenfalte eine schmerzhaft Geschwulst, welche täglich größer und schmerzhafter wurde. Bei der Aufnahme fiel sofort das vergrößerte und verdickte Muskelgebiet des Pectoralis auf. Pat. hält den Arm gestützt, klagt über bedeutende Schmerzen, die ihm schlaflose Nächte verursachen. Temperatur normal. Bei der Palpation fühlt sich der Pectoralis vergrößert, verdickt und sehr hart an; gegen die Plica axillaris hin wird die Dicke und Härte besonders intensiv. Die Haut darüber etwas geröthet; kein Oedem. Die Diagnose ward, ob der Seltenheit, nicht sofort klar. Sarkomatöse Neubildung und gewöhnlicher Absceß tauchten zunächst als Diagnose auf. Da wurde nach einigem Zuwarten an der geschwulstförmigen Auftreibung am lateralen Rande, welche überdies mäßige Fluctuation gab, eine

Probeincision gemacht. Blut und eine spärliche Menge einer trüb-gelblichen krümeligen Masse floß heraus; der untersuchende Finger fand in der resistenten Muskelmasse keine gebildete Eiterhöhle; die Musculatur erschien blaßgrau, „fischfleischähnlich“. Der degenerative Befund war klar und die mikroskopische Antwort lautete Degeneratio caerea (ZENKER). Allmählig nahmen Geschwulst und Schmerzhaftigkeit ab; nach wenigen Wochen verließ der Pat. das Krankenhaus bedeutend gebessert; die Wunde war geheilt.

Referate.

SCHMIDT (Cuxhaven): Ueber Hyperemesis lactantium und ihre chirurgische Heilbarkeit durch Ueberdehnung des Pylorus.

Die Krankheit, die auch unter dem Namen der „congenitalen hypertrophischen Pylorusstenose“ bekannt ist, hat folgenden typischen Verlauf: die Säuglinge gedeihen anfangs gut, erst nach einigen Wochen geht der Ernährungszustand herunter, die Kinder erbrechen viel, haben wenig oder gar keinen Stuhl; die kleinen Pat. sehen eigentlich nicht krank, aber verhungert aus. Die Krankheit wurde ursprünglich als Pylorusstenose aufgefaßt und dementsprechend auch die chirurgische Therapie eingerichtet; in einigen bekannt gewordenen Fällen schwanden alle Erscheinungen nach Anlegung einer Gastroenteroanastomose in kürzester Zeit.

In jüngster Zeit ist PFAUNDLER gegen die Erklärung des Krankheitsbildes als „hypertrophische Stenose“ aufgetreten und führt auf Grund seiner zahlreichen anatomischen Untersuchungen den Nachweis, daß es sich in diesen Fällen lediglich um einen Pylorospasmus und nicht um eine Stenose handelt. Denselben Standpunkt vertritt auch Verf. („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 63, H. 4) auf Grund eines von ihm beobachteten und operirten Falles. Es handelte sich um ein 7wöchentliches Kind, das durch fortwährendes Erbrechen in der Ernährung sehr herabgekommen war. Bei der Operation fand man den Pylorus gut beweglich, von der Größe einer Haselnuß, aber derb sich anführend, „callös“. Nach Eröffnung des Magens in der Nähe des Pylorus wird eine Urethralsonde und dann noch eine zweite und endlich eine Arterienklemme, deren Branchen auseinandergedreht werden, in den verengten Pylorus eingeführt und derselbe auf diese Weise gedehnt. Das Kind, das nach der Operation collabirt war, erholte sich bald, das Erbrechen hörte auf und das Kind nahm sehr bald an Gewicht bedeutend zu.

Nach Ansicht des Verf. ist aber ein chirurgischer Eingriff bei Hyperemesis lactantium erst dann angezeigt, wenn eine sorgfältige interne und diätetische Therapie (systematische kalte Spülungen 2½ Stunden nach der letzten, unmittelbar vor der folgenden Mahlzeit, Atropin, Breiumschläge oder Darmausspülungen und Opium) nicht zum Ziele geführt hat.

ERDHEIM.

SIMON (Heidelberg): Die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung.

Die Frage, ob die Therapie der Nierentuberculose eine chirurgische oder interne sein soll, ist in der letzten Zeit oft discutirt worden; die meisten Autoren sprachen sich für die chirurgische Therapie aus, da die Heilung bei rein interner Therapie sehr selten ist. Einen neuen Beitrag zu dieser Frage liefert Verf., der 35 chirurgisch behandelte Fälle von Nierentuberculose aus der Klinik CZERNY veröffentlicht und auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen kommt:

Die einseitige Nierentuberculose ist chirurgisch zu behandeln. Eine Ausnahme macht die Erkrankung der Niere als Theilerscheinung der Miliartuberculose. Ferner bildet starke Kachexie bei weit vorgeschrittener Allgemeinerkrankung eine Contraindication.

Die chirurgischen Eingriffe, die ausgeführt wurden, waren die Eröffnung der Niere und Ableitung des Eiters und Urins (Nephrostomie) und die Entfernung der Niere (Nephrektomie). Die Nephrostomie lieferte nur wenig günstige Resultate (4·5% Heilungen) und hat daher nur die Bedeutung einer palliativen

Operation, eventuell als Vorbereitung zur secundären Nephrektomie. Die primäre ist die empfehlenswerthe Operation, weil sie am schnellsten die Heilung herbeiführt, doch wird oft eine primäre Nephrektomie mit secundärer Exstirpation der Niere den Vorzug verdienen, da viele Pat. für den radicalen Eingriff zu schwach sind, oder die Diagnose nicht mit Bestimmtheit gestellt werden kann, oder endlich die Gewißheit von der Existenz und Functionsfähigkeit der zweiten Niere nicht besteht. Die Resultate der Nephrektomie waren sehr günstige (59·2% Heilungen).

Verf. empfiehlt ferner („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 30, H. 1), die Operation möglichst früh auszuführen, da hiedurch dem Pat. alle Qualen des Uebergreifens des Processes auf die Umgebung der Niere und die Blase erspart bleiben. Die Diagnose wird im Anfangsstadium aber nur sehr selten mit Sicherheit zu stellen sein, und nur wenn dies möglich ist oder wenn die Krankheit mit sehr stürmischen Symptomen, wie Blutungen und Koliken, beginnt, ist der Eingriff berechtigt.

ERDHEIM.

VOLLAND (Davos): **Meine Behandlung der Lungen-schwindsucht.**

Das Verfahren V.'s bezieht sich zunächst auf das Hochgebirgsklima („Therapeutische Monatshefte“, 1901, Nr. 7), das mächtigste Hilfsmittel bei der Bekämpfung der Krankheit. Das Wesen der Affection besteht in einer entzündlichen Reaction des Organismus gegen den Krankheitserreger. Alle Entzündungen aber sind mit möglichster Ruhe des erkrankten Organs zu behandeln, und so mußte folgerichtig dieser Satz auch auf die tuberculös erkrankte Lunge angewandt werden. Je mehr die Kranken auf ruhiges Verhalten und Spazierengehen bloß auf ebenen Wegen achten, umso seltener werden die Lungenblutungen, die Fieberfälle, Husten und Schmerzen. Uebermäßiges Milchtrinken (die Ueberernährung mit Milch) bedingt mit der Zeit atonische Magenbeschwerden und ist daher contraindicirt; es ist nämlich der größte Glückumstand für einen Phthisiker, einen guten Magen zu haben, denn nur dadurch wird ihm der erfolgreiche Kampf mit der Krankheit ermöglicht. Die Ernährung des Phthisikers muß daher so eingerichtet sein, daß sein Magen alles leicht bewältigen kann, und es darf ihm nicht eher wieder Nahrung zugeführt werden, bis der Magen seinen Inhalt an den Darm weiter gegeben hat. Die sich bemerkbar machende Eblust ist das sichere Zeichen, daß dies geschehen ist. Angemästetes Fett verleiht keinen Schutz gegen die Fortschritte der Krankheit, die Kranken werden durch das Dickerwerden noch schwerfälliger und das Herz wird durch Fettablagerung in seiner Thätigkeit beeinträchtigt. Man kommt mit drei substantiellen Mahlzeiten täglich vollkommen aus. Schon bei scheinbar geringen Temperaturerhöhungen von z. B. 37·2 muß der Phthisiker zur Bettruhe veranlaßt werden. Die Anwendung des Wassers hat sich auf die Hautpflege zu beschränken, warme Waschungen und zeitweilige warme Bäder unter genügenden Vorsichtsmaßregeln bieten die beste Gewähr gegen schädliche Wärmeverluste.

Bei ungünstigem, windigem und rauhem Wetter und nach Sonnenuntergang gehört der Phthisiker ins Haus. Das Liegen im Freien bis in die Nacht hinein wirkt reizend auf die oberen Luftwege. Allen an atonischem Magenkatarrh leidenden Phthisikern ist jeder Alkohol gänzlich untersagt. Ein Specificum gegen Tuberculose ist trotz aller Anpreisungen nicht gefunden worden. Der Kranke soll, auch wenn sein Leiden scheinbar noch so unbedeutend ist, über den Ernst der Sachlage aufgeklärt werden. Bei hohem Fieber muß der Kranke absolut ruhige Lage einhalten, Fiebermittel sollen nicht gegeben werden. Bestehender Hustenreiz wird mit Morphin, Codein oder Heroin bekämpft, Nahrung nicht aufgezwungen; den Eßgelüsten der Kranken wird so weit als möglich nachgegeben. Die sogenannten kräftigen Krankensuppen bleiben weg; es wird so wenig wie möglich Flüssigkeit gegeben. Der Durst zwischen den Mahlzeiten wird mit etwas Milchkaffee oder frischem Wasser gestillt. Für den etwa erkrankten Kehlkopf gelten die bereits erwähnten Vorschriften. Bei Diarrhöen der Phthisiker sind ruhige Bettlage, geeignete Diät und Darreichung von Bismuthum salicylicum bisweilen von Erfolg.

B.

Aus der chirurgischen Abtheilung der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg (Oberarzt Dr. Habs).

PAUL HERZ: Zur Trendelenburg'schen Saphenaresection.

Die TRENDELENBURG'sche Operation der Varicen des Unterschenkels durch Resection der Saphena hat sich noch immer nicht sehr eingebürgert. HABS hatte, wie HERZ („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 58, H. 3/4) mittheilt, damit so gute Resultate, daß er diese Behandlung warm empfiehlt. Er hatte nur 12·5% Recidive gegenüber 22% bei PERTHES und glaubt das auf eine von ihm geübte Modification zurückführen zu dürfen. Statt eines Längsschnittes führt HABS an der Innenseite des Oberschenkels an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel einen meist 6—10 Cm. langen Querschnitt, der alle Gewebe bis auf die Muskelfascie durchtrennt, und unterbindet die Vena saphena mit sämtlichen in diesen Schnitt fallenden Aesten doppelt. Nachbehandlung der gut genähten Wunde: dreiwöchentliches Liegen bei erhöhtem und sorgfältig mit Flanellbinden umwickeltem Bein.

R. L.

Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Leipzig (Prof. Friedrich).

CARL T. NOEGGERATH: Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden.

Im Anschlusse an FRIEDRICH's Arbeiten über Luftinfection und innergeweblichen Druck, welche er 1899 dem Chirurgen-Congreß vortrug, hat sein Schüler NOEGGERATH („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 58, H. 3/4) einen weiteren Beitrag zur chirurgischen Bedeutung der Luftinfection auf experimentellem Wege geliefert. Es geht daraus hervor, daß die Gefahr einer (Staub-) Luftinfection fast gleich Null zu setzen ist, weil die Zahl der in der Luft vorhandenen pathogenen Keime gering ist und diese wenigen der Erfahrung nach kaum jemals schaden, was sich damit begründen läßt, daß diese mittelbar der Außenwelt entstammenden Keimformen einer Anpassungszeit bedürfen, während welcher der Körper seine Schutzkräfte sammeln kann, und daß die geringe Keimzahl den Kampf mit einer überlegenen Zahl von Körperzellen zu ihrem Nachtheil aufnehmen muß. Etwas größer ist die Gefahr der Tröpfcheninfection; doch läßt sie sich durch Verzicht auf Sprechen, Husten, Niesen über dem Operationsgebiet, in besonderen Fällen durch Gesichtsmasken vermeiden.

Es unterscheiden sich die Keimformen der Außenwelt von in vitro oder im Thierkörper künstlich gezüchteten biologisch, vielleicht auch morphologisch. Die in einer Thierwunde einwirkende Summe der Keimzahlenvirulenz bildet, wenn groß genug, einen Reiz, der eine Reaction des Körpers auslöst, die man als Freiwerden oder Bilden von Schutzstoffen auffassen kann. Vom Verhältniß der Summe der Keimzahlenvirulenz zu den Schutzkräften hängt es ab, ob eine Infection local bleibt. Der Zeitpunkt des Beginns der Auskeimung unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in vitro und in frischen Thierwunden scheint in der kalten Jahreszeit (December bis März) ein späterer zu sein als in der wärmeren (April bis August).

R. L.

WILHELM LANGE (Dresden): Ueber eine eigenthümliche Erkrankung der kleinen Bronchien und Bronchiolen.

Es ist lange bekannt, daß es in der Lunge im Anschlusse an eine fibrinöse Entzündung zu einer Organisation des fibrinösen Exsudates kommen kann, wenn die Resolution desselben ausbleibt, und daß die Organisation zu einer mehr oder weniger vollständigen Obliteration der Alveolen führen kann. Die Mehrzahl der Autoren steht auf dem Standpunkte KAHLDEN's, der als Mutterboden des Bindegewebes die Alveolarwand ansieht, andere (RIBBERT und seine Schüler) behaupten, daß das sich organisirende Bindegewebe von dem Lumen der Bronchiolen aus in die Alveolen hineinwächst. L. berichtet („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 70, H. 3 u. 4) über zwei selbst beobachtete Fälle, in denen

2*

sich, ohne daß sich klinisch oder pathologisch-anatomisch eine vorausgegangene Pneumonie nachweisen ließ, eine als Organisation aufzufassende Bindegewebsentwicklung vorwiegend in den kleinen Bronchien und Bronchiolen vorfand und zu einer mehr oder minder starken Verengung, ja vielfach zur völligen Obliteration geführt hat. Die klinische Beobachtung und der makroskopische Befund der Lungen in beiden Fällen glichen der acuten Miliartuberculose; erst mikroskopisch ward das als Bronchitis oder Bronchiolitis obliterans zu bezeichnende Krankheitsbild klar. Ueber die ätiologischen Grundlagen seiner beiden Fälle vermag Verf. nichts auszusagen.

JAKOWSKI (Warschau): Ueber die Mitwirkung der Mikroorganismen beim Entstehen der Venenthrombose.

Da Verf. öfter im Verlaufe von Infectionskrankheiten Venenthrombosen auftreten sah, versuchte er es, auf experimentellem Wege die Ursache dieser Complication zu ergründen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 28, H. 23). Aus seinen Versuchen glaubt er schließen zu können, daß bei Einführung des Bacterium coli, des Typhus und Diphtheriebacillus in die Blutbahn von Thieren unter gleichzeitiger Erzeugung einer Circulationsstörung durch Compression einer Vene das Entstehen größerer oder kleinerer Thrombosen hervorgebracht werden könne, während, falls unter den gleichen Versuchsbedingungen nicht Culturen, sondern die in ihnen enthaltenen Toxine in die Blutbahn eingebracht werden, Thrombosen viel seltener oder gar nicht entstehen. Die Ursache für diese Differenz läge darin, daß bei Einbringung von Culturen die Bacterien sich auf der Gefäßwand ansiedeln und immer neue Toxine erzeugen, welche letztere eben die Blutgerinnung, beziehungsweise Thrombose hervorrufen, während die ins Blut injicirten Toxine so stark verdünnt werden, daß sie die gedachte Wirkung nicht entfalten können. In analoger Weise erklärt sich Verf. das Entstehen von Thrombosen im menschlichen Gefäßsystem im Verlaufe von Infectionskrankheiten, namentlich bei solchen, bei welchen Mikroorganismen im Blute circuliren.

Dr. S—.

ICILIO BONI (München): Untersuchungen über den Keimgehalt der normalen Lungen.

Die vorliegende Arbeit („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1901, Bd. 69, H. 5 u. 6) ist ein experimenteller Beitrag zu Aetiologie der Lungeninfection. Verf. machte nur einen Versuch mit menschlichen Leichen und hielt sich fast ausschließlich an den Thierversuch. Er stellte seine Versuche an Laboratoriumsthieren (Meerschweinchen) und Schlachtthieren an, in der Ueberzeugung, daß der Einwand unhaltbar sei, welcher annimmt, daß wegen der Todesart dieser Thiere Aspiration von Blut und aus dem Oesophagus rückfließender fremder Substanzen während der letzten Inspirationen, durch Trachea und Bronchien bis in die Alveolen mit den dort eingeschlossenen Bacterien erfolgen kann. Nach Eröffnung der Brusthöhle wurde mit einer sterilen Pincette die Lunge vorgezogen, die viscerele Pleura mit einem breiten, glühenden Messer versengt, hierauf mit steriler Pincette und Scheere ein peripheres Stückchen Lungenparenchym in der Größe von etwa 2 Ccm. herausgeschnitten und in eine Epruvette mit 10 Ccm. steriler Bouillon aufgenommen etc. B. fand:

Die Lungen von Laboratoriumsthieren (Meerschweinchen) sind fast immer keimfrei; in manchen Fällen aber können sie einige Mikroorganismen, darunter auch pathogene (Pneumococcus), enthalten.

Die Lungen frisch getödteter Schlachtthiere (Schweine) enthalten in der Mehrzahl der Fälle Keime, unter denen sich pathogene Arten finden (Diplococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Pneumobacillus Friedländer, Staphylococcus pyogenes aureus), am häufigsten (25%) Pneumococcus. In 30% der Fälle waren sie steril oder enthielten nicht pathogene Keime. Es ist daher mit Sicherheit anzunehmen, daß auch die normale Lunge des gesunden Menschen in den meisten Fällen eine variirende Zahl von Bacterien enthält, unter denen der Pneumococcus vorherrscht. Die in den

Lungen befindlichen pathogenen Bacterien besitzen meistens eine stark herabgesetzte Virulenz. In der gesunden Lunge von Schlachtthieren ist der Bacillus Tuberculosis nicht vorhanden. B.

O. ZIEMSEN (Wiesbaden): Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar?

Als ersten Grund der Mißerfolge bei Hirnlues bezeichnet Verf. („Berl. klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 18) die Furcht vieler Aerzte, daß das eurgemäß genommene Hydrargyrum mit Vorliebe neuritische Leiden hervorruft. Ein zweiter Grund ist die Schwierigkeit der Diagnose im Anfangsstadium. Der Begriff Hirnlues umfaßt pathologisch-anatomisch zwar nur die auf Lues beruhenden Affectionen des Groß- und Kleinhirns nebst seinen Gefäßen und Häuten, sei dies nun ein Gumma, eine Sklerose, sei es eine Erkrankung der Arterien und Capillaren mit folgender vasculärer Obliteration und Erweichung; vom klinischen Standpunkte kann man aber nicht umhin, auch die Erkrankung des Schädels hinzuzurechnen, soweit dadurch eine cerebrale Störung ausgelöst wird. Selbst die Affectionen der Hirnnerven, Oculomotorius, Opticus, Acusticus, Lingualis, sind klinisch nicht von der eigentlichen Hirnlues als solcher zu trennen. Nicht unwesentlich scheint die Diagnose der Hirnlues bisweilen durch den Umstand erschwert zu sein, daß derselben bis dahin oft nur äußerst geringe Symptome der Lues vorausgegangen sind, daß also ein Mißverhältniß besteht zwischen der anscheinend leichten Initialerkrankung und den späteren schweren Hirnsymptomen. Erfahrene Praktiker nennen dieses Mißverhältniß ein charakteristisches.

Ein weiterer Grund der Mißerfolge liegt in dem Verlauf des Heilungsprocesses selbst. So ist die Auffassung eine irrig, daß Gehirnleiden als auf Lues beruhend nicht zu betrachten sind, wenn nach 3—4 Wochen einer specifischen Cur die günstige Wirkung ausbleibt oder gar scheinbar Verschlimmerung eintritt. Wie weit im einzelnen Falle eine Heilung oder Besserung im Laufe der Monate und Jahre möglich sei, ist im Einzelfalle schwerer zu prognosticiren. Die Hauptbedingung für die Heilung der Hirnlues ist eine möglichst kräftig und möglichst lange durchgeführte, mit gleichzeitigem Gebrauch von Jodkali combinirte mercurielle Cur. Als solche kann mit Sicherheit nur die Inunctionscur bezeichnet werden, weil sie die einzige ist, die die Steigerung des Quecksilbers bis zur höchstmöglichen Dosis ohne Gefahr für das Leben gestattet. Allerdings fordert die Durchführung solcher scharfer Curen die größte Aufmerksamkeit seitens des behandelnden Arztes. Diese scharfen Curen müssen fortgesetzt oder, falls eine Unterbrechung nothwendig ist, wiederholt werden, so lange noch Symptome der Hirnlues bestehen. Zu letzteren rechnet Z. nicht nur Kopfschmerz, Schwindel, Neuralgien, Paresen, Aphasie, Amnesie, Heißhunger, Lach- und Weinkrämpfe, Diabetes mellitus oder insipidus und ähnliche leichter diagnosticirbare Symptome, sondern vor Allem auch noch Störungen der Psyche bis herab zu jener Schwäche, die man am besten durch Schreibproben herausfindet. Es ist im höchsten Grade interessant, wie sich der Zustand der Psyche während der Cur bisweilen in dieser Beziehung ändert. Bedingung zur klaren Beurtheilung bleibt jedoch, daß die Gedanken von den Kranken direct, also ohne nachherige Correctur oder Reinschrift und auch in längerer Abhandlung niedergeschrieben werden, da die noch kranke Psyche bei erhöhter Anstrengung gleichsam infolge von Erschlaffung, sich leichter zu erkennen gibt. Br.

Literarische Anzeigen.

Compendium der Hautkrankheiten einschließlich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Für Studierende und Aerzte. Von Dr. S. Jessner. Königsberg i. Pr. Zweite vollständig umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Königsberg i. Pr. 1900, Thomas & Oppermann (Ferd. Beyer's Buchhandlung).

Was der Autor in dem Vorworte zur ersten, im Jahre 1893 erschienenen Auflage als seine Intentionen hinstellte, dem ist im ganzen Aufbau des Lehrstoffes sowohl, als insbesondere auch in

der Schilderung der Krankheitsbilder in getreuester Weise Rechnung getragen, der Differentialdiagnose und Therapie, den für den Praktiker wichtigsten Punkten, erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt; in dieser Beziehung bildet auch der Anschluß des Capitels über Kosmetik eine für den Praktiker außerordentlich schätzenswerthe Beigabe. Wird doch gerade der Hautarzt wegen mancher kleiner, weniger Krankheit als Unannehmlichkeit bedeutender Uebel (Schönheit des Teints) zu Rathe gezogen! Ist so den Bedürfnissen der Praxis der breiteste Spielraum gewährt, so ist auf der anderen Seite nicht unterlassen worden, auch der vielen, zum Theil noch unentschiedenen theoretisch-wissenschaftlichen Fragen zu gedenken, sei es daß sie bloß flüchtig berührt oder ausführlicher dargelegt werden. Daß dies in kleinerem Druck geschieht, können wir nicht mit dem Autor für einen Vortheil halten, sondern müssen es eher als einen Nachtheil ansehen.

Nach einer allgemeinen Einleitung, die sich mit der Anatomie und Physiologie der Haut, mit der Untersuchungsmethode und endlich am ausführlichsten mit den der Therapie zur Verfügung stehenden Methoden und Mitteln befaßt, folgen die Erkrankungen, eingetheilt nach dem vom Autor vor Jahren vorgeschlagenen und begründeten System der Hautkrankheiten, dessen Werth zumindest in der Vereinfachung gelegen ist. Dann folgt die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder in knappen und treffenden Zügen und großer Anschaulichkeit und, wie früher her-

vorgehoben, mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose und Therapie. Das Capitel für Syphilis enthält trotz der räumlichen Beschränkung alles Wissenwerthe, ebenso wie die willkommene Beigabe der Kosmetik. Den Beschluß bildet eine stattliche Reihe von Receptformeln, auf welche im Texte verwiesen ist und die dem Praktiker bald als äußerst günstige Compositionen unentbehrlich werden dürften.

Das von der Buchhandlung gefällig ausgestattete Büchlein wird unter Aerzten und Studirenden gewiß Anklang und die verdiente Verbreitung finden. D.

Abnormitäten. Von Signor **Saltarino**. Düsseldorf 1900, Ed. Lintz.

Das Buch hält nicht, was der interessante Titel zu versprechen scheint. In buntem, systemlosem Durch- und Nebeneinander werden uns lebende und schon verstorbene Panopticumobjecte vorgeführt, in Wort und Bild Mißbildungen, pathologische Wachstumsformen, wahre, aber auch schwindelhafte Monstra vorgestellt. Selbst die Beschreibungen, welche schon allein auch dem Arzte das Buch zu einer erwünschten Lectüre machen würden, sind höchst ungenau und defect, während nicht vergessen wird, die täglichen Einnahmen der Impresarii anzuführen. Mit dem gleichnamigen, werthvollen englischen Werk von GOULD und PYLE ist Signor SALTARINO'S Buch überhaupt nicht zu vergleichen. FISCHER.

Feuilleton.

Helmholtz.

Zum 50jährigen Jubiläum der Erfindung des Augenspiegels.

(Nachdruck verboten.)

Der Erfinder des Augenspiegels, der Verkündiger des Naturgesetzes von der Erhaltung der Kräfte, der Großmeister der Farben- und Tonphysik, der vielgefeierte deutsche Gelehrte in sieben Wissenschaften, ist seit sechs Jahren todt und noch ist kein deutsches biographisches Werk über ihn erschienen — ist das nicht merkwürdig? Da waren die Engländer flinker; dies beweist das vorliegende, äußerst interessante, in wissenschaftlicher und literarischer Hinsicht gleich rühmenswerthe Buch des hervorragenden britischen Physiologen M'KENDRICK.* Es verdient ehrlich, ins Deutsche übersetzt zu werden, falls keine gute deutsche Originalbiographie des berühmten Mannes in Aussicht stehen sollte. Einstweilen dürfte den sachverständigen Lesern dieser Zeitschrift ein Lebensbild HELMHOLTZ' an der Hand des M'KENDRICK'schen Meisterwerks willkommen sein, welches ein würdiges Seitenstück bildet zu SILVANUS THOMPSON'S FARADAY-Biographie.

I.

Geboren wurde HELMHOLTZ am 31. August 1821 zu Potsdam als Sohn eines Gymnasiallehrers der Philologie und Philosophie, der wegen seines vortrefflichen Charakters ebenso geachtet war wie wegen seiner hohen allgemeinen Bildung. Die Mutter, eine Tochter des hannover'schen Artillerie-Officers Penne, stammte in gerader Linie von dem Begründer Pennsylvaniens ab, dem berühmten Quäker William Penn. Obgleich während seiner ersten sieben Lebensjahre schwächlich und häufig krank, legte der Knabe frühzeitig einen lebhaften Geist an den Tag, was übrigens nicht verwunderlich ist, da die Eltern ihm viel Zeit und Sorgfalt zuwendeten. Noch als Greis erinnerte er sich mit besonderem Vergnügen einer Sammlung von Holzwürfeln, die sein Lieblingsspielzeug waren und mit deren Hilfe er die ersten geometrischen Vorstellungen erhielt; sie bildeten die Grundlage seiner mathematischen Geistesrichtung. Im Uebrigen fand diese im Elternhause keine Nahrung. Dagegen förderte der Vater ihn außerordentlich im Gebiete der

Sprachen, der Literatur und der Philosophie. Die Beiden lasen zusammen nicht nur zahlreiche deutsche Meisterwerke, sondern auch HOMER u. dgl. Für die Gründlichkeit des Unterrichts, den der junge HERMANN daheim genoß, zeugt der Umstand, daß er mit zwölf Jahren die arabischen Fabeln LÖKMAN'S im Original zu lesen vermochte. Er wurde ferner angehalten, bedeutende Dichtungen auswendig zu lernen, Essais und Verse zu schreiben; ein Poet ist aus ihm zwar nicht geworden, allein nach seiner eigenen Aussage nützte ihm das Dichten insofern sehr, als es ihn daran gewöhnte, beim Ausdruck seiner Gedanken stets die richtigsten Worte zu suchen. So lernte er das Feilen, welches er später bei seinen wissenschaftlichen Arbeiten so weit zu treiben pflegte, daß er manche Abhandlung sechsmal umschrieb und dann noch immer nicht damit zufrieden war.

Auch machte sein Vater ihn früh mit einigen metaphysischen Problemen in der Auffassung KANT'S und FICHTE'S bekannt. Und was die Geometrie betrifft, so bewirkte seine Würfelsammlung, daß er im achten Lebensjahre seine Volksschullehrer durch seine Kenntniß vieler Fundamentalsätze in Erstaunen setzte. Je kräftiger er in gesundheitlicher Hinsicht wurde, mit desto größerer Aufmerksamkeit betrachtete er die Natur. Immer mehr traten den abstracten Begriffen der Algebra und Geometrie gegenüber die physikalischen Erscheinungen in den Vordergrund seines Interesses. Er las jedes physikalische Buch, das er erwischen konnte, und machte auf Kosten des Mobiliars und der Wäsche seiner Eltern allerlei Experimente. Auf dem Gymnasium arbeitete er, während der Lehrer mit der Classe irgend einen lateinischen Classiker durchnahm, unter der Bank Probleme aus oder zeichnete Diagramme bezüglich des Durchganges von Lichtstrahlen durch ein Fernrohr. Seine Experimente wurden immer gereifter, seine Ausarbeitungen immer durchdacht. Wie später stets, ließ er sich schon damals nie an scheinbaren Lösungen genügen; solange ihm eine optische oder mechanische Aufgabe auch nur den leisesten Zweifel ließ, strebte er eifrig nach dessen Beseitigung, bis er schließlich möglichste Klarheit erlangte.

Nach alledem kann es nicht wundernehmen, daß er nach seiner Reifeprüfung (1838) das folgende glänzende und prophetische Abgangszeugniß erhielt:

„Seine außergewöhnliche Ruhe und Zurückhaltung geht Hand in Hand mit hohem geistigen Enthusiasmus. Wir erkennen da eine vortreffliche Verbindung von klarem, klugem Verständniß mit tiefgehender Güte. Seine Sitten zeugen von einer sorgfältig bewahrten, ungemein reinen, echt kindlichen Unschuld. Diese Eigenthümlichkeiten im Verein mit der Fülle und Kraft seiner Geistesentwicklung, machen einen angenehmen, gewinnenden Eindruck

*) HERMANN LUDWIG FERDINAND V. HELMHOLTZ. By JOHN GRAY M'KENDRICK, M. Dr., LL.D., F. R. SS. L. und E., Professor of physiology in the University of Glasgow and fellow of the Royal College of Physicians of Edinburgh. — London 1900, T. Fisher Unwin. (Masters of Medicine Series, Bd. 7.)

und rechtfertigen die Hoffnung, ein solcher Boden werde nur die besten Früchte hervorbringen.“

Unser Held hätte sich am liebsten gänzlich dem Studium der Physik gewidmet, doch war sein Vater dagegen und rieth ihm zur Heilkunde als einem voraussichtlich sicheren Brotberuf. So studirte er denn an der Berliner Universität Medicin, wobei ihm der Freiplatz, den ihm ein Verwandter an dem medico-chirurgischen Friedrich Wilhelms-Institut verschaffte, sehr zustatten kam. Er hat dieses Studium nie bereut; im Gegentheil, er pflegte oft zu betonen, daß es ihm von großem Nutzen gewesen — schon weil er unter JOHANNES MÜLLER Anatomie und Physiologie, sowie unter GUSTAV MAGNUS (dessen Nachfolger er einst werden sollte) Physik lernte. Zu den Füßen dieser hervorragenden Vertreter der neuen Schule, welche in Ablehnung gegen die alte metaphysische Schule nach der Erforschung von Naturscheinungen strebte, saß HELMHOLTZ zusammen mit seinen Freunden und Altersgenossen DU BOIS-REYMOND, VIRCHOW, ERNST BRÜCKE und einigen anderen späteren Leuchten der Naturwissenschaft. Diese Gruppe glänzender Talente gründete die Berliner Physikalische Gesellschaft und bereicherte im Laufe der Zeit die Wissenschaft außerordentlich; der bedeutendste unter ihnen war aber HELMHOLTZ, der auf den von MÜLLER geschaffenen Grundlagen weiterarbeitete.

Der geniale Student lieferte bereits mit seiner Inaugural-Dissertation („De fabrica systematis nervosi evertibratorum“) einen wichtigen Beitrag zur Anatomie, indem er den von MÜLLER nur vermutheten, aber nicht aufgefundenen Zusammenhang zwischen den Nervenzellen und den Nervenfasern glücklich entdeckte, u. zw. mit Hilfe eines höchst primitiven und einfachen Mikroskops, das sich zu den heutigen großartigen Vergrößerungsgläsern verhält wie etwa ein billiges Fernglas zu einem astronomischen Teleskop. Das Geld für das Mikroskop hatte er sich während eines Typhus erspart; er wurde nämlich im Krankenhaus unentgeltlich behandelt, erhielt aber sein Taschengeld weiter. Von dieser Dissertation angefangen bis zu seinem Tode, also in einem Zeitraum von 52 Jahren, entströmte seiner vielseitigen Feder eine reiche Fülle werthvoller Abhandlungen. Für seine außerordentliche Emsigkeit legen 217 Bücher und Aufsätze ein rühmliches Zeugniß ab. Seine Vielseitigkeit war so erstaunlich, daß mindestens sieben Wissenschaften ihn zu ihren vorzüglichsten Vertretern zählen.

Daß er der Wissenschaft so umfassende Dienste leisten konnte, lag nicht nur an seiner Genialität, sondern auch daran, daß die Zeit der vollen Entwicklung der letzteren ungemein günstig war. MC. KENDRICK sagt in dieser Beziehung: „Im 18. Jahrhundert und am Anfang des 19. machte die Wissenschaft in Deutschland geringe Fortschritte . . . Ab und zu wurden wichtige Ergebnisse erzielt, allein es bestand zwischen den einzelnen Forschern kein Zusammenhang und ihre Bestrebungen hatten kein gemeinsames Ziel . . . Die Physiologie war noch nicht als eine auf Beobachtung und Erfahrung gestützte Wissenschaft anerkannt, diente vielmehr noch immer der Anatomie als Handlangerin und wurde von der metaphysischen Vorstellung einer „Lebenskraft“ beherrscht — eine Vorstellung, welche die Physiologen von der Erforschung vieler Erscheinungen abhielt. Die Idee, daß die Lebensäußerungen von moleculären und chemischen Veränderungen lebender Gewebe abhängen, war den Gelehrten noch nicht aufgedämmert . . . Damals spielte in den Naturwissenschaften, namentlich in der Physik und Chemie, Frankreich die führende Rolle.“ Allmählig griff der französische Einfluß auf Deutschland hinüber. Viele deutsche Jünger der Wissenschaft — z. B. A. v. HUMBOLDT, LIEBIG, MITSCHERLICH — studirten in Paris, wo gewissermaßen eine Verdichtung der Forschung stattfand, weil Paris ja von jeher Frankreich war. HELMHOLTZ erschien in einer günstigen Zeit, denn im Laufe der Zeit machte sich auch auf deutschem Boden eine solche Concentrirung geltend: in Königsberg entstand eine bemerkenswerthe Schule der mathematischen Physik und in Berlin eine physikalisch-chemische Schule. Obenan standen ERNST HEINRICH WEBER und JOHANNES MÜLLER. Doch war die Lebenskrafttheorie nicht leicht aus der Welt zu schaffen; sollte dies geschehen, so mußte nach der Meinung BRÜCKE'S, DU BOIS-REYMOND'S und HELMHOLTZ' die Physiologie in physikalisch-chemischer Richtung ausgebaut werden. Diesem

Streben entsprang die erwähnte Physikalische Gesellschaft, in welcher eifrig geforscht, vorgetragen, debattirt und kritisirt wurde.

Fraglos war HELMHOLTZ der bedeutendste in der in Rede stehenden Gruppe bedeutender junger Forscher. In jeder einzelnen der betreffenden Wissenschaften erlangte er allmählig einen großen Namen. Er erweiterte den Kenntnißkreis sowohl jeder einzelnen als auch der Gesamtwissenschaft beträchtlich. Was insbesondere die Mathematik anbelangt, so sind seine Leistungen umso bewundernswerther, als er in diesem Fach nie einen hervorragenden Lehrer oder eine angemessene sonstige Vorschule hatte. Die Entwicklung seiner mathematischen Richtung war eine durchaus innerliche, spontane, sozusagen stille — so sehr, daß nicht einmal seine besten Freunde und Schulgenossen die Ueberlegenheit seiner mathematischen Begabung ahnten.

II.

Mit den Freiplätzen am Friedrich-Wilhelms-Institut war für die betreffenden Studenten die Verpflichtung verknüpft, Militärärzte zu werden. Demgemäß trat HELMHOLTZ nach einjähriger Dienstleistung als Assistenzarzt an der Berliner Charité 1843 zu Potsdam sein Amt als Regimentsdoctor bei den Rothen Husaren an. Außerhalb der Dienststunden übte er keinerlei Privatpraxis aus; vielmehr widmete er seine ganze freie Zeit wissenschaftlichen Studien. Bald erwirkte ihm A. v. HUMBOLDT, der seine hohe Begabung erkannte, die Befreiung von der militärärztlichen Beschäftigung und die Ernennung zum Gehilfen am anatomischen Museum, zum Docenten der Anatomie an der Kunstakademie und zum außerordentlichen Professor der Physiologie an der Universität zu Berlin als Nachfolger seines Freundes ERNST BRÜCKE. Mit Recht nimmt MC. KENDRICK an, daß HELMHOLTZ seiner Thätigkeit an der Akademie die später so auffallend gewordene ästhetische Richtung seines Geistes zu verdanken hatte.

Noch im Jahre 1843 lieferte er einen wichtigen Beitrag zur Gährungslehre. Zunächst wies er nach, daß der durch Elektrolyse in einer versiegelten Röhre, die eine gekochte gährungsfähige Flüssigkeit enthält, erzielte Sauerstoff keine Gährung hervorruft. Dann machte er ein sehr sinnreiches Experiment, indem er eine mit gekochtem Traubensaft gefüllte Schweinsblase in einen Kübel voll gährenden Saftes legte und sich davon überzeigte, daß die Flüssigkeit in der Blase nicht in Gährung gerieth. Damit bewies er, daß LIEBIG'S Ansicht, der Gährungsproceß sei einem durch die Hefenzellen gebildeten Stoff zuzuschreiben, falsch war und daß die Gährung in Wirklichkeit durch die kleineren Hefenzellen verursacht wird. Diese konnten eben nicht durch die Membran dringen. Die nachträglichen Experimente einiger berühmter Chemiker lieferten die Bestätigung, daß HELMHOLTZ' einfache Beobachtungen von grundlegender Bedeutung waren.

Angesichts seiner angeborenen Befähigung für die physikalisch-mathematische Forschung und im Hinblick auf den Umstand, daß er hauptsächlich mit Physikern umging, erscheint es begreiflich, daß er die Physiologie vornehmlich mit den Augen eines Physikers betrachtete. Man kann wohl sagen, daß er eigentlich ein wohlgeschulter Physiker war, der sich für physiologische Fragen interessirte. Die physikalischen Eigenschaften der toten Materie lassen sich leichter beobachten als die physiologischen Merkmale der lebendigen. Daher lassen sie sich leichter vom mathematischen Standpunkt aus erforschen. Aus diesem Grunde ist die Physik viel entwickelter als die Physiologie, und die meisten Physiker pflegen sich nicht um die letztere zu kümmern, deren Probleme sie zum großen Theil für unlösbar halten. Es ist nun ungemein bemerkenswerth und bezeichnend, daß unser junger Gelehrter, obgleich mit 25 Jahren schon ein bedeutender Physiker, sich unbedenklich auf die physiologische Forschung warf. Er war nämlich fest überzeugt, daß das Spiel der Kräfte bei der lebenden Materie denselben Gesetzen unterworfen sei wie bei der toten, und daß es nur ein Mittel zur erfolgreichen Untersuchung der mit der lebenden Materie verbundenen Erscheinungen gebe, nämlich die Anwendung physikalischer Untersuchungsweisen und Analysen.

In diesem Sinne begann er die Kundgebungen der animalischen Wärme zu studiren und mit seinen einschlägigen Forschungen

legte er den Grund zur großen Lehre von der Erhaltung der Kraft. Der Gegenstand beschäftigte ihn viele Jahre hindurch. Bei der aufmerksamen Beobachtung der von den Muskelzusammenziehungen abhängenden stofflichen Umsetzungen fand er, daß diese stets von Wärmeentwicklung begleitet waren, was darauf hindeutete, daß die von einem Muskel erzeugte thierische Wärme von den in dem betreffenden Muskel vorkommenden chemischen Erscheinungen herrührt. HELMHOLTZ überwand gewisse Schwierigkeiten dadurch, daß er seine Experimente an den isolirten Muskeln von Fröschen vornahm und zu diesem Zweck eigene Vorrichtungen ersann: Er leitete eine dreifache thermoelektrische Verbindung von Eisen und Neusilber durch die Froschschenkelmuskeln, brachte eine ähnliche Verbindung von möglichst gleichmäßiger Temperatur außerhalb derselben Muskeln an und verband die beiden Verbindungen mit einem thermischen Galvanometer, der so außerordentlich empfindlich war, daß er Abweichungen von einem Tausendstel Grad Celsius anzeigen konnte. Zogen die Muskeln sich infolge elektrischer Reizung des Hüftnervs zusammen, so wurde die Verbindung im Muskel wärmer als die äußere; eine einzige Zusammenziehung erhöhte die Wärme um 1—5 Tausendstel, ein Krampf von 2—3 Minuten um 14—18 Tausendstel Grad Celsius. So klein diese Mengen auch seien, sie beweisen doch, daß die molekulären Vorgänge im zusammengezogenen Muskel Wärme hervorrufen. Auch auf die allgemeinen Erscheinungen der thierischen Wärme dehnte HELMHOLTZ seine Beobachtungen aus und die von ihm erzielten hochwichtigen Ergebnisse wurden von anderen Forschern bekräftigt, so daß der unwiderlegliche Nachweis erbracht war, daß das Thier ein lebender Wärmemesser ist, in welchem die Nährstoffe oxydirt oder verbrannt werden.

Bei all diesen Untersuchungen erfand HELMHOLTZ zahlreiche Instrumente und Apparate. Da auch sein Freund DU BOIS-REYMOND um jene Zeit behufs Förderung seiner eigenen elektro-physiologischen Experimente viele Vorrichtungen ersann, arbeiteten die beiden einander bei der Herstellung solcher Behelfe in die Hand. Die Anwendung der Methode THOMAS YOUNG's, die Bewegungen eines sich zusammenziehenden Muskels mechanisch auf der geschwärzten Oberfläche eines drehbaren Cylinders oder auf einer beweglichen Glasplatte verzeichnen zu lassen, führte HELMHOLTZ zur Erfindung des als „Muskelschreiber“ (Myograph) bekannten Instrumentes. Um einen Nerv oder Muskel mittels elektrischer Schläge von kurzer Dauer und gegebener Intensität reizen zu können, brachte er an der DU BOIS-REYMOND'schen Inductionsrolle eine Vervollkommnung des NEEF'schen Stromunterbrechers an, welche die bei dem letzteren vorhanden gewesene störende Ungleichheit in der Wirkung der Schläge beseitigte und die Ausgleichung der Ströme sicherte — ein Beweis der großen Geschicklichkeit H.'s im Gebiete des elektrischen Experimentirens.

Die Untersuchungen über die Muskelbewegungen und über thierische Wärme lenkten H. auf das Studium des Verhaltens der Naturkräfte zu einander und zu den Erscheinungen des Lebens. Aus seinem Durchdenken und Durchforschen dieser Probleme ging als reifste Frucht seine berühmte Abhandlung: „Ueber die Erhaltung der Kraft“ hervor — eine der wichtigsten und grundlegendsten Schriften des Jahrhunderts, denn in ihr wird bewiesen, daß alle Vorgänge in der Natur den mechanischen Grundgesetzen unterworfen sind. Von ihr sagte der große englische Physiker CLERK MAXWELL: „Um ihren wissenschaftlichen Werth voll würdigen zu können, müßten wir die größten thermodynamischen Entdecker und die anderen hervorragenden Physiker fragen, wie oft sie dieselben durchgelesen haben und wie oft während ihrer Untersuchungen ihr Geist von den gewichtigen Feststellungen H.'s unwiderstehlich angetrieben worden ist.“ Als die Abhandlung in der Berliner physikalischen Gesellschaft vorgelesen wurde, erregte sie begreiflicherweise kein geringes Aufsehen. Handelte es sich doch um nichts Kleineres als um die Lehre, daß die „Energie“ in der Natur unzerstörbar ist, d. h., daß ihre vorhandene Menge unter allen Umständen unverändert bleiben muß und weder durch Veränderungen ihrer Form oder ihres Ortes, noch durch irgendwelche andere Erscheinungen zu- oder abnehmen kann. Die älteren Physiker lehnten das neue Gesetz anfänglich ab, die Mathematiker —

mit Ausnahme JACOBI's — schüttelten die Köpfe, POGGENDORFF verweigerte den Abdruck der Abhandlung als „zu theoretisch“ in seinen „Annalen“. Da trat DU BOIS-REYMOND für HELMHOLTZ ein und bewog seinen eigenen Verleger zur Herausgabe der kurzen Schrift; der Verfasser erhielt sogar — damals bei derartigen Arbeiten etwas sehr Seltenes! — ein Honorar.

Obwohl erst 26 Jahre alt, wurde H. nunmehr rasch berühmt. Seine Entdeckung fand immer größere Anerkennung, insbesondere seitens der jüngeren Meister (KIRCHHOFF, CLAUSIUS u. a.), und in den folgenden Jahrzehnten verlegten sich die bedeutendsten Naturforscher darauf, die Giltigkeit der Lehre von der Erhaltung der Energiesumme für zahlreiche Naturvorgänge empirisch nachzuweisen. Es war dem Entdecker sehr zustatten gekommen, daß er die einschlägigen Vorarbeiten von LEIBNIZ, NEWTON und DESCARTES kannte. Diejenigen ROBERT MAYER's kannte er nicht, und als er sie nachträglich kennen lernte, geizte er mit der Anerkennung der Verdienste MAYER's so wenig, daß er diese höher stellte, als seine eigenen Errungenschaften.

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Bei der vielfachen therapeutischen Anwendung des Blutserums verschiedenster Herkunft ist die Frage nach der **Wirkung intravenöser Injectionen des gewöhnlichen Serums** nicht unwichtig. Einen Beitrag hiezu liefert BRODIC („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 27). Er fand, daß bei Katzen nach intravenöser Injection von Blutserum ein Stillstand der Respiration für einige Zeit auftritt. Diese Wirkung bleibt aus, wenn vorher die zu den Lungen gehenden Aeste des Vagus durchschnitten sind; es handelt sich also um einen durch diese Nerven ausgelösten Reflex. Nach mehrfachen Injectionen bleibt schließlich diese Wirkung aus. Weitere Versuche ergaben, daß die wirksame Substanz ein Proteid ist, das bei 86° C. gerinnt.

— Die Ergebnisse der therapeutischen Anwendung des **Alboferin** bei Kindern publicirt REICHELDT („Wr. klin. Rundschau“, 1901, Nr. 23 u. 24). R.'s Versuchsreihe erstreckt sich auf 45 Fälle. Die Resultate waren sehr befriedigend. Bedeutende Gewichtszunahmen, Steigerung des Hämoglobingehaltes und damit einhergehendes subjectives Wohlbefinden waren durchwegs zu constatiren. Auch bei fortgesetztem Gebrauche erzeugt das Präparat keine schädlichen Nebenwirkungen.

— Ueber die **Wirkung des Dormiol bei Geisteskranken** berichtet OSCAR HOLZ (Inaug.-Diss., Königsberg 1900). Verf. hat das Dormiol im Ganzen in 34 Fällen angewandt, und zwar bei 1 Melancholia simplex, 2 Melancholia agitans, 1 Paranoia hallucinatoria, 1 progressiven Paralyse, 1 Psychose auf epileptischer Basis, 1 hereditärem Irresein, 1 acuten hallucinatorischen Verfolgungswahn, 1 acuten hallucinatorischen Verwirrtheit und in 25 Fällen von Delirium tremens. Es wurde in wässriger Lösung ohne Geschmackscorrigens verabfolgt und ausnahmslos ohne Widerstreben genommen. Hinreichender, d. h. 5—8stündiger Schlaf war bei Anwendung von Dormiol in Gaben von 1—4 Grm. zu verzeichnen. Dormiol ist unschädlich, ohne Einfluß auf Temperatur, Circulation und Respiration. Ueble Nebenwirkungen auf die Verdauung, den Darmtractus und den Appetit ließen sich nicht feststellen; auch das Allgemeinbefinden der Kranken wurde niemals ungünstig beeinflusst. Die prompte und sicher schlafmachende Wirkung des Dormiol ist über jeden Zweifel erhaben; schwerer ist die Frage zu beantworten, ob es auch in gleicher Weise sedativ wirkt.

— Zur **Behandlung und Verhütung arthrogener Contracturen im Kniegelenke** überpflanzte HEUSNER, wie BRUNS mittheilt („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 27) die Sehnen des M. biceps und semitendinosus bei 2 Fällen von Kniecontractur von der Beugeseite auf die Streckseite und nähte sie an der Quadricepssehne an. Es wurde dadurch Heilung in Streckstellung erzielt.

— Einen **Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür** berichtet MICHAÏLOW („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 5, H. 4 u. 5).

Eine 48jähr. Frau, welche schon seit Jahren die Erscheinungen eines Magengeschwürs hatte, ließ sich wegen heftiger Schmerzen von einer Curpfuscherin zwei Theegläser als Schröpfköpfe auf die Magengegend setzen. Kurz darauf fühlte sich Patientin unwohl und erbrach einigemal größere Mengen Blut, wodurch sie äußerst anämisch wurde. Es wurde der Versuch gemacht, auf operativem Wege die Blutung zu stillen. Bei der Laparotomie fand sich an der Hinterfläche des Magens ein großes Geschwür mit indurirten Rändern und im Grunde desselben das offene Lumen des Arterienastes. Wegen der günstigen Lage konnte das ganze Geschwür excidirt werden, worauf der Verschuß des Defectes erfolgte. Patientin erholte sich nach der Operation ziemlich schnell. Die früheren Magensymptome schwanden ganz.

— Als **Hustenmittel** sind empfehlenswerth („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 7):

Rp. Antipyrini amygdal.	2·5
Syr. cort. aur.	20·0
Aq. destill.	ad 200·0
D. S. Bei Erwachsenen 3stündlich 1 Eßlöffel, bei Kindern dreimal täglich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.	
Rp. Codein. jod.	0·3
Aq. destill.	10·0
D. S. Ein Gramm zur subcutanen Injection.	
Rp. Chin. dihydrochlor.	2·5—3·0
Aq. destill.	10·0
D. S. Zur subcutanen Injection bei pertussis- kranken Kindern.	
Rp. Dionini	0·4
Pulv. ipecac.	1·0
Amyl. marant.	4·0
Album. ovi q. sat. ut f. massa pilul. e qua form. pilul. Nr. LX.	
D. S. Nach Bedarf 5—10 Pillen zu nehmen.	
Rp. Helenini	1·0
Spirit. vin. Cognac	40·0
D. S. Dreistündlich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.	
Rp. Extr. fluid. scutellar.	8·0—16·0
Mell. depur.	30·0
Cinchon. rubr.	6·0
Ammon. chlor.	45·0
Liq. ammon. anis.	3·0
Spirit. vin. conc.	16·0
Aq. destill. q. sat.	ad 120·0
D. S. Dreimal täglich 30 Tropfen bis 1 bis 2 Kaffeelöffel zu nehmen.	

— Die über die **physiologische Rolle, die Resorption und Assimilation des Eisens** im Organismus angestellten Untersuchungen der letzten 25 Jahre resumirt A. JAQUET („Fortschritte d. Med.“, 1901, Nr. 1). Ihre Ergebnisse gestatten als einzigen Schluß, daß das Eisen in allen Formen nicht nur vom Darm resorbirt, sondern auch vom Organismus assimiliert wird. Damit besteht die empirische Beobachtung, daß Eisen bei Chlorose wirksam ist, zu Recht. Es sich kann nur um die Frage handeln, welche Form den Vorzug verdient. Gegenwärtig gelten organische Eisenverbindungen als leicht assimilirbares Eisen gegenüber den nicht assimilirbaren unorganischen Präparaten. Die ersteren haben ohne Zweifel ihren Werth in der Behandlung der Chlorose; indeß wirken sie nicht schneller, nicht besser als die Eisencarbonatpillen. Manche halten sie daher für überflüssig. Oft genug wird das Eisen in anorganischer Form schlecht vertragen und ruft gastrische Störungen, welche die Behandlung der Blutarmuth compliciren, hervor. Dann leistet das organische Eisen wirkliche Dienste. Es wird nach JAQUET'S Beobachtung vorzüglich vertragen und ist demnach mit Recht in den Arzneischatz aufgenommen. Falsch wäre es, das organische Eisen lediglich als Luxusartikel zu betrachten. Für die Mehrzahl der Chlorosefälle wird es aber ausreichen, auf die officinellen Präparate zu recurriren.

— Zur Frage der **Entstehung von Fleischvergiftungen** betont BAIL („Prager med. Woch.“, 1901, Nr. 7) die Nothwendigkeit, von jenen Formen, die auf gewöhnlichen Fäulnißproducten oder auf Infectionen beruhen, solche Fälle als Fleischvergiftung im engeren Sinne zu trennen, bei welchen sich in den animalischen Nahrungsmitteln ein Bacterium ansiedelt, welches imstande ist, specifisch wirksame, heftige Gifte zu bilden, ohne dabei die Fähigkeit zu haben, sich selbständig im Menschen zu vermehren, wie

dies der von VAN ERMENGENH beschriebene Bacillus thut. B hat Fliegen über Nährböden laufen lassen, nachdem sie vorher auf Nahrungsmitteln, die mit dem Bacillus botulinus inficirt waren, gegessen hatten. Dies lieferte Mischculturen, in welchen durch den Thierversuch das charakteristische Gift des Bacillus nachgewiesen werden konnte. Hiebei zeigte sich auch, daß Fliegen von vornherein mit Tetanus sporen behaftet sein können.

— Ein **ungewöhnlicher Fall von Jodoformvergiftung** wird von M. CUSTACE beschrieben („Brit. Med. Journal“, 1900, Dec. 22). Eine 35 Jahre alte Frau litt an Verblödung, körperlich war sie, bis auf eine kleine Wunde am Ohr, gesund. Zur Heilung der Ohrwunde war ein Jodoformgazeverband angelegt worden. Am folgenden Morgen fand man die Kranke mit kalten Gliedmaßen, ängstlichem Gesichtsausdruck, elendem Puls in ihrem Bette. Die Athmung war normal. Bald wurde sie sehr unruhig, hatte unwillkürliche Entleerungen von Koth und Urin und delirirte. Hautausschlag war nicht sichtbar. Die Kranke hatte den Jodoformverband gelöst, die Jodoformgaze in den Mund genommen und daran gekaut. Nach Anwendung eines Brechmittels und von Stärkungsmitteln erholte sich die Patientin bald wieder. Die Menge von Jodoform, welche geschluckt worden war, war jedenfalls sehr gering. Die Empfindlichkeit der Kranken gegen dieses Mittel war zweifellos eine sehr große.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse.“)

XII.

BUNGE (Königsberg): Weitere Beiträge zur Frage der Tragfähigkeit der Amputationsstümpfe der Diaphyse.

Nachdem B. die verschiedenen Gründe, die für die Schmerzhaftigkeit des Amputationsstumpfes angegeben werden, recapitulirt hat, fügt er ihnen die Schmerzhaftigkeit des Knochenmarkes als einen weiteren bei. Er läßt die Frage offen, ob das Mark an und für sich schmerzhaft ist; das aber hält er für sicher, daß der Markcallus sehr empfindlich ist. Er empfiehlt daher, den Callus auszuschalten, das Mark auf 2—3 Cm. weit auszuräumen, die Fibula hoch zu amputiren und das Periost sorgfältig wegzunehmen. So kann man auch ohne BIER'SCHE Knochenunterlage auskommen. B. zeigt ein Diapositiv, auf welchem das Ende der Markhöhle vollständig von Knochen ausgefüllt erscheint. Der Pat. hatte nur eine schmerzhaft Stelle an der Fibula, wo das Periost nicht sorgfältig genug ausgenommen war.

Bier (Greifswald) ist jetzt der Meinung, daß die sorgfältige Wegnahme des Periostes nothwendig ist, während er bisher glaubte, daß die offene Markhöhle die Schmerzen mache; doch möchte er die osteoplastische Methode, die dem Stumpf doch natürliche Grenzen schafft, nicht aufgeben. Auf die Breite der Knochenfläche kommt es dabei nicht an.

Czerny (Heidelberg) wundert sich, daß der Autor des osteoplastischen Verfahrens jetzt mit Wegnahme des Periostes operiren will.

Bier: Aseptische Fälle würde er stets osteoplastisch operiren; doch für inficirte Fälle ist das Verfahren nicht gut. Er hat Fälle gesehen, wo der Knochenlappen angestoßen wurde.

Hoefmann (Königsberg) zeigt das Präparat eines Stumpfes, der mit einem einfachen Periostlappen überkleidet war und doch eine breite Knochenbrücke hatte.

Heidenhain (Worms) betont, daß seine Amputirten bereits nach 3 bis 4 Wochen auf ihren Stümpfen fest gehen konnten.

Bunge glaubt, daß das BIER'SCHE Verfahren am Platze sei, wenn es darauf ankommt, die Pat. möglichst schnell auf die Beine zu bringen.

NILS SJÖBRING (Lund): Ueber Krebsparasiten.

S. hat aus einer carcinomatösen Geschwulst kleine Mikroorganismen gezüchtet mit amöboiden Bewegungen, die im gefärbten Präparat runde, concentrisch geschichtete Körperchen darstellten und mit denen er bei weißen Mäusen echte epitheliale Geschwülste erzeugt hat. Demonstration der mikroskopischen Präparate.

Israel (Berlin) ist der Meinung, daß sich diese Präparate der Kritik entziehen. Es sind Gewebstheile, und man sieht nur das, was man bei allen in sterilen unzweckmäßigen Nährböden aufbewahrten Gewebstheilen findet, aber nichts, was man als Amöben ansprechen könnte. Nach Protozoen zu suchen, hält er überhaupt für eine überflüssige Arbeit.

Gussenbauer (Wien) kennt die von S. ausgestellten Parasiten seit langen Jahren, doch konnte er sie nicht züchten.

Jürgens (Berlin) sagt, daß S. dieselben Präparate in Aachen demonstriert und sie dort für die Ursache der Sarkome ausgegeben habe. Er glaubt nicht, daß man ihnen irgend welche Beachtung schenken müßte.

Czerny nimmt Sjöböring gegen den Vorwurf in Schutz, daß er leichtfertig für die Ursache des Krebses ausgegeben habe, was vielleicht nur ein Zufallsproduct sei, und macht darauf aufmerksam, daß dieser Autor sich schon seit 10 Jahren mit der Frage beschäftige.

HOFMEISTER (Tübingen): Eine neue Repositionsmethode der Luxatio humeri.

H. belastet den bei horizontaler Körperlage senkrecht erhobenen Arm durch Zug über eine Rolle mit 5—20 Kgrm., indem er von 2 zu 2 Minuten das Gewicht vermehrt; steht dann der Kopf in der Höhe der Pfanne, so nimmt er die Belastung fort, legt eine Hand fest in die Achselhöhle, faßt mit der anderen den luxierten Arm beim Handgelenk und kann dann ohne weiteres die Schulter reponieren. Die Dauer des Verfahrens ist im Ganzen 10 bis 15 Minuten.

PAYER (Graz): Ueber die Technik der blutigen Reposition von Hüftgelenkluxationen bei Erwachsenen.

P. verfügt über 6 Fälle, 2 pathologische und 3 traumatische veraltete Luxationen. Er operiert mit der KOCHER'schen Schnittführung. Je mehr man die Muskelansätze schon, um so bessere Resultate, glaubt er, erreicht man. Den Vorschlag von MIKULICZ, die Abmeißelung der Trochanteren, hält er für geeignet bei geringen Verkürzungen. Der Eingriff ist schwer und die peinlichste Asepsis notwendig, besonders bei den kraftvollen Repositionsversuchen, die der unblutigen Hüftgelenksreposition entsprechen. Zuletzt wird die Wunde vollkommen bis auf 2 Drainagen geschlossen. Die Nachbehandlung besteht entweder in Extensions- oder Gypsverband. Bei traumatischer Luxation ist eine Reluxation nicht zu befürchten. P. demonstriert noch einige Instrumente für die Operation.

Schede (Bonn) hat in einem Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenkluxation die blutige Luxation gemacht. Die Verkürzung war außerordentlich stark, man hätte den Oberschenkel vollkommen skelettieren müssen, um alle sich anspannenden Muskeln abzutrennen, die die Reposition hinderten. Er hat dieselbe durch Dehnung auf seinem Extensionstisch erreicht.

Drehmann (Breslau) lobt die Abmeißelung des Trochanter mit den Muskeln, weil sie einen guten Ueberblick gewährt. Er hat keinen Fall gesehen, wo der Trochanter wieder schwer mit dem Oberschenkel zu vereinigen gewesen wäre.

Notizen.

Wien, 3. August 1901.

**Herm. Frh. v. Widerhofer †.
1832—1901.**

Unsere Facultät beklagt den Verlust eines hervorragenden Mitgliedes. Mit WIDERHOFER ist ein Mann geschieden, dessen Bedeutung wohl in erster Reihe auf ärztlich-praktischem Gebiete zu suchen war, dessen große Erfahrung, dessen unermüdlischer Fleiß im Vereine mit der Betreuung eines kolossalen Krankenmaterials aber auch die didaktischen Fähigkeiten des nunmehr Verblichenen zur vollen Entwicklung brachten. So hat denn der vorzügliche Kinderarzt eine Wiener pädiatrische Schule geschaffen, aus welcher zahlreiche tüchtige Jünger, darunter nunmehr selbst ausgezeichnete Lehrer, hervorgegangen sind.

Ohne selbst hervorragend schöpferisch zu wirken, hat es WIDERHOFER verstanden, alle Errungenschaften der Forschung seinen Kranken nutzbar zu machen, welchen stets seine erste Sorge galt. Auf literarischem Gebiete nicht eben fruchtbar — seine Darstellung der Klinik der Magen-Darm-

krankheiten des Kindesalters in GERHARDT's Handbuche sichern ihrem Verfasser bleibenden Ruhm —, ist der berühmte Kinderarzt wiederholt in den Kampf für eine Methode, für ein neues Heilverfahren getreten — zuletzt mit großer Leidenschaft für das Diphtherieheilserum —, wenn seine Beobachtungen am Krankenbette ihn von dem Werthe des Therapeuticums überzeugt hatten.

An seiner Bahre trauern zahlreiche Schüler, die er nach Kräften gefördert, Ungezählte, welchen er in schweren Stunden als Arzt und Freund zur Seite gestanden, an ihrer Spitze der Monarch, dessen Kindern er ärztlicher Berather gewesen und dessen Huld dem Dahingeshiedenen stets jene Dankbarkeit bewährte, die in gleicher Weise den Spender wie den Empfänger ehrt.

* * *

HERMANN WIDERHOFER wurde am 24. März 1832 zu Weyr a. d. Enns in Ober-Oesterreich als Sohn eines vielbeschäftigten Landarztes geboren; an der Wiener Universität absolvierte er das Studium der Medicin und hier wurde er auch im Jahre 1856 zum Doctor promovirt. Schon der Beginn der ärztlichen Thätigkeit WIDERHOFER'S war der Disciplin geweiht, die er sich zur Lebensaufgabe gemacht. Als Secundararzt der niederösterreichischen Findelanstalt in Wien — in den Jahren 1856—1859 —, sodann als klinischer Assistent des Pädiaters FRANZ MAYR hat er sich die Fülle von praktischem Wissen erworben, die ihn so sehr auszeichnete, hat er sich den tiefen klinischen Blick angeeignet, der ihn zu einem der gesuchtesten Aerzte der Residenz werden ließ, hat er sich schließlich die Fundamente pädiatrischer Bildung zueigen gemacht, auf denen er dann gebaut, ergänzend und erweiternd. Alle Eigenschaften eines guten Kinderarztes, rührende, nimmermüde Geduld, ein freundliches, gewinnendes Wesen und feinfühliges Mitempfinden für seine Kranken vereinigten sich in ihm zu einem harmonischen Ganzen und gewannen ihm bald die Gunst seines Lehrers und Vorstandes. Im Jahre 1862 habilitirte sich WIDERHOFER als Docent für Kinderheilkunde an der Wiener Universität, nach dem Tode MAYR'S, 1863, supplirte er an der Klinik für Kinderheilkunde im St. Annen-Kinderspitale, dessen Director er bis zu seinem Lebensende gewesen ist. Im Jahre 1865 wurde er zum Extraordinarius, erst im April 1884 zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde an der Wiener Universität ernannt. — Das Leben WIDERHOFER'S ist an äußeren Auszeichnungen sehr reich gewesen. Schon in jungen Jahren, 1863, zum Leibarzte der kaiserlichen Kinder ernannt, hat er 1867 das Comthurkreuz des Franz-Joseph-Ordens, 1869 den Orden der eisernen Krone II. Classe erhalten; 1885 wurde er zum Hofrath ernannt und einige Jahre später in den Freiherrnstand erhoben. Er war Mitglied des Obersten Sanitätsrathes, Leiter des Vereines für das Krankenhaus in Hall und seit dem Jahre 1895 lebenslangliches Mitglied des Herrenhauses des österreichischen Reichsrathes.

Seine literarischen Arbeiten, wenn auch nicht reich an Zahl, zeigen in jeglicher Hinsicht den trefflichen Beobachter und ausgezeichneten Kliniker. Außer einzelnen kleineren Abhandlungen im „Jahrbuche für Kinderheilkunde“, zu dessen Herausgebern er seit dem Jahre 1863 zählte, veröffentlichte WIDERHOFER: „Die Krankheiten am Nabel der Neugeborenen“, ferner die Abhandlungen „Krankheiten der Bronchialdrüsen“ und „Krankheiten des Magens und Darmes“, letztere mit KUNDRAT im Handbuche der Kinderkrankheiten von GERHARDT. Schon im Vereine mit MAYR, SCHÜLLER und SCHOTT hatte WIDERHOFER „Ueber Syphilis hereditaria“ eingehende Studien veröffentlicht, die seinerzeit von maßgebender Bedeutung wurden und die Namen ihrer Autoren weit über die Grenzen ihres Vaterlandes bekannt gemacht haben.

(Krankencassen-Statistik.) In den „Amtlichen Nachrichten des Ministeriums des Innern betreffend die Unfall- und die Krankenversicherung der Arbeiter“ ist vor wenigen Tagen eine vorläufige Zusammenstellung der statistischen Ausweise der nach dem Krankenversicherungsgesetze eingerichteten Krankencassen für das Jahr 1899 veröffentlicht worden. Wir entnehmen derselben Folgendes: Im Jahre 1899 waren — die Lehrlingscassen nicht

mitingerechnet — in der österreichischen Reichshälfte 2949 Cassen thätig; davon waren 572 Bezirks-, 1357 Betriebs-, 5 Bau-, 871 Genossenschafts- und 139 Vereinskrankecassen. Die Zahl der bei diesen Cassen durchschnittlich versicherten Personen betrug 2,442.180. Die Zahl der nichtversicherungspflichtigen Mitglieder belief sich auf 118.476. Den größten Mitgliederstand ergab der 1. Juli mit 2,601.831, den kleinsten der 1. Februar mit 2,194.578 Versicherten. Zu Beginn des Jahres betrug die Gesamtzahl der Mitglieder 2,221.399, am Ende des Jahres 2,272.231. Von der Gesamtzahl entfallen auf die Bezirkskrankencassen 1,007.669, auf die Betriebskrankencassen 650.939, auf die Baukrankencassen 1485, auf die Genossenschaftskrankencassen 360.395 und auf die Vereinskrankecassen 421.692 Mitglieder. Die gesammten Jahreseinnahmen bezifferten sich auf 45,115.243 K, von welchem Betrage 42,147.223 K durch die laufenden Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht wurden. Den Einnahmen standen Ausgaben im Gesamtbetrage von 44,135,910 K gegenüber. Die Einnahmen überstiegen die Ausgaben somit um 979.333 K, d. i. um 2·32%. Dieses Ergebnis ist das ungünstigste seit dem Bestande der obligatorischen Krankenversicherung. Der Gesamtreservfonds belief sich mit Jahreschluß auf 33,887.269 K. Die Dotirung (Zunahme) der Reservfonds, ausgedrückt in Procenten der laufenden Beiträge, stellte sich bei den einzelnen Cassen Kategorien folgendermaßen: bei den Bezirkskrankencassen 2·18%, Betriebskrankencassen 2·77, Genossenschaftskrankencassen 4·49 und Vereinskrankecassen 0·32%. Ein Ueberschuß der Einnahmen über die Ausgaben (Gebarungüberschuß) ergab sich bei 1724 Cassen, von welchen 562 ihren Reservfonds mit 20% der Cassenbeiträge oder mehr dotiren konnten. Bei 1220 Cassen resultirte ein Gebarungsdeficit. In Bezug auf die einzelnen Cassen Kategorien stellen sich die Verhältnisse in folgender Weise dar: Von den Bezirkskrankencassen hatten 341 einen Gebarungüberschuß, 231 ein Gebarungsdeficit. Bei den Betriebskrankencassen erzielten 747, bei den Genossenschaftskrankencassen 543, bei den Vereinskrankecassen 91 Cassen einen Gebarungüberschuß. Mit Gebarungsdeficit schlossen 610 Betriebs-, 328 Genossenschafts- und 48 Vereinskrankecassen. Bei 146 Cassen ergab sich ein unbedeckter Abgang, und zwar im Gesamtbetrage von 392.072 K. Unter diesen passiven Cassen befinden sich: 70 Bezirks-, 34 Betriebs-, 40 Genossenschaftskrankencassen und 1 Vereinskrankecasse. Die Versicherungsleistungen erforderten 38,699.482 K (91·8% der Cassenbeiträge). Davon entfielen auf Krankengeld 23,257.420 K, Kosten für ärztliche Hilfe 6,751.161 K, Kosten für Medicamente 5,089.019 K, Kosten für Spitalverpflegung 2,468.027 K und Beerdigungskostenbeiträge 1,133.855 K. Die Ausgaben der Cassen für Versicherungszwecke haben gegenüber dem Vorjahre eine Steigerung von 3,535.130 K erfahren. An Verwaltungskosten wurden insgesamt 3,384.381 K (8·03% der Cassenbeiträge) verausgabt. Die von den Krankencassen seit dem Beginne der obligatorischen Krankenversicherung (1. August 1889) bis Ende 1899 aufgewendeten Beträge für Leistungen an ihre Mitglieder erreichten die Höhe von 280·14 Millionen Kronen. Die Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik der Cassenmitglieder im Jahre 1899 lehrt: Von den durchschnittlich 2,442.180 Mitgliedern erkrankten 992.576 Personen in 1,261.562 Erkrankungsfällen mit zusammen 21,054.363 Krankentagen. Dazu kommen 49.139 Entbindungen mit 1,349.566 Unterstützungstagen. Alle Unterstützungsfälle mit Anspruch auf ein Krankengeld erreichten die Zahl von 1,310.881 mit 22,403.929 Kranken-, bezw. Unterstützungstagen. Sterbefälle ereigneten sich 23.350. Von 100 Mitgliedern sind danach durchschnittlich 40·6 erkrankt. Auf je 100 weibliche Mitglieder kamen 9·6 Entbindungen. Die Zahl der auf ein Mitglied überhaupt entfallenden Krankentage stellt sich auf 9·17. Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung (ohne Entbindungen) beträgt 16·7 Tage. Von je 100 Mitgliedern starben durchschnittlich 0·96. Die durchschnittlichen Kosten eines Krankentages stellten sich auf 1·68 K, wovon 1·04 K auf Krankengeld, 0·30 auf ärztliche Hilfe, 0·23 auf Medicamente und 0·11 auf Spitalskosten entfallen. Die Zahl der Lehrlingskrankencassen betrug 361 mit 61.363 Lehrlingen. Die Jahreseinnahmen dieser Cassen beliefen sich auf 378.611 K, die Ausgaben auf 328.216 K; der Gesamtreservfonds dieser Cassen erhöhte sich auf 471.580 K.

Erkrankungsfälle wurden 14.049, Krankenverpflegstage 199.223, Todesfälle 127 gezählt. Die Morbiditätsziffer stellte sich auf 3·25.

(Personalien.) Der Landes-Sanitätsinspector in Mähren Dr. SALOMON SPITZER ist zum Regierungsrathe, der Oberbezirksarzt Dr. EMIL v. CELEBRINI zum Landes-Sanitätsinspector für Triest und das Küstenland, der Oberbezirksarzt Dr. FRIEDRICH WENISCH zum Landes Sanitätsinspector für Schlesien, der Bezirksarzt Dr. OREST LITWINOWICZ zum Oberbezirksarzte in Galizien, der Bezirksarzt Dr. FRANZ VISCHER zum Oberbezirksarzte in Niederösterreich und der praktische Arzt in Paris Dr. EUGEN KRAUS zum Commandeur des Medschidie-Ordens ernannt worden.

(Das Programm des zweiten internationalen Congresses der Lebensversicherungs-Aerzte in Amsterdam) liegt in seiner vorläufigen Abfassung vor: Ueber Albuminurie vom Standpunkte der Lebensversicherung, STOKVIS (Amsterdam). Ueber die Versicherbarkeit von Glykosurikern, SIREDEY (Paris). Zur Versicherung minderwerthiger Leben, POELS (Brüssel). Ohrenkrankungen und Lebensversicherung, BÜRGER (Amsterdam). Ueber die Auslese unter den Versicherten, besonders in Bezug auf die Tuberculose, FLORSCHÜTZ (Gotha). Syphilis und Lebensversicherung, SALOMONSEN (Kopenhagen). Anomalien und Krankheiten der Haut vom Standpunkte der Lebensversicherung, GROSSE (Leipzig). Die Wichtigkeit der Untersuchung der Reflexe für die Lebensversicherung, CROCQ (Brüssel). Tremor vom Standpunkte der Lebensversicherung, WERTHEIM SALOMONSEN (Amsterdam). Das Weib vom Standpunkte der Lebensversicherung, MAHILLON (Brüssel). Ueber die Annehmbarkeit von Personen, die in den Tropen sich längere Zeit aufgehalten haben, VAN DER BURG (Laag Soeren). Appendicitis vom Standpunkte der Lebensversicherung, WEILL-MANTOU (Paris). Brüche vom Standpunkte der Unfallversicherung, COERT (Haag). Augenkrankheiten und Lebensversicherung, DE LANTSHEERE (Brüssel). Infection nach Operationen und Sectionen vom Standpunkte der Unfallversicherung, FERNANDES und POELS (Brüssel). Eventuelle Anfragen beantwortet: Dr. FLORSCHÜTZ in Gotha.

(Die Hufeland'sche Gesellschaft) hatte für das Jahr 1901 zwei Preisaufgaben ausgeschrieben: 1. Einfluß des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit. 2. Beeinflussung des Gefäßtonus und der Blutstromgeschwindigkeit durch thermische und mechanische Reize. Der Preis für die erste Aufgabe im Betrage von 800 Mk. wurde der experimentell-wissenschaftlichen Arbeit von H. DÜNSCHMANN in Wiesbaden zuerkannt; über das zweite Thema hatte FRIEDEL PICK in Prag eine sehr lobenswerthe Arbeit eingebracht, welche aber aus Zeitmangel nicht zu Ende geführt war. Er wurde jedoch durch eine besondere Anerkennung und eine Ehrengabe von 500 Mk. ausgezeichnet.

(Vorschriften über die Todtenbeschau in der Bukowina.) Nach dem Erlasse der Bukowinaer Landesregierung vom 29. Juni d. J. fällt in Zukunft den Amtsärzten und den Gemeindeärzten die Aufgabe zu, die bestellten Laien-Todtenbeschauer genau zu instruiren, sie über die Art und Weise der Vornahme der Todtenbeschau praktisch zu unterweisen und hinsichtlich der entsprechenden Handhabung des Todtenbeschaudienstes und der Führung des Todtenbeschauprotokolles zu überwachen. Die Amtsärzte haben am Schlusse eines jeden Jahres über die Handhabung des Todtenbeschaudienstes und über die erfolgte Instruction der Todtenbeschauer zu berichten.

(Der fünfte internationale Zoologencongreß) wird vom 12.—16. August d. J. zu Berlin stattfinden. Das Bureau des Congresses tagt bis zum 10. August im Zoologischen Museum, sodann im Reichstagsgebäude.

(Schulärzte.) Aus Prag wird uns geschrieben: Ein namens der städtischen Sanitätcommission von Prof. REINSBERG gestellter Antrag zur Anstellung von 5 Schulärzten ist genehmigt worden. Eine Instruction ist bereits ausgearbeitet. Die Schulärzte sollen keine Stadtbeamten sein, eine jährliche Remuneration erhalten und sich thunlichst mit der Physikatsprüfung ausweisen.

(Todesfall.) In Maria-Enzersdorf bei Wien ist am 28. Juli der frühere Director der niederösterreichischen Findelanstalt, Regierungsrath Dr. ERNST BRAUN, im 56. Lebensjahre gestorben.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfang von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administ-ration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Diabetes insipidus infolge von Syphilis. Von Prof. Dr. M. v. ZEISL. — Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche. Von Dr. GRODDECK in Baden-Baden. — **Referate.** Aus der chirurgischen Klinik und dem St. Johannes-hospital zu Bonn (Chefarzt Geheimrath Prof. SCHEDE). KARL VOGEL: Zur Statistik und Therapie des Rectumcarcinoms. — WILHELM EBSTEIN (Göttingen): Die Untersuchung des Mastdarmes von außen und deren therapeutische Verwendung. — AD. SCHMIDT (Bonn): Ueber „Darmkatarrh“. — E. HOENNICKE (Berlin): Die Häufigkeit des Herpes zoster. — P. FERRE (Berlin): Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern. — Aus dem Institute zur Erforschung der Infectionskrankheiten der Universität Bern. N. SALTJKOFF: Versuche über mit Wachs überzogene Seidenfäden. — LANG (Petersburg): Beitrag zur Lichtbehandlung von Affectionen der Schleimhaut. — R. PFEIFFER: Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemiplegia apoplectica (BECHTEREW). — ADLER (Breslau): Ueber Appendicitis in nervösen Familien. — **Literarische Anzeigen.** Beiträge zur Bauchchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien. Von Prof. Dr. HANS KEHR, Oberarzt Dr. BERGER und Dr. WELP. — Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Aerzte. Von Prof. AD. CZERNY, Director, und Dr. A. KELLER, Assistent der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau. — Die Traumen der männlichen Harnröhre. Historische, anatomische und klinische Untersuchung von Dr. M. A. WASILEW, Prof. e. o. der Chirurgie an der kais. Universität zu Warschau. — **Feuilleton.** HELMHOLTZ. Zum 50jährigen Jubiläum der Erfindung des Augenspiegels. — **Kleine Mittheilungen.** Jodtherapie der Arteriosklerose. — Die Behandlung des Ulcus molle. — Erfahrungen über Puro in der Kinderpraxis. — Inhalation von Medicamenten in fester Form. — Therapie des Keuchhustens. — Herpes zoster. — Zur Verwerthung der antiparasitären Eigenschaften des Alkohols. — Therapie der Hammerzehe. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. *Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) XIII. — **Notizen.** Das Wiener Stadtphysikat 1897—1899. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Diabetes insipidus infolge von Syphilis.

Von Prof. Dr. M. v. Zeissl. *)

Zu den relativ selteneren Folgeerscheinungen der Syphilis zählt der Diabetes insipidus. In der Literatur findet sich eine Reihe derartiger Fälle verzeichnet, und wurden dieselben sowohl an Kranken mit erworbener, als auch an Kranken mit erbterter Syphilis beobachtet. Einschlägige Mittheilungen machten R. DEMME¹⁾, MORITZ MANDL²⁾, MANUAL MORIN³⁾, G. LEWIN⁴⁾, SAALFELD⁵⁾, SURUKTSCHI⁶⁾, GENTILHOMME⁷⁾, V. HÖSSLIN⁸⁾, BANDLE⁹⁾, H. VERSMANN¹⁰⁾, RUSSEL¹¹⁾, KAPOS¹²⁾, A. STAUB¹³⁾, PERROUD¹⁴⁾, BUTTERSACK¹⁵⁾, POSPELOW¹⁶⁾, FOURNIER u. A.

Ich erlaube mir hier eine Kranke vorzustellen, welche seit 1892 an Lues leidet und bei welcher Diabetes insipidus im Januar 1901 auftrat. Die Krankengeschichte ist folgende: Die 46 Jahre alte Rosa L. wurde 1892 von ihrem Ehegatten mit Lues inficirt. Sie wurde kurze Zeit nach der Infection wegen einer Bauchfellentzündung im Rudolfspitale behandelt und machte wenige Wochen später im Krankenhause Wieden eine Schmiercur durch. Im selben Jahre wurden ihr wegen eines Roseolarecidives 8 Hg-Injectionen applicirt. 1894 wurde wegen eines gummösen Syphilides an der allgemeinen Decke der linken Gesichtshälfte eine neuerliche Quecksilberbehandlung mit nachfolgender Jodeur durchgeführt. Von 1894 bis zum 27. März 1901 suchte Patientin, trotzdem sie durch oberflächliche Erosionen an der Zunge sehr oft belästigt wurde, keine ärztliche Hilfe auf. Erst als zu den an der Zunge sich äußernden luetischen Manifestationen sich ein gruppirtes, klein gummöses Syphilid an der Rücken-haut gesellte und im Januar 1901 Vermehrung der Harnmenge und heftiges Durstgefühl, das die Nachtruhe störte und sie zwang, große Flüssigkeitsmengen aufzunehmen, die Frau beunruhigte, suchte sie bei mir ärztlichen Rath. Am 27. März 1901 notirte ich folgenden Befund. An der unteren Fläche der Zunge finden sich ebenso wie an beiden Rändern derselben stecknadelkopfgroße bis linsengroße, oberflächliche, speckig belegte Geschwüre, am Zungenrücken zeigen sich mehrere opalescirende Verdickungen des Epithels. An der Rücken-haut findet sich 10 Cm. ober dem Darmbeinkamm in Ausdehnung eines Fünfkronenstückes ein gruppirtes, mit Krusten bedecktes, klein gummöses Syphilid. Patientin klagt über heftiges quälendes Durstgefühl, sie müsse ungewöhnlich viel trinken, Nachts 1½—2 Liter, außerdem müsse sie sehr häufig harnen und gebe sehr viel Harn von sich. Auf Befragen erklärte sie, daß sie hie und da Kopfschmerzen habe, und daß sie seit einigen Monaten vergeßlicher sei als früher. Ich untersuchte den Harn, fand keinen Zucker in demselben, applicirte eine intramusculäre Injection von 0·03 Quecksilbersuccinimid und verab-

*) Nach einer in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 19. April 1901 erfolgten Krankenvorstellung.

¹⁾ „SCHMIDT's Jahrbücher“, 1879, Bd. 183, pag. 220.

²⁾ „Wiener allg. med. Zeitung“, 1883, pag. 217.

³⁾ „Arch. f. Dermat. u. Syphilis“, 1889, pag. 890.

⁴⁾ „Arch. f. Dermat. u. Syph.“, 1893, pag. 732—735.

⁵⁾ „Arch. f. Dermat. u. Syph.“, 1893, pag. 732—735.

⁶⁾ „Journal d. mal. cut. et syph.“, 1891, pag. 393, „Wratsch“, 1891, Nr. 8.

⁷⁾ Citirt bei LANCEREAUX.

⁸⁾ „Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 37.

⁹⁾ „Arch. f. Dermat. u. Syph.“, 1897, Bd. 51, pag. 49.

¹⁰⁾ Inaugural-Dissertation, Würzburg und „SCHMIDT's Jahrbücher“, 1884, Bd. 204, pag. 291.

¹¹⁾ „SCHMIDT's Jahrbücher“, 1881, pag. 306. Dieser Fall ist in Bezug auf den Ursprung nicht ganz sicher.

¹²⁾ „Deutsche Chirurgie, Pathologie und Therapie der Syphilis“, 1891, pag. 296.

¹³⁾ „Monatsh. f. p. Dermat.“, 1896, Bd. I, pag. 11.

¹⁴⁾ „Lyon méd.“, 1869, u. „La Syph. du cerveau“, Paris 1879.

¹⁵⁾ „WESTPHAL's Archiv“, Bd. 17.

¹⁶⁾ „Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1894.

reichte 1½ Grm. Jodkalium in Pillenform für den Tag und ein adstringirendes Mundspülwasser. Außerdem beauftragte ich die Kranke, die Harnmenge, die innerhalb 24 Stunden gelassen wurde, zu messen. Vom 27.—29. März wurden in je 24 Stunden 5½ Liter entleert. Die von Prof. J. MAUTHNER vorgenommene Harnanalyse ergab ein spezifisches Gewicht von 1·008. Das in mäßiger Menge vorhandene Sediment bestand aus zahlreichen Plattenepithelien und vermehrten, hier und da zu kleinen Pfröpfen geballten Lymph-(Eiter-)körperchen. Indican war vermehrt. Eiweiß ist in geringer Menge vorhanden, Zucker fehlt.

Am 31. März stellte sich die Kranke neuerlich vor. Die Geschwürchen an der Zunge haben sich gereinigt, die epithelialen Trübungen sind vollständig geschwunden, die Krusten von den Hautgummen lösen sich ab, die Gummen sinken in das Hautniveau zurück. Die tägliche Harnmenge beträgt 3½ Liter, das Durstgefühl ist vermindert. Patientin fühlt sich wohler und braucht Nachts nur mehr halb so viel Wasser zu trinken wie die Woche vorher. Zweite Succinimid-Quecksilberinjection à 0·04. Am 8. April kommt die Kranke wieder. Harnmenge in 24 Stunden 2 Liter. Nachts wurden 200 Grm. Wasser consumirt. Die Geschwüre an der Zunge sind geheilt, auch die Gummata an der Rückenhaut involviren sich immer mehr. Da die Kranke infolge zu reichlicher Nahrungsaufnahme den Magen verdorben hat, wird am 8. keine Injection gemacht, das Jodkalium ausgesetzt und die Kranke für den 14. April bestellt. Während dieser 8tägigen Pause stellte sich wieder vermehrte Harnabsonderung und starkes Durstgefühl ein. Die 24stündige Harnmenge betrug 6 Liter. Am 13. wurde wieder eine Quecksilbersuccinimidinjection verabreicht. Am nächsten Tage gibt die Kranke an, daß sie wieder weniger Durst habe, und ist bis zum 4. Juli die Harnmenge bis auf 1½ Liter in 24 Stunden gesunken.

Die günstige Einwirkung der antiluetischen Therapie stellt den Zusammenhang der Polyurie und Polydypsie mit Lues außer Zweifel und läßt eine vollständige Heilung erwarten.

Fraglich ist es nun, ob auch in meinem Falle, sowie in fast allen bekannten einschlägigen Fällen im Gehirne luetische Veränderungen vorliegen, welche zur Polyurie Veranlassung geben. Der Mangel subjectiver und objectiver, in die Augen springender cerebraler Erscheinungen, sowie das Vorhandensein geringer Eiweißmengen im Harn lassen jedoch den Gedanken, den schon H. VERSMANN, GERHARDT'S Assistent, ausgesprochen hat, nicht von der Hand weisen, daß die im Blute luetischer anzunehmenden Mikroorganismen auf die Nieren in manchen Fällen eine so dauernde und energische Wirkung ausüben mögen, „daß von denselben aus eine primäre Störung chronischer Art in der Form des Diabetes insipidus zustande kommt. Ganz gewiß finden sich hiebei in der Nieren auch bestimmte anatomische Veränderungen, wenngleich wir dieselben zur Zeit noch nicht erkannt haben, vielmehr uns die Nieren bei unseren bisherigen Untersuchungen frei von erheblichen pathologisch-anatomischen Störungen zu sein scheinen“ (VERSMANN). Daran schließt L. BLAU¹⁷⁾ in seiner Abhandlung über Diabetes insipidus folgende Betrachtung: „Außer der eben angegebenen ist aber auch eine zweite Erklärung des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Diabetes insipidus möglich, bei der wir einen etwaigen Einfluß des Nervensystems oder der Zusammensetzung des Blutes außer Acht lassen können. Wie bekannt, ruft die Lues mannigfache anatomische Alterationen in den Nieren hervor, und es liegt daher nahe anzunehmen, daß sich auch einmal jener anatomische Zustand der Nieren vorfinden wird, welchen wir, ohne ihn einstweilen näher schildern zu können, nach VERSMANN als Vorbedingung zum Zustandekommen des Diabetes insipidus betrachten müssen.“

Ich will noch einige Worte über das vor mehreren Jahren von WOLFF empfohlene Hydrargyrum succinimidicum

beifügen. Dasselbe trübt sich bei Zusatz von Cocain nicht. Ich verschreibe:

Rp. Hyd. succinimidici 5·0
Cocain. puri 3·0
Aq. font. dest. 100·0

Das Cocain wird langsam in die warm zubereitete Quecksilberlösung eingetragen. Ich beginne mit 0·03 Succinimid, mache nach 5 Tagen eine Injection von 0·04, nach 8 Tagen die dritte von 0·05 u. s. w. jeden 8. Tag, bis die Erscheinungen geschwunden sind. Ich steige mit den hochprocentigen Lösungen langsam bis zur vollen Dosis von 0·05 an, um unangenehme Wirkungen durch das so rasch resorbirte Präparat zu vermeiden. 0·03 desselben machen zuweilen schon Diarrhoe. Die Injectionen werden intramuscular ausgeführt. Die Schmerzen sind durch den Cocainzusatz wesentlich herabgesetzt und schleichen sich langsam ein. Ein Patient, der früher Sublimatinjectionen bekommen, sagte: „Die Schmerzen nach Succinimid sind am ersten Tage so gering wie am fünften oder sechsten Tag nach einer Sublimatinjection.“ Die Engel-Apotheke (Bognergasse) hält das Präparat in BERNAZIK'Schen Phiolen vorrätzig. Durch das Sterilisiren wird die Cocainwirkung nicht wesentlich abgeschwächt. Das Präparat wird sehr rasch resorbirt. Es läßt sich aber auch noch 6 Wochen nach Abschluß der Cur im Harn nachweisen.

Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche.

Von **Dr. Groddeck** in Baden-Baden.

(Fortsetzung.)

Der abnormen Weiche des Leibes begegnet man viel seltener. Sie bietet aber auch für die Behandlung weit größere Schwierigkeiten. Die Folgen sind unter Umständen erschreckend.

Ein junger Officier erkrankte mit lebhaften Schmerzen in der rechten Ileocecalgegend. Trotz mangelnden Fiebers wurde die Diagnose auf Blinddarmentzündung gestellt. Unter der üblichen Opium- und Eisbehandlung gingen die Erscheinungen zurück. Es blieb jedoch eine hartnäckige Verstopfung. Nach einem halben Jahr verhältnißmäßigen Wohlseins wiederholte sich die Attaque stärker als früher, um von da an in etwa vierzehntägigen Pausen wiederzukehren. Von diesem Moment an beginnt eine Kette von Leiden. Nach langer vergeblicher klinischer Behandlung nahm der Kranke ein Jahr lang Urlaub, um diesen nach Ablauf des ersten Jahres um ein weiteres zu verlängern. Während dieser ganzen langen Zeit irrte er von einer Klinik zur anderen, von einem Arzt zum anderen, um schließlich bei einem Naturarzt zu stranden, der durch Obst- und Pflanzennahrung alle geistige und körperliche Kraft, die etwa noch übrig war, brach. Drei Monate vor Ablauf des zweiten Urlaubs, im Augenblick, wo der Kranke sich zu der ihm angerathenen Laparotomie entschloß, lernte er SCHWENINGER kennen, der ihn mir zur Behandlung überwies. Die Verhältnisse lagen so traurig wie möglich. Bei einem Gewicht von 124 Pfund war die Körperkraft so gesunken, daß wenige Schritte genügten, um den Herzschlag auf's Aeüßerste zu steigern. Alle Glieder waren blau, schweißtriefend und eiskalt. Jede körperliche, geschweige geistige Beschäftigung war ausgeschlossen, der Schlaf stellte sich nur für wenige Stunden mit häufigen Unterbrechungen ein. Das Schlimmste war jedoch sein geistiger Zustand, der an Wahnsinn grenzte. Stundenlanges Stieren in irgend eine Ecke, wechselnd mit höchster Aufregung, laute, kaum unterbrochene Selbstgespräche Tag und Nacht und nur der eine Gedanke im Kopfe: Werde ich Stuhlgang haben, werden die Schmerzen kommen? Wer ein einzigesmal dergleichen Leute kennen gelernt hat, deren ganzes Leben sich auf dem Closet abspielt, deren Gehirn nichts anderes mehr faßt als Diät, Abführmittel und Klystiere, der weiß, was ein Kampf mit solchen Vorstellungen bedeutet. Am Leib war äußerlich nichts wahrzunehmen, weder Auftreibung noch Einziehung. Hämorrhoiden, Blutüberfüllung, allos fehlte. Dagegen war der Leib

¹⁷⁾ „SCHMIDT'S Jahrbücher“, 1884. Bd. 204, pag. 291.

so weich, daß man ohne jede Mühe das Becken und die Wirbelsäule in ganzer Ausdehnung von vorn abtasten konnte. Von Resten einer Blinddarmentzündung war keine Rede. Aber allerdings war beim Abtasten der Beckenwand vom Leibe aus in der Höhe der BAUHIN'schen Klappe eine Stelle, die beim Druck den charakteristischen Schmerz hervorrief. Wovon dieser Schmerz bedingt war, ließ sich nicht feststellen. Auf die Einzelheiten der Behandlung, die bei der völligen geistigen Zerrüttung doppelt schwierig war, einzugehen, ist hier nicht der Ort. Ich möchte nur kurz die Daten geben. Das Gewicht sank rasch auf 112 Pfund. Trotzdem hoben sich allmählig die Kräfte, die Cyanose der Extremitäten ließ nach, die geistigen Fähigkeiten stellten sich allmählig ein, die jahrelange Verstopfung wich, die kranke Stelle wurde weniger druckempfindlich, der Leib härter. Nach Ablauf des Urlaubs kehrte der Kranke zu seinem Regimente zurück. Nach drei weiteren Monaten war das Gewicht auf 130 Pfund gestiegen, der Schmerz nicht wiedergekehrt, alle Functionen waren in Ordnung. Seitdem sind Jahre verflossen. — Von Zeit zu Zeit sucht mich jetzt ein blühender, gesundheitstrotzender Officier auf, in dem ich selbst den unglücklichen, halbblöden Kranken kaum wiedererkenne.

Einigermaßen diesem Gebiet verwandt, aber doch zu unterscheiden ist die übermäßige Spannung oder Schläffheit des Bauches, eine Frage der Elasticität, die leider zu wenig beachtet wird. Der meist durch Gase gespannte Leib fühlt sich wie ein Gummiball an. Die Folgen sind in mancher Beziehung ähnliche wie bei der Härte des Bauches, nur daß gleichzeitig die größere Ausdehnung in Wirkung tritt. Als neues Moment kommt der Druck nach allen Seiten hinzu. Da die Frage des Druckes die wichtigste ist und später ausführlich behandelt wird, begnüge ich mich, einen eclatanten Fall von Trommelbauch hervorzuheben.

Ein älterer Herr consultirte mich wegen eines angeblichen Herzleidens. Schon in der Ruhe hatte er das Gefühl von Herzklopfen. Beim Gehen steigerte es sich bis zur Unerträglichkeit. Die Pulsfrequenz betrug in der Ruhe 112 Schläge in der Minute, am Herzen waren krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar. Dagegen stand das Zwerchfell sehr hoch, der Leib war stark ausgedehnt und straff gespannt, die Entfernung vom Schwertfortsatz bis zum Nabel erheblich vergrößert. Beim Druck auf den Bauch trat sofort Aufstoßen ein. Von der Menge angehäufter Gase kann man sich kaum eine Vorstellung machen, die geringste Berührung genügte, um sie massenhaft zu entleeren. Sehr bald ließ die Spannung nach, der Leib sank zusammen, das Herz arbeitete langsamer und kräftiger. Schon nach 8 Tagen war die Pulszahl auf 80 Schläge gesunken, das lästige Herzklopfen trat selbst bei stundenlangem Steigen nicht mehr auf. Gleichzeitig verschwand auch die Neigung zu profusem Schweiß.

Ich hebe das hier hervor, weil es einen Anhaltspunkt für den Zusammenhang des Gefäßnervensystems mit den physikalischen Verhältnissen des Bauches gibt, eine Sache von der allergrößten Wichtigkeit, deren Besprechung mich nur zu weit führen würde. Es lohnt sich aber, sie im Auge zu behalten.

Fast ebenso oft kommt die übergroße Schläffheit des Leibes vor. Die Krankheitsbilder sind dann viel complicirter, der Leib ist ausgedehnt, schlaff, aber nicht weich. Daß hierbei die öfter besprochenen Schädigungen, Anschoppungen und partielle Anämien, Auftreibungen, Druckerscheinungen, Störungen des Gefäßnervensystems eine Rolle spielen, versteht sich von selbst. Auch die Autointoxicationen gewinnen hier ihre Bedeutung, allerdings längst nicht in dem Maße, wie man jetzt anzunehmen geneigt ist. Vielfach handelt es sich um mangelhafte Zurückbildung der Gewebe nach Entbindungen. Aber auch bei Männern gehört der schlaaffe Leib nicht zu den Seltenheiten.

Eines der charakteristischsten Beispiele bot eine Dame, bei der sich Schläffheit und Ausdehnung des Leibes auf nicht bekannten Grundlagen entwickelt hatten. Abgesehen von schweren sogenannten hysterischen Symptomen litt sie seit Jahrzehnten an chronischen, plötzlich und unwiderstehlich auftretenden Diarrhoen, an krampf-

artigen Schmerzen in der Magengegend und Erweiterungen der Gefäße an den unteren Extremitäten mit consecutivem Oedem. Der Fall war deshalb so besonders bezeichnend, weil er die Unbeholfenheit der üblichen Therapie aufdeckte. Die große Ausdehnung der Varicen, die starken Oedeme der Beine sprachen ohne weiteres für Stockungen im Blutkreislauf. Der Gedanke, daß auch die chronischen Diarrhoen und die Schmerzanfälle durch Blutüberfüllung und Stauung in den Därmen bedingt waren, mußte bei der großen Ausdehnung und Schläffheit des Bauches umso eher kommen. Man hätte wohl billig erwarten können, daß irgend einer der behandelnden Aerzte wenigstens einen Versuch gemacht hätte, die größten Circulationshindernisse zu beseitigen. Aber die unglücklichste, miserabelste und unbrauchbarste aller Diagnosen, die der Hysterie, hatte die Thatkraft der Aerzte, wie es ja öfter vorkommt, so völlig gelähmt, daß nichts geschehen war, was hätte geschehen sollen, aber alles, was falsch war. Das hohe Gewicht von 170 Pfund war zur besseren Ernährung noch höher gesteigert worden, obwohl die kranken Beine es längst nicht mehr schleppen konnten. Die seltenen Mahlzeiten waren riesig groß, vermuthlich um die Belastung des Leibes noch zu steigern. Große Massen von Flüssigkeiten wurden in den Magen gegossen — der Körper sollte ausgespült werden und das Herz trieb den Strom noch immer nicht langsam genug. Das Sitzen mit hängenden Beinen war doppelt werthvoll, weil das Wasser schwerer bergauf als bergab läuft. Die Gummistrümpfe, die nach üblichem Schema angelegt worden waren, hatten zu Entzündungen geführt, so daß selbst die Kranke auf die Idee kam, diese Maceration der Haut sei nicht ganz richtig, und sie ablegte. Dafür wurden die Beine von einer schulgerechten Pflegerin jeden Morgen kunstgerecht bis zu den Hüften in Binden gewickelt, und Abends quollen die ödematösen Hautpartien zwischen den Binden strotzend hervor. Und last not least, die Strumpfbänder waren nicht vergessen. Sie hatten oberhalb des Knies eine schöne, tiefe Rinne gegraben. Es war nicht daran zu denken, in kurzer Zeit mit diesem Wust fertig zu werden, zumal das eingängstigte und verwöhnte Gehirn der Kranken so horrende Ideen, wie Fortlassen des Corsets und der Binden, Kneten des Bauches und der Beine für schwer fassen konnte. Aber schließlich ist der Versuch geglückt. Das Gewicht sank. Der Leib zog sich zusammen, die Oedeme gingen zurück, die ausgedehnten Venen verloren an Fülle, Diarrhoe und Schmerzen ließen nach, und merkwürdig, aber nicht unerwartet — ein großer Theil der hysterischen Schwächen auch.

Das ergiebigste Feld für die ärztliche Thätigkeit bietet der mechanische Druck im Leib, wie er im Gefolge örtlicher Störungen, aber auch ohne solche auftritt. Es gibt Prädispositionsstellen für derartige Stockungen. Am häufigsten kommt hier das rechte Hypochondrium in Frage. Die Thatsache, daß an der Biegungsstelle der Dickdarm häufig in einer Curve nach unten gekrümmt ist, kennt jeder Anatom. Die feste Knochenwand der Rippen verhindert die freie Ausdehnung des Darms nach vorn, die Leber drückt von oben herab, der benachbarte Zwölffingerdarm und der Magen mit der wechselnden Füllung pressen die Stelle zusammen, während gleichzeitig von unten die elastischen Eingeweide des Beckens nach oben drängen. Als junger Student lernte ich gläubig, daß die Percussion der unteren Lebergrenze vielfach zweifelhafte Resultate gäbe, weil vorgelagerte Kothmassen leicht eine Dämpfung vortäuschen könnten. Ich bin in der Praxis sehr bald von der üblichen Percussionsspielerei mit Grenzbestimmungen zurückgekommen. Aber jener Satz blieb im Gedächtniß und hat mich zuerst auf die eigenthümlichen Verhältnisse der unteren Lebergegend aufmerksam gemacht. Thatsächlich ist die gewöhnliche, aber doch längst nicht stetige Folge der Stockungen chronische Verstopfung. Ein großer Theil aller Obstipationen, und zwar der hartnäckigsten, findet darin ihre Erklärung und, was mehr sagen will, ihre erfolgreiche Behandlung. Bei der Massage des Leibes ist oft die Knickungsstelle des Dickdarms mit die wichtigste. Ich erinnere mich einer krebserkrankten Frau, bei der weder durch Abführmittel, noch durch Eingießungen Stuhlgang zu erzielen war. Die Geschwulst war sehr groß, saß im oberen Drittel

des Leibes und preßte offenbar den Querdarm glatt. Im aufsteigenden Ast des Dickdarms sammelten sich regelmässig die Kothmassen, so daß man sie nach einigen Tagen als Geschwulst fühlen konnte. Die einzige Möglichkeit, sie weiter zu bringen, war, sie mit den Händen vorwärts zu drücken, ein etwas mühevolleres Geschäft, das aber stets zur Entleerung führte. Die enorme Abmagerung des ganzen Körpers ermöglichte, dies Vorwärtsdringen der Kothmassen centimeterweise mit Augen und Finger zu verfolgen. Gewiß handelte es sich um einen Ausnahmefall, aber er war besonders lehrreich für die physikalischen Bedingungen der Fortbewegung des Darminhalts.

Eines der competentesten Beispiele gab mir eine ältere Dame, die seit Jahrzehnten an chronischer Verstopfung litt. Sie war daran gewöhnt, aber quälend war die Schwäche und Müdigkeit, die immerwährende Uebelkeit und Migraine, vor allem die überaus schmerzhaften Attaquen von sogenanntem „Magenkrampf“, die in Pausen von wenigen Tagen auftraten. Alles Erdenkliche war versucht worden ohne Resultat. Die untere Lebergrenze war völlig verwischt, der aufsteigende Ast des Dickdarms stark ausgedehnt, mit Luft gefüllt. Daher stammte wohl die Diagnose eines unserer bedeutendsten Kliniker auf Atonie des aufsteigenden Dickdarmastes. Es handelte sich aber mit nichten darum, sondern um ein mechanisches Hinderniß an der Biegungsstelle. Deutlich wurde das bei der Betastung dieses Orts. Für den einfachen Druck war die Stelle hart und gespannt, aber nicht empfindlich. Sowie man jedoch die Kranke gegen den Druck der Hand tief athmen ließ, entstand ein lebhafter Schmerz, nicht sowohl an der gedrückten Stelle, als quer über den Leib verlaufend nach der Herz- und Magengegend zu. Von hier gingen die Schmerzanfälle aus. Wie sie sich künstlich durch stärkeres Zusammenpressen herbeiführen ließen, so wurden sie auch im gewöhnlichen Leben durch zunehmende Stockungen und zunehmenden Druck ausgelöst. Charakteristisch war dabei, daß nach gründlicher Bearbeitung die Spannung nachließ, Entleerung von Gasen und später auch Stuhlgang erfolgte, und vor Allem der Schmerz beim Athmen vollkommen verschwand. Allerdings kehrten in der ersten Zeit sowohl die Spannung wie der Schmerz schon nach wenigen Stunden zurück. Aber nach zwei Monaten waren die Entleerungen geregelt, die schmutzig-gelbe Hautfarbe — vielleicht durch Druck auf die Leber herbeigeführt — einer gesunden gewichen, die Magenkrämpfe traten nicht wieder auf.

Besonders hervorheben möchte ich hiebei die Entstehung und Beseitigung der Schmerzen. Weit aus der größte Theil aller Schmerzen im Leib, mögen sie unter dem Namen von Magenkrämpfen, Seitenstechen, Leibweh, Rückenschmerzen, Gebärmutterkoliken, Blasenschmerzen oder sonst wie gehen, sind Drückerscheinungen. Ja, ich stehe nicht an zu behaupten, daß ein beträchtlicher Theil der Gallen- und Nierensteinkoliken lediglich durch mechanischen Druck der umgebenden Theile, nicht durch die Steine selbst hervorgerufen wurden. Einer meiner Kranken, der jedesmal beim Passiren eines Nierensteines fürchterliche Zustände bekam, hat nach der Bearbeitung seines dicken, hartgespannten Leibes in wenigen Tagen 38 Steine ohne jede Beschwerde verloren.

Es sind am seltensten Kothansammlungen, häufiger Blutüberfüllungen, meistens Anhäufung von Gas im Darm oder Magen. Speciell an der oben beschriebenen Stelle treten diese Gasstockungen auf, recidiviren immer von neuem, ja bleiben schließlich stationär, um schwere Erkrankungen vorzutäuschen. Ich will hier nur beiläufig erwähnen, daß mir eine Dame durch die Hände gegangen ist, bei der die starke, bretharte Geschwulst in der Lebergegend alles Ernstes für Krebs gehalten wurde, obwohl die einfache Percussion des Leibes zu anderen Resultaten führen mußte. Der Irrthum war durch mangelhafte Untersuchung bedingt. Man kann ihn unberücksichtigt lassen, obwohl er ein Licht auf die Krebsheilungen der Wunderärzte wirft. Aber ich bin allein im letzten Jahre viermal gezwungen gewesen, die Diagnose auf Wanderniere zu redressiren, die auf Grund einer beweglichen, runden

Geschwulst in der rechten Seite gestellt war. Jedesmal waren jahre- und jahrzehntelange Behandlungen vorhergegangen, complicirte und einfache Bauchbinden verwendet worden, und jedesmal mit dem sehr verständlichen Resultat, daß die sogenannte Wanderniere und der daraus resultirende Schmerz ganz unbeeinflusst blieb. Es waren keine Wandernieren, sondern partielle Auftreibungen des Dickdarms, die jede andere Behandlung, nur nicht die mit Peloten erforderten. Ich zweifle nicht daran, daß der größte Theil aller Wandernieren, diese Sportdiagnose schlechter Erfindung, bald verschwinden würde, wenn man etwas genauer und vorurtheilsfreier untersuchte. Die Abhängigkeit vieler Gallensteinkoliken vom Druck der Gase, die für mich schon längst keinem Zweifel unterlag und mich dazu führte, bei der Behandlung Druckschwankungen am Leibe zu beseitigen, ließ sich besonders deutlich an einem schweren Fall von Gallensteinen sehen.

Bei der betreffenden Dame, die, durch Erfahrung gewitzigt, seit Jahren für den Fall der Noth Morphium bei sich trug, fühlte man etwa zwei Finger breit unterhalb der Leber dicht unter der Haut zwei festgekeilte Gallensteine. Der Druck darauf war völlig unempfindlich. Dagegen war die rechte Hälfte des Querdarmes prall angeschwollen und außerordentlich schmerzhaft für Berührung. Im Lauf der Behandlung ließ die Spannung nach, die Schmerzen verschwanden und sind seit Jahren nicht wiedergekommen. Die Gallensteine liegen noch immer unbeweglich an derselben Stelle. Die Operation, der die Kranke sich unterwerfen wollte, ist nicht geschehen und wird nicht geschehen. In ähnlicher Weise gelang es mir, eine junge Frau vor dem Bauchschnitt zu behüten, deren Geschichte nach vielen Seiten interessant ist. Völlig gesund, erkrankte sie nach der ersten Entbindung an wahnsinnigen Kolikschmerzen. Die Diagnose wurde damals auf Gallensteine gestellt. Nach einiger Zeit war wieder völliges Wohlbefinden eingetreten. Direct nach der zweiten Entbindung kam der zweite Anfall, der sich von nun an merkwürdigerweise jedesmal bei der Periode erneuerte. In der folgenden Schwangerschaft blieben die Koliken fort, um nach der dritten Entbindung sogleich in verstärktem Maße und häufiger aufzutreten, so zwar, daß sie bei der Periode sicher, in den Zwischenzeiten ab und zu kamen. Die Meinungen der Aerzte waren jetzt getheilt. Die einen diagnosticirten Blinddarmentzündung, die anderen Gallensteine. Nur darin war man einig, daß die Radicaloperation stattfinden müsse. Zur Operation entschlossen und nur darüber zweifelhaft, ob oben oder unten geschnitten werden sollte, kam die Kranke zu mir. Nach meiner Meinung handelte es sich um Gallensteine, die durch den gespannten Darm gedrückt wurden. Für die chronische Blinddarmentzündung sprach außer der Verstopfung und der Empfindlichkeit der Ileocöcalgegend nichts. Dagegen war das Auftreten nach der Entbindung charakteristisch. Die plötzliche Verminderung des Drucks hatte die Steine in Bewegung gebracht. Später genügten schon die geringeren Spannungsschwankungen bei der Periode, um dasselbe Resultat herbeizuführen. Geradezu beweisend war aber die Betheiligung sämtlicher Nerven in der Umgegend der rechten, oberen Bauchhälfte. Nicht allein der Druck auf die rechten unteren Zwischenrippennerven, auch der auf die großen Nervenstämmen der vorderen und seitlichen Brustwand war sehr schmerzhaft. Beim Druck auf die Knickungsstelle des Darmes strahlten die Schmerzen nach rechts oben aus. Selbst der rechte Arm war betheiligt, schmerzhaft und kribbelnd. In der rechten Kopfhälfte trat dabei merkwürdigerweise dasselbe Bohren auf, das zeitweise gleichzeitig mit den Koliken die Kranke plagte, ohne daß sie an einen Zusammenhang beider Leiden dachte. Als im Lauf der Behandlung die pralle Stelle des Querdarmes weich wurde, verschwanden sehr bald die Stauungserscheinungen der Blinddarmgegend, ebenso wie die Kopf- und Rückenschmerzen. Ein neuer Anfall ist seither nicht wieder aufgetreten.

(Schluß folgt.)

Referate.

*Aus der chirurgischen Klinik und dem St. Johannes-hospital zu Bonn (Chefarzt Geheimrath Prof. Schede).***KARL VOGEL: Zur Statistik und Therapie des Rectumcarcinoms.**

Vom 1. October 1895 bis 1. Januar 1901 hat SCHEDE in Bonn nach Mittheilung VOGEL's („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 59, H. 3/4) 61 Fälle von Rectumcarcinom behandelt, von denen 48 = 78·4% radical operirt, die anderen palliativ behandelt wurden. Diese hohe Operationsziffer erklärt sich aus der weitgestellten Indication, nach der der Sitz der Geschwulst niemals als Gegenanzeige angesehen wurde. Das Geschlecht der Kranken war 35mal männlich mit einem Alter von 43—75 Jahren, 26mal weiblich mit einem Alter von 24—72 Jahren; davon waren 71·4% der Männer gegen 88·46 der Weiber operabel, so daß also die Frauen früher Hilfe zu suchen scheinen. Abgang von Blut und Schleim per rectum mit oder ohne Stuhl fehlte nur bei 4 Pat.; Schmerzen und Tenesmus hatten 27. Das Leiden währte 1 Monat bis 2½ Jahre, durchschnittlich also 7·7 Monate; ausgesprochene Kachexie war nicht immer vorhanden. Erkrankte Drüsen lagen meist retrorectal; nur einmal waren die Leistenrdrüsen afficirt. Gegen die Operation sprachen besonders schlechtes Allgemeinbefinden, diagnosticirbare Verwachsung mit der Blase (nicht mit Uterus, Vagina oder Prostata). Operationsmethode war, je nach der Sachlage bestimmt, perineal oder sacral.

Im Anschluß an die Operation starben 18·8% (8mal Collaps, je 1mal Nachblutung und Peritonitis), während der Nachbehandlung weitere 7 an Pneumonie, Spätperitonitis, Jodoformintoxication, Marasmus. Gesamtmortalität ist also 32%. Als dauernd geheilt darf man von den übrigen 31·58%, d. i. 16·6% aller operirten Fälle ansehen. Die Continenz ist in 52% durchaus befriedigend, in 48% mangelhaft. Recidive bekamen 36% im Durchschnitt nach 11¼ Monaten.

R. L.

WILHELM EBSTEIN (Göttingen): Die Untersuchung des Mastdarmes von außen und deren therapeutische Verwendung.

Man kann das Rectum, wenn es stark von Koth ausgedehnt ist, von außen durch die dasselbe bedeckenden Weichtheile palpieren („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 30). Man fühlt es bei solcher Füllung linkerseits, in der Gesäßspalte, als einen in der Regel daumendicken, bisweilen noch dickeren Wulst, welcher, lateralwärts von der Steißbeinspitze oder noch höher beginnend, sich bis zum Anus erstreckt. Er fühlt sich gewöhnlich höckerig an. Man kann diesen Wulst durch sanftes Streichen von hinten nach vorne zum Verschwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung eine längere Kothsäule oder mehrere feste Kothstücke entleeren. Manchmal hat E., ohne daß sich Kothmassen ausdrücken ließen, einen etwa bleistiftdünnen Strang gefühlt und daran gedacht, daß es sich in solchen Fällen um den nur geringe Mengen festen Kothes sich contrahirenden Mastdarm handle. Verf. hat 3 Befunde beim männlichen und weiblichen Geschlechte beobachtet, dagegen auf der entsprechenden Stelle der rechten Seite niemals die angegebenen Merkmale auffinden können. Dieser Befund kann in zweifacher Weise therapeutisch verwerthet werden, erstens um das Rectum von seinem stagnirenden Inhalte zu befreien, und zweitens, um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmtheiles zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit zu verbessern. Die Ausführung dieser Massage ist sehr einfach. Das betreffende Individuum befindet sich dabei am besten in linker Seitenlage. Man streicht dann an der bekannten Stelle langsam und vorsichtig mit eingefettetem Finger von hinten nach vorne; man kann auch leicht kneten etc. Jede Sitzung dauert etwa 2—3 Minuten.

G.

AD. SCHMIDT (Bonn): Ueber „Darmkatarrh“.

Während wir es bei den meisten mit Schleimhaut ausgekleideten Organen bereits zu einer weitgehenden Differenzirung der verschiedenen diffusen Schleimhautrekrankungen gebracht haben, muß beim Darm noch die allgemeine Bezeichnung „Katarrh“ für eine große Reihe ätiologisch und anatomisch verschiedenartiger Zustände herhalten. Von einer Unterscheidung der Störungen nach den Hauptfunctionen des Darmes (Secretion, Motilität, Resorption), wie beim Magen, ist hier noch keine Rede, kaum haben wir es dahin gebracht, Dickdarm- und Dünndarmaffectionen zu trennen. S. versucht es nun („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 15), an der Hand der neuesten Errungenschaften die Gesichtspunkte zu erörtern, nach denen die diagnostische Ueberlegung zu erfolgen hat.

Oft kommt man schon mit der makroskopischen Untersuchung aus. Besser ist es natürlich, immer auch ein mikroskopisches Präparat anzufertigen (Parasiteneier).

In Bezug auf die Localisation ist zu erwähnen:

Charakteristisch für reine Dickdarmaffectionen ist zunächst der Umstand, daß die Verdauung der Nahrungsmittel dabei keine stärkere Einbuße erleidet. Wir finden also (bei geeigneter Kost) keine makroskopischen und auffallenden mikroskopischen Abgänge von Fleisch- oder Bindegewebsresten, keine über die Norm gesteigerten Abgänge von Pflanzentheilen, keine Fettstühle, keine — auf Insufficienz der Stärkeverdauung hinweisende — saure Gährung. Wohl aber kommt Fäulniß vor (aashaft stinkende Abgänge), die dann allerdings zumeist weniger auf Rechnung des Kothes als der Absonderungsproducte der Darmwand (Schleim, Blut etc.) zu setzen ist.

Bei reinen Dünndarmstörungen überwiegen die Verdauungsstörungen; Durchfälle fehlen bei intactem Dickdarm; die Nahrungsmittel gehen zum großen Theile unverdaut ab. Bei motorischer Mageninsufficienz besteht häufig Verstopfung, bei Achylie bisweilen Diarrhoe. Ein charakteristisches Merkmal der Entzündung ist der Schleim; alle größeren, makroskopisch erkennbaren Schleimabgänge stammen aus dem Dickdarm. Sind viele Eiterkörperchen vorhanden, so ist Verdacht auf Geschwürsbildung vorhanden. Im Dünndarmschleime findet man makroskopisch halb verdaute Epithelien und Leukocyten. Die nervösen Darmkrankheiten sind fast ausnahmslos motorische Störungen.

B.

E. HOENNICKE (Berlin): Die Häufigkeit des Herpes zoster.

H. fand als Gesamtresultat seiner Untersuchungen Folgendes („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 30):

Die Häufigkeit des Herpes zoster ist gleich 1% der Hautkrankheiten. Ein Unterschied in der Beteiligung der beiden Geschlechter ist nicht zu erkennen. Der Zoster ist in erster Linie eine Krankheit des Jünglingsalters (15.—30. Jahr) (bei JOSEPH $\frac{2}{3}$ der Fälle). Vor dem Schulbesuch ist die Krankheit sehr selten, in der Schulzeit wird sie etwas häufiger. Nach dem 30. Jahre nimmt die Häufigkeit mehr oder weniger schnell ab. Im Alter ist der Zoster wieder eine Seltenheit. In den einzelnen Regionen des Körpers ist der Zoster im Allgemeinen umso häufiger, je mehr Nervenstämmen die Region hat. Von dieser Regel macht bei JOSEPH (und anscheinend auch bei GREENOUGH) das Trigeminalggebiet eine Ausnahme durch auffällig starke Beteiligung. Es läßt sich dieses vielleicht darauf zurückführen, daß das Verbreitungsgebiet des Trigeminalggebietes unverhältnißmäßig viel mehr Schädlichkeiten und Erkrankungen ausgesetzt ist als irgend eins der anderen Gebiete.

Die beiden Körperhälften werden ziemlich gleich häufig befallen. Zoster bilateralis ist selten. Bei Aerzten und Wartepersonal kommt Herpes zoster als Berufskrankheit bei Gelegenheit von Zosterepidemien vor. Eine Prädisposition anderer Berufsarten ist bisher nicht zu erweisen. Die endgiltige Klarstellung dieses Punktes ist von der gewerbehygienischen Statistik zu erwarten. Frühjahr und Herbst ist die Zeit der Zosterepidemien. Der sporadische Zoster ist über das ganze Jahr ziemlich gleichmäßig vertheilt. Etwaige Steigerungen fallen in die Frühjahrs- und Herbstmonate.

G.

P. FEHRE (Berlin): Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern.

Aus dem seinen Untersuchungen zugrunde liegenden Krankheitsmaterial hat Verf. folgende Schlußfolgerungen gezogen („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 30):

Dieselben ätiologischen Momente und annähernd in demselben Umfange wie bei den Männern provociren, bezw. begünstigen scheinbar das Leiden auch bei den tabischen Frauen.

Unter allen Umständen spielt die Syphilis in der Aetiologie der Tabes bei den Weibern, sei es als unmittelbare Ursache, sei es als depotenzirendes Moment, eine eminente Rolle.

Puerperale Vorgänge bei den tabischen Frauen scheinen zum mindesten den Zustand verschlimmern zu können.

Mit der stärkeren Ausdehnung der Syphilis und mit der zunehmenden Betheiligung der Frau im wirtschaftlichen Leben des Volkes scheint die Zahl der Opfer der Tabes unter den Weibern relativ und absolut gestiegen zu sein. B.

Aus dem Institute zur Erforschung der Infectiouskrankheiten der Universität Bern.

N. SALTJKOFF: Versuche über mit Wachs überzogene Seidenfäden.

Weil man in vorantiseptischer Zeit gern mit gewachster Seide nähte und jetzt auf die Idee gekommen ist, die Hände des Operateurs mit Wachs zu überziehen, stellte S. auf Anregung KOCHER'S Versuche mit gewachsenen Seidenfäden an. Er fand, daß die Anwendung derselben keinen Vortheil bringt, weil der Ueberzug durchlässig für Bacterien ist, wohl aber zuweilen Schaden, weil Desinficientien durch eine Wachsschicht nicht durchdringen. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 59, H. 1/2.) R. L.

LANG (Petersburg): Beitrag zur Lichtbehandlung von Affectionen der Schleimhaut.

L. hat in 2 Fällen von Lupus der Nasenschleimhaut die FINSEN'sche Phototherapie mit Erfolg angewandt. Er benutzte dazu („Wratsch“, 1901, Nr. 14) eine kleine, aus Bergkrystall gefertigte Druckvorrichtung von 14 Mm. im Durchmesser, ähnlich denjenigen, die bei Hautlupus angewendet werden. Bei dem ersten, 29jährigen Pat., bei dem Affection der rechten Lungenspitze bestand, gelangte die lupöse Ulceration und Perforation des Hauttheiles der Nasenscheidewand nach 3monatlicher Behandlung vollständig zur Vernarbung; die Heilung ist bis auf den heutigen Tag constant geblieben. Bei dem zweiten Pat. mit lupösem Geschwür auf dem Knorpeltheil der Nasenscheidewand und mit Zerstörung des Hauttheiles der letzteren sind nach den bis jetzt vorgenommenen 29 Sitzungen die unteren zwei Drittel des Geschwüres vernarbt, während der obere Theil Körnung zeigt; wahrscheinlich wird die Heilung bald eine vollkommene sein. Lb.

R. PEIFFER: Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemitonia apoplectica (BECHTEREW).

Das Krankheitsbild besteht darin, daß nach einem apoplektischen Anfälle die betreffende Körperhälfte ohne beträchtliche Parese, ohne eigentliche secundäre Contracturen und ohne Athetose vermehrte Muskelspannung zeigt, die sich störend bemerkbar macht. In dem vorliegenden Falle („Neurol. Centralblatt“, 1901, Nr. 9) war sie erst nach dem dritten Anfälle dauernd geblieben und bestand rechts neben Hemianopsie; keine Steigerung der tiefen Reflexe. INFELD.

ADLER (Breslau): Ueber Appendicitis in nervösen Familien.

Mehrfache Erscheinungen brachten den Verf. („Neurol. Centralblatt“, 1901, Nr. 4) auf den Gedanken, daß eine Insufficienz der Darmmuskulatur, familiär oder auf nervöser Basis auftretend, es sei, welche eine Disposition für die Entstehung von Appendicitiden ab-

geben könne. Sie braucht nicht so stark zu sein, daß sie eine chronische Obstipation verursacht, wird sich aber am Proc. vermiformis unter Umständen insofern bemerklich machen, als sie den Wiederaustritt hineingelangten Darminhaltes verzögern und so zur Entstehung von Kothsteinen Anlaß geben kann. Bei der Entstehung eines peptischen Duodenalgeschwürs aber dürfte eine musculäre Pylorusinsufficienz das begünstigende Moment darstellen. INFELD.

Literarische Anzeigen.

Beiträge zur Bauchchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien. Von Prof. Dr. Hans Kehr, Oberarzt Dr. Berger und Dr. Welp. Berlin W. 35, 1901, Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld.

Der X. Jahresbericht aus KEHR'S chirurgischer Privatklinik enthält eine Fülle von interessanten Krankengeschichten, die für das Studium der Diagnostik der Gallensteinkrankheit dienen können und manche Andeutung über die Indicationen zu einem chirurgischen Eingriff aufweisen. Was die operative Technik anbelangt, glaubt KEHR in der Cholecystektomie verbunden mit Hepaticus-drainage das Normalverfahren für die chronisch recidivirende Form der Cholelithiasis gefunden zu haben.

Das Buch enthält außerdem einen Bericht über die bacteriologischen Untersuchungen der während und nach den Gallensteinoperationen gewonnenen Galle und eine Mittheilung über einen interessanten Fall von Mesenterialcyste aus der Feder des Oberarztes Dr. BERGER. ERDHEIM.

Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Aerzte. Von Prof. Ad. Czerny, Director, und Dr. A. Keller, Assistent der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau. Erste Abtheilung. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

Die Breslauer Schule hat in den letzten Jahren Manches zur Lösung der noch immer offenen Fragen der Säuglingsernährung und der Verdauungsstörungen des Kindesalters beigetragen und ist bei ihren Untersuchungen zum Theil ganz neue Wege gegangen. Das vorliegende, breit angelegte Handbuch fußt nur zum geringsten Theil auf den eigenen Einzelforschungen der Autoren, es entspringt einer eingehenden kritischen Prüfung der vorliegenden, das ganze große Gebiet der Säuglingsernährung umfassenden Literatur. Die Autoren haben sich der immensen, überaus dankenswerthen Mühe unterzogen, sozusagen unseren wahren Besitz an einwurfsfreien Thatsachen, die verläßlichen Ergebnisse auf dem im Titel angeführten Gebiete festzustellen, um mit Hilfe der gewonnenen Resultate und ihren eigenen Erfahrungen auf wissenschaftlich sicherer Grundlage die Lehre von der Ernährung und dem Stoffumsatz des gesunden und kranken Kindes aufzubauen.

Das vorliegende erste Heft enthält (I. Theil) die Capitel über die Ernährung des Kindes in den ersten Lebenstagen, bringt eine ausführliche Besprechung der Ernährung an der Mutter- und Ammenbrust, einen weiteren Abschnitt über die Functionen und den Bau des Magendarmtractus und seiner Adnexe unter physiologischen Verhältnissen, in dem sich alles Wünschenswerthe aus der zerstreuten Literatur vereinigt findet. Die chemische Zusammensetzung des Körpers beim menschlichen Fötus und Neugeborenen ist erst in jüngster Zeit Aufgabe von Untersuchungen geworden, und deren Resultate werden im 4. Capitel kritisch gewürdigt. Endlich gelten noch die letzten Abschnitte des ersten Heftes der Besprechung des Meconium und der Albuminurie der Neugeborenen.

Seit GERHARDT'S Handbuch der Kinderkrankheiten ist nicht der Versuch gemacht worden, unsere Kenntnisse auf dem wichtigsten Gebiete der Säuglingsernährung, der Verdauungsstörungen des Kindesalters und der mit der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels in engem Connex stehenden Affectionen des Kindes-

alters auf der breiten Basis eines Handbuches zu fixiren. Das dunkle Gebiet wurde seither von den verschiedensten Seiten und mit Hilfe der verschiedensten fachwissenschaftlichen Methoden (Chemie, Anatomie, Klinik) angegangen, und es war ein oft empfundenes Bedürfniß nach einer kritischen Sichtung des Besizes und einer eingehenden wissenschaftlichen Darstellung des im Titel des Buches umschriebenen Gebietes vorhanden. Wenn das ganze Werk uns bringt, was das überaus gute erste Heft verspricht, müssen wir den Autoren für ihre Leistung dankbar sein.

Die Ausstattung des Handbuches ist gut. NEURATH.

Die Traumen der männlichen Harnröhre. Historische anatomische und klinische Untersuchung von **Dr. M. A. Wasiliew**, Prof. e. o. der Chirurgie an der kais. Universität zu Warschau. II. Theil. Mit einer lithogr. Tafel und 20 Abbild. im Text. Berlin 1901, August Hirschwald.

Der II. Theil der Monographie, der die Rißwunden der Harnröhre, einschließlich der „falschen Wege“ und die Verletzungen bei Einklemmung des Gliedes abhandelt, enthält eine Fülle interessanter Krankengeschichten aus der gesammten Literatur.

dh.

Feuilleton.

Helmholtz.

Zum 50jährigen Jubiläum der Erfindung des Augenspiegels.

(Schluß.)

III.

1849 wurde HELMHOLTZ zum Professor der Physiologie und Pathologie an der Königsberger Universität ernannt, wo er sechs Jahre mit Eifer und Begeisterung forschte und lehrte. Im Anfang des genannten Jahres verheiratete er sich mit Olga von Velten aus Potsdam, die ihn zehn Jahre lang — bis zu ihrem Tode — beglückte und ihm zwei Kinder schenkte. Er liebte das ruhige, geregelte Familienleben, gleichgeartete Gesellschaft und die Musik; er selbst spielte vortrefflich Clavier und sang auch zuweilen. Die Hauptsache blieb ihm aber stets die wissenschaftliche Arbeit, und die Zahl seiner Untersuchungen von großer Tragweite ist geradezu erstaunlich. Er hatte das Glück oder den Instinct, recht häufig jungfräulichen Boden zu betreten, und er bebaute ihn dann gewöhnlich so gründlich, daß seinen Nachfolgern kaum mehr etwas zu thun übrig blieb. Darum wirkte er in so vielen Dingen bahnbrechend. Seine Untersuchungen der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Nervenagens beendete er im Jahre 1850. Hatte man sie bis dahin für blitzartig gehalten, so wies H. am Froschschenkel — und später auch in den Nervenstämmen des lebenden Menschen — experimentell nach, daß diese Annahme irrig war und bestimmte den viel geringeren Grad der Schnelligkeit genau. Seine Forschungen ermöglichten es nachmaligen Gelehrten, die zu gewissen Reflexthätigkeiten, sogar zu den mit dem Willen, der Unterscheidung und anderen seelischen Kundgebungen verbundenen Aeußerungen erforderliche Zeit zu messen. Zu diesen Messungen wurden und werden allerlei verbesserte, sinnreiche Instrumente verwendet, aber sie lassen sich durchweg auf die befruchtenden Leistungen H.'s zurückführen, in dessen Experimenten die Methoden der modernen Psychophysiker ihren Ursprung haben.

Bereits ein Jahr darauf schenkte H. der Menschheit eine ungemein segensreiche Erfindung: die werthvollste seiner Schöpfungen — den Augenspiegel. Hätte er überhaupt nichts anderes gethan, so würde sein Name schon unsterblich geworden sein. Und doch verdankte er diesen Haupttreffer nicht etwa langwierigen Untersuchungen, sondern lediglich dem Wunsch, seinen Hörern eine physiologische Erscheinung möglichst anschaulich vorzuführen. Hatte er jedoch eine problemschwangere Idee einmal gefaßt, so ruhte er nicht, bis das betreffende Problem gelöst war. Die Erfindung des Augenspiegels ist auch ein Beleg für seine auffallende Gabe, das Theoretische mit dem Praktischen zu verbinden. Dabei strebte er nie unmittelbar praktische Zwecke an; ihm war es vielmehr stets ausschließlich um die reine Wissenschaft zu thun. Das verhinderte indes nicht, daß viele seiner Forschungsergebnisse für die Praxis von größter Wichtigkeit geworden sind. In erster Reihe gilt dies vom Augenspiegel, ohne welchen seit nahezu einem halben Jahrhundert kein Arzt sein kann. Des Erfinders Originalabhandlung darüber führt den Titel: „Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge.“ Berlin 1851. Sehr eingehend behandelte er den Gegenstand in seinem „Handbuch der physiologischen Optik“, dessen erste Abtheilung 1856

erschien. Von welcher Tragweite das Ophthalmoskop für die Augenheilkunde geworden ist, weiß man allgemein. Als der große Augenarzt GRAEFE mittels dieses herrlichen Instrumentes zum erstenmal den Augengrund eines lebenden Menschen erblickte, rief er freudig erregt aus: „HELMHOLTZ hat uns eine neue Welt eröffnet! Jetzt bleibt nichts mehr zu entdecken übrig!“ Auf dem Heidelberger Ophthalmologengongreß von 1858 überreichte derselbe GRAEFE dem großen Physiker im Namen des Congresses einen Becher mit der Inschrift: „Dem Schöpfer einer neuen Wissenschaft, dem Wohlthäter der Menschheit in dankbarer Erinnerung an die Erfindung des Augenspiegels.“ Auf dem Heimweg sagte er zu seiner Frau: „Das ist mehr werth als eine Ordensauszeichnung, denn es ist eine Auszeichnung seitens maßgebender Fachleute.“

Von 1851 bis zu seinem Abgang nach Bonn (1856) befaßte er sich vornehmlich mit Forschungen im Gebiete der physiologischen Optik, zuweilen aber auch mit Elektrizitätsproblemen. Auf zwei Abhandlungen über die Inductionsrolle (1851) ließ er eine ebenso interessante wie scharfsinnige kritische Uebersicht der bis dahin erzielten Fortschritte in der thierischen Elektrizität folgen. Nach eingehenden Untersuchungen über die Anatomie und die Physik des Auges erfand er bereits 1852 das zur Messung des Krümmungsdurchmessers der Hornhaut dienende Ophthalmometer. Auch sonst war dieses Jahr reich an wichtigen Beiträgen zur Wissenschaft, denn es brachte noch Schriften über die Wärmelehre in ihrer Anwendung auf lebende Wesen, über die Natur der Farbenempfindung und über die Farbenercheinungen. H.'s erste akustische Studien zielen ebenfalls ins Jahr 1852 und er setzte sie bis 1863 fort, um dann sein hochberühmtes Buch „Die Lehre von den Tonempfindungen als physiologische Grundlage für die Theorie der Musik“ herauszugeben — das grundlegende Werk in der Akustik. Zunächst aber blieb ihm die Optik Hauptsache. Außer dem Augenspiegel und dem Ophthalmometer erfand er das Phakoskop — eine Verdunkelungsvorrichtung, welche die Anpassung der Linse noch besser zeigt als eine Dunkelkammer. Er wies klar nach, wieso die Anpassung des Auges an verschiedene Entfernungen zustande kommt und erzielte damit eine der größten Errungenschaften der modernen Physiologie. Dieselbe fand allseitige Bestätigung und führte zur Beseitigung aller anderen einschlägigen Theorien. Die H. kennzeichnende, wahrscheinlich einzig dastehende Verbindung gründlicher Kenntnisse in der Anatomie, der Physiologie, der Physik und der Mathematik machte ihn für die Erforschung des Accommodationsmechanismus und der Farbenempfindungen ganz besonders geeignet.

Um jene Zeit beschäftigte er sich auch mit den Erscheinungen der Inductionsströme, namentlich mit ihrer Dauer, ferner mit den physiologischen Wirkungen äußerst kurzer elektrischer Schläge aus großen Conductoren auf den menschlichen Körper und mit der Beobachtung der menschlichen Fortbewegung. Er beglückte das an seinem Königsberger Laboratorium vorübergehende Publicum durch ein Fernrohr und kam dadurch in die Lage, die einschlägigen Veröffentlichungen WEBER's in mehreren Punkten richtigstellen zu können. Die von H. erzielten, den Gang betreffenden Ergebnisse wurden von Professor MAREY und lange nachher durch die Momentphotographie bestätigt. 1855 schrieb H. drei neue Abhandlungen über Farbenempfindung. Ein Jahr vorher hatte er, während er sonst allsommerlich in die Schweiz zu gehen pflegte, die erste seiner zahlreichen Reisen nach England gemacht, wo er mit dem berühmten Physiker WILLIAM THOMSON (jetzt Lord KELVIN) sehr befreundet war.

1856 übersiedelte er als Universitätsprofessor der Physiologie nach Bonn, wo er drei Jahre lang verblieb, welche ebenfalls von rastloser wissenschaftlicher Thätigkeit erfüllt waren. Hier verlegte er sich hauptsächlich auf die Ausgestaltung seiner akustischen Untersuchungen. Auf diesem Felde eroberte er eine neue Welt, und er eroberte sie so vollständig, daß die Lehre vom Gehörsinn ihren heutigen Stand im Wesentlichen seinen Leistungen verdankt. Von dem MÜLLER'schen Princip der specifischen Energien geleitet, gelangte er mit Hilfe seiner eigenen reichen medicinisch-physikalisch-mathematisch-biologischen Kenntnisse zu bahnbrechenden Resultaten. Auf seine erste physikalisch-akustische Abhandlung (1854) folgten von 1856—1862 dreizehn weitere über diesen Gegenstand, bis endlich 1863 das vorhin erwähnte Buch „Die Lehre von den Tonempfindungen“ erschien. Erst sechs Jahre nachher wurde ein Aufsatz über die Mechanik der Knochen des Mittelohres und des Trommelfells veröffentlicht — eine Arbeit von hoher anatomischer und akustischer Bedeutung. Der Verfasser der uns als Leitfaden dienenden Biographie schreibt:

„Es hält schwer, dem Leser einen hinlänglichen Begriff zu geben von H.'s Werken über die Optik und den Gehörsinn. Um dieselben in ihnen angehäuften Stoffreichthum würdigen zu können, muß man sie lesen und immer wieder nachschlagen . . . Aber der Hauptreiz dieser hochverdientlichen Schriften liegt in der Frische der Darstellung. Der Leser hat die Empfindung, dass alles aus erster Hand ist; kaum eine Seite, die nicht durch Ergebnisse persönlicher Beobachtungen belebt wäre. Ueberall fühlt man, daß man es mit einem Meister zu thun hat — sowohl in der Erklärung eines Gegenstandes, als auch in dessen mathematischer Behandlung. Dabei ist für H. die literarische Bescheidenheit bezeichnend, mit welcher er häufig die gründliche mathematische Darstellung einer schwierigen Frage in einen Anhang am Capitelschluß verweist, wengleich sie nicht nur den Kern der Sache enthalten, sondern auch von Anregungen für andere Forscher erfüllt sein mag.“

Mit vielen der physiologischen Grundlagen die er der Akustik gab, leistete er der Aesthetik mittelbar ausgezeichnete Dienste. Dazu befähigte ihn unter Anderem auch der Zufall, daß er selbst sehr musikalisch war, und zwar nicht nur ausübender Spieler, sondern auch ein genauer Kenner der Musiktheorie und der Musikliteratur. Seine musikalischen Kenntnisse bilden ein Glied mehr in der Kette seiner ebenso seltenen wie verblüffenden Vielseitigkeit. Von hoher Wichtigkeit war seine Erläuterung — die erste gemeinverständliche — des Mechanismus des inneren Ohres und seine Ersetzung der Sirene Cagniard de la Tours durch die von ihm selbst erfundene vielstimmige Sirene, mit der seither in jedem physikalischen und physiologischen Laboratorium die Schwingungen der Töne gezählt werden. Hand in Hand mit den Untersuchungen über das Gehör gingen solche über das Wesen der Luftschwingungen, und das brachte ihn auf eine neue Theorie der Vocalklänge, mittels welcher die zur Aussprache eines Selbstlautes nöthige Mundstellung so klar und genau erklärt wird, daß auch die feinsten Nüancen beachtet werden können — ein einleuchtend großer Vortheil beim Erlernen von Sprachen. Also auch diesem, seinem Thätigkeitskreis so fernliegenden Fach war H. von Nutzen! Dazu kamen damals und später — vorwiegend in seiner Heidelberger Zeit — Arbeiten über die Verwandtschaft der musikalischen Töne, die unterschiedlichen Grundsätze des musikalischen Stils in der Entwicklung der Musik, die Klangfarbe gleichklingender Musik, die Musik der Griechen, die Consonanten-Dreiklänge, die Schlüssel, die Dissonanzen, die Gesetze der Fortschreitung und die ästhetischen Beziehungen der Musik.

Die vorstehend erwähnten Studien erschienen nachmals durchweg in dem großartigen Werk über die Tonempfindungen gesammelt. Schon die bloße Inhaltsangabe kennzeichnet die Fülle und Bedeutung dieses Buches, welches überdies zahlreiche Beispiele mathematischer Behandlung des umfassenden Stoffkreises enthält. Auch finden wir darin eine Abhandlung über die Bewegung der Violinsaiten mit einer graphischen Darstellung des Schwingungsvorganges.

Er erforschte ferner mathematisch die Dämpfungstheorie, schätzte die Höhe der Obertöne unmittelbar nach dem Anschlagen

der Stimmgabel und erfand einen elektrischen Unterbrecher behufs Erzielung eines Wechselstromes, ohne durch die Erzeugung von Funken Geräusch hervorzurufen. 1860 veröffentlichte er eine hervorragende Studie über die Bewegungen der Luft in offenen Orgelpfeifen. Ein andermal untersuchte er die Verhältnisse, unter denen beim Clavier der Hammer die Saiten berührt. Auch erfand er ein Vergrößerungsglas zur Prüfung der Schwingungspunkte an beliebigen Gegenständen, insbesondere der Geige. Die Ermittlung des mathematischen Schnelligkeits- und Dichtigkeitsverhältnisses bei der Fortpflanzung kleiner Störungen in der Luft oder in Gasen gelang ihm ebenfalls. Desgleichen die Bestimmung der besonderen Art des Vorganges bei vielen Musikinstrumenten. Die ganze Lehre vom Vorgang beim Gebrauch von Zungenpfeifen hat die Wissenschaft HELMHOLTZ zu verdanken, der überdies noch viele andere Beiträge zur Physik der Musik lieferte. Ist es da verwunderlich, daß die große Steinway'sche Clavierfabrik seine außerordentlichen Verdienste auf diesem Gebiet durch die Schenkung eines herrlichen Flügels anerkannte?

Daß unser Meister sogar auch auf dem längst für völlig erschöpft gehaltenen Felde der Anatomie noch reichliche Aehren zu lesen vermochte, habe ich schon angedeutet. Nachzutragen wären in diesem Punkte aus seiner Bonner Zeit zwei Abhandlungen über den Bau des Brustkastens und über die Armmuskulatur. Seine einschlägigen Feststellungen sind längst in alle Lehrbücher der Anatomie übergegangen.

In sehr weitgehender Weise interessirte er sich für die Bewegungen des Augapfels und er brachte es zuwege, einige der schwierigsten Fragen zu lösen, die mit dem einfachen Sehen mit zwei Augen zusammenhängen. Nach seiner eigenen Aussage hatte er die Gabe, alles von der geometrischen Seite zu betrachten, und das erleichterte ihm die Behandlung derartiger optischer Probleme erheblich. Zwischen 1862 und 1881 veröffentlichte er eine größere Anzahl von hiehergehörigen Studien über den Horopter (Punkt des Zusammentreffens beider Sehflächen), die Bewegungen des Menschenauges (mit vielen sinnreichen Experimenten), den Einfluß der Orientirung der Augäpfel auf die Projection der Netzhautbilder, das stereoskopische Sehen u. dgl. m. Auch erfand er das für entfernte Objecte berechnete Teleskop — ein eine Vereinigung von Prismen enthaltendes Instrument, das die Gegenstände doppelt und im Relief zeigt. Im Laufe der Zeit kam er zur Ueberzeugung, daß die scheinbare Vereinigung zweier Netzhautbilder keine anatomische Ursache habe, sondern einem geistigen Vorgang zuzuschreiben sei. Ganz besondere Hervorhebung verdienen seine zwei Schriften über die optischen Principien des zusammengesetzten Mikroskops (1873 und 1874), in denen er die Grenzen der Vergrößerung bestimmte. (Diese Arbeiten waren ganz unabhängig von denen des Jenaer Professors ABBE — des hochsinnigen Schöpfers der mustergiltigen Zeiß-Stiftung, der im Mikroskopbau als die größte Autorität anerkannt ist.) In einer Abhandlung über das Verhältniß der Optik zur Malerei wies er die Einschränkungen nach, denen bei künstlerischen Darstellungen die Naturtreue unterworfen ist.

Alle bisher aufgezählten Leistungen des großen Feuergeistes genügen noch nicht zu einem erschöpfenden Bilde seines Thätigkeitskreises. Er trat auch mit philosophischen Arbeiten hervor, von denen namentlich die auf die KANT'sche Raumtheorie bezüglichen betont werden müssen; ferner mit ästhetischen. Er liebte die Kunst in allen ihren Formen, war mit den betreffenden Werken SCHELLING's, KANT's, HEGEL's und SCHOPENHAUER's vertraut, und ließ sich — trotz vieler Abweichungen von deren Ansichten — von ihnen in hohem Maße beeinflussen. Seine Auffassungen vom Schönen lehnen sich im Allgemeinen an die KANT'schen an. Auch erkannte er mit HERBART an, daß die Ethik in der Aesthetik eine wichtige Rolle spielt oder spielen sollte. Sogar die Erforschung der Ursache des Heufiebers verschmähte er nicht — vielleicht weil er selbst an diesem Uebel litt, das ihm während der Ferien sehr oft den Landaufenthalt verdarb. 1869 entdeckte er bei Leidensgenossen den Krankheitserreger: pflanzliche Mikroorganismen im Schleim der Nasenabsonderungen. Durch die Anwendung einer Chininsulphatlösung (Verhältniß 1 Theil zu 800 Theilen Wasser)

befreite er sich dann binnen kurzer Zeit gänzlich von dem lästigen Heufieber. Er war offenbar ein Universalgenie und man kann das Gebiet seiner Leistungen fast als unübersehbar bezeichnen.

IV.

Von 1859 bis 1871 wirkte HELMHOLTZ in Heidelberg als Professor der Physiologie. In diesem Zeitraum ließ er nahezu 60 Arbeiten erscheinen, darunter 24 physikalische; desgleichen die bereits erwähnten großen Werke über Optik und Akustik. Zwischenhinein hielt er in England einige gelehrte, und in Deutschland zahlreiche populäre Vorträge. Ueber diese Periode seines Lebens sagt MC. KENDRICK in dem vorliegenden Meisterwerk: „Es war dies für ihn gewissermaßen ein Uebergangsstadium. Ein geborener Physiker, wie er selbst zu betonen pflegte, beschäftigte er sich immer mehr mit diesem Zweig der Wissenschaft, und zwar mit immer tieferen Problemen. Von 1866 an widmete er sich fast ausschließlich der Physik, zu der er sich am meisten berufen fühlte.“ Es kann daher nicht überraschen, daß er 1871, nach MAGNUS' Tode, auf den Lehrstuhl der Physik an der Universität Berlin berufen wurde. Obgleich er wußte, daß er der erste Physiker Deutschlands sei und Weltruh genieße, verließ er nur ungern und lediglich infolge des Zuredens DU BOIS-REYMOND'S das ihm wegen seiner Ruhe und seiner waldigen Umgebung liebgewordene Heidelberg, um an der Stätte seines einstigen Studententhums die Rolle des Lehrers zu übernehmen. Zehn Jahre vorher hatte er sich in zweiter Ehe mit Anna v. Mohl aus Stuttgart vermählt. Diese geistig hochbegabte Dame war seiner würdig, stand ihm hilfreich zur Seite und schenkte ihm ebenfalls zwei Kinder. Die Tochter heiratete einen Sohn WERNER v. SIEMENS, während der Sohn — ein tüchtiger Mathematiker und Physiker — leider im 27. Lebensjahre starb: ein Schlag, von welchem HELMHOLTZ sich wie es heißt, nicht mehr erholen konnte.

Das Jahr 1887 brachte Abwechslung in sein Leben, indem sein alter Freund und nunmehriger Verwandter WERNER v. SIEMENS in Charlottenburg bei Berlin das bekannte ausgedehnte physikalisch-technische Institut gründete und H. zu dessen Leiter machte. Neben seiner akademischen Lehrthätigkeit versah er dieses Amt an der Spitze von fünfzig Angestellten, die ihn liebten und verehrten. Sie schätzten sich glücklich, wenn er sie durch ein anerkennendes Wort ermunterte oder durch einen freundlichen Blick, einen Händedruck belohnte. Obgleich die Arbeit in Charlottenburg zum Theil gar sehr von der gewohnten abwich, denn sie war vielfach administrativer Art, vollbrachte er sie mit derselben Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit, die ihn jederzeit und in allem gekennzeichnet hatte. Er wußte, daß er mit seinen Leistungen an diesem Institut der Oeffentlichkeit ebenso diene wie mit seinen rein wissenschaftlichen, und das veranlaßte ihn zu der stets geübten Pflichttreue. Dabei fand er mit seiner ungeheuren Arbeitskraft Zeit, seine selbständigen Forschungen fortzusetzen und eine Reihe tiefgründiger, streng mathematischer Untersuchungen über Fragen der Physik anzustellen, z. B. über die Bewegungen von Flüssigkeiten in flüssiger oder luftiger Form, über die Beschaffenheit des Aethers und sein Verhalten in der Elektro- und der Wärmedynamik, über einige mit dem Licht verbundene Erscheinungen, über die der Mechanik zugrunde liegenden Grundsätze der Atombewegungen, über die Natur der Wolken und mehrere andere naturwissenschaftliche Probleme. Er blieb bis zu seinem Tode schöpferisch thätig und verstieg sich in der Wahl seiner Forschungsobjecte immer höher.

Angesichts seiner hohen Geistesgaben, seiner glänzenden wissenschaftlichen Thätigkeit, seines Gesinnungsadels und seines stillen, bescheidenen Wesens konnte es ihm nicht an äußeren Zeichen der Anerkennung fehlen, am wenigsten anläßlich seines 70. Geburtstages (31. August 1891). Diese Gelegenheit wurde zum nationalen Ereigniß und brachte ihm auch aus dem Ausland eine Fülle von Ehrenbezeugungen in Gestalt von Orden, Ernennungen, Adressen etc. Es wurde auch eine eigene goldene HELMHOLTZ-Medaille für hervorragende wissenschaftliche Leistungen gestiftet, und DU BOIS-REYMOND überreichte ihm deren erstes Exemplar nach einer geistvollen Ansprache bei einem Galabankett, bei welchem übrigens

auch die HILDEBRANDT'sche Marmorbüste des Jubilars enthüllt wurde. (Am 6. Juni 1899 enthüllte Kaiser Wilhelm sein Marmorstandbild, das vor der Berliner Universität in der Nähe der beiden HUMBOLDT-Statuen steht.) 1893 besuchte HELMHOLTZ die Chicagoer Weltausstellung und besichtigte sodann einige der großartigsten Landschaften Canadas und der Vereinigten Staaten. Kurz vor dem Landen des ihn in die Heimat zurückbringenden Dampfers in Hamburg fiel er während eines plötzlichen Schwindelanfalles die Kajütenstiege hinab, wobei er sich eine Gehirnerschütterung und eine mit starkem Blutverlust verknüpfte Kopfwunde zuzog. Er genas zwar, aber die Arbeit wurde ihm immer schwerer. Aus jenen Tagen (7. Juli 1894) stammt die vorzügliche Photographie H.'s, welche MC. KENDRICK seinem Buche in einer ebenso guten Radirung beifügt; sie zeigt ihn im Universitätslaboratorium aufrecht stehend, von mathematischen Aufschreibungen umgeben. Noch im Juli erlitt er einen Schlaganfall und am 8. September starb er, etwas über 73 Jahre alt geworden. Ohne jenen Unfall auf dem Schiff würde er vielleicht noch heute in voller Schaffenskraft leben und arbeiten. Kleine Ursachen, große Wirkungen! Sein Tod brachte der naturwissenschaftlichen Gelehrtenwelt einen unersetzlichen Verlust.

Ueber seine äußere Erscheinung spricht sich sein englischer Biograph folgendermaßen aus: „Dieselbe war ein Spiegel seiner Geistesstärke. Ueber Durchschnittsgröße hatte er einen kräftigen, gerade aufgerichteten Körper. Seinen prachtvollen, mächtigen Kopf pflegte er hoch zu tragen, so daß er stets imponirte. Das Haupt war von vollkommener Form, das Auge voll Intelligenz und weniger glänzend als tief und nachdenklich. Bei aller Würde und Kühle hatte sein Gehaben etwas Höfliches.“

Sein mathematisches Talent war ein so außerordentliches, daß er, wenn er ausschließlich Mathematiker geworden wäre, ebenso hohen Ruhm errungen hätte wie als Physiker u. s. w. In Wirklichkeit aber gehörte es zu seiner Arbeitsmethode, die Mathematik der Untersuchung physikalischer Dinge zu unterordnen und ihre abstracten Leistungen lediglich als Mittel zum Zweck zu betrachten. Ad vocem Arbeitsmethode: Er schilderte diese in einer Bankettrede. Wenn sich seinem Geist ein Problem darbot, drehte er es nach allen Seiten herum. Mehrere Tage lang dachte er über dasselbe und über die Einzelheiten der voraussichtlich nothwendig werdenden Experimente nach. Handelte es sich um schwierigere Fragen, so konnte er die Lösung nie finden, wenn sein Hirn ermüdet war oder wenn er auch nur die kleinste Menge Alkohol genossen hatte, und sehr selten, wenn er am Arbeitstisch saß. Am besten konnte er am Morgen bei frischem Geist und auf Spaziergängen im Freien bei sonnigem Wetter nachdenken und die Wahrheit ergründen. Dann schrieb er das Ergebnis nieder, wobei er sich die größte Mühe gab, seine Gedanken möglichst richtig und genau auszudrücken. In Bezug auf literarischen Styl war er ungemein wählerisch. Dies gilt auch von seinen populären Vorträgen. Solche hielt er häufig, denn es dünkte ihm nicht unter seiner Würde, einen Theil seiner Zeit darauf zu verwenden, dem gebildeten Mittelstand die Ergebnisse seiner Forschungen persönlich mitzuthemen. Seine einschlägigen Darbietungen, die er von Zeit zu Zeit in Buchform sammelte, haben großes Aufsehen erregt, weil sie auf der höchsten Stufe standen und auch in literarischer Hinsicht Musterschöpfungen waren, abgesehen von dem hohen Reiz und Interesse, die darin lagen, daß sie nur die Resultate eigener Untersuchungen behandelten.

Nach MC. KENDRICK'S Meinung liegt eines der Geheimnisse der wunderbaren wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit seines berühmten Berufsgenossen darin, daß bei ihm der Professor mit dem Forscher gepaart war. Er habe eigene Untersuchungen angestellt, weil er den Wunsch hegte, über alles aus erster Hand sprechen zu können, statt bloß die Ansichten anderer vorzubringen. So habe seinen akademischen Vorlesungen stets eine gewisse Frische innegewohnt und dabei sei durch ihn die Wissenschaft fortwährend bereichert worden. „Sein Beispiel“, fügt der englische Professor hinzu, „spricht kräftig für die Vereinigung der Lehrthätigkeit mit der praktischen Arbeit. Wie in vielen anderen Fällen, förderte diese Verbindung auch bei ihm die Wissenschaft.“

Die Geistesigenschaften, die ihn schon in der Jugend auszeichneten, blieben ihm allezeit erhalten: die Liebe zur Natur, die Sehnsucht nach Erforschung ihrer Geheimnisse, die Ausübung eines Zwanges auf sie, sich ihm zu enthüllen, die fabelhafte Arbeitsfreudigkeit und Arbeitsfähigkeit. Durchaus nicht wunderlich klingt aus dem Munde eines so außergewöhnlichen Helden der Arbeit das folgende, in einer Festversammlung gesprochene, für ihn höchst charakteristische Lob der Arbeit, mit welchem ich meine Schilderung seines Lebens und Wirkens schließe:

„Bloß die Arbeit, die ernste, zielbewußte, gewährt uns innere Befriedigung, welche aus dem Gefühle treuer Pflichterfüllung entspringt und in uns das Bewußtsein unseres sittlichen Werthes rege macht, das im Gemüthe zur Selbstachtung wird. Das eben ist der Segen, welcher in der Arbeit liegt und der sich mit Schätzen der Welt nicht erkaufen läßt. Denn dies Bewußtsein gibt uns Lust zum Schaffen und schenkt uns Muth und Selbstvertrauen; aus ihm schöpfen wir immer wieder neue Kraft und Elasticität, um nicht zu erlahmen in dem Kampfe mit den Mühsalen und den Widerwärtigkeiten des Lebens, während Unthätigkeit und Genuß abstumpfen und verweichlichen oder auf Abwege führen. In der Sucht nach mühelosem Gewinn liegt ein Fluch. Das Bewußtsein treuer Pflichterfüllung gewährt uns aber auch die volle und reine Empfindung und den unverdorbenen Genuß der Freuden, welche das Leben bringt. Das ist ein besonderer Segen, welcher ebenso auf der Handarbeit des Tagelöhners, wie auf der Geistesarbeit des Gelehrten und nicht minder auf dem stillen Walten der Hausfrau ruht!“

LEOP. KATSCHER.

Kleine Mittheilungen.

— In der **Jodtherapie der Arteriosklerose** zieht HUCHARD dem Jodkalium das Jodnatrium vor („Klin.-therap. Woch.“). Es ist weniger schädlich für den Magen, auch ist es längere Zeit hindurch anwendbar, weil die Kalisalze auf die Dauer toxisch wirken können. Außerdem scheint das Jodnatrium leichter assimilierbar zu sein und nicht so leicht Jodismus zu verursachen. Man verordnet eine Lösung von 3 Grm. Jodnatrium auf 300 Grm. Wasser und läßt Morgens und Abends je einen Eßlöffel, also 0.30 Jodnatrium 3 Wochen im Monate nehmen. In dieser Weise verabreicht, kann man das Jodnatrium monatelang anwenden, wodurch die Arteriosklerose zwar nicht beseitigt wird, aber der arterielle Druck herabgeht und der Zustand des Kranken merklich gebessert wird. Wenn der Erfolg kein sehr evidenter ist, so kann man manchmal mit Jodkali abwechseln. Bei Aneurysmen, ob syphilitischen Ursprunges oder nicht, muß man Jodkalium anwenden, weil dieses eine energischere Wirkung besitzt und rascher wirkt. Die Wirkung scheint insbesondere auf die Gefäßwand ausgeübt zu werden. Man muß das Mittel in ziemlich hohen Dosen geben und gleichzeitig eine Milch- und vegetabilische Diät verabreichen, die wegen Fehlens von Toxinen der Fleischdiät vorzuziehen ist. Ferner ist zu bemerken, daß das Jodnatrium keinerlei antiluetische Wirkung hat, und daß dort, wo Lues in Betracht kommt, Jodkalium den Vorzug verdient.

— Die **Behandlung des Ulcus molle** stößt oft auf Schwierigkeiten, weil die Patienten das Mittel, welches ein Specificum gegen die Krankheit genannt werden kann, das Jodoform, aus äußeren Gründen sehr häufig perhorresciren. Wir müssen deshalb häufig zu anderen Methoden greifen, welche direct zerstörend wirken. Die beste Methode nach dieser Richtung ist wohl die von NEISSER empfohlene Aetzung mit reiner Carbonsäure, weil dieses Mittel relativ schmerzlos und doch energisch wirkt, ohne eine nennenswerthe, eventuell einen Primäraffect vortäuschende Infiltration des Geschwürsrandes hervorzurufen. Von anderer Seite ist Hitze, theils in Form von Bestrahlung mittels Paquelin, theils in Form heißer Spülungen mit Kali hypermanganicum- oder Sublimatlösung empfohlen worden. v. POOR hat nun nach dem Vorgange von SAALFELD Erfrierung mittels des Aethylchlorid angewandt („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 7), er bestäubt das Ulcus mehrere Tage hintereinander, bis die Secretion serös

wird, dann wird mit irgend einem Pulver nachbehandelt. Durchschnittlich in 10—12 Tagen tritt Heilung ein. POOR glaubt, daß nicht etwa das Contagium das Ulcus molle vernichtet, sondern daß durch die Erfrierungen eine Entzündung des Gewebes hervorgerufen wird, die den Heilungsproceß beschleunigt.

— Ihre **Erfahrungen über Puro in der Kinderpraxis** veröffentlichten LANDAU und SCHUDMAK („Die Heilkunde“, 1901, Nr. 6). Die Analyse, die FRESSENIUS mit Puro anstellte, ergab 33.29 Eiweißkörper, 2.28 in kaltem Wasser unlösliche Stoffe, 21.23 coagulirbares Eiweiß, 2.96 Leim, 6.82 Pepton, 19.16 Fleischbasen etc., 1.16 Fett, 0.012 Kieselsäure, 0.053 Eisenoxyd, 0.005 Thonerde, 0.037 Kalk, 0.249 Magnesia, 3.919 Kali, 1.428 Natron, 0.273 Ammoniak, 3.129 Phosphorsäure, 1.87 Schwefelsäure und 1.202 Chlor. — Aus der Publication der Autoren erhellt die anregende Wirkung des Mittels sowohl auf die secretorische, als auch auf die motorische Thätigkeit des Magens von selbst. Da Puro ein condensirtes Eiweißpräparat ist, welches nebenbei viel Salze und Extractivstoffe enthält, so übt es deshalb auf die träge Schleimhaut einen Reiz aus, wodurch die Acidität des Magensaftes gesteigert und die Motilität angeregt wird. Es ist dies eine ähnliche Wirkung wie bei den Amara, welchen wir ebenfalls in diesem Sinne eine appetitanregende Wirkung zuschreiben. Es ist daher am besten, das Mittel $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunden vor anderen Speisen in Suppe oder auf Brod zu verabreichen, damit dieselben im Magen das Optimum der Verdauung antreffen.

— Zur Behandlung der acuten und chronischen Affectionen der Luftwege und der Lungen empfiehlt SCHENK in Köln („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 30). **Inhalation von Medicamenten in fester Form** und behauptet, daß sich mit dieser Methode wesentlich bessere Resultate erzielen lassen als mit anderen Methoden. Die Medicamente, welche zur Inhalation verwendet werden, sind je nach der Indication verschieden. Vorzugsweise kommen zur Anwendung: Natrium bicarbonicum, Alumen ustum, Acid. boricum, Tinct. Myrrhae, Acid. tannicum, Jodoform, Ol. menth. pip., Ol. cinnam. etc.; als Constituens dient Saccharum album oder Amylum trit. Die Application erfolgt mittels eines eigenen Pulverinhalationsapparates. Man rechnet je 1 Grm. Pulver auf 100 Athemzüge. Beispiele der Medication sind:

Rp. Acid. tannic. 1.0
Jodoform 0.5
Sacch. alb. ad 20.0
Mf. pulv. subtiliss.
S. 2—3mal täglich 10—30 Athemzüge.

oder

Rp. Natr. bicarb.
Tinct. Myrrhae aa. 2.5
Sacch. alb. ad 20.0

oder

Rp. Ol. menth. pip. gttss. III
Ol. cinnam. gttss. II
Sacch. alb. ad 20.0
Mf. pulv. subtiliss.
S. 2—3mal täglich 20—50 Tropfen.

— In der **Therapie des Keuchhustens** bevorzugt ZANGGER („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1901, 15. Juni) das Chininum muriaticum. Er gibt es in Lösungen von 1:100, resp. 1:200, wovon er täglich 2 Grm. vor den Mahlzeiten nehmen läßt. Ebenso günstige Resultate wie das Chinin weist die Hydrotherapie auf. Es werden Ganzeinwicklungen von 24—22° R. vorgenommen, deren Temperatur täglich von 20 bis auf 10—12° R. herabgesetzt wird. Namentlich empfiehlt Verf. die Combination der Chininbehandlung mit Hydrotherapie. An Stelle des Chinins kann auch Euchinin gebraucht werden, welches den Vortheil annähernder Geschmackslosigkeit hat und von den Pat. auf einem Eßlöffel Wasser ohne Anstand genommen wird.

— Bei **Herpes zoster** gibt HELLMER („Blätter für klin. Hydrotherapie“, 1901, Nr. 4) Alkoholverbände. Die Schmerzen lassen schon nach dem ersten Verbands nach, die Bläschen involviren sich rasch, Nachschübe treten nicht auf. Verf. glaubt, daß die Erfolge weniger auf der desinficirenden Eigenschaft des Alkohols beruhen, als vielmehr auf der während der Alkoholbehandlung auftretenden starken Hyperämisierung der Haut und der unter ihr

befindlichen Gewebe. Die Technik der Alkoholverbände ist folgende: Eine achtfache Schicht hydrophiler Gaze mit dem officinellen Spirit. vin. conc. reichlich getränkt, wird auf die afficirte Hautstelle gelegt; darauf kommt ein impermeabler Stoff (BILLROTH-Battist) und dann eine Watteschicht. Das Ganze wird mit einigen Bindentouren fixirt.

— **Zur Verwerthung der antiparasitären Eigenschaften des Alkohols** hat UNNA Alkoholstifte nach der Formel:

Rp. Natrii stearinici 60
Glycerini 25
Alcoholis ad 1000

herstellen lassen, welche sich in Stannioltuben ausgezeichnet halten, beim Ueberstreichen über die Haut reichlich Alkohol abgeben und einen feinen, unsichtbaren Alkohelseifenfirniß zurücklassen. Sie haben sich namentlich bei der Tagbehandlung aller oberflächlich gelegenen Impetiginen, bei den kleinpustulösen Formen der Sykosis, der Akne pustulosa und der Rosacea pustulosa bewährt. Der Pat. wird einfach angewiesen, den Stift öfter bei Tage zum Bestreichen der Bläschen und Pusteln zu gebrauchen; während der Nacht kann dann natürlich noch eine energischere Behandlung durchgeführt werden.

— Die operative **Therapie der Hammerzehe** führt KAREWSKI in folgender Weise durch („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 4): Durch einen plantaren Längsschnitt wird die contracte Beugesehne freigelegt, das Gelenk wird nach Durchschneidung der Sehne eröffnet, die Phalangen durch Hyperextension aus der Wunde hervorgedrängt, und nun wird von beiden Gelenkflächen so viel mit der Knochenscheere abgetragen, daß die Phalangen bequem und ohne jede Spannung der Weichtheile in Streckstellung aneinander liegen. Zwei Hautnähte schließen die Wunde; durch Einlegung von schmalen Streifen Schusterspahn in den Verband sichert man die Lage der Knochen zu einander und kann nun unter einem Verbands in 10—12 Tagen die Heilung erwarten. Die Operationsnarbe wird vom Stiefeldruck weiter nicht belästigt. Das Alter gibt keine Gegenindication.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

XIII.

HILDEBRAND (Basel): Zur operativen Behandlung der a) habituellen, b) veralteten Luxationen.

Einen Fall von veralteter Luxation des Unterkiefers hat H. blutig reponirt, ohne das Gelenk zu eröffnen, indem er den Jochbogen osteoplastisch reseccirte.

Bei 2 Fällen von habitueller Schulterluxation fand er den inneren Pfannenrand abgebrochen und erzielte nach Neubildung desselben bewegliche Gelenke. In 2 Fällen von habitueller Luxation der Patella hat er mit einer Knochenoperation einen guten Erfolg gehabt. Er empfiehlt, überhaupt nicht die Capseloperation zu machen.

ROTTER (Berlin): Vorstellung eines Falles von Resection des ganzen Oberarmknochens.

Es handelt sich um einen Tumor des Oberarmes. Da R. den Vorderarm erhalten wollte, hat er den M. radialis in einer Länge von 20 Cm. reseccirt, den Vorderarm an die Schulter geheftet, indem er die Kapselreste des Ellenbogens mit denen der Schulter vereinigte. Nach $\frac{3}{4}$ Jahren war der M. radialis wieder functionsfähig. Der Tumor stellte sich als ein Osteofibrom heraus. Demonstration der Pat.

KATZENSTEIN (Berlin) demonstriert 2 Fälle von Spina bifida occulta.

In beiden Fällen ist der Sitz der Affection die Lendenwirbelsäule, in beiden Fällen wurde K. durch atypische secundäre

Störungen auf das primäre Leiden hingewiesen. Der 1. Fall kam zu ihm wegen einer schlaffen Lähmung des rechten Beines, Atrophie und Auswärtsrotation desselben bei Erhaltensein der Reflexe. Beim 2. Fall, einem jungen Mann von 17 Jahren, bestanden schwere trophische und sensible Störungen der beiden unteren Extremitäten, besonders links (Demonstration von Photographien). Von diesen congenitalen, bezw. in sehr früher Jugend auftretenden Störungen bei Spina bifida occulta trennt K. die zur Zeit des größten Körperwachstums zur Beobachtung kommenden. So bestand bei dem jungen Manne seit dem 11. Lebensjahre zuerst leichtes Harnträufeln, seit dem 15. Lebensjahre ging dem Pat. der ganze Urin spontan ab, ebenso konnte er Stuhl bei Diarrhöen oder bei psychischen Aufregungen nicht halten. K. führt dieses späte Auftreten secundärer Störungen auf den Zug eines zwischen Haut und Rückenmark (an der Stelle der Wirbelspalte) befindlichen Stranges, der in den bisher secirten Fällen beobachtet wurde, zurück und hat den Pat. durch Exstirpation dieses Stranges und Abpräpariren desselben von der Dura mater von seiner Incontinentia urinae et alvi völlig geheilt.

HEUSNER (Barmen): Behandlung der Contracturstellung nach Entzündung des Kniegelenks.

H. stellte 2 Fälle vor, von denen der erstere einen Knaben betrifft, bei welchem er nach Durchtrennung der contracturirten Sehnen und der Weichtheile den Biceps überpflanzt und so die Contractur vollkommen gestreckt hat. Es entwickelte sich aber nun eine O-Beinstellung, und das nimmt H. zum Beweise, daß der Biceps auch eine Torsionswirkung hat. Im 2. Falle handelte es sich um die Ueberpflanzung des Biceps an der Außenseite und des Semitendinosus an der Innenseite mit vollkommenem Erfolge. Die Technik besteht darin, daß man lange Schnitte hinten, vorn, außen und innen macht, die Muskeln lang loslöst, damit sie nicht ihre Zugkraft verlieren und sie hinten an der Patella annäht. Votr. glaubt, daß durch diese Sehnenüberpflanzungen auch dem chronischen Rheumatismus die Stunde der Erlösung geschlagen hat.

STEINER (Berlin): Multiple sarkoide Angiome der Fußsohle mit zahlreichen Phleboliten.

Der Fall betraf eine junge Dame, die an multiplen Gefäßgeschwülsten der Fußsohle litt. Von einem einzigen, sehr langsam wachsenden, angeblich schon im Kindesalter vorhandenen Tumor ausgehend, erfolgte eine Dissemination auf die Umgebung bis auf den Fußrücken. Dabei schienen diejenigen die größte Wachstumsenergie zu besitzen, die dem geringsten Druck ausgesetzt waren. Da eine Plastik der Fußsohle ihm sehr schwer, eine Amputation aber, wegen der doch nicht sicher festgestellten Bösartigkeit der Geschwülste nicht rathsam erschien, hat er comprimierende Zinkleimverbände angelegt und dadurch erreicht, daß in 3 Jahren kein erhebliches Wachsthum stattfand. Als dann aber der Durchbruch eines Tumors durch die Haut erfolgte, und die Erfahrung ihn gelehrt hatte, daß die Geschwülste einen bösartigen Charakter annahmen, entschloß er sich zur Exstirpation der Tumoren und bildete eine neue Fußsohle in der Weise, daß er die restirende Haut mit Fettpolster sehr weit über dem Fußrücken ablöste, unten zusammennähte und den Defectrest durch THIERSCH'sche Transplantation deckte.

REICHARD (Magdeburg): Klinischer Beitrag zur Lehre von der Coxa valga.

Bei der Pat. ist, wie R. hervorhebt, die Diagnose durch den Tiefstand des Trochanters sichergestellt, er steht 12 Cm. unterhalb der ROSER-NELATON'schen Linie.

Hoffa (Würzburg) glaubt, daß der Fall von REICHARDT keine Coxa valga ist, sondern daß der Gang einer infantilen Lähmung entspricht.

FRANKE (Braunschweig): Ueber die Exstirpation der krebsigen Bauchspeicheldrüse.

Votr. berichtet über mehrere einschlägige Fälle. Der erste betraf einen Tumor des Pankreaskopfes, wo er die Totalexstirpation machte. Die Entwicklung des Kopfes war recht schwierig, die Vena lienalis wurde 2mal angeschnitten. Das Präparat erwies sich als ein Medullarcarcinom mit Nekrose des übrigen Pankreas. Acht-

zehn Tage lang bestand Diabetes, bis zu 3% Zucker, aber keine Fettstühle, keine Ausfallserscheinungen. Die Pat. lebte noch ein halbes Jahr. Die Section förderte nur Drüsenmetastasen im Unterleib zu Tage, so daß es sich also wahrscheinlich um ein primäres Pankreascarcinom gehandelt hat. F. referirt dann noch über zwei Fälle von theilweiser Exstirpation des Pankreas und einen Fall, in dem er nur eine Probelaparotomie gemacht, weil schon Lebermetastasen da waren. Er kommt zu dem Resultat, daß die Diagnostik des Pankreastumors sich gebessert hat. Die ersten Erscheinungen sind außerordentlicher Leibschmerz und schnelle Kachexie; Magen- und Darmstörungen sind nicht so wichtig zur Beurtheilung. Er empfiehlt rechtzeitige Probelaparotomie.

Körte (Berlin) kann über einen Fall von Exstirpation eines Pankreastumors berichten, der mit Gallenstauung und Cholecystitis complicirt war. Bei der Operation fand eine kolossale Blutung statt, der Pat. auch kurz darauf erlag. Was nun die Frage des Pankreasdiabetes betrifft, so ist er in der Lage, über einen Fall zu referiren, der im Coma starb und bei dem sich bei der Section nur eine Zerstörung des Pankreasschwanzes fand. Trotz der Erhaltung des größten Theiles war hier doch Diabetes eingetreten.

Hildebrand (Basel) fragt **FRANKE**, ob durch die Section nachgewiesen wurde, daß das Pankreas ganz exstirpirt worden war.

Franke hat die Section nicht selber gemacht, ist aber sicher, daß nichts vom Pankreas gefunden wurde.

Notizen.

Wien, 10. August 1901.

Das Wiener Stadtphysikat 1897—1899.

Wenige Monate nach dem Tode seines Leiters, über dessen Nachfolgerschaft noch heute ein geheimnißvolles Dunkel schwebt, ist der dreijährige Bericht des Wiener Stadtphysikates erschienen. Er gibt eine ausführliche und erschöpfende Darstellung von der Thätigkeit dieses Amtes, sowie von den Gesundheitsverhältnissen der Reichshaupt- und Residenzstadt. Wie immer bietet uns hiebei der mehr als 600 Seiten starke, eng gedruckte Band eine Fülle von Materiale, welches nicht nur locales Interesse besitzt, sondern insbesondere im hygienischen Theile allgemein wichtige sanitäre Fragen und Angelegenheiten erörtert. Darum ist es auch fast unmöglich, auf den Inhalt ausführlicher einzugehen, und müssen wir uns mit Hinweisen auf die wichtigeren Ausführungen begnügen.

Hierher gehören vor Allem jene Vorschriften, welche für eine Reihe von gewerblichen Betrieben zum Schutze der Arbeiter und der Umgebung vom sanitären Standpunkt aus erlassen wurden; so für Accumulatorenanlagen, Fremdenherbergen, für den Hadernvertrieb, für Speise- und Getränkeautomaten u. s. w.

Die vom Stadtphysikate durchgeführten, bezw. veranlaßten chemischen und mikroskopischen Untersuchungen erstrecken sich auf alle Gebiete der medicinischen und insbesondere der Lebensmittelchemie. Das Hochquellenwasser, unsere Brunnenwässer, verschiedene Abwässer, Conserven, Fleischwaaren und viele andere Lebensmittel kamen in großer Zahl von Proben zur Untersuchung; interessant ist, daß z. B. von 66 Butterproben sich nur 9 als echte Butter erwiesen. Auch die Tabelle der confiscirten Nahrungsmittel beleuchtet in greller Weise die Verproviantirung einer Millionenstadt.

Von den gut ächtlichen Aeußerungen des Stadtphysikates, welche das Gebiet der Schulhygiene betreffen, wäre diejenige zu erwähnen, welche sich gegen die Einführung des Halbtagsunterrichtes ausspricht. Mit Bezug auf die Schularztfrage erklärt unser Stadtphysikat, daß die Thätigkeit von Schulärzten für die Gesundheit der Schuljugend zweifellos sehr ersprießlich wäre; da es aber die Kosten der Durchführung auf circa 60—65.000 fl. schätzt, wirft es die Frage auf, ob denn derzeit die Gesundheitsverhältnisse der Schulkinder derart schlechte sind, daß ein so großer Kostenaufwand zur Verbesserung dieser Verhältnisse als unbedingt erforderlich bezeichnet werden muß, ein Standpunkt, der von einer Finanzsection eher als von einer Sanitätsbehörde zu erwarten gewesen wäre.

Von Interesse ist auch die Tabelle über die Fortschritte der Hochquellenwasserversorgung in Wien, aus welcher sich ergibt, daß die Zahl der Häuser ohne Hochquellenwasser im

Jahre 1881 noch 24% der Gesamtzahl betrug, bis zum Jahre 1890 auf 12·8% zurückgegangen war, durch Einbeziehung der Vororte im Jahre 1891 auf 57·8% emporschnellte und bis Ende 1899 wieder auf 18·3% sank.

Eine Beschreibung der neuen, modern eingerichteten Central-Desinfections-Anstalt im XX. Bezirke, Gerhardusgasse 3/5, welche gleichzeitig auch den Zwecken des Kranken- und Leichentransportes dient und ein langgehegter Wunsch der Aerzte war, zugleich die Mittheilung aller auf dieselbe bezüglichen Instructionen wird vielleicht eine Reihe von falschen Vorstellungen ausmerzen, welche noch heute bezüglich der Desinfectionsmaßnahmen unserer städtischen Sanitätsorgane bestehen, sicher aber den Beweis liefern, daß höheren Orts die Abstellung lange eingewurzelter Mißbräuche ernst und redlich gewünscht wird.

Auch eine Fülle anderer Bestimmungen, z. B. über das Stechen der Ohrfläppchen, über Hilfeleistung bei Unglücksfällen durch elektrische Starkstromleitungen, Infectionserkrankungen in Hôtels u. s. w. wäre hervorzuheben und besonders für den praktischen Arzt wissenswerth. Ein von den praktischen Aerzten schon lange ausgesprochener Wunsch, daß das löbliche Stadtphysikat die von ihm erlassenen Bestimmungen in weiterem Umfang als bisher auch den Aerzten mittheile, drängt sich hier wiederum in seiner vollen Berechtigung auf.

Die zweite Hauptgruppe, welche sich mit dem städtischen Sanitätsdienst, mit der Sanitätsstatistik, den Sanitätsanstalten und Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt beschäftigt, nimmt den bei weitem größeren Theil des Berichtes ein; es kann aber auf das werthvolle sanitätsstatistische Materiale, das hier aufgespeichert liegt, nur flüchtig hingewiesen werden.

Wir hören, daß für den städtischen Sanitätsdienst derzeit 109 ärztliche Stellen systemisirt sind; wir erhalten ein sprechendes Bild der vielseitigen Thätigkeit dieser Sanitätspersonen, wenn wir z. B. die Zahl der Agenden der städtischen Bezirksärzte mit 74.585 Amtshandlungen und 312.300 schriftlichen Arbeiten, die Zahl der armenärztlichen Agenden mit 617.388 neben 83.260 ärztlichen Behandlungen angegeben finden.

Die Zahl der praktischen Aerzte betrug Ende 1899 in Wien 2339, so daß schon auf 695·5 Einwohner ein praktischer Arzt entfiel. Die Aeußerungen des Stadtphysikates über Curpuscherei, über die Ambulatorienfrage, Titelführung, briefliche Ordination, über den ärztlichen Nachtdienst, über die leidige Zahn-technikerfrage, sowie die Maßnahmen behufs Durchführung der neuen Hebammeninstruction bieten ebenfalls allgemeines Interesse.

Die Angaben über das öffentliche Rettungswesen lassen den Mangel einer einheitlichen Organisation deutlich erkennen, bei welcher — gleichwie beim ärztlichen Nachtdienst — die Mitbetheiligung der gesammten Aerzteschaft nicht nur erwünscht, sondern unentbehrlich wäre. In Angelegenheit des Krankentransportes ist die Leistung der Gemeinde wohl eine beträchtliche zu nennen, wenn auch bezüglich seiner prompten Durchführung die praktischen Aerzte manchen Wunsch auf dem Herzen haben.

Die Leistungen der Wiener Krankenanstalten (8 öffentliche und 17 private mit Ausschluß der Kinderspitäler) illustriert die Zahl von 80.444 Kranken mit 292.275 Verpflegstagen; die Zahl der ambulatorisch behandelten Kranken betrug 270.559 (ebenfalls mit Ausschluß der Kinderspitäler).

Bezüglich der Morbidität finden die Ziffern der armenärztlichen Behandlung, ferner die Gesundheitsverhältnisse der städtischen Feuerwehr, der städtischen Humanitätsanstalten und der Krankencassen eine eingehende Besprechung. Sehr interessant ist die auf Grund der Jahresberichte der städtischen Aerzte gegebene Schilderung jener socialen Verhältnisse, welche ungünstig auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung einwirkten; hier finden Wohnungsverhältnisse, Canalisation, Säuglingsernährung, Alkoholmißbrauch u. s. w. entsprechende Berücksichtigung.

Die Mortalität der Bevölkerung mit Ausschluß der Ortsfremden betrug in den Berichtsjahren 20·58, 19·63 und 20·14 pro mille; hiebei erfolgte seit 1891 (Schaffung von Groß-Wien) eine Abnahme der Mortalität im alten Stadtgebiete von 20·81 auf 17·90, im neuen von 28·08 auf 21·23 pro mille. Die Abnahme ist ins-

besondere durch Verminderung der Todesfälle an Tuberculose und an Infectionskrankheiten bedingt. Die letzteren erfahren auf fast 100 Seiten eine detaillirte Besprechung. Die vor einem Decennium in Wien noch ziemlich verbreiteten Blattern traten nunmehr ebenso wie die Dysenterie und der Brechdurchfall nur ganz sporadisch auf, so daß z. B. in den 3 Berichtsjahren nur 1 Todesfall an Blattern in ganz Wien zu verzeichnen war. Bei der Diphtherie hat die Heilserum-Behandlung immer größere Erfolge gebracht; während vor dem Jahre 1894 jährlich im Durchschnitt 1600 Kinder an Diphtherie starben, sind in den Jahren 1897—1899 nur durchschnittlich 500 Todesfälle gemeldet. Die meisten Todesfälle unter den Kinderkrankheiten verursachen derzeit die Masern, die in Wien noch immer sehr verbreitet sind; auf durchschnittlich 13.500 angezeigte Fälle entfielen circa 750 Todesfälle. In das Jahr 1898 fiel die bekannte Pestinfection, der 3 Menschen zum Opfer fielen.

Alle diese aus dem Berichte des Stadtphysikates hervorgehobenen Angaben zeigen, wie weit verzweigt, mühe- und opferungsvoll, zugleich verantwortungsvoll die Thätigkeit unserer städtischen Sanitätsbehörde ist, sie zeigen aber auch, wie viel und auf welchen Bahnen noch weitergearbeitet werden muß, um den Anforderungen der modernen Hygiene und Medicin in immer weiterem Maße Rechnung zu tragen. Hier heißt es nicht nur *saluti et solatio aegrorum*, sondern auch *saluti integrorum*. Wir wünschen nur, daß auch unsere Gemeindeverwaltung diesen Aufgaben stets volle Fürsorge schenke, wengleich es manchmal in den Säckel zu greifen gilt, und daß hiebei nicht nur die Sanitätsbehörde, sondern auch die praktischen Aerzte zur Mitwirkung berufen werden, freilich nicht in der Art, wie es bisher immer geschah, daß ihnen nur Pflichten und Lasten auferlegt wurden. F.

(Internationaler Tuberculose-Congreß.) Aus London wird uns geschrieben: Der Tuberculose Congreß hat in seiner letzten Sitzung folgende Resolutionen angenommen: 1. Das Sputum Tuberculoser ist das Hauptmittel für die Uebertragung der Tuberculose von Menschen auf Menschen, weshalb jedes Ausspucken ohne Unterschied zu verbieten ist. — 2. Der Congreß ist der Anschauung, daß alle öffentlichen Spitäler und Ambulatorien alle an Tuberculose leidenden Patienten mit einer schriftlichen Belehrung über die Verhütung der Schwindsucht versehen, ihnen Taschenspucknapfe zur Verfügung stellen und auf deren reinlichem Gebrauch bestehen sollen. — 3. Die freiwillige Anzeige der mit tuberculösem Auswurfe auftretenden Schwindsuchtsfälle, sowie die energische Verhütungsaction haben sich als erfolgreich erwiesen, weshalb eine allgemeine Einführung der Anzeigepflicht zu Zwecke weiterer Maßnahmen angestrebt werden soll. — 4. Die Errichtung von Heilstätten ist eine unentbehrliche Maßregel. — 5. Gemäß der Anschauung des Congresses sollen die Sanitätsorgane fortgesetzt die ihnen zur Verfügung stehenden Machtmittel anwenden und keine Mühe scheuen, die Verbreitung der Tuberculose durch Milch und Fleisch zu verhüten. — 6. Mit Rücksicht auf die über die Identität der menschlichen und der Rinderpest bestehenden Zweifel ist es rathsam, an die Regierung mit der Bitte heranzutreten, sofort über diese sowohl für das öffentliche Gesundheitswesen, als auch für die Landwirtschaft überaus wichtige Frage Untersuchungen anzustellen. — 7. Das Erziehungswerk der großen Nationalvereine zur Verhütung der Tuberculose verdient jede Förderung und Unterstützung. Durch diese Vereine soll eine vernünftige öffentliche Meinung gebildet werden; sie sollen die öffentlichen Sanitätsorgane in der Erfüllung ihrer Pflichten unterstützen und die als nothwendig erkannten autonomen und staatlichen Gesetze anregen. — 8. Der Congreß ist der Ansicht, daß ein permanentes internationales Comité eingesetzt werden soll, um: a) die in den verschiedenen Ländern zur Verhütung der Tuberculose getroffenen Maßnahmen in Evidenz zu halten; b) um eine volksthümliche Darstellung dieser Maßnahmen herauszugeben; c) um von Zeit zu Zeit eine Uebersicht über den Stand der Forschungen über die Tuberculose zu veröffentlichen; d) um über die Verhütungsmaßnahmen zu berathen und solche in Vorschlag zu bringen. Der Congreß ist ferner der Ansicht, daß alle internationalen und großen nationalen Vereine, die sich mit der Verhütung der Tuberculose befassen, zur Mitarbeit eingeladen

werden sollen. — 9. Der Congreß ist der Ansicht, daß überfüllte und ungesunde Wohnungen der arbeitenden Classen die Heilung der Schwindsucht verhindern, die Verbreitung fördern, sowie eine Anlage für die Schwindsucht hervorrufen. — 10. Der nächste Congreß hat folgende Frage in Berathung zu ziehen: „Welche constitutionelle Beschaffenheit des Individuums ruft eine Anlage für die Schwindsucht hervor, und welche Mittel sind dagegen in Anwendung zu bringen?“ — 11. In der Erkenntniß der großen Bedeutung der Sanatorien für die Bekämpfung der Schwindsucht in allen Ländern wird die Aufmerksamkeit der Regierungen darauf gelenkt, Philanthropen und philanthropische Vereine darüber zu informiren, wie nothwendig die Errichtung von Kliniken sei, welche das beste Mittel sind, um der Tuberculose unter den arbeitenden und besitzlosen Classen Einhalt zu thun.

(Einen Beitrag zur Schulhygiene) liefert folgender Belegfall zur Aetiologie der Hauttuberculose, den in der „Berl. kl. Wschr.“ LASSAR veröffentlicht. „Es ist bekanntlich eine Lieblingsform, in welcher Lehrer ihrem Züchtigungsrecht einen milden Ausdruck verleihen, das Zupfen am Ohr der Schulkinder. Diese als verhältnißmäßig harmlos geltende Aufmunterung kann jedoch verderbliche Folgen wohl nach sich ziehen. Ist der Schullehrer bedauerlicher Weise selbst von Tuberculose heimgesucht, so wird er unschwer in die Lage versetzt, seine eigenen Fingernägel mit bacillenhaltigem Sputum zu imprägniren. Eine im 35. Lebensjahre stehende Frau stellte sich dieser Tage mit exquisitem Lupus des rechten Ohr läppchens den Zuhörern meiner Vorlesung vor. Dasselbe war um das Doppelte vergrößert und verdickt. Der Zustand bestand seit dem schulpflichtigen Kindesalter der Patientin. In der That konnte dieselbe angeben, daß ihr Lehrer — welcher der erwähnten Erziehungsmethode vorzugsweise huldigte — Phthisiker gewesen ist. Sie vermochte dies einwandfrei mitzutheilen, weil später ihr eigener Bruder die Tochter desselben geheiratet hatte. Die Tochter (ihre Schwägerin) leidet gleichfalls an Lupus. Deren Vater, der Lehrer, aber ist an Lungenschwindsucht gestorben. Dieser Vorgang erläutert jedenfalls besser und einleuchtender als alle Commentare die evidente Möglichkeit, daß auf solche Weise innerhalb des Schullebens Impftuberculose übertragen werden kann. Auch mag bei der Gelegenheit an die von mir bereits mehrfach hervorgehobene Schädlichkeit erinnert werden, welche im gegenseitigen Kratzen der Kinder bei Balgereien oder im Bearbeiten ihrer Nasenschleimhaut mit den Fingernägeln gegeben ist. Dieselben brauchen nur mit Sputumresten tuberculöser Personen beim Spielen auf dem Stubenboden verunreinigt zu sein, um Gesichts- und Nasenlupus zu erzeugen. — Zu einer Zeit, wo mehr als je zuvor die Socialmedicin ihre prophylaktische Machtentfaltung segensreich zu bethätigen versteht, wird ein derartiges Sachverhältniß gewiß nicht verfehlen, Eindruck auf alle diejenigen Factoren des öffentlichen Lebens zu machen, die als Beschützer der heranwachsenden Jugend für deren körperliche Integrität einzutreten haben.“

(Aegyptischer medicinischer Congreß.) Unter dem Protectorate des Khedive wird vom 10. bis zum 14. December 1902 zu Cairo der I. Aegyptische medicinische Congreß stattfinden. Präsident ist Dr. ABBATE PASCHA, Generalsecretär Dr. VORONOFF. Der Congreß wird in drei Sectionen tagen, einer medicinischen, der Dr. COMANOS PASCHA vorsteht, einer chirurgischen, welche Dr. H. MILTON leitet, und einer ophthalmologischen unter dem Vorsitz von Dr. MOHAMED BEY ELOUI.

(Aerztliches Berufsgeheimniß.) Eine bemerkenswerthe gerichtliche Entscheidung in Sachen der ärztlichen Discretion publicirt die „Pest. med. chir. Presse“. In einem eine Lebensversicherungsprämie betreffenden Prozesse einer Versicherungsgesellschaft wollte diese unlängst die Zeugenaussage des behandelnden Arztes des Verstorbenen, Prof. KARL AKONTZ provociren, der aber die Zeugenaussage mit Berufung auf G. A. XVII: 1893 § 86, Al. 4 verweigerte. Der Gerichtshof enthob den vorgeladenen Zeugen der Aussage. Aus der Motivirung dieser Entscheidung ist Folgendes hervorzuheben: Als Geheimniß des Kranken ist nicht bloß das zu betrachten, was dieser direct geheim zu halten hat. Die Pflicht der Discretion erstreckt sich auch über jene Grenze, welche das Strafgesetz in dieser Beziehung dem Arzte setzt, und es ist

moralische Pflicht des Arztes, Alles geheim zu halten, was er in Ausübung seines Berufes erfahren und dessen Weiterverbreitung den Interessen des Kranken schaden könnte. Dieser Discretion wird bloß durch jene gesetzlichen Verfügungen eine Grenze gesetzt, welche den Arzt zur Anzeige gewisser Krankheiten verpflichten. Das Urtheil darüber, was in den Bereich ärztlicher Discretion gehört, steht im übrigen in erster Reihe dem Arzte selbst zu, und kann derselbe auch zur Mittheilung der Motive seines Schweigens aus dem Grunde nicht verhalten werden, als eventuell bereits diese Mittheilung selbst eine Indiscretion involviren würde.

(Wie Curpfuscher studiren.) Die „Med.-Reform“ vom 3. August d. J. reproducirt folgendes Inserat: „100 Mark monatliches Einkommen! Eine vorzüglich eingeführte Naturheilpraxis ist Umstände halber sofort fabelhaft billig zu verkaufen. Reflectanten brauchen keine Vorkenntnisse zu besitzen; es ist denselben Gelegenheit geboten, sich mit allen erforderlichen Geheimmitteln, Behandlungsarten und Diagnosticiren der Krankheiten in wenigen Wochen unentgeltlich unter Anleitung des jetzigen Inhabers bekannt zu machen. Viele bisher fast unheilbare Leiden, die selbst von Aerzten und Professoren nicht vertrieben werden konnten, wurden laut der vorliegenden Atteste rasch beseitigt. Interessenten wollen baldigst ihre Angebote an die Exped. d. Bl. unter M. W. 532 senden“.

(Statistik.) Vom 28. bis inclusive 3. August 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6103 Personen behandelt. Hievon wurden 1349 entlassen; 130 sind gestorben (8,7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 36, egypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 16, Scharlach 65, Masern 83, Keuchhusten 12, Rothlauf 36, Wochenbettfieber 3, Rötheln —, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 576 Personen gestorben (— 55 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. HEINRICH ZUCKER im jugendlichen Alter von 35 Jahren und Dr. GUSTAV OELWEIN, erst 31 Jahre alt; in Teplitz-Schönau der praktische Arzt Dr. POLLAK im hohen Alter von 86 Jahren; in Mikulince als Opfer seines Berufes Dr. FRANZ BLOK, 39 Jahre alt; in Königsberg in Preußen im 71. Lebensjahre der Geh. Medicinalrath Dr. NATH.

Die Pastilli jodo-ferrati comp. „Jahr“ sind ein höchst wohlschmeckendes, appetitanregendes, blut- und knochenbildendes Stärkungsmittel für Kinder und Erwachsene. Es sind dies circa 1,50 Grm. schwere, mit reiner Chocolate überzogene, aus Kali jod 0,03, Ferratin 0,10, Duotal-Calc. glycerino-phosphor. aa. 0,05 und indifferenten Geschmacksorrectienten bestehende Pastillen, die in Fällen, wo Leberthran und dessen Zusammensetzungen, Eisen, Jod, angezeigt wären, zu gebrauchen sind. Sie bieten infolge ihrer eminenten Zusammensetzung, der unbegrenzten Haltbarkeit, des feinen Geschmackes einen willkommenen Ersatz desselben und können ohne Rücksicht auf die Jahreszeit ununterbrochen sowohl im Sommer, als auch im Winter gebraucht werden. Pastilli jodo-ferrati comp. werden auf jeweilige ärztliche Anordnung Kindern 2—4 Stück, Erwachsenen 6—9 Stück täglich gegeben, wobei saure Speisen und rohes Obst zu vermeiden sind.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Farsen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant. Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Kufeke's Kindermehl

Verhüte und beseitigt **VON ERSTEN AUTORITÄTEN EMPFOHLEN. BESTER ZUSATZ ZUR MILCH!**

Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc. Arztl. Literatur u. Proben gratis u. franco

Bergedorf- **FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL** **Wien** • **Hamburg.** **R. KUFEKE** I., Nibelungengasse 8.



Prospecte durch den Director. S. idbahnstation: Pöltschach. **PRACHTVOLLER SOMMERAUFENTHALT**

Bewährte Heilstätte für Magen-, Leber- u. Nierenleiden, Zuckerharnruhr, Gallensteine, Rachen- u. Kehlkopfkatarrhe, etc.



Farbentabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.** Pharmaceutische Abteilung.

Tannigen.

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder. Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Nedonal.

Neues Hypnoticum, absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nervöse Agrypnie. Dos.: 1 1/2—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten. Auch per clysmas.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum. Bester Ersatz für Salicylate. Frei von üblen Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend. Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat, geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich. Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo. Dos.: 5—10% Salben.

Heroin. hydrochl.

Protargol
Aristol
Creosotal
Jodothyrim
Lycetol
Eisen-Somatose

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Frühbehandlung des Schielens bei jungen Kindern. Von Prof. Priestley Smith in Birmingham. — Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche. Von Dr. Groddeck in Baden-Baden. — **Aus der Praxis.** Ein Fall von verlängerter Schwangerschaftsdauer. Von Dr. J. Sedláček, Districtsarzt in Mödrütz (Mähren). — **Referate.** Ott (Petersburg): Ueber die chirurgische Behandlung narbiger Parametritiden. — Swentzitzki (Charbin): Ueber die mandchurische Colitis. — Riedel (Berlin): Ueber die Gallensteine. — Löffler und Uhlenhuth (Greifswald): Ueber die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche, im besonderen über die praktische Anwendung eines Schutzserums zur Bekämpfung der Seuche bei Schweinen und Schafen. — Aus der chirurgischen Klinik (Geheimrath Küster) und der medicinischen Klinik (Geheimrath Mannkopf) in Marburg. Enderlen und Hess: Ueber Antiperistaltik. — Aus der chirurgischen Klinik und Privatlinik des Prof. Kocher in Bern. J. Lauper: Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa. — Edmund Falk (Berlin): Nähmaschinenarbeit und Platten, ihr Einfluß auf den weiblichen Organismus. — J. G. Rossolimo (Moskau): Ueber Dysphagia amyotactica. — Gustav Killian (Freiburg i. Br.): Zur Geschichte der Oesophago- und Gastrokopie. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der speciellen pathologischen Histologie. Band II. Von Dr. Hermann Dürck. — Die Nierensyphilis. Von Dr. J. J. Karvonen in Helsingfors. — Physiologische Chemie für Studierende und Aerzte. Von Dr. Th. Botazzi, Privatdocent der Physiologie in Florenz. — **Fenilleton.** Einige sanitäre Vorurtheile. Von Prof. V. Babes in Bukarest. — **Kleine Mittheilungen.** Formalin. — Zur Behandlung der Anämie. — Xeroform. — Zur Scabiesbehandlung. — Prophylaxe der Tripperinfection. — Ein tragbarer antiseptischer Alkoholbehälter für medicinische Spritzen. — Lecithin. — Neuritis optica nach Thyreoidineinnahme. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 10.—13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) XIV. — **Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900.** (Orig.-Ber.) XXX. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Frühbehandlung des Schielens bei jungen Kindern.

Von **Prof. Priestley Smith** in Birmingham.

Zweck meiner Ausführungen ist, die Frühbehandlung des Strabismus zu empfehlen, d. h. eine Behandlung, die früher beginnen soll, als es bisher üblich war. Ich gehe daher von meinen eigenen Erfahrungen aus, die auf der genauen Untersuchung von 576 Fällen von Strabismus convergens concomitans beruhen. Diese Beobachtungen wurden mit besonderer Rücksicht auf folgende Gesichtspunkte angestellt:

1. Das sehr frühe Alter, in dem das Schielen für gewöhnlich auftritt, 2. den Zeitverlust, der so häufig vor dem Beginn der Behandlung vorkommt, 3. den Schaden, den dieser Zeitverlust anrichtet, und 4. die durch die Frühbehandlung erzielten Resultate.

Die erste sehr belangreiche Frage bezieht sich auf die Lebenszeit, in der das Schielen auftritt, die Zeit des Anfangstadiums. In meiner Beobachtungsreihe begann das Schielen bei 60% aller Fälle bereits vor dem vierten Lebensjahre. Wenn wir alle Fälle in Gruppen von je zwei Jahren eitheilen, so finden wir, daß das vorherrschendste Anfangstadium das zweite und dritte Lebensjahr ist; berücksichtigen wir aber nur einzelne Jahre, so finden wir, daß das dritte Lebensjahr alle anderen an Wichtigkeit übertrifft. Nach dem zurückgelegten sechsten Lebensjahr ist der Beginn des Schielens etwas Seltenes. Es geht daraus hervor, daß, falls wir das Uebel in seinem Initialstadium bekämpfen wollen, wir es in der Mehrzahl der Fälle auch in einem sehr frühen Lebensalter behandeln müssen.

Erkundigen wir uns nun nach dem Zeitverlust, der bei meinen Fällen vorkommt, bevor diese schielenden Kinder zur Behandlung gebracht werden, so finden wir, daß 68% durch volle zwölf Monate und 47% volle drei Jahre seit den Anfängen des Schielens nicht behandelt sind. Wo ist nun die Erklärung für diese so häufige Verschleppung zu suchen? Es ist dies ohne Zweifel in manchen Fällen der elterlichen Nachlässigkeit und der Sorglosigkeit zuzuschreiben, öfter aber spielt hier eine sehr verständliche Vorsicht und Antipathie mit. Denn einmal heilen manche Fälle, andere scheinen im Laufe der Zeit ohne jedes weitere Eingreifen von selbst zu heilen. Manche Leute sind dazu des Glaubens, daß die einzige Heilungsmethode in der Operation besteht, sind ja selbst die Spezialisten nicht einer Meinung darüber, wie und wann man eingreifen soll. Es kann daher nicht überraschen, daß die Eltern oft lieber zuwarten wollen und auf eine spontane Besserung hoffen. Sie wissen aber nicht, wie gefährlich für das Sehvermögen eine solche Verzögerung ist.

Dies bringt mich zum dritten Punkte, den Schaden, den die Verschleppung anrichtet. Die auffälligste unter den Sehstörungen der Schielenden ist das Unvermögen zu „fixiren“, insbesondere mit dem schielenden Auge, wenn das nicht-schielende verdeckt wird. Das Fixirvermögen soll im Dunkelmzimmer mit dem Augenspiegel geprüft werden. Das gute Auge wird gut verdeckt und das Licht vom Spiegel auf das Schielauge geworfen und damit die Aufmerksamkeit des Kindes erweckt. Die Lage des Cornealreflexes in der Pupille sagt dann dem Beobachter, ob die Fixirung richtig oder falsch ist. Falsches Fixiren findet man nur in der Minderheit der Fälle. Warum versagen aber hierin manche Augen, die anderen nicht? Es ist klar, daß ein schielendes Auge die Fähigkeit zu fixiren so lange nicht verlieren kann, als der Strabismus alternirend oder periodisch ist, denn bei diesem

Zustand wird es ja dann und wann aufgenommen. Falsches Fixiren bedeutet also, daß der Strabismus continuirlich und einseitig ist. Aber selbst beim continuirlichen einseitigen Strabismus vermag das Schielauge auf besondere Aufforderung in der Mehrzahl der Fälle ordentlich zu fixiren. Was sind aber die Ursachen des falschen Fixirens? Es gibt deren viele, und viele scheinen sich unseren Beobachtungsmethoden zu entziehen. Sicher ist der Einfluß des Frühbeginnes und der langen Dauer. Wenn wir die verschiedenen Lebensperioden vergleichen, so finden wir, daß die Fälle, die ins erste Jahr zurückreichen, ein hohes Percent liefern, jene des zweiten und dritten Lebensjahres bereits ein geringeres, jene des dritten Trienniums aber ein nun noch kleineres. Bei Augen, die erst im sechsten Lebensjahr oder später zu schielen angefangen haben, trifft man fast niemals falsche Fixation. Es gibt nur eine Ausnahme davon. Augenerkrankungen oder Verletzungen, welche Hornhauttrübungen, traumatische Katarakte, Atrophie der Sehnerven als Folgen hinterlassen, können natürlich in jedem Lebensalter einen Strabismus verursachen.

Es erhebt sich dann die weitere Frage: Ist es das frühzeitige Schielen, welches das Fixirvermögen beeinträchtigt, oder ist es der primäre Mangel der Fixirfähigkeit, der zum Schielen führt? Im Allgemeinen gilt das Erste. Man wird kaum ein Kind mit falscher Fixirung finden, das nicht bereits zum mindestens sechs Monate zuvor geschielt hätte. Es hängt das hauptsächlich von der Dauer des Strabismus ab.

Wenn man die Fälle gleichzeitig nach der Dauer des Schielens und dem Initialstadium eintheilt, so findet man, daß eine längere Dauer eine hohe Prozentzahl von verlорener Fixirfähigkeit bedeutet, eine kurze Dauer dagegen eine geringere. Bei 24 Kindern, z. B. mit continuirlichem, einseitigem Strabismus, aber mit weniger als halbjähriger Dauer desselben, war die Fixirfähigkeit in keinem Fall verschwunden.

Und wenn wir nun die verschiedenen Lebensperioden vergleichen, so sehen wir, daß der Verlust der Fixirfähigkeit sein Maximum unter jenen Kindern erreicht, welche am frühesten zu schielen begannen und die längste Zeit dann keine Behandlung hatten; hier treffen wir ihn in nicht weniger als 87 Percent der Fälle. Die Ursache hiefür liegt auf der Hand. Die Entwicklung des Sehactes erfolgt nur allmählig und zieht sich durch mehrere Jahre hin. Der Neugeborene besitzt bloß Lichtempfindung. Er erlangt nur allmählig die Fähigkeiten des Fixirens, der Fusion und der Tiefenwahrnehmung. Diese Fähigkeiten werden erst durch den beständigen Gebrauch consolidirt. Das Fixiren wird gewöhnlich erst einige Wochen nach der Geburt erlernt, bleibt aber erst viel später befestigt. In dem ersten Lebensjahr wird es noch leicht verlernt und dann in perverser Form wieder erlernt; durch langen Nichtgebrauch bleibt dann die perverse Gewohnheit wie die normale eingewurzelt und andauernd.

Die Fixirfähigkeit ist dabei nicht die einzige, welche durch den Frühbeginn des Schielens leidet. Auch das Fusionsvermögen wird geschädigt oder vernichtet, ob nun die Fixirfähigkeit erhalten bleibt oder nicht. Ein Kind, bei dem sich ein Strabismus alternans entwickelt, verliert, wenn es auch vollkommenes Fixiren mit jedem Auge besitzt, doch jeden Sinn für die richtigen Fusionsbewegungen und kann in späteren Jahren, wenn die Augenstellung operativ corrigirt worden ist, es nicht mehr erlernen.

Die dritte Fähigkeit, die der Formwahrnehmung, leidet wahrscheinlich durch den gleichen Proceß. Die Sehschwäche der schielenden Augen hängt wahrscheinlich zum Theil von dem Stillstand in der Functionsentwicklung infolge Nichtgebrauchs derselben ab. Gerade über diesen Punkt ist viel discutirt worden. Nach einigen Autoren ist die Amblyopie das Primäre und das Schielen die Folge. Ohne Zweifel ist dies die richtige Erklärung für einige Fälle, aber es ist auch nicht minder wahrscheinlich, daß ein Auge, welches außer Gebrauch gekommen ist, bevor seine functionelle Entwicklung beendet ist, zu schielen anfängt. Ich will mich

nicht zu lange bei diesen Theorien aufhalten. Vollkommene Klarheit ist in dem Punkte nicht zu gewinnen, da wir ja nicht in dem Alter, in dem die Amblyopie für gewöhnlich beginnt, die Sehschärfe bestimmen können. Klar ist für jeden Fall, daß die Kinder einen bleibenden Schaden davontragen, wenn wir nicht eingreifen.

Können wir nun mit Erfolg eingreifen? Und bis zu welchem Grade sind unsere therapeutischen Methoden in dem frühen Kindesalter anwendbar? Ich will hier eine willkürliche Grenzlinie ziehen und nur von den Kindern unter vier Jahren sprechen.

Das Erste ist die Untersuchung. Diese muß eine ausschließlich objective sein, denn die Kinder können uns nicht mit dem Lesen der SNELLEN'schen Tafel oder indem sie uns über Doppelbilder Auskunft geben, unterstützen, und manche von ihnen wollen es nicht, auch wenn sie es können. Alles, was sie für uns thun wollen, ist, auf ein ihre Aufmerksamkeit beschäftigendes Object mehr oder minder beständig hinzuweisen. Das ist nun in der That auch alles, was wir brauchen. Wir können damit ganz unabhängig von der Anamnese feststellen, ob der Strabismus periodisch oder continuirlich, ob er einseitig oder doppelseitig ist und ob die Schielenden auch ein normales Fusionsvermögen haben. Wir können aber auch in beinahe sämtlichen Fällen den Schielwinkel messen. Es sind diese Messungen von besonderem Werth während der Behandlung als Indicationen der Besserung, des Stationärseins oder des operativen Eingreifens. Diese Fälle sind aber sehr selten. Wir können dann ferner mit Hilfe von Atropin und der Skioskopie die Refraction bestimmen.

Wir verfügen im Allgemeinen über drei Behandlungsmittel. Wir können erstens die Accommodationsanstrengung durch Verschreibung von Gläsern vermindern oder durch Atropineinträufungen ganz aufheben. Wir können zweitens das Schielauge oder abwechselnd beide Augen üben durch die Anwendung eines Verbandes und drittens können wir operiren.

Ich habe nun 55 Fälle unter 4 Jahren durch längere Zeit behandelt und will Ihnen über meine Erfolge berichten. Gläser wurden für 51 von den Fällen verordnet und auch getragen.

Die Hypermetropie war in manchen von diesen Fällen nur gering, 1.5—2.5 Dioptrien — eine in diesem Alter vielleicht physiologische Hypermetropie, die gewiß bei so jungen Kindern in Abwesenheit von Strabismus von niemand corrigirt werden würde. Hat aber der Strabismus einmal begonnen, so ist es nur richtig, alle möglichen Mittel in Anwendung zu bringen. Und da gibt es gewisse Fälle, in denen schon ganz schwache Gläser einen Ausschlag geben. In der großen Mehrzahl aller meiner Fälle war die Hypermetropie viel hochgradiger. Das stärkste verordnete Glas war 7 Dioptrien.

Das jüngste Kind, das Brillen bekam, war 16 Monate alt, als es die Gläser bekam. Zwölf von diesen 51 Kindern wurden bloß durch die Gläser vollständig geheilt. In den übrigen Fällen wurden die Gläser in Combination mit einem Verband des gesunden Auges verordnet und einige auch gleichzeitig operativ behandelt.

Der Verband wurde in 38 Fällen — hauptsächlich in Combination mit Brillenverordnung — angewendet. Es ist nicht immer leicht, das bessere Auge eines Kindes verschlossen zu halten.

Wenn eine Lücke zwischen Verband und Nase bleibt, wird das Kind seinen Kopf drehen und lieber durch die Lücke, als durch das ungewohnte Auge sehen. Ein Woll- oder Leinwandbausch, der zwischen das Brillenglas und die geschlossenen Lider gelegt wird, wirkt besser. Mitunter verbietet sich diese letztere Methode durch die Neigung der Kinder zur Conjunctivitis, in den meisten Fällen aber leistet sie gute Dienste. Das Kind wird im Anfang rebelliren und den Verband vielleicht zwanzigmal im Tag wegziehen. Nun, dann muß die

Mutter ihn eben einundzwanzigmal wieder anlegen. Geduld wird hier immer das Spiel gewinnen. Man muß auch der Mutter ganz deutlich den Grund dafür auseinandersetzen: daß das schielende Auge nicht ordentlich gebraucht wird, daß das Kind niemals seinen Gebrauch lernen wird, falls es nicht dazu gezwungen wird und daß es nur auf diese Weise ihn erlernen wird. Der Werth des Verbindens ist nicht über allen Zweifel erhaben. Unter 55 Kindern gab es 8 Fälle von falscher Fixation. Fünf von diesen lernten nach dem methodischen Verbinden richtig fixiren, eines von ihnen ist jetzt alt genug, um subjectiv untersucht zu werden, und hat für die Lesedistanz wirklich binoculäres Sehen. Je älter das Kind ist, desto geringer ist die Chance, das verlorene Fixiren wieder herzustellen. Die Wirkung des Verbandes besteht darin, daß er der bei den Schielenden sehr hartnäckigen Gewohnheit der Exclusion mit dem Schielauge steuert. Er ist aber ein Hinderniß für die Wiederherstellung des binoculären Sehactes. Das Verbinden wirkt hier günstig, nicht nur auf die Wiederherstellung der gestörten Function, sondern auch auf die Prophylaxe einer solchen Störung. In der Minderzahl der Fälle —, insbesondere den Fällen von periodischem Schielen — ist er ganz überflüssig; in veralteten Fällen aber, in denen das Fixirvermögen unwiderruflich in Verlust gegangen ist, ist er nutzlos. In der großen Mehrzahl der Fälle ist er ein höchst werthvolles Mittel für die Wiederherstellung des binoculären Sehactes.

Die Tenotomie wurde in 15 von diesen 35 Fällen vorgenommen, in 8 Fällen auf beiden Augen, in 7 Fällen bloß an einem Auge. Es gilt für manche Oculisten als Regel, nicht vor dem 5. oder 6. Lebensjahr zu operiren, ja manche halten an dem Alter von 10 Jahren fest. Spätoperationen geben aber nie vollkommene Heilungen, es wird das binoculäre Sehen nicht vollkommen wieder hergestellt. Wo es der Fall ist, hat der Strabismus nicht in sehr frühem Alter begonnen, die Fusionstendenz war einmal eingewurzelt, bevor sie gestört wurde, und konnte daher wiederhergestellt werden, nach der Stellungscorrectur der Augen. Es gibt aber viele angebliche „Heilungen“, bei denen das binoculäre Sehen niemals wiederhergestellt wurde.

Da erhebt sich die Frage, ob nicht die Zahl der angeblichen „Heilungen“ durch die Frühoperation vermindert werden könnte. Nehmen Sie z. B. den Fall eines 2jährigen, schielenden Kindes mit continuirlichem Strabismus und einem gewissen Fixirvermögen des Schielauges. Nehmen Sie an, daß wir durch das andauernde Tragen von Gläsern und Verbände eine Verkleinerung des Schielwinkels und eine Herstellung des activen Fixirvermögens erzielen, dann aber Monate hindurch keine weiteren Fortschritte machen. Was machen wir dann? Sollen wir die Operation um 3 bis 4 Jahre verschieben und die Mutter inzwischen dazu bringen, das Verbinden periodisch oder andauernd vorzunehmen? Wir werden da einen unfehlbaren Mißerfolg erleiden. Für jeden Fall leisten wir damit auf die Entwicklung der Fusionstendenz Verzicht. Alle Chancen sprechen dafür, daß dem Kind, wenn es fünf Jahre alt geworden ist, die Wiederaufnahme des binoculären Sehens unmöglich sein wird. Ich möchte daher immer die Operation an dem 2jährigen Kind vorziehen. Die Operation wird die weitere erziehbare Behandlung nicht beeinträchtigen, sondern im Gegentheil sie erleichtern und unterstützen.

Die Sehne soll dabei nur um sehr wenig zurückgeschoben werden, was nach meiner Erfahrung weit sicherer durch die directe Methode als durch die subconjunctivale Methode erfolgt. Ich habe seit 2 Jahren bei Fällen von secundärer Divergenz kein Recidiv. Doch selbst auf das Risiko einer secundären Divergenz in den späteren Jahren würde ich im Interesse des binoculären Sehens lieber im 2. Lebensjahre operiren, als es für das ganze Leben verloren zu geben. Es ist später viel leichter, die Augenstellung zu corrigiren, als ein mangelhaft entwickeltes Sehvermögen wiederherzustellen. Glauben Sie dabei nicht, daß ich Ihnen ein übereiltes und

kritikloses Operiren empfehlen will. Man soll im Gegentheil in jedem Fall andauernd sich bemühen, ohne dasselbe auszukommen. Wenn man sonst in der Behandlung keine Fortschritte macht, bleibt die Operation als letztes Mittel für die Wiederherstellung des binoculären Sehens, dann ist es nach meiner Ansicht an der Zeit zu operiren, besonders dann, wenn das Kind noch jung ist.

Um also zu resumiren, so will ich noch einmal die Nothwendigkeit betonen, in jedem Fall von Strabismus gleich beim ersten Beginn desselben das Kind genau zu untersuchen, und ich glaube, es ist nothwendig, daß dieses Princip von uns energisch den Praktikern und Nichtspecialisten gegenüber vertreten werden muß. Nur so kann es das Gemeinut des Publicums werden.

Einiges über die Bedeutung mechanischer Vorgänge im Bauche.

Von **Dr. Groddeck** in Baden-Baden.

(Schluß.)

Besonders häufig ist der Zusammenhang von Schmerz und Druck an der zweiten Druckstelle des Leibes, der Biegung vom queren und absteigenden Dickdarm. Hier kommen vor allem die Auftreibungen des Magens in Frage, die oft an und für sich zur Auslösung der Erscheinungen genügen, vielfach aber den Dickdarm außerdem plattdrücken und dadurch rückwärts wirken. Gar nicht selten ist, daß der linke Rippenbogen vorgewölbt ist, so daß das Auge den Vorgang controliren kann. Die gewöhnlichste Folge ist der Herzschmerz, ein Symptom, daß die Kranken fast immer sehr ängstigt und den Arzt häufig zu folgenschweren Urtheilen veranlaßt. Meist ist es die Austrittsstelle des 7. Zwischenrippennervs, die überaus empfindlich wird, aber es betheiligen sich gleichzeitig auch andere Nerven, speciell die des linken Arms. Da ferner eines der gewöhnlichsten Drucksymptome Angst, Herzklopfen, Aussetzen und Beschleunigung des Pulses ist, so liegt die Verwechslung mit Angina pectoris und anderen schweren Herzkrankungen besonders nahe, und sie wird nur allzu häufig gemacht. Auch die Kopfnerven der linken Seite sind manchmal betheilig, ja man findet sogar ab und zu den Grund für alternirende Migraine in Darmauftreibungen bald der rechten, bald der linken Seite. Der Zwischenrippennerv erkrankt nach und nach in seiner ganzen Ausdehnung, und infolge davon kommen die Rückenschmerzen zwischen den Schulterblättern. Besonders wichtig für die Untersuchung ist die Höhe des Zwerchfellstandes, deren Bestimmung leider so sehr vernachlässigt wird. Und doch ist es klar, daß das Zwerchfell, die obere weiche Wand des Bauches sehr leicht durch den wachsenden Binnendruck in die Höhe getrieben wird und daß dadurch Lungen und Herz stark comprimirt werden. Die Störungen der Herzaction sind dann auffallend. Dauernde Frequenzsteigerungen auf 120 Schläge und mehr, Beklemmungen, asthmatische Erscheinungen treten auf. Am ängstlichsten ist die Unregelmäßigkeit und das Aussetzen des Pulses. Bei acht-samer Untersuchung findet man bisweilen, daß der Rhythmus der Herzschläge sich durch die tiefe Athmung verändert, rascher oder langsamer wird, ja daß die Herztöne während des Athemholens ganz aufhören. Dasselbe geschieht beim plötzlichen Stoß gegen die Magengrube, während der Auscultation. Wie mächtig der Druck wirkt, habe ich an einer Dame erlebt, deren linker Radialpuls seit Jahren nicht mehr fühlbar war. Nach dem Tiefertreten des Zwerchfells ist er wieder zum Vorschein gekommen und geblieben.

Statt vieler führe ich als Beispiel eine junge Frau vor, die in erbarmungswürdigem Zustand zu mir kam, nachdem sie von Arzt zu Arzt gegangen und völlig durch die Diagnose eines schweren Herzfehlers gebrochen war. Bis zu einem Gewicht von 72 Pfund war sie heruntergekommen, fahl und schwach, fast unvermögend,

sich von der Stelle zu bewegen. Der Puls betrug 120 Schläge, setzte unregelmäßig aus. Bis in den linken Arm strahlten die Schmerzen aus, die die ganze Herzgegend betrafen. Schwere linksseitige Migräneanfälle quälten die Kranke täglich, Angstzustände traten auf, die sich fast bis zu Hallucinationen steigerten, Ohrensausen, Schwindel, Ohnmachten. Die linke Brusthälfte war vorgewölbt, das Zwerchfell bis zur Höhe der Brustwarze hinaufgetrieben. Die Kranke konnte nur wenige Tage unter meiner Aufsicht bleiben, hat aber ein Jahr lang streng nach mitgegebenen Vorschriften gelebt. Nach Verlauf dieses Jahres traf ich sie wieder, ein Bild blühendster Gesundheit. Alle Symptome waren verschwunden, die Frau, die sich seit Jahren kaum von der Stelle bewegt hatte, erfüllte jetzt die Pflichten eines anstrengenden Berufs. Ihr Gewicht war auf 110 Pfund gestiegen, das Zwerchfell war an seine Stelle zurückgekehrt.

Bei wirklich organischen Herzfehlern spielen ähnliche Druckwirkungen eine große Rolle. Das sollte nicht vergessen werden.

Gleichzeitig mit dem Herzen trifft der Druck des hochstehenden Zwerchfells die Lungen. Komischer als auf diesem Gebiete documentirt sich kaum irgendwo die Begriffsverwirrung der Medicin. Unter 20 kurzathmigen Leuten bekomme ich gewiß 19 unter der Diagnose Lungenemphysem zugesandt, während tatsächlich die Lungen nicht erweitert, sondern comprimirt sind. Die raschen Erfolge, die sich auf diesem Gebiet erzielen lassen, bringen einem leicht in den Ruf eines Wunderdoctors. Es sind aber keine Wundercuren, sondern einfache Erfolge einer unbeeinträchtigten und gewissenhaften Untersuchung.

Sehr merkwürdig und beachtenswerth sind die Erscheinungen im Gefäßnervensystem. Die stundenweise auftretende Kälte der Extremitäten, die partiellen Hyperhidrosen, vor allem die quälenden Congestionen im Climacterium finden oft ihre Erklärung in dem Druck des Leibes nach oben. Hieher gehören auch eine ganze Reihe trophischer Störungen, speciell Nesselsucht, die deformirenden Gelenkentzündungen, Hauterkrankungen aller Art. Ja, wenn man den Zusammenhang weiter verfolgt, so findet man merkwürdige Aufklärungen über die verschiedensten nervösen Störungen, Hysterie, Platzangst, Basedow'sche Krankheit etc.

Zwischen den beiden Biegungsstellen des Dickdarmes liegt in der Magengrube ein Druckpunkt von besonderer Wichtigkeit. Von hier aus wird, wie oben erwähnt wurde, die Herzthätigkeit unter dem wechselnden Druck des Mageninhaltes beeinflusst. Hier sammeln sich mit Vorliebe Fettmassen an, Blut- und Säftestockungen treten ein, die Haut wird schmerzhaft und so straff gespannt, daß sie sich nicht mehr falten läßt. Die unteren Brusthälfen dehnen sich dann nicht mehr aus, weil die zwischenliegende Haut sie zusammenbindet. Nach und nach bildet sich ein dickes Polster, das Magenpolster, aus, das für Athmung und Circulation in hohem Grade hinderlich wird. Beim Druck auf die Magengrube ist es anfangs den meisten Erwachsenen völlig unmöglich zu athmen. Sie schnappen nach Luft und lernen erst allmählig den Widerstand zu überwinden. Dabei ist gewöhnlich eine kleine, eng umschriebene Stelle außerordentlich schmerzhaft. Als ich studirte, war die Diagnose der Magengeschwüre modern, und man hielt diese Schmerzhaftigkeit für ein bedeutsames Symptom geschwüriger Vorgänge. Ich weiß nicht, wie man sich augenblicklich dieser Sache gegenüberstellt, kann aber sagen, daß es eine sehr alberne Deutung des Symptoms ist. In 99 von 100 Fällen hat dieser Schmerz mit einem Geschwür gar nichts zu thun. Es ist eine Druckerscheinung, die verschwindet, wenn die Spannung der Gegend nachläßt. Sie hängt auch zusammen mit den merkwürdigen Schmerzanfällen, die in der Tiefe auftreten und bald als Magenkrämpfe, bald als Geschwürsymptom, bald als Folgen der Erweiterung gedeutet werden, die aber ihren Sitz nicht im Magen selbst, sondern im Plexus solaris haben. Die Qualen, die regelmäßig nach Nahrungszufuhr auftreten, sind dann nicht durch chemische oder thermische Reize bedingt, sondern durch den Druck des Mageninhaltes auf den erkrankten

Nervenplexus. Je geringer die einzelne Menge ist, die eingeführt wird, umso weniger wird der Schmerz empfunden. Besonders deutlich war die Abhängigkeit vom Druck bei einer Dame, die nicht nur bei der Nahrungsaufnahme, sondern auch regelmäßig bei den Entleerungen die charakteristischen Erscheinungen bekam. Sobald im Leib durch die Entleerung Platz geschaffen war, strömten Gase, Flüssigkeit, Kothmassen nach. Der plötzliche Druck löste dann dieselben Symptome aus, obwohl von einem chemischen Reiz nicht die Rede sein konnte. Aehnlich wirkt der Eintritt der Periode. Die Behandlung dieser Leiden ist schwierig, aber durchaus nicht aussichtslos. Jene Dame, die 7 Jahre vergeblich überall Hilfe gesucht hatte, brauchte fast zwei Jahre, ehe sie wieder hergestellt war. Besonders hervorzuheben ist, daß es sich dabei mehr um Druckschwankungen als um einen ständigen Druck handelt. Die Bedeutung dieses Factors ist sehr groß. Ganz abgesehen von den unbestimmten Leibschermerzen, die vielfach nach Entleerungen auftreten, speciell bei Kindern, hängen von den Druckschwankungen eine ganze Reihe nervöser Symptome ab, Schwindel, Ohrensausen, hysterische Zufälle, Erbrechen etc. Auch ein großer Theil der Menstruationsbeschwerden ist auf Druckschwankungen im Leib zurückzuführen. Charakteristisch ist dabei, daß während der Schwangerschaft gewöhnlich alle Beschwerden aufhören, während sie beim Ausbleiben der Periode aus anderen Ursachen fortdauern. Durch das Wachsen des Kindes werden die mechanischen Verhältnisse im Leib allmählig geändert. Im zweiten Fall bleiben sie dieselben. Nach der Entbindung tritt das Leiden in doppelter Stärke auf.

Während im allgemeinen bei krankhaften Störungen das Eindringen der Hände in den Leib peinlich, ja schmerzhaft ist, kommt es mitunter vor, daß nicht der Druck, sondern das plötzliche Wegnehmen der Hände den Schmerz auslöst, dann aber mitunter in furchtbarer Weise. Auch hier handelt es sich um plötzliche Druckschwankungen. Das Symptom hat vielfach — nicht immer — eine sehr schwere Bedeutung. Nach meiner Beobachtung handelt es sich meistens um verborgene, bösartige Geschwülste.

Welche Bedeutung die Stockungen von Koth, Gasen, Blut und Säften am Uebergang des Dünndarms in den Dickdarm haben, spricht sich am deutlichsten in den acuten und chronischen Infectionen aus, die sich dort abspielen. Ein gründliches Studium der Vorbedingungen aller dieser Erkrankungen fehlt leider. Aber wenn man sich erst einmal mit der Frage beschäftigen wird, unter welchen Voraussetzungen der pathogene Bacillus auch wirklich die Krankheit auslöst, wird man in den Druckverhältnissen dieser Gegend manche Aufklärung finden. Vorläufig sind wir allerdings durch die Richtung unserer Bakteriologen weiter als je von dem Verstehen örtlicher Prädisposition entfernt.

Besondere Wichtigkeit haben die Stauungen an dieser Stelle für die Blase und die Geschlechtsorgane. Die Dünndarmschlingen dehnen sich bei Hindernissen an der Ileocöcagegend abnorm aus, was sich vielfach durch eine Vorwölbung der unteren Bauchdecke ausspricht. Daß dann gleichzeitig von den gespannten Gasen ein erheblicher Druck auf die Blase ausgeübt wird, ist erklärlich. Weniger erklärlich ist nur, warum diese einfachen Verhältnisse dem Blick der bedeutendsten Spezialisten entgehen können. Ich habe zu Dutzenden Frauen behandelt und hergestellt, die jahrzehntelang wegen sogenannter Blasenkatarrhe mit allen erdenklichen Manipulationen gequält wurden, ohne jeden Grund und natürlich auch ohne Erfolg.

Weit größer ist die Bedeutung des Dünndarmdrucks bei Frauenleiden, im besonderen für die Lageveränderungen der Gebärmutter. Wenn die Frauenärzte hier ihre Aufmerksamkeit und ihre Kunst entfalten wollten, würde bald ein großer Theil der massenhaften Operationen verschwinden und die Zahl der eingelegten, durchaus nicht unschädlichen Mutterringe würde sich erheblich verringern. Ich möchte hier nur noch kurz das Gebiet der Unfruchtbarkeit berühren. Im letzten

Jahre habe ich zweimal Gelegenheit gehabt zu sehen, daß die Sterilität von Frauen lediglich vom großen Druck des Leibes abhing. Die Gebärmutter war beidemal nach vorn abgeknickt, Ringe und Operationen des Cervix waren erfolglos geblieben. Die Verminderung des Druckes nach unten führte die Empfängniß herbei. Der Erfolg war zufällig. Beide Frauen waren anderer Leiden halber in meiner Behandlung. Bei der einen hätte die Sache fast zu einer Katastrophe geführt. Ihr Arzt, ein Engländer, glaubte bei der über 40 Jahre alten Frau, die längst jeden Gedanken an ein Kind aufgegeben hatte, wohl an eine Geschwulst, aber nicht an eine Schwangerschaft. Die Laparotomie ist durch das Eingreifen einer Autorität, auch erst nach langem Schwanken, verhindert worden.

Verhältnismäßig am bekanntesten, aber doch nicht genügend gewürdigt sind die mechanischen Vorgänge in der Gegend des Mastdarms. Die Hämorrhoidalerscheinungen müssen auch die Blindesten gelegentlich auf diese Dinge aufmerksam machen. Weniger bekannt sind schon die rückwirkenden Stauungen im absteigenden Ast des Dickdarms. Auch auf der linken Seite treten mitunter, allerdings seltener als rechts, kugelförmige Auftreibungen des Darmes hervor, die Geschwülste, Wandernieren etc. vorspiegeln.

Noch häufiger ist der ganze Darm gespannt, deutlich als dicker Strang zu tasten und unter Umständen sehr schmerzhaft.

Ich möchte hier eine Dame erwähnen, die drei Jahrzehnte lang in dem elendesten Zustand war, weil bei der geringsten Anstrengung, speciell beim Gehen, eine völlige Müdigkeit und Schwere in der linken Bauchhälfte auftrat, die sich bis zum Schmerz steigerte. Als ich sie kennen lernte, mußte sie gestützt werden, um von einem Stuhl zum anderen zu gehen. So lange man mit dem Namen Hysterie alles der Medicin Unverständliche zudecken konnte, war sie hysterisch genannt worden, später trat sie unter die Modekategorie der Neurastheniker. Das seit Jahren eingeschlagene therapeutische Verfahren ihr gegenüber, Tränkchen, Pillen, gute Ernährung, Traitement moral, war umso unbegreiflicher, nicht sowohl, weil es keinen Erfolg hatte, als weil sie schon zweimal durch METZGER'S gewaltsame Massage aus ihrem Zustand herausgerissen worden war. Dem Erfolg gegenüber hatte man die Achsel gezuckt und statt zu lernen, war man dem alten ausgefahrenen Weg gefolgt. Und doch handelte es sich um Störungen im Leib, die in erster Linie nur durch Massage gehoben werden konnten. Der absteigende Ast des Dickdarms war enorm ausgedehnt und drückte auf die Nervengeflechte der Kreuzbeingegend. Vermuthlich wäre im Beginne des Leidens leicht eine Heilung möglich gewesen. So waren die Fortschritte langsam, aber sie kamen, und jetzt, nach Verlauf eines halben Jahres, ist ein Umschwung im Befinden eingetreten, der freilich keine Heilung, aber doch die Fähigkeit, zu gehen und zu arbeiten, gebracht hat.

Obwohl es sich hier bestimmt nicht um ischiadische Erscheinungen handelte, so hängen doch oft sowohl Lumbago als auch Ischiasschmerzen ab vom Druck durch den Leib, speciell auch Druck des Mastdarms oder des Ueberganges von Dünn- und Dickdarm. Allerdings spielen dabei andere Verhältnisse mit, aber vielfach liegt die Hartnäckigkeit, mit der diese Leiden jeder Behandlung widerstehen, an mangelnder Aufmerksamkeit auf die Mechanik des Leibes. Namentlich gilt das für die häufigen Complicationen von Gebärmutter-senkungen mit Ischias. Das beliebte Ringeinlegen hilft dabei gar nichts, ja es vermehrt meist nur die Beschwerden durch Steigerung des Druckes. Die Lösung ist dann nur in einer gleichzeitigen Berücksichtigung der mechanischen Verhältnisse des Leibes und des Nerven zu finden. Meist handelt es sich um langwierige, geduldtödtende Behandlungen, die aber schließlich doch durch den Erfolg lohnen.

So lockend und dankbar es ist, noch weiter den Gegenstand zu verfolgen, der nicht annähernd erschöpft ist, so gern ich wenigstens von dem Zusammenhang seelischer und körperlicher Anstrengungen, der Ernährung, Kleidung, des Schlafes, Klimas etc. mit den mechanischen Verhältnissen des Leibes sprechen möchte, glaube ich doch abbrechen zu müssen. Man

soll von dem Leser nicht gleiches Interesse verlangen wie von dem Schreiber, und da ich nicht für mich schreibe, sondern nur, um andere anzuregen, so muß ich doppelt vorsichtig sein, nicht allzu langathmig zu werden. Viel verlange ich ja allerdings nicht. Der Mensch, selbst der gescheiteste, gebildetste, beste, ist in erster Linie ein Diener seines Bauches. Und wenn der Arzt wie alle Menschen Zeit dazu hat, einen großen Theil seines Lebens diesem Cultus zu weihen, so kann er sich auch eine Stunde lang für die Bäuche anderer interessiren. Er wird in dem Bauchdienst der Menschheit manche Frage sich lösen sehen, er wird ein weites Feld der Thätigkeit und des Erfolges erobern, und schließlich wird er sich ebenso wie ich staunend fragen, warum die Medicin, theoretisch und praktisch, so wenig sich um den Bauch kümmert, den doch keiner von allen Medicinern versäumt, täglich und stündlich zu lieblosen und zu füttern.

Aus der Praxis.

Ein Fall

von

verlängerter Schwangerschaftsdauer.

Von **Dr. J. Sedlaczek**, Districtsarzt in Mödritz (Mähren).

Mit Recht behauptet F. v. WINCKEL in München (s. „Deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts“, Lief. 7—9, pag. 11 und 17), daß es fehlerhaft ist, aus einer ungewöhnlich starken Fruchtentwicklung auch auf eine ungewöhnliche Verlängerung der Schwangerschaft zu schließen. Dies illustriert folgender Fall, bei welchem die Schwangerschaft 285 Tage dauerte, wo es sich also bloß um eine Verlängerung von 5 Tagen handelt.

Frau K. V., Fabrikverwaltersgattin in Mödritz bei Brünn, 39 Jahre alt (geb. am 30. April 1862), kräftig gebaut, wohlgenährt, Haare braun, häufig an Migräne leidend, stand in den Jahren 1896 und 1898 mit leichteren perityphlitischen Beschwerden in meiner Behandlung. Die Frau hat niemals abortirt, 6mal entbunden, alle Kinder leben und sind gesund.

Die erste Entbindung war schwer (großes Kind), verlief aber ohne Kunsthilfe, die übrigen Entbindungen waren leicht bis auf die sechste, welche des Näheren beschrieben werden soll.

I.	Entbindung	am 7. Januar 1885, Mädchen
II.	„	„ 28. August 1887, Knabe
III.	„	„ 1. November 1888, Knabe
IV.	„	„ 28. August 1890, Mädchen
V.	„	„ 11. November 1893, Knabe
VI.	„	„ 21. Juni 1901, Knabe.

Die Menses der Frau waren stets regelmäßig, reichlich, in der Dauer von 5—6 Tagen.

Für den 28. August 1900 erwartete die Frau ihre Menstruation, welche aber ausblieb. Erst am 8. September 1900 stellte sich eine sehr starke Blutung in der Dauer von 5 Tagen ein. Diese Verzögerung führt die Frau auf eine Erkältung im Bade zurück.

Am 26. October 1900 unterzog sich die Frau einer specialistischen Untersuchung wegen Schmerzen bei Dr. PIWNICZKA in Brünn. Der Befund war: Uterus ganseigroß, auffallend weich, besonders rechts, daselbst starke Pulsation. Gravida im 2. Monat.

Die übrige Schwangerschaft verlief im Ganzen normal, nur litt die Frau besonders gegen Ende der Schwangerschaft an häufigen krampfartigen Hustenanfällen und hatte auffallend großen Körpervolumen. Mitte Mai 1901 behauptete die Frau, sie müsse sich in ihrer Berechnung geirrt haben, weil die Sache gar so lange dauere.

Am 2. Februar 1901 spürte die Frau die ersten Kindesbewegungen.

Am 1. Juni 1901 Mittags traten starke, wehenartige Schmerzen auf, so daß die sonst erfahrene Frau entbinden zu sollen glaubte. Die Schmerzen hielten bis Abends an.

Am 21. Juni, Nachts 1 Uhr traten starke Wehen in Pausen von 5—10 Minuten ein.

Um 5 Uhr Morgens Abgang von circa 1 Liter Fruchtwasser, um 5 $\frac{1}{2}$ Uhr Beginn der Entbindung. I. Schädellage, Entbindung des Kopfes leicht. Die Schultern blieben stecken; nach circa 5 Minuten spontane Beendigung der Geburt, das Kind (Knabe) kam cyanotisch und asphyktisch zur Welt. Jetzt wurde um den Arzt geschickt. Bei meiner Ankunft befand sich die Frau bis auf einen kleinen Dammriß wohl (Vereinigung mit 2 Knopfnähten). Das Kind war bereits munter, hochgradig cyanotisch, keine Kopfgeschwulst, auffallend stark entwickelt. Der Kopf des Kindes war mit 3 Cm. langen, schwarzbraunen Haaren reichlich bedeckt. Wägung und Messung wurde sofort, und zwar peinlich genau vorgenommen.

Länge des Kindes: 57 Cm.

Gewicht: 5300 Grm.

Placentargewicht: 1035 Grm.

Brustumfang: 40 Cm.

Armlänge: 22 Cm.

Beinlänge 25 Cm. (vom Trochanter bis zur Ferse).

Horizontaler Schädelumfang: 38 Cm.

Schädeldurchmesser:

Von der Glabella bis Protub. occipital. extern. 12.5 Cm.

Vom Kinn bis Protub. occipital. extern. 13 Cm.

Biparietaler: 10.3 Cm.

Am nächsten Tage war die Cyanose geschwunden. Wochenbett normal. Mutter und Kind gegenwärtig gesund.

Diese Schwangerschaftsdauer von 285 Tagen entspricht auch beiläufig der von WINCKEL angegebenen mittleren Verlängerung von 8.22 Tagen nach dem Menstruationstermin bei Früchten von 4000 Grm.

Vom 8. September 1900 bis 2. Februar 1901, also vom ersten Tage der letzten Menstruation bis zum Eintritt der	
ersten Kindesbewegungen	147 Tage
von da bis zum Tage der Geburt	138 "
Summe	285 Tage

Faßt man aber die Blutung vom 8. September nicht als Menstruation, sondern als Blutung während der Schwangerschaft auf, dann wäre der 1. Tag der letzten Menstruation der 31. Juli 1900 und die Schwangerschaftsdauer betrüge dann allerdings 324 Tage.

Referate.

OTT (Petersburg): Ueber die chirurgische Behandlung narbiger Parametritiden.

OTT führt aus, daß Narben, die mittels Dehnung nach THURE BRANDT nicht zerstört werden können, eine wahre Crux sowohl für die Kranke, wie auch für den Gynäkologen sind, da andere Mittel zur Bekämpfung dieses Leidens nicht vorhanden sind, während die Narben, die Blut- und Lymphgefäße, sowie die Nerven comprimierend, eine ganze Reihe lästiger Symptome und schließlich Sterilität nach sich ziehen. Die Versuche, die Narben zu durchschneiden, bzw. zu excidieren, brachten keine Heilung, da sich die Narben auf der Durchschneidungsstelle wieder bildeten. OTT („Wratsch“, 1901, Nr. 8) faßte infolge dessen den Gedanken, die Narbe zu durchschneiden und dann auf dieselbe Ligaturen in der der Exeision entgegengesetzten Richtung anzulegen. Die Durchschneidung der Narbe wird entsprechend modificirt, je nachdem man im vorderen, hinteren oder lateralen Fornix arbeitet. Bei der Durchschneidung der Narben im Gebiete der breiten Mutterbänder kann man die Gebärmutterarterie, bzw. die Ureteren durchschneiden. Man darf infolge dessen nicht blindlings operiren: die Gefäße sind vor der Operation zu unterbinden, während in den Ureter eine Bougie eingeführt wird, damit man ihm leichter aus dem Wege gehen kann. Das Operiren im hinteren Fornix ist leichter; allerdings muß man hier stets das Peritoneum eröffnen, dies ist aber nicht gefährlich. Mit einem Worte, eine einheitliche Technik gibt es nicht; die Grundlage des Verfahrens aber, nämlich die Spaltung der Narbe mit nachfolgender Anlegung von Ligaturen, ist stets dieselbe. Verf. verwendet sein Verfahren bereits seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren und hat bereits

zahlreiche einschlägige Operationen mit Erfolg ausgeführt. In einem Falle war die Pat. z. B. nicht imstande, die untere, im Hüftgelenk flectirte Extremität zu extendiren, da dies mit außerordentlich heftigen Schmerzen verknüpft war. Nach Spaltung der Narbe in Chloroformnarkose vermochte die Pat. sogleich bei dem Erwachen aus der Narkose die Extension auszuführen. Ferner ist ein Fall beachtenswerth, der eine seit Jahren sterile Frau betrifft. Nach der Operation trat Conception ein. L—y.

SWENTZITZKI (Charbin): Ueber die mandschurische Colitis.

Verf. schildert eine von ihm in der Mandschurei häufig beobachtete Entzündung des Querdarms („Medicinskoe Obosrenie“, 1901, Bd. 55, H. 3), deren Verlauf so viele Eigenthümlichkeiten darbietet, daß man berechtigt ist, von einer mandschurischen Colitis zu sprechen. Die Krankheit beginnt plötzlich mit heftigen Diarrhoen, wobei die Stühle am 2. und 3. Tage schleimig-blutig werden und gegen Ende der 2.—3. Krankheitswoche weiße Membranen enthalten. Bei absoluter Diät bestehen die Fäces ausschließlich aus Blutgerinnseln, Schleim und diesen Membranen und verbreiten einen charakteristischen Geruch, der in hohem Grade an den Geruch frischen Fleisches erinnert. Die Pat. klagen über Bauchschmerzen, die fast stets in der Flexura sigmoidea, im rechten Hypochondrium und im Gebiete des Cöcum localisirt sind. Die Schmerzen sind nagend und constant und werden zum Theil zweifellos durch bestehende Perihepatitis, sowie Hepatitis bedingt, da die Leber bei den Kranken in den meisten Fällen vergrößert und schmerzhaft ist. Die Temperatur ist schon zu Beginn der Krankheit stark gesteigert und erreicht im weiteren Verlaufe die Höhe von 40°. Die Zunge ist belegt; bisweilen treten Uebelkeit und Erbrechen hinzu. Es bestehen absoluter Widerwillen gegen jegliche Nahrung und hochgradiger Kräfteverfall, bisweilen auch ikterische Verfärbung der Hautdecken. In den meisten Fällen macht der Zustand der Kranken schon zu Beginn den Eindruck einer schweren Krankheit. Bei regelmäßiger Behandlung fühlen sich jedoch die Kranken schon am 4.—5. Tage wohl. Todesfälle sind selten, Uebergang in chronische Form dagegen häufig, ganz besonders, wenn strenge Diät nicht eingehalten wird. Im allgemeinen ist die mandschurische Colitis zweifellos eine infectiöse Erkrankung des Dickdarmes, die mit schleimig-blutigen Entleerungen einhergeht. Aetiologie ist unbekannt. Prädisponirende Ursachen sind: Genuß unabgekochten Wassers, Feuchtigkeit, schlechte mangelhafte Ernährung und Abkühlung des Magens. Um der Erkrankung vorzubeugen, tragen die mandschurischen Arbeiter eine Bauchbinde.

Die Behandlung, welche Verf. an vielen Hunderten von Kranken erprobt hat, ist folgende: Zwei Tage lang bekommt der Pat. eine Emulsio ricinata (30.0:50.0) eß- oder theelöffelweise. Ricinusöl in Substanz reizt den Darmcanal zu sehr. Calomel, Natrium sulfuricum und die sonstigen Abführmittel erwiesen sich als schädlich, besonders das Calomel, das direct Verschlimmerung des Krankheitsprocesses hervorruft. Gegen die Schmerzen wurde trockene oder feuchte Wärme angewandt. In den ersten 2 Tagen ist es vortheilhafter, keine Opiate zu geben. Von diesen letzteren wirkt am besten Pulvis opii; Tinctura opii wirkt dagegen schlechter. Dann kommt absolute Diät zur Anwendung: abgekochte Milch, die jedoch denjenigen Pat. nicht zu verabreichen ist, die auch im gesunden Zustande Milch nicht vertragen; ferner dünner Thee, Kaffee und Betruhe. Gewöhnlich verschwindet die Blutung innerhalb der ersten Woche, und die Schmerzen lassen nach. Dann sind täglich 2 Klysmen mit Argentum nitricum oder Argonin (1/4%) zu verabreichen, und zwar so lange, bis der Schleimabgang sistirt (1 bis 2 Wochen). Werden schließlich die Entleerungen normal und das Abdomen schmerzfrei, so werden noch einige Einschränkungen in der Diät dem Pat. auferlegt: so darf er innerhalb 1—2 Monate keine Conserven, Saucen und Gewürze zu sich nehmen. L—y.

RIEDEL (Berlin): Ueber die Gallensteine.

Es erscheint zweifellos, daß bei der Bildung von Gallensteinen die Infection eine große Rolle spielt („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 1—3), doch reicht sie nicht aus, um auch die Auslösung de-

Gallensteinkoliken zu erklären. Häufig ist die ererbte Disposition zur Gallensteinbildung. Veranlassende Momente sind: Sitzende Lebensweise, Druck einer Schnürleber etc. Bei offenem Ductus cysticus ist die Cholelithiasis ein harmloser Zustand. Dies wird jedoch sofort anders, wenn sich ein großer Stein in den Blasenhalss einstellt und so den Ductus cysticus verlegt; dann entsteht meist ein Hydrops vesic. fell. oder es bildet sich Schleim oder Eiter in der Gallenblase. Dieser Hydrops kann ebenfalls ganz symptomlos bleiben; bei dem Auftreten acut-entzündlicher Prozesse stellt er jedoch meist die primäre Ursache der sogenannten Gallensteinkoliken dar. Die Ursache dieser Entzündung kann ein Trauma sein; oft setzt sie auch spontan ein. Verlaufen die Kolikanfälle erfolglos, ist der Schlußstein nicht vorwärts zu treiben, so schützt dieser den Kranken vor einer Allgemeininfektion, und es bleibt bei einem localen Krankheitsproceß, welcher eine günstige Prognose gibt. Den begleitenden leichten Ikterus nennt R. einen entzündlichen und nimmt an, daß sich die Schleimhautschwellung von der Gallenblase aus auf das ganze Gallengangssystem fortsetzt. Wird der Stein durch den Duct. cysticus in den Duct. choledochus getrieben, so ist aus dem mehr oder weniger harmlosen Localleiden ein Allgemeinleiden geworden. Jetzt erst tritt Stauungsikterus auf. Der durch den Stein verletzte Duct. cysticus kann obliterieren, die Gallenblase schrumpft und bleibt in offener Verbindung mit dem Duct. choledochus, enthält also dann Galle, nicht mehr Serum. Durch Infection der Gallengänge und des dieselben umgebenden Lebergewebes kann Pfortaderthrombose mit allgemeiner Pyämie oder auch ein localer Leberabsceß hervorgerufen werden. Bei geringer Größe der Steine werden die Kranken durch die Eröffnung der Papilla Vateri nur wenig geschädigt, da sie die dadurch ermöglichte Infection ziemlich leicht überwinden. Der Stein in der Gallenblase führt oft zur Entwicklung eines Carcinoms; unter 500—600 Gallensteinkranken R.'s wiesen 43 Carcinom auf. Der erfolglose Kolikanfall kann nur allzuleicht als Magenkrampf, als Folge eines Ulcus ventriculi, einer Wanderniere oder einer Appendicitis gedeutet werden. Diese Verwechslung ist am leichtesten bei kleiner, nicht fühlbarer Gallenblase möglich. Eine Operation ist nach R. nicht indicirt bei den Erscheinungen eines erfolgreichen Anfalles und bei kleinen Steinen, ebenso wenn nach mehreren erfolglosen Anfällen ein etwas größerer Stein die Papille passirt hat, da dann noch weitere folgen können. Wohl aber ist ein Eingriff angezeigt auch durch einen einzigen erfolglosen Anfall ohne Ikterus, weil man dann verhindern kann, daß der Stein durch weitere erfolglose Anfälle mehr in die Tiefe gedrängt wird. Wir haben kein anderes Mittel, den Stein in den Zustand der Latenz zu versetzen. Operation ist auch erforderlich, wenn der Stein nach langen erfolglosen Anfällen im Ductus choledochus stecken geblieben ist. Der Arzt hat daher nicht nur die Diagnose auf Gallenstein zu stellen, sondern sich auch klar zu machen, wo der Stein steckt, wie groß er ist und welchen Inhalt die Gallenblase hat. Die meisten Kranken, welche zuerst erfolglose Kolikanfälle haben, können durch frühzeitige Operation gerettet werden.

B.

LÖFFLER und UHLENHUTH (Greifswald): Ueber die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche, im besonderen über die praktische Anwendung eines Schutzserums zur Bekämpfung der Seuche bei Schweinen und Schafen.

Die Versuche des Verf. zeigen, daß eine Serumschutzimpfung gegen Maul- und Klauenseuche bei Schweinen und Schafen heute bereits praktisch durchführbar ist, während die Anwendung bei Rindern derzeit noch nicht in Betracht kommen kann. Die Herstellung dieses Serums ist im Verhältnisse zur Bereitung anderer Schutz- und Heilsera mit enormen Schwierigkeiten und großen Kosten verbunden; die Hauptschwierigkeit ist darin gelegen, daß der Erreger der Maul- und Klauenseuche derzeit noch unbekannt ist, daß man daher nicht mit Reinculturen, beziehungsweise Toxinen arbeiten kann. Es muß vielmehr die in den Blasen kranker Thiere angesammelte Lymphe, welche die angenommenen Erreger der Krankheit enthält, verwendet werden. Die Schwierigkeiten, die sich hieraus ergeben, leuchten sofort ein, wenn man bedenkt, wie kleine

Quantitäten Lymphe man auf diese Weise von einem kranken Thiere bekommt, während andererseits ein großes Thier (Rind oder Pferd), um ein brauchbares Serum zu liefern, mit steigenden Mengen, bis zu 100 Ccm., dieser Lymphe vorbehandelt werden muß. Das Serum wird derzeit von den Höchster Farbwerken hergestellt und vom dem staatlichen Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. auf seine Unschädlichkeit und Wirksamkeit geprüft; nach dem Ergebnisse der daselbst vorgenommenen Prüfungen kann es als für den praktischen Gebrauch geeignet bezeichnet werden. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 1.) Dr. S.—.

Aus der chirurgischen Klinik (Geheimrath Küster) und der medicinischen Klinik (Geheimrath Mannkopff) in Marburg.

ENDERLEN und HESS: Ueber Antiperistaltik.

Die Frage, ob der Darm imstande sei, Inhaltsmassen durch peristaltische Bewegungen entgegengesetzt seiner normalen Verlaufsrichtung fortzutreiben, untersuchten ENDERLEN und HESS („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 59, H. 3/4) experimentell an Hunden durch Prüfen der Peristaltik in umgekehrt eingeschalteten Darmstücken. Sie kamen zur Ueberzeugung, daß eine Antiperistaltik des umgedrehten Darmstückes, d. h. ein Arbeiten desselben in der Richtung des übrigen Darmes statthatte. Für das Erbrechen beim Ileus ist neben dem einfachen Ueberlaufen sicher auch die Antiperistaltik anzuschuldigen, und zwar mit gleichem Recht, als die NOTHNAGEL'sche „Rückstoßcontraction“; an „unphysiologischen Reizen“ und an Reizen an „unphysiologischer Stelle“ fehlt es beim mechanischen Ileus gewiß nicht. R. L.

Aus der chirurgischen Klinik und Privatklinik des Prof. Kocher in Bern.

J. LAUPER: Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa.

Aus 22 genau klinisch untersuchten und zum großen Theile lang nachher verfolgten Fällen von tuberculöser Peritonitis, die LAUPER („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 59, H. 3/4) mittheilt, ergibt sich die ausgesprochene Prädisposition des weiblichen Geschlechtes, die sich wohl aus dem Verhalten der inneren weiblichen Genitalien erklärt, ferner die Bedeutung der Heredität, welche oft gerade bei dieser Aeußerung des tuberculösen Virus unterschätzt wurde. Die Peritonitis tuberculosa ist keine indolente Erkrankung, da sich in $\frac{4}{5}$ der Fälle im Stadium der acuten Verschlimmerung heftige, spontane Schmerzen einstellten. Das Fieber beeinflußt die Prognose nicht in dem hohen Grade, der meist angenommen wird, ist insbesondere keine Gegenanzeige zu operativem Vorgehen. Einer spontanen Heilung ist die Krankheit in gewissem Grade fähig; doch kommt der günstigste Verlauf den operativ behandelten Fällen zu, besonders jenen, in denen es gelingt, einen primären Krankheitssitz zu entfernen, z. B. eine kranke Tube. Die Laparotomie, die stets das Aufsuchen eines solchen zum Ziele haben muß, ist, in richtiger Beschränkung ausgeführt, völlig ungefährlich und nicht nur für die serösen, exsudativen Formen indicirt, sondern auch bei den adhärennten, bei denen oft durch Lösen der Verwachsungen bestehende Ileuserscheinungen behoben werden. Den besten Erfolg hat der Bauchschnitt, wenn daneben Besserung der hygienischen Verhältnisse angestrebt und Bettruhe, entsprechende Diät und endlich die für die anderen tuberculösen Leiden bewährten Medicationen verordnet werden. R. L.

EDMUND FALK (Berlin): Nähmaschinenarbeit und Plätten, ihr Einfluß auf den weiblichen Organismus.

Das Maschinennähen kann, wenn die Maschine durch die Füße der Arbeiterin in Bewegung gesetzt wird, ohne Zweifel bei gesunden Frauen in einer wenn auch geringen Anzahl von Fällen einen schädigenden Einfluß auf die Unterleibsorgane ausüben, indem es durch Congestion zu den Genitalien, den Anlaß zu Menorrhagien, zu Stauungen und infolge hiervon zu katarrhalischen und entzündlichen Processen, bei bestehender Schwangerschaft zur Fehl-

geburt geben kann. Dieser schädigende Einfluß macht sich bei Unterleibskranken in viel höherem Maße geltend, so daß für die unterleibsranke Frau die Beschäftigung an der Nähmaschine als eine gesundheitsschädliche angesehen werden muß („Therapeutische Monatshefte“, 1901, Nr. 6). Von geringerem Einfluß ist die Zahl der Arbeitsjahre und bei fabrikmäßigem Betrieb (8—11stündige Arbeitszeit) auch die Arbeitsdauer. In viel höherem Maße als die Nähmaschinenarbeit übt eine anhaltend stehende Beschäftigung bei gleichzeitig schwerer körperlicher Arbeit einen schädigenden Einfluß auf die Unterleibsorgane aus. Die Schädigung, welche die Nähmaschinenarbeit als solche hervorruft, läßt sich fast vollständig bei fabrikmäßigem Betriebe vermeiden, wenn die Maschinen durch Dampf oder Elektrizität getrieben werden, die Arbeiterin alsdann mit den Füßen nur den Gang derselben regulirt, eine Art des Betriebes, die, wenn auch schon lange bekannt, dennoch bis jetzt erst wenig eingeführt ist.

Es ist daher angebracht, denjenigen Frauen, welche bei normalem Genitalbefund über starke Menorrhagien infolge der Nähmaschinenarbeit klagen, den Uebergang zur Arbeit an mechanisch getriebenen Maschinen anzurathen.

Ferner läßt sich aus den Untersuchungen F.'s der Schluß ziehen, daß, während zur Zeit der Schwangerschaft von einem andauernden Maschinennähen abzurathen ist und ein erhöhter Schutz der Schwangeren empfehlenswerth ist, während Menstruation und Wochenbett die Maschinennäherin eines gesetzlichen Schutzes nur in der gleichen Weise bedarf, wie Arbeiterinnen, welche eine stehende Beschäftigung haben. Würden diese Untersuchungen z. B. auf Verkäuferinnen, welche andauernd stehen, ausgedehnt, so würde sich vermuthlich bei ihnen eine annähernd gleiche Einwirkung auf Menstruation und Unterleibsleiden feststellen lassen. Die Gefahren einer andauernden Nähmaschinenarbeit bestehen demnach in gewissen Grenzen sicherlich; sie sind aber keineswegs derartig, daß diese Arbeit, welche so vielen Mädchen die Quelle für ihren Unterhalt geworden ist, als besonders schädlich angesehen werden muß.

N.

J. G. ROSSOLIMO (Moskau): Ueber Dysphagia amyotactica.

In einer Reihe von Beobachtungen („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 4—6) stand eine Störung des Schlingactes im Vordergrund, die weder von organischen Veränderungen der Speisewege noch auch von irgend einer anatomischen Affection des Nervensystems abhängig war. Verf., der es mit Recht nicht für nothwendig hielt, den Symptomencomplex, dem er den oben angeführten Namen gibt, als eine besondere Krankheitsform abzutrennen, unterscheidet auf Grundlage des Ueberwiegens verschiedener Momente im Entstehungsmechanismus und in der Aeußerungsweise der Schluckstörung drei Unterarten der Dysphagia amyotactica, die motorische mit schlaff verlaufendem Schluckact, die sensorische, mit Sensationsstörung und die psychische mit spezifischer Angst oder einer Zwangsidee.

INFELD.

GUSTAV KILLIAN (Freiburg i. Br.): Zur Geschichte der Oesophago- und Gastroskopie.

In einem sehr interessanten historischem Essay weist K. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 58, H. 5/6) nach, daß der erste, der das grundlegende Princip der geraden Röhren zwecks Spiegelung der Speiseröhre und des Magens erkannte und am Lebenden anwandte (Sommer 1868), KUSSMAUL gewesen ist. Die Idee dazu gab ihm die Beobachtung eines sogenannten Schwertschluckers, welche ihn lehrte, daß bei geeigneter Kopf- und Nackenhaltung der natürliche Winkel zwischen Längsachse des Mundes und des Speiseröhreningangs überwunden werden kann.

R. L.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der speciellen pathologischen Histologie. Band II. Von Dr. Hermann Dürck. („Lehmann's medicinische Handatlanten“, Bd. 21.)

Mit der instructiven Darstellung der morphologischen Verhältnisse, welche den Erkrankungen der abdominalen Secretionsorgane, sowie den Läsionen des Nerven-, Muskel- und Knochen-systems zugrunde liegen, bringt DÜRCK seine Aufgabe zu trefflicher Erledigung. Anlässlich der Besprechung des I. Bandes haben wir bereits auf den unterstützenden Werth dieser in Structur und Färbung durchwegs getreu wiedergegebenen Abbildungen für das Studium der Gewebläsionen hingewiesen und können dies bei Durchblätterung des reichhaltigen 2. Theiles nur neuerdings affirmiren. Dem Bedürfnisse des Anfängers besonders zur Hilfe kommen wird die systematisch durchgeführte Parallelbesprechung der mikroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen und der makroskopisch hieraus resultirenden Bilder. Die pathologische Histologie der Sinnesorgane, gleichwie die Systemerkrankungen der nervösen Centralorgane wurden, als in den Rahmen von Specialwerken gehörig, nicht eingehender berücksichtigt. Ebenso das reiche Contingent der eigentlichen Neoplasmen.

In größter Ausführlichkeit sind die Störungen der Leber und Niere behandelt, während die Läsionen des Pankreas und der Sexualorgane nur mit der Wiedergabe der wichtigsten Formen figuriren.

Die exacte Reproduction der über 200 betragenden, durchwegs polychromen Abbildungen ist als besonderes Verdienst des Verlags-hauses hervorzuheben.

Die Nierensyphilis. Von Dr. J. J. Karvonen in Helsingfors. Berlin 1901, S. Karger.

Das große und bisher nur mangelhaft aufgedeckte Gebiet der specifischen Nierenläsionen findet in den gründlichen Untersuchungen des Verf. sowohl nach der klinischen Seite hin, als auch in dem anatomischen Grundbaue eine bedeutende Förderung. Gegenstand dieser Explorationsserie bilden: dieluetische Albuminurie, die für specifisch erachteten Nierenentzündungen infolge der acquirirten Syphilis und die Nierenveränderungen, welche die hereditäre Form der Erkrankung zu compliciren pflegen.

Bestens mit den Alterationen vertraut, welche der Quecksilber-einwirkung auf die Nieren beizumessen sind (monographisch vom Verf. 1898 bearbeitet), konnte K. mit umso größerer Sicherheit an die Determinirung der Störungen schreiten, welche dasluetische Virus und seine Stoffwechselproducte im Parenchyme der Secretionsorgane des Harnes hervorrufen, zumal er in der Schule WEIGERT's die Histopathologie der Niere eingehendst zu verfolgen Gelegenheit hatte. Als acute syphilitische Nephritis glaubt Verf. aus der Reihe der eigenen Beobachtungen einen einzigen Fall ansprechen zu können, und auch nur mit Hilfe charakteristischer Begleitsymptome. Die histologische Untersuchung liefert keine ätiologischen Anhaltspunkte. Aus der Literatur werden 20 wahrscheinliche und 71 unsichere Fälle dieser Kategorie angeführt.

Nicht viel sicherer gelingt die anatomische Agnosirung der chronischen diffusen Nephritis, als einerluetischen Läsionsform. Fünf mikroskopisch analysirte Fälle waren bei Vorhandensein anderer typischer Anzeichen auf Syphilis zu beziehen, während in vier weiteren Fällen die diesbezügliche Diagnose in Schwebeliege blieb. Einschlägige Befunde stellt K. 38 aus der Literatur zusammen.

Einen breiteren Raum nimmt die als chronische, indurative und narbige Nephritis bezeichnete Form unter den specifischen Läsionen ein. Von 23 zum Theil auch anatomisch untersuchten Fällen dieser Gruppe waren 9 mit Sicherheit auf Syphilis zu beziehen (8 histologisch bestimmt).

An Verf.'s Wahrnehmungen reihen sich weiters 47 wahrscheinliche Fälle und 27 unsichere Beobachtungen aus der Literatur.

Syphilome der Niere untersuchte K. 2, aus der Literatur verzeichnet er 33 Fälle.

In besonders eingehender Weise beschäftigen KÄRVONEN die Nierenveränderungen bei Syphilis hereditaria, welche er in pathogenetischer Hinsicht gleichwie alle sonstigen Erscheinungen der erbten Syphilis in zwei Gruppen rangiren möchte. Diese Läsionen scheidet K. 1. in solche, welche in einer Disproportion der Entwicklung, sowohl der specifischen Elemente, als auch des Mesenchymgewebes (Toxinwirkung) ihre Ursache haben, und 2. in solche, welche den gewöhnlichen specifischen syphilitischen Veränderungen gleichzustellen sind. Vergleichende Untersuchungen mit der fötalen Niere zeigten, daß die hereditäre Syphilis sich in diesem Organe häufig nur in Form von Entwicklungsabnormitäten documentirt. Unter 14 anatomisch explorirten Fällen heredosyphilitischer Kinder zeigten 10 die angedeutete Hypoplasie (mittels K.'s mathematischer Methode festgestellt). 106 Wahrnehmungen dieser Kategorie führt K. in kritischer Sichtung vor.

KÄRVONEN's Monographie wird jedem Fachmanne ein werthvoller Behelf bei einschlägigen Forschungen sein. N.

Physiologische Chemie für Studierende und Aerzte.

Von Dr. Th. Botazzi, Privatdocent der Physiologie in Florenz.
Deutsch von Dr. Borutton, Privatdocent in Göttingen. Wien 1900, Franz Deuticke. Lieferung I. und II.

Das vorliegende Buch verdient als eine originelle Sichtung des von der physiologisch-chemischen Forschung zusammengetragenen Materiales willkommen geheißen zu werden. Klar und deutlich auch in der Darstellung schwieriger Partien, führt es in übersichtlicher Form die Arbeitsmethoden und ihre Resultate vor und setzt durch reichhaltige Literaturangaben den Leser in den Stand, sich weiterhin zu unterrichten. Nach Fertigstellung des Buches werden wir nochmals darauf zurückkommen. lr.

Feuilleton.

Einige sanitäre Vorurtheile.

Von Prof. V. Babes in Bukarest.

(Nach einem Vortrage.)

Die Verrichtungen des civilisirten Menschen sollten derart vor sich gehen, daß die Eindrücke der Außenwelt auf ihrem Wege durch die Nervenbahnen stets von den vorangegangenen Erfahrungen beeinflußt und geordnet zum Ausdruck gelangen. Unsere Aeußerungen werden aber um so weniger mit der Wirklichkeit übereinstimmen, je weniger wir in unseren Verrichtungen wohl beobachtete Thatsachen in Erwägung ziehen.

Allerdings war im Beginne der Civilisation das Gehirn des Menschen noch nicht derart entwickelt und organisirt, daß eine strenge Begrenzung der Erfahrungsgebiete des Gehirns und infolge dessen eine solche der Entladungsbahnen vorhanden gewesen wäre.

Der von außen kommende Eindruck übte entweder eine Reflexwirkung aus, oder aber würde derselbe, indem er in die Sphäre des Bewußtseins oder in die noch nicht organisirten Projections- und Associationsgebiete des Gehirns gelangt, sich verirren. Demgemäß wird der Eindruck nicht der Manifestation entsprechen, indem die letztere von seitlichen Strömungen und von allgemeinen Eindrücken beeinflußt sein wird.

In einem primitiven oder schlecht organisirten Gehirn sind die Eindrücke und Erinnerungen nicht scharf umschrieben, sondern mehr diffus und derart verallgemeinert, daß sie auch die nachbarlichen Eindrücke übermäßig beeinflussen. Besonders starke Empfindungen werden in uns durch Naturerscheinungen wachgerufen, so durch den Donner und den Blitz, die sich in unserem Gehirn auf ein weites Projections- und Associationsgebiet erstrecken und so zu Gottheiten werden, welche eine Reihe von Gegenständen und Beziehungen beherrschen, die in einem wohlorganisirten Gehirn mit diesen Naturphänomenen in keinerlei Verbindung stehen.

So entstehen auch die hygienischen Vorurtheile aus dem Mißverhältniß zwischen unseren Eindrücken, unserem Urtheil und unseren Handlungen, während die vernünftige Thätigkeit sich im genaueren Verhältniß zum Werthe der Eindrücke der Außenwelt abspielt, indem dieselben bloß wohlbegrenzte, mit ihm in enger Verbindung stehende Erfahrungsgebiete unseres Nervensystems berühren.

Das Vorurtheil ist eben der Ausdruck einer unvollständigen, einseitigen und uncontrolirten Erfahrung, die ein ausgedehntes Gebiet der Hirnassocationen beeinflußt, an die Stelle der präzisen und begrenzten Eindrücke tritt und unseren Handlungen eine irrige Richtung gibt.

So wird von der Volksmedizin irgend einer Pflanze besondere Heilkraft für irgend ein Organ zugeschrieben, bloß weil die betreffende Pflanze oder deren Producte dem betreffenden Organe ähnlich sind, ohne daß eine wirkliche Beeinflussung der Krankheit des Organes festgestellt worden wäre. Diese zufällige Aehnlichkeit hat unseren Begriff von dem Organe derart beeinflußt, daß selbst die nachherige Erfahrung nicht mehr imstande ist, den in unserem Gehirn ge-

schaffenen Zusammenhang zwischen der Pflanze und dem bestimmten Organe zu lösen.

Der uncivilisirte Mensch wird eben auch noch heute nicht imstande sein, die empfangenen Eindrücke in seinem Hirne den Thatsachen gemäß zurückzuhalten, zu ordnen und zu berichtigen, demzufolge wird dann die Controle seines Urtheils und seiner Verrichtungen unvollkommen sein, und seine Handlungen werden unter dem Einflusse der irrigen Deutungen des Aberglaubens und der Vorurtheile stehen.

Der für unsere Gesundheit und für unser Glück gefährlichste Aberglaube ist jener, der Krankheiten herbeiführt und deren Gesundheit verhindert. Dieser Aberglaube muß demnach rücksichtslos bekämpft werden. Zu unserem großen Leidwesen müssen wir es aber gestehen, daß ein großer Theil der Landbevölkerung diesem Aberglauben zuneigt.

Zweifellos ist ein großer Theil des im Volke eingewurzelten Aberglaubens auf die Einfalt, auf den Mangel an Bildung, d. h. auf den Mangel einer systematischen Organisirung des Hirnes zurückzuführen. Andererseits aber muß anerkannt werden, daß oft das wirtschaftliche Elend es dem Bauern nicht gestattet, vernunftgemäße Mittel in der Vorbeugung und in der Bekämpfung der Krankheiten zu verwenden.

Trotz alledem ist der Verstand des rumänischen Bauern wohlorganisirt, und fehlt ihm nicht die Gabe, die Außenwelt kritisch zu beobachten. Der Kampf gegen die auf Aberglauben und Unkenntniß beruhenden hygienischen Schäden kann demnach unserer Ueberzeugung nach nicht erfolglos bleiben.

Viel schwieriger wird sich der Kampf gestalten, der gegen die in gebildeteren Kreisen eingewurzelten Vorurtheile unternommen werden soll. Dieser Kampf wird um so schwieriger sein, je weniger diese Schäden die unmittelbaren Interessen dieser Classen berühren und mehr die unteren Volksschichten interessiren, und je mehr es sich um Meinungen handeln wird, die durch die Tradition geheiligt oder durch Afterswissenschaft, Charlatanismus beirrt wurden.

Bei der Besprechung dieser Irrthümer, die eine Gesundheitschädigung der Gesamtbevölkerung im Gefolge haben, muß zwischen den im Volke eingewurzelten und jenen von außen kommenden, das Volksurtheil irreführenden Vorurtheilen unterschieden werden.

Es soll hiemit nicht gesagt sein, daß sämtliche Ansichten des Volkes über die Krankheiten und deren Heilung unbegründet wären. Im Gegentheil, die officinellen Pflanzen sind oft zuerst vom Volke angewendet worden, und zwar auf Grund langjähriger Erfahrung. Selbstverständlich aber war die Tradition nicht imstande, genaue Angaben über die Benutzung der Pflanzen festzustellen, indem es ja häufig vorkommt, daß die Verwendung der Heilpflanze die Krankheit verschlimmert, statt sie zu bessern. Außerdem aber werden neben der nützlichen Pflanze hundert werthlose oder schädliche Pflanzen oder Substanzen verwendet, die nicht nur nicht heilend, sondern unmittelbar schädlich sind. Dabei wollen wir von den Zaubersprüchen und Sympthiemitteln bei den Landbewohnern, sowie von den Reclamemitteln und Naturärzten, zu welchen selbst die Intelligenz ihre Zuflucht nimmt, gänzlich absehen.

Der Volksglaube hat zwar oft die Krankheitsursachen vermuthet. So sprach man schon im Alterthum und im Mittelalter davon,

daß die Fliegen und die Ratten an der Pest betheiligte wären, und in manchen Ortschaften wurde schon längst behauptet, daß die Mückenstiche das Wechselfieber veranlassen, aber erst die mit wissenschaftlichen Methoden unternommenen Forschungen konnten die Richtigkeit dieser Vermuthungen bestätigen. Neben diesen Wahrheitsfunken gab es aber zu allen Zeiten zahllose unbegründete, oft entschieden gefahrbringende Ansichten. Besonders die unheilbaren Krankheiten, Hundswuth, Krebs etc., erfreuten sich immer im Volke zahlreicher, angeblich unfehlbarer Mittel.

Es kann also behauptet werden, daß hie und da diese Ansichten des Volkes nutzbringend waren; sobald aber der Volksglaube die Errungenschaft der modernen Wissenschaft gefährdet, namentlich was die Pflege der Kinder, die Krankheitsverhütung und Krankenpflege betrifft, so muß er mit aller Strenge bekämpft werden. Besonders die seitens des Landvolkes geübte Mißachtung der wissenschaftlichen Medicin zu Gunsten der empirischen Heilweise ist aber dazu angethan, die Lebenskraft des Volkes auf das schlimmste zu gefährden.

Oft allerdings bemäntelt der Bauer selbst sein Elend durch irgend ein Vorurtheil. So bin ich z. B. der Meinung, daß der rumänische Bauer und seine Angehörigen in gesunden und kranken Tagen die Fasttage weniger streng einhalten würden, wenn nicht eben diese, allerdings billigen Fasttage infolge des wirthschaftlichen Elends dem mittellosen Bauer willkommen wären. Das Resultat dieser traurigen Verhältnisse ist, daß der Bauer sich allmähig an dergleichen gewöhnt und gar nicht daran denkt, von diesen Gebräuchen zu lassen. Es wird also noch lange dauern, bis er lernen wird, einzusehen, daß er sich besser nähren müsse, und daß er in Krankheitsfällen sich von Aerzten und nicht von quacksalbernden Weibern behandeln lassen müsse.

Von diesen allgemeinen Betrachtungen sei es mir nun gestattet, auf die eigentlichen, im Bauernvolke eingewurzelten sanitären Vorurtheile einzugehen.

Aus den Berichten der Districtsärzte ist ersichtlich, daß selbst in jenen Ortschaften, wo eine genügende Anzahl geprüfter Hebammen vorhanden ist, der Bauer nur selten ihre Hilfe in Anspruch nimmt, indem derselbe den empirischen Geburtshelferinnen ein viel größeres Vertrauen entgegenbringt. So kommt es vor, daß die aus Districtsmitteln bezahlten geprüften Hebammen kaum den zehnten Theil der stattfindenden Entbindungen leiten; eine Entbindung kostet infolge dessen etwa 30 Franken. Die Gefahr dieser empirischen Hebammen aber läßt sich bakteriologisch nachweisen; ihre Unkenntniß der nothwendigen Reinhaltung und Desinfection der Geburtstheile und der Nabelwunde ist nur zu oft die Quelle tödtlicher Krankheiten, des Wochenbettfiebers und des Starrkrampfes der Neugeborenen.

Die Statistik liefert den Beweis, daß hiezulande die von empirischen Geburtshelferinnen versorgten Wöchnerinnen und deren neugeborene Kinder nicht selten diesen Infectionen zum Opfer fallen, allein der Bauer, der sich nicht mit statistischen Studien befasst, ist natürlich nicht imstande, dieses Uebel zu erkennen und es nach seinem Werth zu schätzen. Die Thatsache, daß die meisten dieser Wöchnerinnen sichtlich ungeschädigt bleiben, stärkt sein Vertrauen zu der empirischen Hebamme, die auch sonst in der Noth als Helferin zu haben ist. Es wird recht schwer sein, den Bauer dahin zu bringen, von diesem Beistande zu lassen, indem derselbe nur den Nutzen der Helferin in der Wirthschaft und an der Versorgung des Haushaltes, nicht aber die Gefahren der unsinnigen Wochenbettpflege und die Gefährdung der Neugeborenen zu schätzen imstande ist.

Allein gerade die Statistik, die uns über die große Sterblichkeit der Mütter und der Neugeborenen berichtet, verpflichtet uns, auf der Forderung zu beharren, daß auf dem Lande überall an Stelle der empirischen, geprüfte Hebammen einzusetzen seien. Dies wird allerdings nicht bloß durch die Anstellung dieser Hebammen zu erreichen sein, sondern erst nachdem der Bauer in der Schule an eine systematische Gesundheitspflege gewöhnt sein wird und nachdem die armen Mütter von der Gemeinde oder von sonstigen wohlthätigen Stiftungen mit den nothwendigsten Nahrungsmitteln und Kleidungsstücken versorgt sein werden.

Diese Beispiele belehren uns über die innigen Beziehungen, die zwischen der materiellen Lage, der Erziehung und dem Gesundheitszustande der Bauern bestehen.

Ebenso unheilvoll ist die von der Volksmedicin empfohlene Behandlung der Krankheiten, und nur zu oft hat der oberste Gesundheitsrath über die von dieser Volksmedicin veranlaßten Vergiftungen und Vernachlässigungen einer fachmännischen Behandlung zu entscheiden. Vergleicht man die Krankenpflege bei den Israeliten und bei den Christen in Rumänien, so ist es auffallend, wie die ersteren, welche den Arzt stets zu Rathe ziehen, geheilt werden, während der Bauer, der sich von Quacksalberinnen behandeln läßt, an den Folgen von Krankheiten stirbt, die sehr wohl hätten geheilt werden können. Ich habe der hiezulande üblichen ärztlichen Hilfe besondere Aufmerksamkeit geschenkt und bin zur Ueberzeugung gelangt, daß es besonders diesem Umstande zuzuschreiben ist, daß zwischen der Sterblichkeit der christlichen und der jüdischen Bevölkerung so große Unterschiede vorhanden sind. Wir sind also berechtigt, in der Volksmedicin die hauptsächlichste Ursache der Entartung und der Verringerung der rumänischen Bevölkerung zu sehen, und müssen nach Mitteln trachten, damit die beamteten Aerzte nicht nur von der fremden, sondern auch von der einheimischen Bevölkerung zu Rathe gezogen werden.

Andere Nachtheile sind auf gewisse religiöse Sitten und Gebräuche zurückzuführen, die allerdings nichts mit der eigentlichen Religion zu thun haben. Es kann nicht geleugnet werden, daß die christliche Religion der Körperpflege nicht jene Aufmerksamkeit schenkt wie die älteren Religionen, und so ist es erklärlich, daß die älteren Völker für die öffentliche Gesundheit viel größere Opfer brachten, als wir es heute thun. Demgemäß ist es nur ein unheilvoller Irrthum, zu behaupten, daß die alten Völker, die nichts von Gesundheitspflege wußten, gesünder waren als wir, trotz unserer modernen Gesundheitspflege. Dennoch aber ist es durchaus nicht geboten, im Namen der christlichen Religion die Gesundheit zu vernachlässigen, ja es wäre zu wünschen, daß sogar die Geistlichen von der Kanzel aus hygienische Rathschläge predigen würden, nachdem die heilige Synode sich entschlossen haben wird, manche schädlichen Religionstübungen zu beseitigen.

Es kann überhaupt nicht daran gezweifelt werden, daß der verhältnißmäßig bessere Gesundheitszustand bei den Juden theilweise auf religiöse Gebräuche zurückzuführen ist, die ja tief in das Familienleben eingedrungen sind. Wäre es nun nicht möglich, daß auch die orthodoxe christliche Kirche Mittel und Wege fände, um den Angehörigen der Landeskirche eine hygienische Lebensweise einzuprägen?

In erster Reihe müßte darauf gedrungen werden, daß die ungeheure Anzahl der überaus strengen Fasttage verringert werde. Besonders zur Sommerszeit, während der schweren Feldarbeit, ist es unverantwortlich, daß die Leute nur ungenügende Nahrung zu sich nehmen. Diese unzureichende Ernährung steht in directer Verbindung mit dem Ausbruche der Pellagra, indem die meisten Pellagrafälle gerade zu Ende dieser Fastenzeit zu beobachten sind. Die Pellagra aber ist in Rumänien eine der hauptsächlichsten Ursachen der immer mehr um sich greifenden Rassenentartung.

Dieses Leiden wird bekanntlich auf den Verbrauch verdorbenen Mais zurückgeführt und ist zweifellos der Ausdruck des Elends und der Hungersnoth, nicht nur weil der verdorbene Mais für gewöhnlich nur von der armen Bauernbevölkerung verzehrt wird, die dann der Pellagra zum Opfer fällt, sondern weil das physiologische Elend eine nothwendige Bedingung ist, damit der verdorbene Mais die Pellagra erzeugen könne. Wir haben es unternommen, den Beweis zu liefern, daß zwischen physiologischem Elend, verdorbenem Mais und der Pellagra wirklich ein intimer Connex vorhanden ist, und unsere Versuche haben in der That gezeigt, daß Thiere, die sonst den Maisgiften gegenüber unempfindlich sind, diese Resistenz nach mehrtägiger Nahrungsentziehung verlieren. Daraus ergibt sich die Thatsache, daß die Pellagra nicht allein auf den Verbrauch des Mais zurückzuführen ist — wie es egoistische Großgrundbesitzer zu behaupten pflegen, welche das Kind mit dem Bade verschütten —, sondern daß eben die Ausnützung des Bauern seitens der Pächter, ihr unmenschliches Elend, die infolge unzureichender Nahrung per-

manente Hungersnoth, die dem Arbeiter durchaus ungünstigen Gesetze und Pachtcontracte, die immerwährende Uebervortheilung der Bauern seitens der nimmersatten Pächter als wirkliche Ursache der Pellagra anzusehen sind. Wenn man nun noch erwägt, daß nur zu oft diesen Bauern Mais zur Nahrung gereicht wird, der so verdorben ist, daß er überhaupt nicht verkauft werden konnte, wird es begreiflich, wie dieses Leiden, das mit einer leichten Hautröthung beginnt und mit dem Wahnsinn und mit dem Tode endet, unter der rumänischen Bauernbevölkerung grenzenloses Unheil anzurichten imstande ist und mit jeder schlechten Ernte an Ausbreitung gewinnt. So wurden im vorigen Jahre 40.000 Pellagröse gezählt.

(Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Um die bekannte irritirende Eigenschaft des **Formalins** zu umgehen, verwendet JORDAN das Mittel nicht, wie allgemein üblich, in wässriger, sondern in glyceriniger Lösung („Fortschr. der Medicin“, 1901, Nr. 19). Die Lösung bereitet er jedesmal frisch vor dem Gebrauch aus reinem Formol und Glycerin, und zwar verwendet er bei Anginen eine 2%ige Mischung, die mit einem gewöhnlichen Rachenpinsel auf die erkrankte Mandel aufgepinselt wird. Nicht selten genügte eine einmalige Application, um den Entzündungsproceß zum Stillstand zu bringen. Es empfiehlt sich, bis 1 Stunde nach der Pinselung nichts zu genießen, damit das Mittel genügend lange einwirken kann. In einer 4%igen Lösung wendet Verf. das Formalinglycerin bei der Bartflechte an. Die erkrankte Hautpartie wird zuerst sorgfältig mit Terpentinäther abgewaschen, dann mit Seife und warmem Wasser gereinigt und nun mit einem in die Formalinlösung getauchten Leinwandlappen stark frottirt, bis eine intensive Röthung auftritt. Jetzt wird die Stelle mit einer in der Lösung befeuchteten Compresse mehrere Stunden bedeckt, darauf abgetrocknet und mit einer indifferenten Salbe bestrichen. Gewöhnlich genügt es, diese Procedur einmal vorzunehmen.

— Zur **Behandlung der Anämie** empfiehlt A. SCHENK („Aerztl. Central-Zeitung“, 1901, Nr. 16) das Fersan. Er hat durch länger als ein Jahr eingehende, exacte Versuche mit Fersan speciell bei Anämie und Chlorose angestellt und besonders das Fersan-Pulver in Dosen von 3—6 Kaffeelöffel durch 6—8 Wochen verabreicht. Das Pulver wurde, am besten in Zuckerwasser oder in gezuckerter Milch verrührt, gern genommen. Die Erfolge sind vielfach überraschend und die Steigerung des Hämoglobins und der Zahl der rothen Blutkörperchen lassen keinen Zweifel, daß das Fersan als eisenhaltiges Acidalbumin einen werthvollen Fortschritt in der Therapie der Blutkrankheiten darstellt. Bei Kindern empfiehlt Verf. das Fersan-Malz-Extract, welches sich durch einen vorzüglichen Geschmack auszeichnet, und hält es für angezeigt, dasselbe zu Electuarien zu verwenden, wie sie in der Kinderpraxis so beliebt sind. In ähnlicher Weise äußert sich auch HRACH („Wiener med. Woch.“, 1901, Nr. 23) über das Fersan, das er in einem Falle von acuter Anämie ex Haematemesi mit offenbarem Erfolge angewandt hat.

— Das jüngste und schon ziemlich allgemein angenommene Ersatzmittel des Jodoform, das **Xeroform**, bildet nach HERRNHEISER („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 8) eine bedeutende Bereicherung unseres Arzneischatzes. Die günstigen Erfolge, die von der Klinik FUCHS in Wien veröffentlicht wurden, werden von allen Seiten bestätigt. Es gibt ekzematöse Processe in der Bindehaut und Hornhaut, bei welchen die gelbe Salbe nicht vertragen wird. In solchen leistet uns das Xeroform wie ein Specificum glänzende Dienste. Es wird gerade so wie Calomel in den Bindehautsack eingestäubt.

— Zur **Scabiesbehandlung** empfiehlt IVANYI („Ung. Med. Presse“) das Epicarin. Er brachte dasselbe als 10%ige Salbe mit Vaseline in einer Reihe von Scabiesfällen zur Anwendung. Die durchschnittliche Heilungsdauer der Scabies beträgt nach I. 8 bis 10 Tage bei gehöriger Behandlung, das ist bei womöglich täglich zweimaliger Einreibung schuppen sich die Milbengänge ab, die Haut wird jedoch rauh, trocken, erythematös, was eine 1- bis

2tägige Nachbehandlung mit Bor oder Zinkvaselin erfordert. Nur in 2 Fällen traten infolge der Anwendung hyperämische Knötchen und eine diffuse oberflächliche Dermatitis auf. Es ist zwar sicher, daß die Haut bei den Kranken eine sehr empfindliche war, doch veranlaßte diese Nebenwirkung des Epicarins jedenfalls zur Vorsicht. Jedenfalls hat die dermatologische Therapie mit diesem Präparat ein gutes Mittel gewonnen, sowohl wegen der Geruchlosigkeit desselben, als auch deswegen, weil es nicht schmutzt und die Nieren nicht reizt.

— Zur **Prophylaxe der Tripperinfection** empfiehlt MARSCHALKO („Heilkunde“, 1901) das Protargol. Wenn die Einträufelungen einer 20%igen Lösung rasch, womöglich sofort nach dem Coitus bewerkstelligt werden, so ist man ziemlich sicher imstande, die gonorrhoeische Ansteckung zu verhindern. M. hat in seiner Praxis die prophylaktische Wirkung der 20%igen Protargol-glycerin-Einträufelungen erprobt, und zwar mit dem besten Erfolge.

— Einen **tragbaren antiseptischen Alkoholbehälter für medicinische Spritzen** hat SALM construiert („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 21). In einem genau cylindrischen Standglase befindet sich ein aus 3 Scheiben bestehendes Gestell, welches nach Aufsetzen des völlig dicht schließenden Deckels nach keiner Seite hin irgend welche Bewegungen machen kann und daher den Spritzen wie den Canülen eine sichere Lage und Schutz vor jeder Beschädigung verleiht. Durch die Spiralfeder unter der untersten Scheibe ist jede Längsverschiebung und durch die Scheiben selbst jede Seitenverschiebung ausgeschlossen; bei geöffnetem Behälter hebt die Feder das Gestell so weit empor, daß Spritzen wie Canülen bequem entnommen werden können. Dabei ist der Behälter so handlich wie jedes andere Etui und läßt sich bequem in der Tasche tragen; der völlig dicht schließende Deckel verhindert jedes Austreten von Flüssigkeit. Zur Erfüllung der oben aufgestellten Forderungen muß der Behälter mit einer Flüssigkeit gefüllt werden, die gleichzeitig desinficirt und die Oxydation hindert. Am besten bewährt sich hier der absolute Alkohol; zur Verstärkung der desinficirischen Kraft erhält er einen Zusatz von 5% Seifen-spiritus. Bei den eiweißhaltigen Injectionsmedicamenten (Diphtherieserum) muß der Alkohol zur Verhütung einer Fällung vorher entfernt werden; bei der Hetollösung wurde die Spritze mit Schwefeläther ausgespritzt; bei SCHLEICH'scher Lösung trübt sich die erste Spritze und wird daher weggespritzt, die zweite bleibt klar; bei der Perubalsamemulsion, sowie bei der Punction wurde auf eine vorherige Entfernung des Alkohols verzichtet. Eine besondere Beachtung wurde dem Kolben geschenkt. Als Material für den Kolben wird Korinleder verwendet; drei flache Scheiben, deren Ränder nicht wie bei den gewöhnlichen Lederkolben aufgekrempt werden, werden durch eine Schraubenvorrichtung am Griff der Kolbenstange fest zusammengepreßt. Da jedes Eintrocknen ausgeschlossen ist, bleibt der Kolben stets dicht.

— Ausgehend von der von neueren Forschern vertretenen Anschauung, daß das **Lecithin** eine wichtige Rolle bei der Assimilation des Stickstoffes und des Phosphors spielt, haben GILBERT und FOURNIER diese Substanz sowohl Thieren als Menschen verfüttert. Es ergab sich hiebei constant eine Zunahme des Appetites und des Körpergewichtes, bei den meist lungenkranken Patienten besserte sich das Allgemeinbefinden („Fortschritte der Medicin“, 1901, Nr. 19). Die Verf. empfehlen das Lecithin daher als Unterstützungsmittel bei diätetischen Curen. Die Dosis beträgt für die Verabreichung per os 0.1—0.5 Grm. in Pillen, oder für subcutane Injection 0.05—0.15 in sterilem Olivenöl gelöst. Gewöhnlich wird alle 2 Tage eine derartige Dosis gegeben.

— **Neuritis optica nach Thyreoidineinnahme** hat COPPEZ beobachtet („Journ. méd. d. Bruxelles“, 1900, Dec. 20). Er hatte Gelegenheit, in 6 Fällen nach Einnahme von Thyreoidin das Entstehen einer Neuritis optica zu beobachten. Die anatomischen Veränderungen der Papille waren gering, ebenso die subjectiven Beschwerden. Durch Aussetzen des Thyreoidins heilte die Neuritis allmählig im Verlaufe von 4 Monaten.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

XIV.

JOACHIMSTHAL (Berlin): Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenkes bei der angeborenen Luxation.

J. demonstriert zunächst an 5 Präparaten, von denen zwei doppelseitige Verrenkungen aufweisen, diejenigen Veränderungen, die bei der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes im späteren Lebensalter zustande zu kommen pflegen. An allen Präparaten ist die Pfanne, und zwar stets in deutlichster Weise, vorhanden. Sie ist kleiner und flacher als normal, dabei aber an einzelnen Gelenken noch so vertieft, daß ein stark abgeschliffener Kopf, namentlich in Abductionslage, nothdürftig in ihr Platz finden könnte. Die Hüftgelenkspfanne hat stets die ihr normale Form einer Hohlkugel verloren und sich dafür in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und namentlich hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Grenzwall besteht. An drei der demonstrierten Becken findet sich an der äußeren Darmbeinfläche nach außen und oben von dem hinteren Pfannenrand eine dem neuen Standort des Kopfes entsprechende Vertiefung. An dem Oberschenkelkopf, wie an dem ganzen oberen Femurende besteht eine beträchtliche Atrophie, die mit dem Darmbein in Contact gewesene hintere und innere Fläche des Kopfes erweist sich als stark abgeplattet. Der von dem Schenkelschaft und -Hals gebildete Winkel ist fast stets in dem Sinne einer Coxa vara verkleinert. An einem in toto erhaltenen Oberschenkel tritt die in letzter Zeit namentlich wieder von SCHEDE betonte Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich zu Tage.

An dem einen der vorgelegten Präparate ist die Kapsel noch erhalten; sie läßt im Gegensatz zur Norm überall die Contouren des Kopfes und Halses erkennen. Ihre vordere Wand bildet mit der alten Pfanne eine Art von Tasche. Oberhalb des hinteren, oberen Pfannenrandes findet sich eine Verengung.

Im Gegensatz zu diesen Präparaten demonstriert J. alsdann eine Reihe von Pat., bei denen er vor längerer Zeit die unblutige Reposition ein-, resp. doppelseitiger Hüftverrenkungen mit dauerndem Erfolge vorgenommen und durch in regelmäßigen Zwischenräumen hergestellte Roentgenaufnahmen die Umwandlung zu verfolgen versucht hat, die im Anschluß an diesen Eingriff an den knöchernen Theilen des Gelenkes sich vollziehen. Entsprechend der tadellosen Function der Hüftgelenke ergab sich an den Skiagrammen stets eine beträchtliche Vertiefung der knöchernen Pfannengrundlage, eine erhebliche Zunahme des Caput femoris, während der Schenkelhals bei zwei 9-, resp. 8½-jährigen Mädchen, bei denen er vor 3, resp. 1½ Jahren die Einrenkung vollzogen hat, noch eine auffallende Kürze erkennen läßt. An stereoskopischen Aufnahmen läßt sich hier auch eine leichte Anteversionsstellung des Schenkelhalses demonstrieren.

Zum Schluß zeigt J. noch einige Skiagramme unvollständiger Hüftluxationen.

Küster (Marburg) hält das eine Becken nicht für eine Luxatio congenita.

Hoffa (Würzburg) ist der Meinung JOACHIMSTHAL's, weil er die Dicke der Pfannenwandung für ausschlaggebend hält.

AHRENS (Bonn): Ueber einen Fall von fötaler Inclusion im Mesocolon ascendens.

Ein Mädchen hatte im frühesten Lebensalter schon einen dicken Bauch, der dann im 8. Jahre verschwand, um im 16. Jahre wieder aufzutreten. Es wurde eine Hydronephrose angenommen, ein Lumbalschnitt gemacht und man fand einen Tumor, der sich in die Platten des Mesocolon ascendens hinein entwickelt hatte. Eine Punction entleerte 3 Liter brauner Flüssigkeit, im Ganzen enthielt der Tumor 4 Liter dieser Flüssigkeit, die sich als Blut

herausstellte. Die Niere war an ihrem Platze. Tamponade, Heilung. Der Urin, der vorher eiweißhaltig war, wurde normal. Das Präparat, das Vortr. demonstrierte, hat die Gestalt eines Sanduhrmagens mit Darmanhang von 26 Cm., ausgebildeter Cardia und Pylorus. Die Schleimhaut, mit der dieser Magen ausgekleidet war, hat Haustra-ähnliche Falten und erwies sich mikroskopisch als eine wirkliche Magenwand mit allen Elementen der Magenschleimhaut, aber mit wirrem Durcheinander von allen Epithelien. Pepsin konnte nachgewiesen werden. Doppelt interessant war aber an diesem Aftermagen ein Magengeschwür, ein richtiges Ulcus pepticum. Es handelte sich also um das Unicum eines doppelt angelegten Magens, dem sich nur noch nicht die ganze Mucosa angepaßt hatte.

GOLDMANN (Freiburg): Zur Pathogenese und Behandlung des Keloids.

G. hat als Ursache des Keloids einen Schwund der elastischen Fasern in der Cutis nachgewiesen und vergleicht die Entstehung desselben mit dem Aneurysma durch den Verlust des Widerstandes der elastischen Fasern. Entgegen der Behauptung anderer hat er doch markhaltige Nervenfasern in dem Keloid nachweisen können. Er empfiehlt die Exstirpation und den Schluß des Defects durch Transplantation.

Lauenstein (Hamburg) berichtet über einen Fall von keloider Entartung von Verbrennungsnarben, bei dem alle Schnitte, die durch die Cutis gingen, sich in Keloide verwandelten.

Sendler konnte einen Fall von Narbenkeloid erst durch Transplantation heilen.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXX.

Abtheilung für innere Medicin.

LABADIE (New-York): Eine neue Behandlungsmethode der Tuberculose: Directe Transfusion von Medicamenten und Antiseptics in den Locus affectionis durch statische Electricität.

Vortr. hat die Methode von CROTTE nachgeprüft, welche darin besteht, daß Formaldehyd mittelst statischer Electricität unmittelbar an den Locus affectionis, die Lungen, gebracht wird. Zunächst haben Thierversuche ihm den Beweis gebracht, daß chemische Substanzen (außer Formaldehyd wurden auch Jod und Quecksilber geprüft) in der That auf diesem Wege in die innern Organe gelangen können. Die Erfolge bei Phthisikern waren folgende: rapide Verminderung sämtlicher Symptome, wie Husten, Nachtschweiß, Fieber, Bacillenauswurf und infolge dessen schnelle Kräftigung. Technik der Methode: 1. Der Kranke sitzt auf dem Isolirstuhl, auf Brust und Rücken werden die Holzpole aufgesetzt, welche in 1—10 proc. Formaldehydlösung (je nach dem Grade der Erkrankung) getaucht sind, und nun läßt man durch die Elektrirmaschinen bald Ströme, bald Funken, bald beides ausstrahlen. Man kann die Kranken auch währenddessen mit ebensolchen Schwämmen frottiren! 2. Inhalationen von Formaldehyd aus solchen Schwämmen bei durchgehendem Strom.

Abtheilung für Chirurgie.

JACQUES JOSEPH (Berlin): a) Riesenwuchs des linken Ohres: operative Verkleinerung desselben (mit Projectionsbildern). b) Ueber einige operative Nasenverkleinerungen (mit Projectionsbildern).

Der Vortr. hat bereits am 21. October 1896 in der Berliner med. Gesellschaft über den ersten Fall von operativer Ohrenverkleinerung, die sog. Eselohren-Operation, berichtet. Er hat seitdem eine Reihe von anderen Ohrenverkleinerungen ausgeführt und hebt daraus folgenden besonders interessanten Fall hervor: Ein jetzt 38jähriger Schlosser hatte bis vor circa 2 Jahren zweierlei Ohren, ein rechtes normales und ein linkes fast doppelt so großes. Dieses

war bereits von Geburt an etwas größer als das rechte; doch fiel die Zeit seines größten Wachstums in die Zeit vom 20.—26. Lebensjahre des Mannes. J. hat ihn, wegen des teratologischen Interesses, das der Fall darbot, am 26. Januar 1898 vor der Operation in der Berliner med. Gesellschaft vorgestellt. Vor circa 2 Jahren hat J. dem Manne, der wegen seiner Mißbildung vielfach Bespöttelungen ausgesetzt war, auf seinen dringenden Wunsch das linke Ohr soweit verkleinert, daß es nunmehr ebenso groß ist wie das rechte normale Ohr. Dabei hat dasselbe ungeachtet der in diesem Falle ziemlich eingreifenden Operation eine durchaus natürliche Form erhalten. Die Operation wurde folgendermaßen ausgeführt: Wie in seinen anderen Fällen von operativer Ohrenverkleinerung machte J. zunächst einen in diesem Falle freilich recht großen keilförmigen Ausschnitt, mehr aus der oberen als aus der unteren Hälfte der Ohrmuschel, ebenso einen kleineren keilförmigen Ausschnitt aus dem gleichfalls stark vergrößerten Läppchen. Damit das Ohr für die neugewonnene Höhe nicht zu breit würde, schnitt J. aus der Ohrmuschel von den Wundrändern des großen Ausschnittes, nach oben wie nach unten, wiederum zwei keilförmige Stücke aus. Darauf wurden die Wundränder durch Naht vereinigt und dann das ganze Ohr durch Entfernung eines entsprechenden Hautstückes aus der Furche zwischen Ohrmuschel und Kopfhaut, sowie durch Vereinigung der dadurch geschaffenen Wundränder, an den Kopf genau so angelegt, wie es das rechte Ohr war. Die Narben sind durchaus unauffällig, zum Theil kaum sichtbar.

Sodann berichtet J. über acht Nasenverkleinerungen, welche er in den letzten 2 $\frac{1}{2}$ Jahren ausgeführt hat, und zwar nur über Verkleinerungen solcher Nasen, welche an sich ganz gesund waren, aber ihren Trägern durch ihre Größe und Gestalt großen Verdruß, zum Theil auch in ihrem Berufe erhebliche Nachteile bereitet hätten. Der erste bereits am 11. Mai 1898 in der Berliner med. Gesellschaft ausführlich mitgetheilte Fall betraf einen 28jährigen Gutsbesitzer, dessen Nase etwas zu lang war, vor allem aber zu stark aus dem Gesicht hervortrat und außerdem mit einem Höcker behaftet war. Die Nase ist durch die an genannter Stelle ausführlich beschriebene Operation normal lang, in normaler Weise aus dem Gesicht hervortretend und gerade geworden. Auch sind die vorher recht großen Nasenlöcher auf normale Weise reducirt worden.

Ein zweiter Patient hatte eine Nase, deren untere Hälfte eine frappante Aehnlichkeit mit einem Entenschnabel besaß. — Ein dritter Fall betraf eine junge Dame, deren Nase zu lang und in ihrer unteren Hälfte kolbenartig verdickt war. Auch waren die Nasenflügel mit Rücksicht auf die Profildicke der Nase unverhältnißmäßig klein. — Der vierte Patient, ein junger Oekonom, hatte eine kartoffelähnliche Vorbuchtung dicht oberhalb der Nasenspitze, eine sogenannte Kartoffelnase. — Der fünfte Patient besaß eine zwar gerade, aber zu stark hervortretende und zu spitze Nase. — Der sechste und siebente Fall betreffen eine Dame und einen Herrn, welche eine zu lange und gleichzeitig mit einem Höcker behaftete Nase hatten. Die Nasenspitze der Dame wies außerdem noch eine schaufelartige Verbreiterung auf. — Die Nase des achten Patienten zeichnete sich durch auffallende Größe, besonders aber durch ihre überaus häßliche Form aus. Statt der gewöhnlichen, abgerundeten Spitze hatte sie eine ziemlich große, fast viereckige, schräge Platte, welche der Nase eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Schweinsrüssel verschaffte.

Notizen.

Wien, 17. August 1901.

(Ein Wort für die Aerzte.) Es gehört leider zu den größten Seltenheiten, daß sich eine gesetzgebende Körperschaft mit der wirthschaftlichen Lage des ärztlichen Standes beschäftigt. Die Anstrengungen, welche die Aerztekammern in jüngster Zeit gemacht, um die berechtigten Wünsche der Aerzte der Regierung, dem Parlamente und der großen Oeffentlichkeit gegenüber zu begründen, scheinen theilweise fruchtbaren Boden gefunden zu haben. So hat in einer der letzten Sitzungen des n.-ö. Landtages der Abgeordnete PIRXHOFFER — kein Arzt — anlässlich der Budgetdebatte

eine Lanze für unseren Stand gebrochen, indem er zunächst die Lasten aufzählte, welche der Staat den Aerzten ohne Entlohnung aufbürdet, Anzeigepflicht bei Infectionskrankheiten und Verletzungen, Genesungsbericht, sowie jene Pflichten, für welche das Land aufkommen muß, wie Todtenbeschau, Impfung, Findlingsbehandlung etc. Redner begehrt, das gesammte Sanitätswesen auf staatliche Basis zu stellen. Nachdem der Abgeordnete die traurige Lage und unwürdige Entlohnung der Spitalsärzte gestreift, gelangt er zur Besprechung des wirthschaftlichen Niederganges unseres Standes und dessen wichtigster Ursache, das ohne Mitwirkung der Aertschaft erlassene Krankenversicherungsgesetz, für dessen Sanirung im Sinne des Memorandums der Kammern — Limitirung der Versicherungspflicht und des Versicherungsrechtes durch das Einkommen, freie Arztwahl; bezüglich der Meistercassen, Aufhebung der Verpflichtung ihrer Mitglieder, sich ärztlich behandeln zu lassen — Redner tritt, mit einem warmen Appell an die Regierung schließend, das Prestige der Aerzte zu wahren, nicht aber, wie dies consequent geschieht, Alles zu thun, was geeignet erscheint, dasselbe herabzudrücken. — Wir danken dem Abg. PIRXHOFFER für dieses Wort. Möge er Nachahmer finden!

(Erste Hilfe in der Schule.) In dem soeben ausgegebenen Jahresberichte des Staatsgymnasiums im 3. Bezirke Wiens findet sich folgende Mittheilung: „In einer stark besuchten Schule sind kleine körperliche Unfälle und Unpässlichkeiten nicht selten. Schnitt- und Rißwunden, hervorgerufen durch eine unvorsichtige Handhabung des Federmessers, der Feder oder des Bleistiftes, Uebelkeiten, Nasenbluten, Kopf- und Zahnschmerz sind die am häufigsten beobachteten Zwischenfälle. Bisher mußten die Schüler infolge dieser Uebel nach Hause geschickt werden und versäumten dadurch mehrere Unterrichtsstunden, oder sie mußten ihre Schmerzen bis zum Schlusse des Schulunterrichtes ertragen. Entsprechend angewendete Arzneimittel hätten diese Unfälle leicht beheben können. Daraus ergibt sich die Nothwendigkeit, daß jede Schule über die wichtigsten Medicamente verfügt, die in den angeführten Fällen rasche Abhilfe schaffen. Aus diesem Grunde hat die Direction eine reich ausgestattete Verbandtasche und Apotheke erworben, die bei kleinen Unfällen sehr ersprießliche Dienste leisten.“ — Wir knüpfen an diese Enunciation der Schulleitung nur die Hoffnung, daß behufs Anwendung der für die erste Hilfe bei Unfällen, Verletzungen etc. bereit gehaltenen Verbandmaterialien ad hoc geschulte Mitglieder des Lehrkörpers verwendet werden, welche die Nothwendigkeit peinlichster Reinlichkeit bei Behandlung von Wunden jeder Art kennen, möchten aber andererseits vor Einrichtung von Hausapotheken in Schulen schon aus dem Grunde warnen, weil Laien auch die symptomatische Behandlung von Kopfschmerzen und dgl. nicht wohl überlassen werden kann, wozu im Uebrigen in einer Stadtschule keine Nöthigung vorliegt. Schulkinder, die sich krank fühlen, gehören nach Hause.

(Aerztliche Studienreise in die Nordseebäder.) Betreffs der von uns bereits angekündigten Reise wird uns vom Comité derselben folgendes Detailprogramm übermittelt: Die Abfahrt der Theilnehmer erfolgt am 28. September Morgens 8 Uhr von Hamburg nach Helgoland, und zwar mit dem Salondampfer „Prinzessin Heinrich“ der Nordseelinie. Am nächsten Tage Mittags 1 Uhr erfolgt die Abfahrt nach Sylt via Hörnum, Ankunft in Westerland 5 Uhr. Der 30. September wird auf Sylt verbracht. Am 1. October Mittags 1 Uhr Abfahrt nach Amrum via Hörnum, Ankunft daselbst 4 Uhr Nachmittags. Am nächsten Morgen Früh 7 Uhr Abfahrt nach Wyk auf Föhr, woselbst der Dampfer um 8 Uhr anlegt. Mittags 1 Uhr desselben Tages Weiterfahrt nach Kuxhaven, Ankunft daselbst 5 Uhr 30 Min. Am 4. October wird von Norderney ein Ausflug nach Juist unternommen. Am 5. October verläßt der Dampfer Norderney bereits um 5 Uhr 30 Min. Früh und langt um 10 Uhr Vormittags vor Borkum an. Am 6. October erfolgt die Abfahrt Früh 6 Uhr 30 Min. nach Wilhelmshaven. Hier benutzen die Theilnehmer einen Zug der Oldenburgischen Staatsbahn, um nach Carolinensiel zu gelangen und mittels Watt-dampfer die Inseln Wangeroog und Spikerog zu besuchen. Am 7. October treffen die Theilnehmer Vormittags wieder in Wilhelmshaven ein und gehen an Bord der „Prinzessin Heinrich“, welche

um 10 Uhr Vormittags nach Helgoland abdampft. Ankunft daselbst um 1 Uhr. Am 8. October, 11 Uhr Vormittags, erfolgt die Heimreise. Der Dampfer trifft um 7 Uhr in Hamburg ein, so daß den Theilnehmern die Benutzung des Südcourierzuges ermöglicht ist. Alle Einzelheiten über die während des Verweilens in den Badeorten zu treffenden Arrangements werden demnächst bekannt gegeben. Es sei noch bemerkt, daß an der diesjährigen Studienreise Damen nicht theilnehmen können.

(Personalien.) Der Bezirksarzt Dr. JULIUS LÖCKER ist zum Oberbezirksarzte in Oberösterreich ernannt worden. — Dem Bezirksarzte Dr. VINCENZ EIGL in Kirchdorf wurde der Titel und Charakter eines Oberbezirksarztes verliehen.

(Militärärztliches Officierscorps.) Die gegenseitige Transferirung der Stabsärzte Dr. KARL HOLY der Militär-Oberrealschule in Mähr.-Weißkirchen und Dr. JULIUS SCHWARZ des Garnisonsspitals Nr. 11 in Prag wurde angeordnet. — Dem Militärpensionisten Dr. ADOLF MANNABERG, Stadtphysicus in Ung.-Hradisch, ist der Titel und Charakter eines Regimentsarztes II. Cl. ad honores verliehen worden.

(Statistik.) Vom 4. bis inclusive 10. August 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6064 Personen behandelt. Hievon wurden 1344 entlassen; 143 sind gestorben (9.6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 49, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 28, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 10, Scharlach 73, Masern 82, Keuchhusten 18, Rothlauf 29, Wochenbettfleber 4, Rötheln —, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 710 Personen gestorben (+ 134 gegen die Vorwoche).

Sanatorium in Krč bei Prag, welches M. U. Dr. J. ŠIMSZA zur Heilung der Nerven- und Gemüthskrankheiten gründete, befindet sich in der nächsten Nähe von Prag in einer herrlichen Lage und hat die vorzüglichste Eisenbahnverbindung. Prospekte sendet Dr. ŠIMSZA auf Verlangen gratis zu.

Extractum Chinae Nanning. Nach den Publicationen einer Reihe von Autoren und Mittheilungen vieler Praktiker ist dieses Präparat ein vorzügliches Amarum, welches den Appetit stark anregt und den Stomachica in erster Linie angereicht werden darf. Es beeinflußt in günstigster Weise die Appetitlosigkeit Bleichsüchtiger. Nach längerem Gebrauch dieses Mittels schwand die Dysmenorrhoe dieser Patientinnen. Erfolgreich hat THOMALLA-Berlin („Therap. Monatsh.“, 1899, 11. Heft). Extract. Chinae Nanning bei Appetitlosigkeit Scrophulöser und Tuberculöser, bei acutem und chronischem Magenkatarrh, bei Fiebernden und Wundkranken und bei Reconvalescenten angewandt. Nach BOLEN's interessanten Mittheilungen („Therap. Monatsh.“, 1901, 1. Heft) ist dieses Präparat das einzige Stomachicum, durch welches die Hg- und Jodkalidyspepsie beseitigt werden kann. Allerdings erscheint es angezeigt, bei Beginn der Hg- oder Jodkalicur sofort auch mit Extract. Chinae Nanning zu beginnen, der Erfolg ist stets sicherer, indem die Entstehung der Dyspepsie vermieden wird.

Besonders hervorzuheben ist noch die Wirkung des Extract. Chinae Nanning bei gleichzeitigem Gebrauch von Natr. salicyl., indem es die schädlichen Wirkungen des Natr. salic. auf den Magen beseitigt. Man verordne es aber nicht mit Natr. salic., sondern lasse es getrennt von diesem 3 × tägl. 15—20 Tropfen nehmen.

Ebenso empfiehlt es sich bei allen anderen Medicamenten, wie Ipecac. Decoct. Alth. etc. das Extract. Chinae Nanning getrennt in Tropfen zu nehmen.

Extract. Chinae Nanning verliert in süßem griechischen Weine den unangenehmen Geschmack vollkommen, und empfiehlt sich die Anwendung in folgender Form:

Rp. Acid. mur. 2.0
Pepsin 2.0
Extr. Chin. Nanning ad 30.0
M. D. S. 3 × tägl. 15—20 Tropfen in Wein oder Milch zu nehmen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit voriger Nummer versandten wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das August-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die physikalisch-diätetische Therapie der wichtigsten Kinderkrankheiten.“ Von Dr. Karl Lewin, Kinderarzt in Berlin.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).



Guajacetin

Bestes, ganz unschädliches Mittel bei der Phthiseotherapie. Ungiftig, ohne Reizung des Magens oder Darmes. Hervorragendes Stomachicum. Tagesdosis mit 3 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin beginnend. Preis für 100 Tabletten à 0.5 Grm. Guajacetin 2 K 30 h.

Eucasin Eucasin-Cakes

Hervorragendes Ernährungs- und Kräftigungsmittel * * * Wohl schmeckend und leicht verdaulich * *

Vorrätig in allen Droguerien und Apotheken.

Deutsche Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik Actien-Gesellschaft, Berlin-Grünau.

Depôt und Versandt für Oesterreich-Ungarn bei Franz May, Wien, VIII/2, Josefstädterstr. 64.

Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke Sanatorium

Näheres im Prospect. M. U. Dr. J. Šimsa, Prag-Krč, Böhmen



SPATEN-BRÄU

in Flaschen pasteurisirt wird zufolge seines bedeutenden Extractgehaltes (im Verhältnisse zu dem geringen Alkoholgeh.) als schlaffördernd.

Nährmittel

bestens empfohlen. Als reinschmeckendes, gut ausgegohrenes Bier wird dasselbe von Reconvalescenten u. Pat. mit schlechter Verdauung gut u. leicht vertragen.

WIEN, Spatenbräu-Depôt: I. Bez., Fährloggasse Nr. 10.

Prospecte gratis und franco.

Spesenfreie Zustellung in Wien von 10 Flasch. aufw. Versandt in die Provinz „ 20 „ „

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zwei Fälle von subphrenischem Absceß. Von Dr. IGNAZ KNOTZ, Leiter des Stadtspitales in Banjaluka (Bosnien). — Acetopyrin und seine Bedeutung in der Therapie. Von Dr. JOSEF REICHEL, poliklin. Assistent. — **Referate.** RUDOLF VIRCHOW (Berlin): Ueber Menschen- und Rindertuberculose. — E. GRAWITZ (Berlin): Zur Frage der enterogenen Entstehung schwerer Anämien. — KRAHULIK (Prag): Ueber Arseniklähmung. — SCHWEIZER (Moskau): Ueber rheumatische Affection der Wirbelsäule. — C. PEZZOLI (Wien): Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (HALLOPEAU-LEREDDE's „Naevi symmetriques de la face“). — PUFFEL (Königsberg): Ueber das Agglutinationsvermögen aufbewahrten Blutsersums von Typhuskranken. — FRÄNKEL (Halle a. S.): Zur Kenntniß der Smegmabacillen. — NAVARRO (Montevideo): Zwei Fälle von Mal perforant, behandelt nach der CHIPAULT'schen Methode. — PÉRAIRE (Paris): Ueber die definitive Heilung des Mal perforant nach der CHIPAULT'schen Methode. — H. THOMSON (Odessa): Conservirende Behandlung von entzündlichen Adnextumoren. — **Literarische Anzeigen.** Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Gehalten im Auftrage des kgl. Cultusministeriums im October und November 1900 im Charitékrankenhaus. Redigirt von dem ärztlichen Director Dr. SCHAPER. — Tetanie und Eklampsie im Kindesalter. Von RUDOLF HECKER. — **Feuilleton.** Einige sanitäre Vorurtheile. Von Prof. V. BABES in Bukarest. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Bestimmung der Reizgröße verschiedener Nahrungstoffe im Magen. — Meningitis. — Zur Behandlung des Puerperalfiebers. — Ophthalmotherapie. — Zur Behandlung des Ulcus serpens corneae. — Behandlung eines Falles von ulcerativer Proctitis und Colitis. — Behandlung der Syphilis während der Gravidität. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 30. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 10. bis 13. April 1901. (Collectiv-Bericht der „Freien Vereinigung der D. med. Fachpresse“.) XV. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — Aus englischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zwei Fälle von subphrenischem Absceß.

Von **Dr. Ignaz Knotz**, Leiter des Stadtspitales in Banjaluka (Bosnien).

Die Casuistik der subphrenischen Abscesse wächst immer mehr, seitdem LEYDEN (1) und später MAYDL (2) das undeutliche, schwankende Bild dieser Krankheitsform festgehalten und dem Verständnisse näher gerückt haben; fast jeder veröffentlichte Fall hat aber seine Besonderheit und ist deshalb willkommen.

Auch von den nachfolgenden Fällen erscheint der erste, wenn er auch beim Eintritt ins Krankenhaus keine diagnostischen Schwierigkeiten mehr bot, immerhin durch seine lange Dauer, die kolossale Eiteransammlung, den Mangel von Fieber und die rasche völlige Genesung nach der Operation bemerkenswerth, während der zweite Fall zeigt, wie schwierig oft die verschleierte Anfänge dieses Leidens zu deuten sind.

Mihajlo T., 23 Jahre, Landmann aus Dobrnja (Bezirk Banjaluka), gibt an, bis anfangs 1899 nicht nennenswerth krank gewesen zu sein; damals erkrankte er plötzlich unter heftigen, vom Nabel gegen den rechten Rippenbogen zu ausstrahlenden Schmerzen, etwas Husten, wenig, leicht blutig tingirtem Auswurf, Athembeschwerden, Appetit- und Verdauungsstörungen, so daß er bis Mai 1899 liegen mußte. Vom Mai bis August 1899 konnte Pat. wieder herumgehen.

Im August neuerliche Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend.

Ob Fieberbewegung bestand, ist nicht sicher zu erheben.

Anfangs 1900 bemerkte Pat. das Auftreten einer Geschwulst unter dem rechten Rippenbogen, die denselben bald 3 Finger breit überragte und sich allmählig vergrößerte.

Am 9. Mai 1900 suchte Pat. das Bezirksspital in Ključ auf; der mir vom Leiter Herrn Dr. SCHÖNFELD gütigst übersandten Krankheitskizze sei Folgendes entnommen:

Großer, abgemagerter Mann, von dunkelfahlem Aussehen; Gesicht gedunsen, Unterleib faßförmig, mäßig aufgetrieben, Genitale und Beine mäßig ödematös. Puls 80, normal, Temperatur 37.8°. Herzbefund normal; Lungenbefund: links normal; rechts: vorne von der 4. Rippe an kürzerer, hinten von der Schulterblattmitte an nach abwärts fast leerer Percussionsschall. Auscultation: über der ganzen linken, sowie über den oberen Partien der rechten Lunge rau-vesiculäres Athmen mit spärlichen trockenen Rasselgeräuschen, über den rechten unteren Lungenpartien, der Dämpfung entsprechend, abgeschwächtes Athmen. Im Abdomen freie Flüssigkeit. Milz doppelt so groß als gewöhnlich, unterer Leberrand in Nabelhöhe palpabel. Im Harn eine mäßige Eiweißmenge. Während der Spitalsbehandlung kein Fieber; das Oedem der Beine und der Genitalien schwand bei Bettruhe und Diureticis ziemlich rasch.

Bis anfangs Juni 1900 Ascites zurückgegangen.

Nun konnte man den Leberrand von der Mitte des linken Rippenbogens an nach rechts in Nabelhöhe ziehend abtasten. Von hier an bis zur 5. Rippe leerer Schall; unterhalb des Rippenbogens eine faustgroße fluctuirende Partie, deren Umgebung derb anzufühlen war; kein Hydatidenschwirren. Probepunction: dickliche, mit Blut vermengte Flüssigkeit, mikroskopisch keine Hakenkranze nachweisbar.

Gebessert entlassen am 20. Juli 1900. Im August 1900 kam Pat. in meine Sprechstunde, der Befund war inzwischen kaum verändert; den Rath, sich behufs Operation ins hiesige Stadtspital aufnehmen zu lassen, befolgte Pat. erst am 3. November 1900,

da die Schmerzen in der Lebergegend, die Athembeschwerden und Verdauungsstörungen immer mehr zugenommen hatten.

Prot. Nr. 703/1900.

Befund: Kräftig gebauter, mäßig abgemagerter Mann.

Temp. 36.5, Puls 96, kein Icterus. Im Harn viel Eiweiß. Abdomen namentlich in der rechten und oberen Hälfte stark aufgetrieben, daselbst ein Gebiet absoluter Dämpfung, welches sich in der rechten Mammillarlinie nach aufwärts bis zum III. Intercostalraum, nach abwärts bis 2 Querfinger oberhalb des POUPART'schen Bandes erstreckt, in der rechten Parasternallinie von der 4. Rippe bis zum Nabel, in der linken Mammillarlinie von der 4. Rippe bis 2 Querfinger über den Rippenbogen reicht und dort in die Milzdämpfung übergeht.

Etwas nach außen von der linken Brustwarze fühlt man den Herzspitzenstoß im IV. Intercostalraum. Herztöne rein.

In der rechten Axillarlinie erstreckt sich das Dämpfungsgebiet von der 6. Rippe bis zum Darmbein, hinten von der 10. Rippe an nach abwärts. An den Grenzonen der Dämpfung gegen die Lunge zu überall sehr abgeschwächtes Athmen, über den übrigen Lungenpartien Vesiculärathmen. An den unteren Dämpfungsgrenzen die derbe Resistenz des Leberrandes überall abzutasten, zwischen derselben und dem Rippenbogen deutlichste Fluctuation; Probepunction: rahmiger Eiter.

Am 11. November 1900 schichtenweise 2 Cm. lange Incision 1 Cm. unterhalb des rechten Rippenbogens in der Mammillarlinie, Entleerung von circa 6 Litern milchartigen, fast geruchlosen Eiters, Einführung einer Dauerdrainage in die weite Absceßhöhle.

Nach der Operation rapide Besserung des subjectiven Befindens, Rückgang der Athmungsbeschwerden, allmähliche Zunahme des Appetits; dagegen erfolgt der früher regelmäßige Stuhlgang seit der Operation erst in mehrtägigen Intervallen nach Laxantien.

Täglich geht in der ersten Woche 1, später nur 1/2 Liter Eiter ab.

Die untere Lebergrenze rückte bald auf 3—4 Querfinger unterhalb des Rippenbogens hinauf, eine 4 Querfinger breite Zone in der Gegend des Rippenbogens, der Absceßhöhle entsprechend, zeigte tympanitischen Schall; von oben her war die Lunge bis auf ihre normalen Grenzen herabgestiegen.

Vorübergehende Entfernung des Drainageschlauches (17. November) bewirkte in wenigen Tagen wieder starke Eiteransammlung; neuerliche Drainage wird nun bis zum 11. Januar 1901 bei allmählich abnehmender Secretion unterhalten.

Am 14. Januar 1901 war die Fistel geschlossen.

Schon seit 4. December kein Eiweiß mehr im Harn, rasche Zunahme des Ernährungszustandes, subjectives Befinden des bei der Entlassung am 24. Januar 1901 kräftig und blühend aussehenden Mannes sehr befriedigend; Körpergewicht 71 1/2 Kgrm. Percussionsgrenzen der Lunge, Leber und des Herzens, ebenso wie das Auscultationsergebnis völlig normal.

Nur die wenig verschiebliche Narbe an der Operationsstelle erinnert an die überwundene Krankheit.

Wie ein Rückblick auf vorstehende Krankheitskizze lehrt, erkrankte ein bisher gesunder Mann plötzlich unter Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend, Husten und Athembeschwerden, bemerkte ein Jahr später selbst eine Geschwulst unter dem Rippenbogen, die im Verlaufe weiterer 10 Monate zu kolossaler Ausdehnung wuchs und schwere Störungen seitens der Nachbarorgane hervorrief, 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung als subphrenischer Absceß erkannt und durch Operation völlig geheilt wurde.

Die Diagnose war in unserem Falle nicht schwierig; die nach Empfehlung von BECK (3), WINKELMANN (4) u. A. vorgenommene Probepunction erhob sie zudem über jeden Zweifel.

Wie so häufig, ist auch im vorliegenden Falle der Ursprung des Abscesses nicht mit Sicherheit aufzufinden.

Eine vom Magen oder Darm nach Perforation eines Geschwürs verursachte Eiterung möchte ich ausschließen, denn erstens pflegt sie plötzlich einzusetzen und unter bedrohlichen Symptomen einen raschen Verlauf zu nehmen,

während die allmähliche Entwicklung und der schleppende Verlauf im obigen Falle sich auf über 1 1/2 Jahre erstreckten, zweitens wäre der Eiter nicht milchig, rahmig und geruchlos, sondern stinkend und lufthaltig gewesen (vergl. die Fälle von LEJARS (5), KÖRTE (6), TRAUTMANN (7), SCHLESINGER (8), W. J. GOLD (9) u. A.). Desgleichen dürfte die Leber als Quelle der Eiterung mangels klinischer Symptome von Echinococcus oder eines Leberabscesses und angesichts der weiten Verschiebung der Leber ohne Functionsstörung nicht in Betracht kommen. Auch für den Ausgang der Eiterung vom Blinddarm finden sich keine Anhaltspunkte.

Mehr Wahrscheinlichkeit hätte schon die Vermuthung für sich, daß sich an eine Lungen- und Pleuraaffection (anfangs 1899 länger dauernder Husten mit leicht blutigem Sputum, Mai 1900 Zeichen eines Ergusses in die rechte Pleurahöhle) infolge Durchwanderung der Infectionserreger durch das Zwerchfell zwischen diesem und der Leber eine Eiterung entwickelt habe.

Am meisten scheint mir aber die Annahme berechtigt, daß wie in den Fällen von TRAUTMANN, HAWKES (10) und GRÜNBAUM (11) ein perinephritischer Absceß vorlag. Insbesondere der erste Fall GRÜNBAUM's bietet soviel Aehnlichkeit mit unserem Falle, daß ich aus dem Bericht des „Chir. Central-Bl.“ Folgendes kurz citiren möchte: Der 33jähr. Pat. erkrankte vor 3 Monaten, Leber war etwas vergrößert, starke Schmerzen rechts in der Zwerchfellgegend; Probepunction negativ. Nach zweimonatlichem Wohlbefinden Wiederkehr der Schmerzen. Binnen 3 Wochen war ein großer Absceß zwischen Leber und Zwerchfell deutlich geworden, der das Peritoneum laterale bis zur Crista ilei abgelöst hatte und die Leber weit nach innen abdrängte.

Nach Entleerung von 5 Litern geruchlosen Eiters erst Besserung, später secundär Pyothorax sin., Tod. GRÜNBAUM glaubt, daß der Absceß vom retroperitonealen Bindegewebe hinter dem Quercolon oder noch höher ausging.

Eine ähnliche Annahme mache ich auch für den vorliegenden Fall und möchte die Quelle der Eiterung in die Umgebung der rechten Niere verlegen, wozu mich die Zeichen von Nierenentzündung veranlassen, die durch lange Zeit deutlich waren; der Umstand, daß 3 Wochen nach Entleerung des Abscesses im Harn kein Eiweiß mehr aufzufinden war, scheint mir dafür zu sprechen, daß die Nephritis durch Uebergreifen des perinephritischen Abscesses auf das Nierengewebe unterhalten wurde.

Angesichts der schwierigen Beurtheilung der ätiologischen Verhältnisse bei subphrenischen Abscessen können vorstehende Erörterungen allerdings nur den Werth von mehr oder weniger begründeten Vermuthungen haben.

Im Anhang möchte ich noch über einen Fall berichten, der so recht deutlich zeigt, wie schwer es oft namentlich in den Anfangsstadien und bei Complicationen ist, eine genaue ätiologische Diagnose des subphrenischen Abscesses zu stellen.

Der Fall, dessen letzter Untersuchung und Obduction ich beiwohnte und dessen Krankheitskizze ich, Dank dem collegialen Entgegenkommen des hiesigen k. u. k. Truppenspitals-Commandos, hier mittheilen kann, betraf einen Gendarmen.

Stojan D., 26 Jahre, litt anfangs und gegen Ende 1898, ferner anfangs 1899 an „Magenkatarrh“, bzw. „gastrischem Fieber“, erkrankte nach längerem Wohlbefinden am 22. September 1899 plötzlich unter ausgebreiteten Bauchschmerzen, die über einen Monat lang andauerten und sich später mehr unter dem rechten Rippenbogen fühlbar machten; Appetitlosigkeit, hartnäckige, nur auf Laxantien weichende Stuhlverhaltung; Fieber bis 4. November. Ins k. u. k. Truppenspital Banjaluka aufgenommen, bot der schlecht genährte, blasse Pat. am 4. November 1899 folgenden Befund.

Abdomen stark aufgetrieben, weist in der rechten Hälfte kürzeren, mäßig gedämpften, unterhalb des rechten Rippenbogens völlig gedämpften, im Uebrigen tympanitischen Schall auf; in der rechten Axillarlinie reicht die Dämpfung bis zur 5. Rippe

nach aufwärts. Epigastrium noch stärker aufgetrieben als die übrigen Bauchgegenden und namentlich rechts druckempfindlich.

Therapie: Ol. ricini und hohe Darmirrigationen, nach denen aber erst am 10. November etwas geformter Stuhl und Flatus abgehen, worauf der Meteorismus etwas nachließ.

Dann wieder Stuhlverstopfung. Vom 7. November an kein Fieber mehr.

Am 18. November 1899 Dyspnoë; über der rechten Thoraxhälfte vorne fast bis hinauf, hinten bis zum Angulus scapulae Dämpfung und kein Athemgeräusch (Pat. sitzt immer vornübergeengt).

Probepunction im VI. Intercostalraum in der rechten Axillarlinie fördert eine gelblichbraune Flüssigkeit zutage, während die am 19. November in der Nachbarschaft vorgenommene Punctio thoracis negativen Erfolg hatte.

Unter zunehmender Dyspnoë und Herzschwäche Exitus am 20. November 1899.

Aus dem Obductionsbefunde vom 21. November sei folgendes herausgehoben. Rechte Thoraxhälfte umfangreicher als die linke, rechte Intercostalräume verstrichen, Abdomen hochgradig aufgetrieben, Oedem der Beine.

Der rechte Brustfellraum von einer braungelblichen serofibrinösen Flüssigkeit erfüllt, die rechte Lunge luftleer, gegen den Hilus zusammengedrückt, Pleura überall mit einem dicken, fibrinösen Belag überzogen, an der Umschlagsstelle ist die verdickte Pleura costalis mit der diaphragmatica breit verwachsen, in diesem Gebiet ein von der Punction herrührender Stichcanal, welcher das Zwerchfell nicht völlig durchdringt.

Die Kuppe desselben hoch in die rechte Brusthälfte hinauf gewölbt, nirgends perforirt.

Zwischen Zwerchfell und der abgeflachten Leberkuppe hat sich eine große Menge (über 1½ Liter) eiteriger Flüssigkeit angesammelt. Die Darmschlingen stark ausgedehnt, mit fibrinös-eiterigem Belag überzogen und überall, namentlich aber im rechten Hypogastrium untereinander verklebt. Der Ausgangspunkt der Eiterung konnte nicht aufgefunden werden.

Die Beurtheilung dieses Falles, der bei der Aufnahme ins Truppenspital schon Zeichen von Peritonitis, später Pleuritis exsudativa d. darbot, gestaltete sich unter diesen Umständen sehr schwierig.

Bedenken wir aber, daß sich in den letzten zwei Jahren vor der Aufnahme öfters Beschwerden seitens des Verdauungstractus wiederholten, die als „Magenkatarrh“, „gastrisches Fieber“ u. dgl. angesprochen wurden, so erscheint es doch am wahrscheinlichsten, daß die retroperitoneale Eiterung von einer Stelle des Magendarmtractus ausgegangen war und schließlich den subphrenischen Absceß gebildet hatte; von dort aus wanderten Infectionserreger in den rechten Brustfellraum und erzeugten Pleuritis, während gleichzeitig von derselben Quelle zunächst eine chronische, adhäsive und schließlich eine acute eiterige Peritonitis ausging. Die beiden mitgetheilten Fälle zeigen, wie weit zurück oft die Anfänge subphrenischer Abscesse verlegt werden müssen, und bieten daher auch für die Sachverständigen-Thätigkeit immerhin bemerkenswerthe Gesichtspunkte.

Literatur. 1) LEYDEN, Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und subphrenische Abscesse. „Zeitschr. f. klin. Med.“, 1880, I. — 2) K. MAYDL, Ueber subphrenische Abscesse. Wien, Šafář, 1894. — 3) C. BECK, Beitrag zur Literatur der subphrenischen Abscesse. („v. LANGENBECK'S Archiv“, Bd. VII, H. 3). — 4) WINKELMANN, Beitrag zur Casuistik der operativ behandelten subphrenischen Abscesse. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1899, pag. 109. — 5) LEJARS, Abscès gazeux sous-phrénique („Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris“, T. XXIII, pag. 643). — 6) KÖRTE, „Centralbl. f. Chir.“, 1897, pag. 821. — 7) TRAUTMANN, 8 Fälle von operativ behandelten subphrenischen Abscessen, citirt nach „Centralbl. f. Chir.“, 1896, pag. 1228. — 8) H. SCHLESINGER, Ueber subphrenische Abscesse („Wiener med. Presse“, 1896, 4, 5). — 9) W. J. GOLD, Zur Diagnose subphrenischer Abscesse bei Kindern („Med. Obosrenje“, 1899, Februar). — 10) J. HAWKES, Report of the cases of subphrenic abscess. („Med. and surg. report. of the presbyterian Hospital in the city of New York“, 1900, Jan.) — 11) A. M. GRÜNBAUM, 4 Fälle von subphrenischem Absceß („Wratsch“, 1897, Nr. 33), cit. nach „Centralbl. f. Chir.“, Nr. 47.

Acetopyrin und seine Bedeutung in der Therapie.

Von **Dr. Josef Reichelt**, poliklin. Assistent.

Mag man auch über neue medicamentöse Mittel denken wie immer, so steht doch die Thatsache fest, daß es der medicinischen Chemie und den genauen Forschungen am Krankenbette gelungen ist, manch treffliches Medicament dem Arzneyschatze zu gewinnen.

Wohl haften dem einen wie dem anderen Mängel an — vollkommen ideal ist eben keines —, allein gerade der Umstand, daß uns derzeit mehrere gleichartige Mittel zur Verfügung stehen, von denen wir in dem einen speciellen Falle das eine, dann wieder das andere vorziehen werden, vermag uns über solche größere oder kleinere Fehler hinwegzuhelfen.

Eines dieser Mittel ist das Salicyl, das ich trotz aller seiner unangenehmen Nebeneigenschaften für eines unserer besten Arzneimittel halte, sowie auf Grund langjähriger Erfahrungen als Antirheumaticum primo loco stelle. Manchmal läßt es jedoch im Stich, mitunter eben bei einer und derselben Person, bei der es früher mit bestem Erfolge verordnet worden war, oder es wird nicht vertragen, und da nun treten die Substituten dafür ein, das Antipyryn, Lactophenin, Salol und Salipyryn, Saligenin, Salophen, Malakin und die zwei jüngsten dieser Gruppe, das Aspirin und Acetopyrin. Das letztere nun wurde von mir bei den verschiedensten Erkrankungen in Anwendung gebracht, und über die erzielten Erfolge zu berichten, soll der Zweck dieser Zeilen sein.

Das Acetopyrin, seiner chemischen Zusammensetzung nach einerseits dem Aspirin, andererseits dem Salipyryn am nächsten stehend, ist ein weißes, etwas nach Essigsäure riechendes Pulver. Dasselbe zeigt einen constanten Schmelzpunkt von 64—65°, löst sich in kaltem Wasser sehr schwer, leichter in warmem Wasser. In Alkohol, Chloroform und warmem Toluol ist es gleichfalls leicht auflösbar, dagegen sehr schwer in Aether und Petroläther.

Mit Ferr. sesquichl. versetzt, zeigt das Pulver — gleichwie das Antipyryn — eine rothe Färbung, welche auf Zusatz von concentrirter Schwefelsäure hellgelb wird. Wässrige Lösung, mit verdünnter Essigsäure gekocht, läßt den Geruch nach Essigsäure stark hervortreten. Die bei diesem Vorgange sich abscheidenden Krystalle ergeben mit Eisenchlorid die Reaction der Salicylsäure.

Es erscheint somit das Acetopyrin, wie die Angaben der Fabrik lauten, als eine Verbindung der Salicylsäure mit Antipyryn, und zwar ist es die Acetsalicylsäure, die zur Verwendung kommt.

Wie aus den Verdauungsversuchen Dr. KOLLMANN'S in Berlin hervorgeht, ist künstlicher Magensaft (100 Grm. auf 1 Grm. Acetopyrin) bei 37° C. im Brutschranke imstande, einen Theil in Acetsalicylsäure und Antipyryn zu spalten. Der weitaus größte Theil blieb ungelöst. Dagegen konnte derselbe, als er das Präparat durch 12 Stunden unter gleichen Bedingungen dem Darmsaft aussetzte, eine Spaltung des Präparates unter Bildung freier Salicylsäure eintreten sehen. Eben dieselben Resultate erzielten J. WINTERBERG und R. BRAUN.¹⁾

Es war also erwiesen, daß das Acetopyrin, ebenso wie dies vom Aspirin, einem reinen Acetylsäurepräparate, angeführt wird, ein im Magensaft fast unlösliches Medicament ist, im alkalischen Darmsaft jedoch leicht sich löst, so daß die ungünstige Wirkung des Mittels auf die Magenschleimhaut nach Möglichkeit ausgeschaltet wird.

In Hinsicht auf diese Erfahrungen, sowie auf die von WINTERBERG gewonnenen therapeutischen, guten Ergebnisse bei Anwendung dieses Arzneimittels konnte ich daran gehen, Acetopyrin weiterhin zu erproben, und dies umso mehr, als

¹⁾ JOSEF WINTERBERG und ROB. BRAUN, Acetopyrin, ein neues Antipyricum. „Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 39, 1900.

die von den erwähnten Autoren gewonnenen Erfahrungen sich zumeist auf Fälle von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus erstrecken, oder in Beziehung auf die antipyretische Wirkung gesammelt wurden. Auch wurde bisher das Präparat nur Erwachsenen gegeben.

Um nun zu sehen, wie sich das Mittel bei anderen Krankheiten, namentlich Influenza und Neuralgien, bewähre, ferner um zu erfahren, wie dasselbe sich Kindern gegenüber verhalte, machte ich mich daran, gerade auf solche Erkrankungsfälle meine Untersuchungen zu erstrecken.

Meine Statistik umfaßt 70 Beobachtungen, davon 47 bei Erwachsenen, 23 bei Kindern. Letztere entstammen zumeist dem Ambulatorium der Wiener allgemeinen Poliklinik der Abtheilung des Herrn Prof. FRÜHWALD, dem ich an dieser Stelle für die freundliche Ueberlassung des Materiales meinen besten Dank sage.

Auf die einzelnen Fälle vertheilt sich die Anwendung des Acetopyrin wie folgt:

	Kinder	Erwachsene
Gelenkrheumatismus	1	4
Muskelrheumatismus	2	3
Influenza	10	17
Ischias	1	3
Lumbago	—	2
Intercostal neuralgie	—	1
Coxitis	1	—
Migräne u. Kopfschmerz rheumatischer Natur	3	10
Bronchitis	3	—
Pneumonie	1	1
Angina	1	2
Herpes zoster	—	1
Lungentuberculose	—	3

Da bereits, wie erwähnt, durch die vorliegende Arbeit aus der Abtheilung Prof. REDTENBACHER des Wiener allgemeinen Krankenhauses hinreichend der günstige Einfluß des Mittels auf den Gelenkrheumatismus festgestellt war, versuchte ich es nur in einzelnen Fällen, in denen mir eben das Präparat besonders geeignet erschien. Ich führe nun zunächst folgende Beispiele an:

Julius G., hochgradige Aorten-Insufficienz, derzeit compensirt, seit mehreren Jahren bestehend, leidet an Rheumatismus der Schultern und Ellbogengelenke; Salicyl wurde infolge der profusen Schweißsecretion nicht vertragen und machte auch Herzklopfen, desgleichen Antipyrin. Acetopyrin in $\frac{1}{2}$ Grm. Pulvern wurde sehr gut vertragen, setzte die Schmerzhaftigkeit herab und bewirkte, in den Abendstunden genommen, guten, ruhigen Schlaf. Dabei zeigte das Herz keinerlei Störungen.

Bei einem zweiten Falle, einer Erkrankung an Rheumatismus der Kiefergelenke, und zwar in solchem Maße, daß die Zahnreihe nur auf eine Entfernung von etwa $\frac{1}{2}$ Cm. auseinander gebracht wurden, genügten schon wenige Pulver, um diesen Zustand zu beheben und die Schmerzen zu lindern.

Aehnliche gute Resultate erzielte ich in den anderen Fällen. Nur in einem Falle von schwerem hartnäckigen, acutem Gelenkrheumatismus war ich mit der Wirkung nicht besonders zufrieden. Es konnte zwar eine gewisse Beeinflussung des Krankheitsprocesses constatirt werden, doch leistete hier das Acetopyrin, gleich dem bei diesem Patienten zur Anwendung gebrachten Salicyl, Aspirin und Salipyrin, keine so exquisite Wirkung und konnte die Erkrankung erst nach Wochen in Heilung übergeführt werden.

Ueber eine größere Anzahl von Beobachtungen verfüge ich bei an Influenza Erkrankten. Liegen ja hierüber mit Ausnahme von zwei Ergebnissen WINTERBERG's noch keine Berichte vor, und bot das gerade in diesem Jahre wieder etwas stärkere Auftreten dieser Krankheit mir reichlich Gelegenheit hiezu.

Beherrschte zur Zeit des starken epidemischen Auftretens der Influenza in den letzten Jahrzehnten im Jahre 1889 das Antipyrin das therapeutische Feld, wurde es dann theilweise von seinem Platze verdrängt durch das Salipyrin und das Salophen, so glaube ich in Beziehung auf meine Erfahrungen

bei Influenza dem Acetopyrin eine gute Zukunft vorhersagen zu können.

Schon kurze Zeit nach Einnahme des Medicamentes, oft bereits nach der ersten Dosis, trat eine merkliche Besserung des Zustandes ein und damit verbunden eine subjective Erleichterung. Das Fieber sank ab, ohne profusen Schweiß und Mattigkeit zu erzeugen, die allgemeine Abgeschlagenheit wurde geringer, der Kopf wurde freier und die Gliederschmerzen ließen nach. Dabei konnte ich in allen Fällen einen leichteren Verlauf, frei von unangenehmen Complicationen beobachten, und schien mir die Krankheitsdauer kürzer, wobei freilich nicht außer Acht gelassen werden darf, daß die Influenza im Allgemeinen heuer nicht so bösartig auftrat.

Doch hatte ich immerhin einen Fall schwerer Influenza bei einem 25jährigen Manne zu verzeichnen, mit hohen Temperaturen, sehr unregelmäßigem, meist beschleunigtem Puls, und zweimaligem Eintreten von Collaps vor der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und beim Eintreffen des Arztes. Ich verordnete neben dem Acetopyrin etwas Tinct. strophanti und konnte bereits nach kurzer Zeit regelmäßige Herzaction, Absinken der Temperatur und Besserung der einzelnen Symptome verzeichnen, ohne daß ein neuerlicher Collaps nach Beginn der Behandlung aufgetreten wäre. Und gerade da, wo das Herz so in Mitleidenschaft gezogen war, sah ich, daß das Acetopyrin ohne jede Schädigung des Herzens genommen werden könne. Daran reiht sich ein ähnlicher Fall (Knabe mit 12 Jahren), der wegen Collaps bei Influenza aus dem Ambulatorium der Poliklinik in das poliklinische Spital gebracht wurde und neben Acetopyrin eine ganz geringe Dosis Spir. aeth. (gtt. X: 120 Aq. 2stündl. 1 Kaffee-löffel) erhielt und binnen 2 Tagen vollständig hergestellt entlassen werden konnte.

In gleicher guter Weise wirkte das Acetopyrin bei den übrigen an Influenza Erkrankten, sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern, namentlich bei letzteren konnte ich eine gute, beruhigende Wirkung auf die nervösen Symptome wahrnehmen.

Gute Dienste leistete mir auch das Acetopyrin bei Migräne, Cephalaea und neuralgischen Schmerzen des Kopfes. So erzielte ich prompte Wirkung dort, wo Antipyrin nicht genügte und selbst das sonst so vortreffliche Migränin versagte. Ich konnte diese gute Wirkung selbst dann sehen, wenn der Pat. sich nicht, wie es sonst zu geschehen pflegt, ruhig verhielt; die günstige Beeinflussung wurde öfters bereits nach $\frac{1}{2}$ Stunde verspürt. Namentlich die rheumatischen Kopfschmerzen halte ich für ein dankenswerthes Feld der Therapie mit Acetopyrin.

Prompte und zufriedenstellende Wirkung konnte ich auch erzielen bei anderen Neuralgien, wie Ischias, Intercostal-neuralgie und neuralgischen Beschwerden im Gebiete der Arme-nerven.

Ich konnte immer eine beruhigende, den Grundproceß günstig beeinflussende Wirkung bemerken und rasches Nachlassen der Schmerzen, öfters auch bei Pat., die früher von mir oder von anderer Seite bereits Salicyl oder Antipyrin bekommen hatten, ohne daß damit ein merklicher Erfolg erzielt worden war. In einem Falle von Herpes zoster mit heftigen Schmerzen konnte ich nicht nur eine beruhigende Wirkung constatiren, sondern es bewirkt das Pulver Abends genommen einen angenehmen Schlaf, was mir die Patientin erfreut mittheilte, umsomehr, als die vorhergehenden Nächte fast vollkommen schlaflos waren. Aehnliche gute Wirkung konnte ich übrigens auch bei anderen Patienten beobachten.

Als reines Antipyreticum habe ich das Mittel bisher bei Pneumonie, Bronchitis und Lungentuberculose angewendet, und glaube nach meinen diesbezüglichen Beobachtungen, sowie nach den Erfahrungen bei fieberhaften Krankheiten, wo Acetopyrin aus causaler Ursache verordnet wurde, das Präparat als Antipyreticum anempfehlen zu können, soferne

man überhaupt ein Mittel dieser Art anwenden will. Denn die Herabsetzung der Temperatur ist eine langsame und gleichmäßige, geht nicht mit profuser Schweißabsonderung einher, bewirkt auch, soweit wenigstens meine Erfahrung reicht, niemals Collaps, wie dies bei anderen Präparaten und auch beim Aspirin gesehen wurde. Negativ war der Erfolg bei Coxitis.

Vertragen wurde das Präparat ausnahmslos gut. Ich konnte kein einzigesmal einen ungünstigen Einfluß auf den Organismus constatiren, auch klagte keiner meiner Patienten, selbst die Kinder nicht über irgend welche unangenehme Erscheinungen, wie Ohrensausen, Brennen oder Drücken im Magen und ähnliche Beschwerden, obwohl ich mich bei jedem einzelnen genau darüber erkundigte, und mancher das Medicament in ziemlich hohen Dosen durch längere Zeit nahm.

Kindern gab ich Acetopyrin je nach dem Alter 0.15—0.5 mehrmals täglich; größeren Kindern in Pulverform, kleineren in Schüttelmixtur. Man könnte es auch mit einigen Tropfen Spir. vini lösen und dann in wässriger Lösung verordnen. Erwachsene, denen ich zumeist 0.5 und nur selten 1.0 pro dosi verordnete, nahmen es fast immer in Pulverform.

Indem ich nun meine Ausführungen schließe, glaube ich auf Grund meiner Beobachtungen und Erfahrungen das Acetopyrin Hell ruhig den Collegen behufs eventueller therapeutischer Verwendung in den von mir erwähnten Fällen, wie Influenza, Rheumatismus, Migräne und Neuralgien, empfehlen zu können.

Referate.

RUDOLF VIRCHOW (Berlin): Ueber Menschen- und Rindertuberculose.

Durch die Versuche von KOCH und SCHÜTZ ist thatsächlich dargethan, daß Infectionsmassen, die mit großer Vorsicht aus menschlichen Schwindsuchtproducten gewonnen waren, bei den Versuchsthiere keine Erscheinungen herbeigeführt hatten, welche mit der Rindertuberculose, der sogenannten Perlsucht, verglichen werden konnten („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 31).

KOCH ist aber vielleicht etwas zu weit gegangen in dem Ausschluß aller derjenigen Fälle, in denen möglicherweise eine Uebertragung von Rindertuberculose auf den Menschen durch die Nahrung erfolgt sein könnte. In der That ist von Zeit zu Zeit einmal ein solcher Fall in dem Material der Charité gewesen, und es sind auch einige Präparate gesammelt worden, bei denen eine sehr ungewöhnliche Erscheinung von peritonealer Tuberculose vorlag, bei denen namentlich so massenhafte Wucherungen sich fanden, wie sie sonst beim Menschen nicht vorzukommen pflegen. Jeder solche Fall ist als ein Verdachtsmoment zu betrachten. V. hält es also für möglich, daß die Negation von KOCH vielleicht künftig sich wird widerlegen lassen. B.

E. GRAWITZ (Berlin): Zur Frage der enterogenen Entstehung schwerer Anämien.

Die durch zahlreiche Beobachtungen gut fundirte Lehre von der enterogenen Entstehung schwerer Anämien ist in letzter Zeit von verschiedenen Autoren angegriffen worden, welche zum Theil die anatomischen Veränderungen im Magendarmcanal, die man bei schweren Anämien gefunden hat, in Zweifel ziehen. Die aus Stoffwechseluntersuchungen gezogenen Schlüsse gegen die Entstehung der Anämien vom Magendarm Tracte hält GR. für nicht beweisend („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 24), denn sie besagen nichts für die Entstehung dieser Krankheit. Eine zur Klärung dieser Verhältnisse geeignete Beobachtung hat Verf. vor kurzem gemacht. Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der wegen hochgradiger Blutarmuth und Athemnoth ins Spital aufgenommen worden war. Das Kind hatte Schwellungen im Gesichte, war sehr unruhig, schrie fast unaufhörlich; Herzdämpfung verbreitert, lang gezogenes, systolisches Geräusch an der Mitralklappe, schwächer an den an-

deren Ostien, Milz und Leber leicht vergrößert, im Augenhintergrunde vereinzelte kleine Blutungen. Im Blute fiel die große Zahl von kernhaltigen, rothen Blutkörperchen auf, in manchen Präparaten 10% der Gesamtzahl der Erythrocyten. Die Obduction des unter Erbrechen, Delirien, blutigem Stuhlgange am Tage nach seiner Aufnahme verstorbenen Kindes ergab weitverbreitete Entzündung im Pfortadergebiete in der Leber, starke Siderosis der Leber, katarrhalische Schwellung der Schleimhaut des Darmes mit starker Hyperplasie des lymphatischen Apparates, als Mittelpunkt des anämischen Zustandes somit einen schweren, chronischen Darmcatarrh. Vom Darne aus sind auf dem Pfortaderwege reizende Stoffe in die Leber gelangt und haben hier zu einer weit verbreiteten Entzündung des periportal Bindegewebes geführt. Die Eisenablagerung in den Leberzellen zeigte, daß die reizenden Stoffe speciell Blutkörperchengifte gewesen sein müssen. Für die Entstehung dieser Anämie durch Intoxication spricht auch das Fehlen einer Drüsenatrophie im Verdauungscanale. GR. legt in solchen Fällen einen großen Werth auf ein geeignetes diätetisches Heilverfahren, verbunden mit Magendarmspülungen und Arsendarreichung. Br.

KRAHULÍK (Prag): Ueber Arseniklähmung.

Bei Gelegenheit dreier auf der böhmischen Poliklinik (Abth. Prof. THOMAYER) beobachteter Fälle von Arsenikintoxication, von welchen besonders ein Fall durch längere Zeit genauer beobachtet wurde, schildert Verf. das symptomatische Bild der arsenikalen Polyneuritis. K. unterscheidet („Sbornik klin.“, Bd. II, H. 4) drei Kategorien derselben. In der ersten Kategorie entsteht die Polyneuritis nach ein paar Tagen oder Wochen nach einer einzigen, aber ziemlich starken Dosis und nach Ablauf der heftigen, aber kurz dauernden gastro-intestinalen Symptome. In der zweiten Kategorie wurden zwar mehrere, aber kleinere Gaben vom Kranken eingenommen und die gastrointestinalen Symptome, welche den Nervensymptomen vorangehen, sind nicht so acut und stark; endlich in der dritten Kategorie entwickelt sich die Polyneuritis langsam nach langdauernder Arsenikwirkung, begleitet von Haut-, Lungen- und Verdauungsstörungen.

Die Arsenikpolyneuritis manifestirt sich immer durch Lähmungen der Peripherie der Glieder. In den schwersten Fällen sind alle Muskeln in gleichem Grade gelähmt, in weniger schweren Fällen sind am Anfang und zu Ende die Extensoren mehr interessirt als die Flexoren. Weniger als die Motilitäts- sind die Sensibilitätsstörungen bekannt, die sehr verschieden sein können. Das Tastgefühl ist gewöhnlich abgestumpft, manchmal vollkommen vernichtet. Das Schmerz- und Temperaturogefühl können entweder bewahrt bleiben oder sind alterirt. Diese Alteration kann sich entweder als eine Hyperästhesie oder eine Hypästhesie kundgeben, und es können dabei beide Gefühle auf gleiche oder ungleiche Weise und Art abgeändert sein. Subjectiv leiden die Kranken unter heftigen Schmerzen und Parästhesien. Die Haut- und Sehnenreflexe fehlen gewöhnlich, ausnahmsweise sind sie gesteigert. Die gelähmten Muskeln atrophiren und es entwickelt sich in kürzerer oder längerer Zeit mehr oder weniger complete Contraction. In manchen Fällen dominirt die Ataxie, die dann bei fehlenden Reflexen, geschwächter Sensibilität und zugleich anwesendem ROMBERG'schen Symptome dem klinischen Bilde einer Tabes dorsalis sehr ähnlich sieht (Pseudotabes arsenicalis). So war es auch in des Verf. Falle, der in der besprochenen Arbeit ausführlich beschrieben wird.

Die Dauer der arsenikalen Polyneuritis ist verschieden. Die nervösen Störungen können mehrere Monate, auch ein Jahr überdauern, ja in manchen Fällen sind sie sogar unheilbar.

STOCK.

SCHWEIZER (Moskau): Ueber rheumatische Affection der Wirbelsäule.

Verf. hebt hervor, daß die rheumatischen Affectionen der Wirbelsäule, welche letztere dank ihrer anatomischen Lage den gerade bei Rheumatismus wichtigen diagnostischen Untersuchungsmethoden, der Besichtigung und der Palpation, wenig zugänglich ist, wenig erforscht sind. Am seltensten begegnet man rheumatischen

Affectionen der Brustwirbel, wahrscheinlich deshalb, weil diese letzteren wenig beweglich sind und infolge dessen selten zu Schmerzäußerungen Veranlassung geben. Verf. selbst („Wratsch“, 1901, Nr. 7) hat 3 Fälle von Rheumatismus der Wirbelsäule beobachtet. Der erste Fall betrifft einen Pat., der im Jahre 1899 sich in Behandlung des Vortr. wegen acuten Gelenkrheumatismus befand. Am 16. December 1900 erschien der Pat. wieder und klagte über Kopfschmerzen, sowie über Schmerzen in der Lumbal- und Scapulargegend. Temperatur 39.5° . Von Seite der inneren Organe nichts Abnormes, Gelenke der Extremitäten nicht afficirt. Das Gebiet des dritten und vierten Lumbalwirbels ist ödematös geschwollen, leicht geröthet und auf Druck schmerzhaft. Außerdem sind Flexion und Extension äußerst schmerzhaft und deshalb erschwert. Nach 2 Tagen verschwanden sämtliche Erscheinungen, aber am folgenden Tage stieg die Temperatur wieder auf 39.5° ; zugleich traten Schmerzen, Röthung und Schwellung im Gebiete des rechten Knie- und des linken Fußgelenkes auf. Alle diese Erscheinungen verschwanden unter Behandlung mit Natrium salicylicum. — Der zweite Fall betrifft einen 13jährigen Knaben, der seit 4 Jahren an Rheumatismus und Vitium cordis leidet. Anfangs 1899 war der Knabe 3 Monate infolge acuten Gelenkrheumatismus bettlägerig. Im December 1899 kam er wieder ins Krankenhaus wegen heftiger Halsschmerzen, die sich besonders bei seitlichen Bewegungen des Halses einstellten. Die Untersuchung ergab links im Gebiete des 4., 5. und 6. Halswirbels eine tiefsitzende, derbe, auf Druck schmerzhaft Geschwulst. Kopf etwas nach links geneigt. Bei activen sowohl wie bei passiven seitlichen Bewegungen des Kopfes stellt sich rechts intensiver Schmerz ein, während die Beugung des Kopfes nach hinten und vorne frei ist. Vortr. glaubt auf Grund dieses Untersuchungsergebnisses annehmen zu können, daß eben die bezeichneten Wirbel erkrankt waren, da nämlich die freie Flexion und Extension des Kopfes gegen eine Affection des 1. und 2. Wirbels sprachen. Im weiteren Verlaufe der Krankheit verringerte sich die Geschwulst allmähig. Der Knabe befand sich noch eine ganze Zeit in ambulatorischer Behandlung; ausgangs 1900 bestand nur noch geringe Neigung des Kopfes nach links, sonst waren sämtliche Bewegungen ungehindert. — Der 3. Fall betrifft einen 8jährigen Knaben, der im December 1900 wegen Contraction und heftiger Schmerzen in den unteren Extremitäten in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Der Knabe ist sehr blaß, es bestehen Erscheinungen von Vitium cordis. An den Sehnen des Rumpfes, des Kopfes und der Extremitäten befinden sich zahlreiche rheumatische Knoten (Noduli rheumatici). An den Extremitäten sind viele unregelmäßige choreatische Bewegungen wahrzunehmen. Im weiteren Verlaufe der Krankheit stellte sich zeitweise Affection der übrigen Gelenke ein; die choreatischen Bewegungen verschwanden bald, und nun traten Erscheinungen von subacuter Endocarditis in den Vordergrund. Ende December war das Kind nicht mehr imstande, den Hals seitwärts zu drehen. Besonders schmerzhaft war die seitliche Bewegung nach rechts. Auch waren passive Bewegungen des Kopfes nach rechts schmerzhaft. Der Halstheil der Wirbelsäule ist leicht nach rechts gebogen. Vortr. glaubt, daß auch in diesem Falle die Wirbel ergriffen waren, wenn auch eine gleichzeitige Affection der Muskeln, der Sehnen und Bänder nicht ausgeschlossen erscheint. — Auf Grund obiger Beobachtungen meint Vortr., daß in jedem Falle von Gelenkrheumatismus die Wirbelsäule in der sorgfältigsten Weise untersucht werden müsse, sobald irgend welche Erscheinungen den Verdacht auf rheumatische Affection der Wirbelsäule rechtfertigen. L—y.

C. PEZZOLI (Wien): Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's „Naevi symmetriques de la face“).

Der Begriff der unter diesem Namen beschriebenen Erkrankung ist ein in der Dermatologie noch keineswegs feststehender. Die erste Sichtung in dieser Beziehung wurde von BARLOW vorgenommen, der als Adenoma sebaceum nur thatsächliche Drüseneubildung gelten läßt, während er die bloße Hyperplasie des Drüsengewebes und endlich jene Fälle, wo auch die letztere

sich nicht findet oder doch sich als secundär erkennen läßt, einer anderen Gruppe zuweist. Von französischer Seite (HALLOPEAU-LEREDDE) wurde zuerst die Ansicht ausgesprochen, daß alle hiehergehörigen Krankheitsbilder als Naevi zu betrachten wären und sie schlugen die Eintheilung in Adénoms sébacés, umfassend Drüseneubildung und Drüsenhyperplasie, Naevi teleangiectasiques, mit vorwiegender Betheiligung der Blutgefäße oder Naevi fibreux, mit vorwiegender Betheiligung des Bindegewebes vor. JADASSOHN spricht direct von Naevi sebacei.

Zwei Fälle bieten dem Autor („Archiv f. Derm. u. Syph.“, Bd. LIV) Material zur histologischen Untersuchung. Das klinische Bild ist für diese Fälle ein ziemlich prägnantes, indem das Gesicht, insbesondere Nase, Wangen und Kinn von stecknadelkopfbis kleinerbsengroßen Knötchen von gelbröthlicher Farbe und fester Consistenz besetzt erscheint, deren Entstehung bis in die früheste Jugend zurückzuführen ist. Das mikroskopische Bild war in den beiden Fällen nicht vollständig das gleiche, in beiden war wohl eine ausgesprochene Vermehrung und Vergrößerung der Drüsenacini vorhanden, doch zeigten sich im zweiten Falle auch die Schweißdrüsen deutlich hypertrophisch und vermehrt. Es handelt sich demnach nicht um das Adenoma sebaceum im Sinne BARLOW'S, sondern um bloße Drüsenhyperplasie. Allerdings will P. mit HALLOPEAU-LEREDDE und JADASSOHN eine scharfe Abtrennung dieser Formen nicht vornehmen, und zwar deshalb nicht, weil die gemeinsame Aetiologie hierfür nicht günstig wäre, und spricht sich für die von den französischen Autoren gewählte Bezeichnung „Naevi symmetriques de la face“ aus. DEUTSCH.

PUPPEL (Königsberg): Ueber das Agglutinationsvermögen aufbewahrten Bluterserums von Typhuskranken.

Verf. untersuchte, ob und wie lange das den Typhuskranken entnommene Blut die Fähigkeit der Agglutination behält, wenn es auf Eis in sterilen Reagensgläsern aufbewahrt wird. Hierbei ergab sich („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 28, H. 25), daß in jedem Falle eine Abnahme des Agglutinationsvermögens stattfindet, welche bei den einzelnen Blutproben verschieden, langsamer oder schneller, verlief, daß aber bei den untersuchten Seris die Agglutination bei einer Verdünnung von 1 : 50 auch noch nach verhältnißmäßig langer Aufbewahrung stets eintrat. Bemerkte sei, daß Verf. nur über eine kleine Versuchsreihe (5 Blutproben von 3 Typhuskranken) berichtet.

Dr. S—.

FRÄNKEL (Halle a. S.): Zur Kenntniß der Smegmabacillen.

F. kommt auf Grund eigener Culturversuche zu dem Schlusse, daß die von LASER, CZAPLEWSKI und neuerdings von ihm selbst aus dem Smegma gezüchteten Stäbchen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 1) nicht die echten, mit den Tuberkelbacillen weitgehende Aehnlichkeit aufweisenden Smegmabacillen sind, sondern daß es sich bei diesen Stäbchen um einen Pseudodiphtheriebacillus handelt, der fast stets im Smegma vorkommt und eine anfangs sehr hohe, später abnehmende Säurefestigkeit besitzt. Die Cultur der eigentlichen Smegmabacillen ist bis heute noch nicht gelungen. Dr. S—.

NAVARRO (Montevideo): Zwei Fälle von Mal perforant, behandelt nach der CHIPAULT'schen Methode.

PÉRAIRE (Paris): Ueber die definitive Heilung des Mal perforant nach der CHIPAULT'schen Methode.

1. Am letzten internationalen Congreß in Paris hat CHIPAULT über den günstigen Einfluß gesprochen, den die Nervendehnung bei trophischen Störungen, Mal perforant etc. ausübt und theilte mehrere günstig operirte Fälle mit. N. hatte Gelegenheit, diese Behandlung in 2 Fällen zu erproben, und ist mit den Resultaten derselben sehr zufrieden.

Es handelt sich um einen 38jährigen Alkoholiker, der seit längerer Zeit an Mal perforant litt und im Gebiete des Nerv. tibial. antic. und postic. eine intensive Anästhesie zeigte; außerdem bestand eine Phlegmone des Beines. Nachdem auf antiseptische Be-

handlung die Phlegmone zurückging, nahm N. die Dehnung des Nerv. tibial. anticus und posticus vor, worauf nach 14 Tagen das Geschwür heilte und der Mann große Märsche machen konnte.

Im 2. Falle gelang die Heilung eines 7 Monate bestehenden Mal perforant bei einem Diabetiker nach Dehnung des Nerv. tib. antic. nach 19 Tagen.

In beiden Fällen stellte sich im Bereiche der gedehnten Nerven an Stelle der früher vorhandenen Anästhesie eine leichte Hyperästhesie ein, welche die Pat. ohne Beschwerden vertrugen. Verf. empfiehlt daher („Trav. de Neurolog. chirurg.“, 1901, 1) die CHIPAULT'sche Methode bestens.

2. Zu ähnlichen Resultaten in Betreff der Verwendbarkeit der CHIPAULT'schen Methode kommt P. (ebenda) auf Grund zweier Fälle.

In beiden Fällen dauerte der Proceß schon sehr lange und das Geschwür wollte trotz Auskratzung und anderer therapeutischer Maßnahmen nicht definitiv heilen. Verf. führte in einem Falle die Dehnung des Nerv. plantaris intern. und im zweiten die Dehnung des Nerv. plantar. extern. aus, worauf die Geschwüre rasch heilten und die Pat. dauernd gesund blieben. ERDHEIM.

H. THOMSON (Odessa): **Conservirende Behandlung von entzündlichen Adnextumoren.**

Für die conservative Behandlung kommen zunächst die üblichen Maßnahmen, Ruhe, Scheidendouchen bis 40°, Sitzbäder bis 34°, heiße Luftbäder, Scheidentampons, Compressen, mit Auswahl und Vorsicht Massage und Belastung in Betracht. Eine intrauterine Therapie — Dilatation, Abrasio, Cauterisation — darf nur bei strieter Indication zur Anwendung kommen. Wenn die gebräuchliche conservative Therapie sich als erfolglos erwies, ging TH. — „Centralblatt f. Gynäk.“, 1901, Nr. 20 — operativ, aber auch hier möglichst konservativ, vor. Unter Narkose oder auch ohne dieselbe würde das hintere Scheidengewölbe in sagittaler Richtung incidirt und zuweilen dabei auch schon die Eiterhöhle breit eröffnet. In anderen Fällen mußte aber mit 1 oder 2 Fingern oder einer Kornzange tiefer bis zum Eiterherde vorgedrungen werden, wobei man sich nach Möglichkeit zur Vermeidung von Ureteren- und Gefäßverletzungen hinter dem Uterus hielt. Die LANDAU'sche Troicarspreizange leistete beim Eröffnen höher liegender Abscesse gute Dienste. Der breiten Eröffnung folgten Drainage und Ausspülung der Eiterhöhle mit Wasserstoffsuperoxyd.

Die Blutung war nie eine bedeutende und wurde in der Regel durch Tamponade oder Anlegung von einigen Ligaturen oder Pincetten gestillt. Eine Ureterenverletzung wurde nur einmal beobachtet.

Die vaginale Incision wurde in 30 Fällen (7 einfachen Pyosalpingen, 12 Pyoovarien, 1 parametritischen, 5 perimetritischen Exsudaten und 5 Fällen, bei denen die Herkunft des Eiters nicht genau festzustellen war) ausgeführt. Die Kranken, über die aber genauere Nachrichten und Spätergebnisse nicht vorliegen, wurden nach TH. bald wieder arbeitsfähig, Schmerzen und Geschwulst ver-

ringerten sich und schwanden unter entsprechendem Verhalten mehr oder weniger ganz.

Zur konservierenden Therapie sind auch die Incisionen der Inguinalgegend bei eitrigen Exsudaten und die Vaginalincisionen bei vereiternden Hämatokelen zu rechnen. FISCHER.

Literarische Anzeigen.

Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Gehalten im Auftrage des kgl. Cultusministeriums im October und November 1900 im Charitékrankenhaus. Redigirt von dem ärztlichen Director **Dr. Schaper.** Berlin 1901, August Hirschwald.

Die 21, bereits in der „Berliner klinischen Wochenschrift“ zur Mittheilung gelangten Vorträge verfolgen den Zweck, dem praktischen Arzte durch Vorführung zusammenfassender Uebersichtsbilder wichtiger Abschnitte der Venereologie die besondere Bedeutung der Disciplin klarzulegen und demselben die Ausbildung im Fache ans Herz zu legen.

Der weitesten Propagation dieser Tendenz kann die Ausgabe der von Berlins berufensten Fachleuten redigirten Vorlesungen in Buchform nur dienlich sein.

Aus dem reichen Inhalt des 366 Seiten starken Bandes seien die allgemeinen Vorträge über Prophylaxis, Pathologie und Therapie der Syphilis von LESSER, C. BRUHNS und BLASCHKO besonders hervorgehoben; des Weiteren GERHARDT's Besprechung der Kehlkopf- und Lebersyphilis, ROSENTHAL's klinische Erörterung der luetischen Herzaffectionen und MOELI's allgemeine Uebersicht der Hirnsyphilis.

Die Blennorrhoe und ihre Folgekrankheiten haben A. BUSCHKE, KÖNIG (Gelenkerkrankungen) und GREEFF (Augenerkrankungen) aufs Programm ihrer Vorträge gesetzt, während KRULLE die venerische Helkose und die Lymphadenitis behandelt. Die Differentialdiagnose findet in den Demonstrationen von LASSAR und JOSEPH die eingehendste Würdigung. N.

Tetanie und Eklampsie im Kindesalter. Von **Rudolf Hecker.** Sammlung klinischer Vorträge, begründet von R. v. VOLKMANN, herausgegeben von E. v. BERGMANN, F. MÜLLER und F. v. WINCKEL. Nr. 294. Leipzig 1901, Breitkopf und Härtel.

Die Broschüre gibt einen Ueberblick über die im Titel genannten Affectionen und bespricht die in der vorliegenden Literatur sich findenden Anschauungen über ihre Pathogenese. Den Laryngospasmus faßt HECKER vermittelnd einerseits als ein Symptom der Tetanie, andererseits sowohl als selbständige Erkrankung als auch als nervöse Erscheinung der Rachitis auf. Für eine übersichtliche Information über die Theorien der kindlichen Krampfstörungen wird das Heftchen gute Dienste leisten.

NEURATH.

Feuilleton.

Einige sanitäre Vorurtheile.

Von **Prof. V. Babes** in Bukarest.

(Nach einem Vortrage.)

(Schluß.)

Teilweise mit den religiösen Sitten und Gebräuchen zusammenhängend ist die Morbidität der Kinder, die die Lebensfähigkeit des rumänischen Volkes entschieden gefährdet. Thatsächlich ist die Kindersterblichkeit hierzulande auffallend groß, allein diese große Sterblichkeit darf nicht, wie es manche Hygieniker thun, auf die große Natalität zurückgeführt werden. Vergleicht man nämlich die Natalität und Mortalität der rumänischen mit der der jüdischen Bevölkerung, so überzeugt man sich, daß, obwohl die Natalität der letzteren größer ist als die der rumänischen Bevölkerung, deren

Mortalität trotzdem viel geringer ist. Dies ist besonders in den Städten zu beobachten, wo fremde Elemente an die Stelle der einheimischen treten. So sind z. B. im Vorjahre im Dorohoiu 150 rumänische und 300 jüdische Kinder geboren worden, trotzdem aber waren die Todesfälle viel größer bei der rumänischen als bei der jüdischen Bevölkerung.

Diese Thatsache beweist zugleich die Schäden einer falsch gedeuteten Statistik. Allerdings soll zugegeben werden, daß unter normalen Verhältnissen, d. h. dort, wo die hygienische Lage beider Bevölkerungen die gleiche ist, ein bestimmtes Verhältniß zwischen Natalität und Mortalität vorhanden sein wird; nur wäre es gefehlt, dieses Verhältniß als Regel hinzustellen und so die hygienischen Schäden und den wirklichen Sachverhalt zu verdecken. Was Rumänien anbetrifft, so ist es mir gelungen, gerade durch den Vergleich der Natalität mit der Mortalität der Juden die wirkliche Lage klarzustellen. Dies berechtigt mich, den Satz aufzustellen, daß nur in gleichen hygienischen Verhältnissen lebende Na-

tionen vergleichsfähige Natalitäts- und Mortalitätsresultate liefern.

Außerdem aber konnte ich darthun, daß die große Kindersterblichkeit der Rumänen nicht an allgemeine Bedingungen des Landes geknüpft ist, sondern nur auf die unhygienische Lebensweise zurückzuführen ist, denn die in ähnlicher Lage befindlichen, d. h. ebenfalls armen Juden, die ja politisch weniger gut gestellt sind als die Staatsbürger, weisen doch ungemein bessere hygienische Verhältnisse auf; während die Zahl der Rumänen immer geringer wird, zeigt die jüdische Bevölkerung einen stetigen Zuwachs. Es steht also fest, daß der Boden Rumäniens einer Vermehrung der Bevölkerung durchaus günstig ist, und können wir daraus ersehen, wie die Aufdeckung der falsch gedeuteten Statistik imstande ist, die sanitären Zustände eines Landes näher zu beleuchten. Daraus ergeben sich Mittel und Wege, wie die Bevölkerungsfrage des Landes in ganz ungeahnter Weise, und zwar durch Besserung der gesundheitlichen Lage und durch rationelle Erziehung der kleinen Kinder, zu lösen ist.

Gleichzeitig aber lehrt uns diese Thatsache, daß es unberechtigt ist, zu behaupten, die fremden Elemente seien die Feinde, die den rumänischen Volksstamm zu vernichten drohen. Es kann allerdings nicht geleugnet werden, daß die Fremden immer zahlreicher werden, während der Bauernstand entartet, allein die Ursache dieses gefährvollen Zustandes ist nicht allein der Fremde, der ja nicht einen besonderen Schutz seitens des Staates genießt. Die wesentlichste Schuld ist auf den Staat zurückzuführen, der in erster Reihe dazu verpflichtet ist, für das Wohl und den Fortschritt des rumänischen Volksstammes zu sorgen. Der Staat müßte eben durch Hebung des culturellen und sanitären Zustandes die Lage der Rumänen derart verbessern, daß sie mit dem Fremden zu concurriren in der Lage seien.

Wenn wir nun weiter die Schäden verfolgen, die die Gesundheit der kleinen Kinder untergraben, so können wir nicht umhin, nochmals auf die Fasten hinzuweisen, die in vielen Ortschaften auch den Kindern, selbst den Säuglingen (!) auferlegt werden. Gegen diesen gefährvollen Mißbrauch müßte doch der Clerus entschieden eingreifen. Dann sei die Taufe erwähnt, die zahllosen Kindern das Leben kostet, indem die Neugeborenen in der ungeheizten Kirche oft in ganz kaltem Wasser untergetaucht werden. Die Communion birgt ebenfalls reichliche Gefahren, da ein und dasselbe, natürlich nie desinficirte Löffelchen benutzt wird; wie oft wird nicht auf diese Weise das von einem Kranken herrührende Gift zahllosen Gläubigen, besonders Kindern verabreicht; konnten wir doch in mehreren Fällen feststellen, daß an diesem Löffelchen Diphtherie-, respective Tubercelbacillen hafteten. Oft erkrankten Kinder, die infectiöse Kranke besucht oder an Leichenbegängnissen theilgenommen hatten. Selbstverständlich trägt auch die alte Sitte, die Kleider der verstorbenen Kinder armen Nachbarskindern zu schenken, vielfach dazu bei, die Krankheit in verschiedene Häuser zu verschleppen.

Eine Reihe von anderen gefährvollen hygienischen Schäden ist auf von verschiedenen Staatsmännern vertretene staatliche Vorurtheile zurückzuführen, Ansichten, die auf den ersten Anblick liberal scheinen und für den sonstigen Verkehr zwischen Staat und Individuum nützlich sind, für die Gesundheitspflege aber von beträchtlichen Schädigungen gefolgt sind. Das erste dieser staatsmännischen Principien ist, daß der Staat nicht berechtigt ist, in das Familienleben einzugreifen, und daß er nicht die Pflicht hat, für die Behandlung der Kranken zu sorgen. Trotzdem aber haben schon längst verschiedene Staatsgelehrte, darunter STEIN, BLUNTSCHLI, MOHL u. A. erkannt, daß die Gesundheit die Grundlage der Staatswohlfaht bilde, und daß der Staat bemüht sein müsse, für das Wohl seiner Angehörigen zu sorgen, was wohl nicht mit der Ansicht vereinbar ist, daß der Staat nicht für die Gesundheit des Individuums zu sorgen habe. Die modernen Forschungen aber, insbesondere meine Studien der Mischinfectionen, haben unter anderem die Thatsache festgestellt, daß beinahe sämtliche tödtlichen Krankheiten Infectionskeime enthalten, die für die in der Umgebung der Kranken befindlichen Personen verderblich sein können. Diese Beschränkung der staatlichen Fürsorge für das kranke Individuum bildet demnach einen jener Schäden, die von der Wissenschaft beseitigt werden sollen.

Aus diesen Feststellungen ist ersichtlich, daß die Sicherung der Gesundheit des Individuums mit zu den Pflichten des Staates gehören müsse. Allein dies wird durch jenes Princip oder Vorurtheil unmöglich gemacht, demzufolge der Staat nicht berechtigt ist, in das Familienleben einzugreifen, und daß jeder Bürger das Recht hat, sich anzustecken und sich zu behandeln, sowie es ihm beliebt. Es kann gar nicht daran gezweifelt werden, daß das von einer ansteckenden Krankheit befallene Individuum eine Gefahr für die Allgemeinheit bildet, eine Gefahr, die größer ist wie die des Verbrechers, der das Leben und den Besitz seiner Mitbürger bedroht. Wenn aber der Staat gegen die Verbrecher eingreift, die ja im Vergleich zu den ansteckenden Krankheiten nicht einmal den hundertsten Theil von Verlusten und Todesfällen verursachen, müßte er es umso mehr thun, wenn es sich darum handelt, daß ein Kranker seine Umgebung gefährdet. Es muß also der Tuberculöse aus der Mitte seiner Familie und der Arbeitsstätte, wo Kinder, Frauen und Kameraden der Ansteckung ausgesetzt sind, entfernt werden. Thatsächlich hat der vorjährige internationale Hygienecongreß zu Paris den Wunsch ausgedrückt, daß sämtliche Fälle von Infectionskrankheiten der Behörde angezeigt werden sollen, damit der Staat der Verbreitung der Krankheit entgegenzutreten könne. Das rumänische Sanitätsgesetz ist in dieser Hinsicht zu ergänzen, indem wohl die übrigen ansteckenden Krankheiten, nicht aber die Tuberculose der Anzeigepflicht unterworfen ist — und doch ist gerade die Tuberculose die gefährlichste Familienkrankheit.

Die Eruirung der Fälle von ansteckenden Krankheiten aber ist für Rumänien wichtiger als für andere Länder, indem hierzulande solche Kranke absichtlich nicht nur der Behörde, sondern auch dem Arzte verhehlt werden — und gerade diese versteckten Fälle eine ganz bedeutende Sterblichkeit liefern. Dies ist z. B. aus der Diphtherie-Statistik ersichtlich, indem die Diphtherie, die vor der Anwendung des Antitoxins eine Sterblichkeit von 60% aufwies, jetzt auf 4—10% heruntergegangen ist; versteckte, nicht an gezeigte und nicht mit Serum behandelte Fälle liefern aber gleichzeitig in denselben Ortschaften eine Sterblichkeit von 60%, genau wie in den Zeiten vor der Serumentdeckung.

Diese bedauerlichen Fälle haben sich insofern als nützlich erwiesen, als sie uns den hohen Werth der Serumanwendung gezeigt haben. Im Gegensatz zu den von den Gegnern und Verleumdern des Serums aufgestellten Behauptungen ergaben zahlreiche derartige Erfahrungen, welche den Werth von Laboratoriumsversuchen haben, den mathematisch geführten Beweis, wie nützlich dieses Heilmittel ist, und wie wichtig es ist, daß die Krankheit angezeigt werde. Allein die antidiphtherische Serumtherapie hat ein anderes Vorurtheil geschaffen: man glaubte, das Serum bekämpfe nicht nur die Krankheit, sondern auch die Epidemie. Ich habe versucht, auf dem erwähnten Congreß dieser falschen Annahme entgegenzutreten, indem ich den Beweis lieferte, daß die durch das Serum geheilten diphtheritischen Kinder die Krankheit viel eher verbreiten als an Diphtheritis Gestorbene; es muß also gerade die Serumtherapie uns andere Maßregeln auferlegen, damit die Infectionsgefahr bekämpft werde. Diese Feststellung führte dazu, daß der Congreß die Ansicht vertrat, die Diphtherieepidemie müsse durch Präventivimpfungen bekämpft werden; diese Impfungen wären obligatorisch in den Familien, in welchen ein Diphtheriefall vorgekommen ist, und in allen sonstigen Orten, wo Kinder mit Diphtheritischen in Berührung waren.

Eines der ärgsten sanitären Vorurtheile ist das Verschweigen der Krankheit und die Scham, die so manchen Kranken verhindert, gerade in Fällen von Geschlechtskrankheiten den Arzt zu Rathe zu ziehen, wodurch die Leiden nicht zur rechten Zeit und rationell behandelt werden. Was namentlich die Tuberculose und die Syphilis betrifft, so sind es vielfach die Aerzte selbst, die aus Furcht, von den Kranken verlassen zu werden, gegen die Anzeigepflicht eifern und in solchen Fällen die Wahrung des Berufsgeheimnisses verlangen. Gewiß ist das Vorhandensein der Tuberculose in irgend einer Familie ein äußerst mißliches Ding, allein das Wohl des Kranken sowohl wie das der Menschheit fordern es dringend, Tuberculosefälle anzuzeigen und zu isoliren.

Viel gefährlicher noch ist die Verheimlichung der sogenannten geheimen Krankheiten, die die Gesundheit unserer Jugend untergraben und die Nachkommenschaft in gefährlicher Weise belasten. Für mich unterliegt es keinem Zweifel, daß die Gefahr dieser Krankheiten gerade in deren Verheimlichung liegt; die Kranken wenden sich nicht zur rechten Zeit an den Arzt, und die uneingeweihte Umgebung weiß nicht, sich vor einer Ansteckung zu schützen. Trotzdem hat es bis nun kein Congreß und keine wissenschaftliche Gesellschaft gewagt, die obligatorische Anzeigepflicht dieser geheimen Krankheiten zu verlangen, welche diese Krankheiten mit einem Schlage ausrotten würde.

Noch sei es mir gestattet, auf einige administrative Vorurtheile hier kurz hinzuweisen. So wird behauptet, daß die Sanitätsverwaltung von der politischen Behörde abhängig sein müsse, indem dieselbe der Unterstützung der politischen Behörde bedarf. Man ist außerdem der Ansicht, daß die Sanitätsverwaltung genau so wie die anderen Verwaltungen bürokratisch eingerichtet sein müsse und daß der Dienst umso besser vor sich gehen werde, je mehr Berichte eingesandt und je mehr Papier verbraucht werde. Vielfach ist die Meinung verbreitet, jeder Arzt sei geeignet, den Sanitätsdienst zu leiten, obwohl doch jeder einsehen muß, daß Personen, die die modernen Sanitätswissenschaften nicht kennen, der Gefahr ausgesetzt sein werden, fortwährend Fehlgriffe zu machen. Es ist eben nicht genug, daß die in eine leitende Stelle berufene Person von der Regierung gern gesehen und ihr gefügig sei, sondern es muß dieselbe für diesen Beruf wohl vorbereitet sein. Für gewöhnlich aber wird es übersehen, daß es nicht leicht ist, sich den Apparat der die modernen Sanitätswissenschaften bildenden Disciplinen anzueignen, und nur ein mit all diesen Kenntnissen versehener Mann wäre in der Lage, die traurige sanitäre Lage des Landes zu bessern.

Um aber zu zeigen, wie gefährvoll die Ansichten waren, auf die unsere gesammte Sanitätsverwaltung sich stützte, wollen wir auf die in dieser Hinsicht bemerkenswerthen Vorgänge in Rußland hinweisen. Unter Alexander II. sah sich die Regierung gezwungen, dieses abgenutzte System zu verlassen und durch die Schaffung der unabhängigen Verwaltungsbehörden, der „Semstwo“, der Rassenentartung und dem Elend entgegenzuwirken. Die Semstwo sind heute in der Lage, ohne unnütze Formalitäten und ohne großen Zeitverlust Epidemien zu bekämpfen, der Noth zu steuern und für das leibliche Wohl des Bauernstandes zu sorgen.

Interessant ist die Begründung der Schaffung der Semstwo, wo darauf hingewiesen wird, daß es eine unglückselige Sitte der Verwaltungsbehörden ist, „à non observer que la forme et à remplacer l'action par des écritures“, und dann: „Cependant la salubrité publique ne peut rien gagner par le déplacement de documents envoyés d'une administration à une autre.“

Allerdings hat die Institution der Semstwo nicht alle gehegten Erwartungen erfüllt, indem man bei deren Schaffung nicht bedachte, daß sie erst dann sich als nützlich erweisen werde, wenn sie auch einer geeigneten, wohl vorbereiteten, einsichtsvollen Leitung unterstünde. Diejenigen aber, die die Thätigkeit der Semstwo zu überwachen hatten, waren in den Sanitätswissenschaften nicht bewandert und kannten nicht das Elend, das ihnen zu bekämpfen oblag. Die Saumseligkeit der Semstwo dort, wo eilige Hilfe am Platze war, die Verausgabung der meisten Mittel für die Schaffung von Krankenhäusern auf dem Lande unter Vernachlässigung der Vorbeugungsmaßregeln, die in sanitärer Hinsicht viel mehr zu leisten imstande sind, compromittirten das Werk, als zuletzt dessen Leiter auf dem internationalen medicinischen Congreß zu Moskau (1897) zur Ueberzeugung gelangten, daß die Prophylaxis der wesentlichste Zweck der Semstwo sein müsse. Alle Vertreter der wahrhaften medicinischen Wissenschaft sind sich darüber einig, daß nur das, was in Rußland zur Ausführung gelangt ist — die Unabhängigkeit der Sanitätsverwaltung von der politischen Behörde, die Leitung des Dienstes seitens einer specialistisch ausgebildeten Person, der Vorzug der prophylaktischen vor der curativen Medicin — eine wirkliche Besserung der sanitären Zustände herbeizuführen vermag. Noch sind unsere leitenden Kreise nicht von dieser Ueberzeugung durchdrungen; ihnen ist es unbe-

kannt, daß überall heute bloß eine Meinung herrscht: Nur Prophylaxis unter kompetenter Leitung auf Grund der bacteriologischen Forschung ist imstande, die Gesundheit und die Wohlfahrt des Volkes zu sichern.

Nun soll es aber nicht bestritten werden, daß die Bacteriologie in mancher Hinsicht zu Uebertreibungen Veranlassung gegeben hat. Gelehrte sowohl wie das große Publicum waren einen Augenblick der Ansicht, daß die Resultate der bacteriologischen Forschung alles von früher Vorhandene ersetzen werden, daß die Mikroorganismen stets krankheitszeugend sein müssen, und vergaßen dabei, daß doch in erster Reihe auf die Veranlagung und auf die Resistenzfähigkeit des Organismus zu achten ist. So entstand eine wirkliche Bacteriophobie, indem man aus Furcht vor Bacterien nicht zu essen und zu trinken wagte. Man glaubte, daß der Desinfection allein die wesentlichste Rolle zukomme in der Bekämpfung und Vorbeugung der Krankheiten. Allein die Uebertreibungen waren bald von einer Reaction gefolgt, die allerdings ebenfalls über die Grenzen zu schießen drohte. Es gibt heute Autoren, die so weit gehen, daß sie behaupten, man brauche keine Desinfection, sondern bloß Reinlichkeit; man habe sich vor Bacterien nicht zu fürchten, wenn man nur genügend widerstandsfähig ist. Vielfach wird die Ansicht laut, daß die Abhärtung des Körpers die beste Waffe sei gegen Krankheit und Infection, und ein Wiener Arzt, Dr. THEODOR BEER, kommt zu dem Schlusse, daß ein gesunder Mensch überhaupt nicht krank wird. Im Fortschritte der Wissenschaften sind aber derartige Uebertreibungen unvermeidlich. Die erhaltenen Resultate veranlassen uns leicht, deren Wichtigkeit zu überschätzen. Die darauf folgende Reaction aber wirkt klärend und läuternd, so daß nunmehr festgestellt werden kann, wie weit wir gehen dürfen, ohne uns von der wissenschaftlichen Grundlage zu entfernen.

Wie die Verhältnisse heute liegen, müssen wir die Bacteriologie als eine Wissenschaft betrachten, die es uns möglich gemacht hat, den Feind zu erkennen und zu bekämpfen. Wohl hat sie manche irrige Ansicht aus der Welt geschafft, allein sie hat nicht alles schon von früher Bekannte umgestürzt. Gewiß dürfen wir die Widerstandsfähigkeit des Organismus gewissen Bacterien gegenüber nicht unterschätzen, nur gibt es Bacterien, die stärker sind als der resistensteste Organismus. Auch wissen wir heute, daß in der Bekämpfung der Infectionskrankheiten weder die Reinlichkeit noch die Desinfection allein ausreichend sind, daß aber die Reinlichkeit eine Vorbedingung ist, damit eine vollständige Desinfection möglich sei. Reinlichkeit allein kann aber vor den Bacterien nicht schützen. Wir wissen jetzt, daß die Gefahr, durch das Wasser oder die Nahrung inficirt zu werden, nicht so groß ist, wie man dies früher glaubte, indem die meisten der im Wasser vorhandenen Bacterien nur einem geschwächten, zur Erkrankung veranlagten Organismus gegenüber schädlich sein können, und daß nur wenige Krankheiten vorhanden sind, die sicher durch das Wasser und durch Nahrungsmittel verbreitet werden.

So sehen wir denn schon aus den wenigen angeführten Beispielen, daß, von den hohen Sphären der Staats- und Sanitätswissenschaften beginnend, bis zu den täglichen Gewohnheiten des Landmannes Vorurtheile herrschen, welche den sanitären Fortschritt des Landes aufhalten und verhindern. Dieselben stehen in Wechselbeziehung zur culturellen Vernachlässigung des Volkes und zum Egoismus der herrschenden Classen. Eine Hebung der Volkswohlfahrt und der gefährdeten Vitalität des rumänischen Volkes muß in erster Linie vom Staate durch Beseitigung der letzteren Uebelstände angestrebt werden.

Kleine Mittheilungen.

— Versuche zur Bestimmung der Reizgröße verschiedener Nahrungsstoffe im Magen hat ZIEGLER angestellt („Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie“, Bd. IV, H. 8). Er nahm zu seinen Versuchen gekaute Protogenlösung als Eiweiß — gekauten Kartoffelbrei als Kohlehydratnahrung, zwei Nahrungsstoffe von möglichst adäquater Reize für den Magen, ohne nennenswerthe Aciditätsdifferenz, während Fleisch und Fette keinen homogenen Reiz darstellen. Von der gekauten Nahrung wurden gleiche Volumina

gereicht, vorher Magenspülung mit lauem Wasser, gleiche Zeit danach abwechselndes Kauenlassen je einer Mundportion von wassergekochtem Kartoffelbrei und von 10%iger Protogönlösung, Ausgebenlassen der getrennt eingespeichelten Mundportionen in verschiedene GefäÙe. 5 Minuten nach Beendigung des Kauens Trinkenlassen der betreffenden Kaumasse (an jedem Tage Protogen oder Kartoffel) und Aushebern nach 3—5 Minuten. Z. fand, daß innerhalb der ersten 5 Minuten kein Unterschied für die Salzsäurecomponente des Magensaftes besteht, wie er nach Protogen als Eiweiß- und Kartoffel als Kohlehydrat abgesondert wird. Die Protogönlösung würde also rein local im Magen keinen größeren Reiz für die Secretionsnerven übermitteln — wenigstens sind die Salzsäurewerthe in beiden Versuchen als gleich aufzufassen. Die Differenzen des Aciditätszuwachses bei Kartoffel und Protogen sind so klein, daß sie nicht in Betracht kommen.

— Bei **Meningitis**, besonders der im Kindesalter, wandte DAXENBERGER („Klin. therap. Woch.“, 1901, Nr. 6) erfolgreich das Unguentum argenti colloidal Crèdè an. D. ließ täglich je nach der Schwere des Falles und dem Alter des Pat. 2·5 bis 3 Grm. in die Extremitäten (nicht in die Kopfhaut) abwechselnd nach Art der grauen Salbe fest verreiben, bis keine Salbenreste mehr sichtbar waren (mindestens ¼ Stunde lang). Am besten wird eine Einreibung vom Arzt selbst ausgeführt, um das Pflegepersonal mit der Form der Anwendung vertraut zu machen. Ist auch die Zahl der beobachteten Fälle klein, so ermutigen doch die Erfolge, welche die Silberbehandlung bei einer Krankheit mit so wenig günstiger Prognose aufweist, zu weiteren Versuchen.

— Zur **Behandlung des Puerperalfiebers** empfiehlt AUFRECHT („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 5) neben localer Therapie subcutane Chininjectionen auf Grund günstiger Erfahrungen. Er ist zu dieser Methode bei der Behandlung der Endometritis puerperalis einerseits durch die guten Ergebnisse der subcutanen Chininjection bei der Pneumonie, andererseits durch die experimentell und klinisch festgestellte Thatsache gekommen, daß die Pneumonie-Diplokokken puerperale Endometritis erzeugen können.

— Seit mehr als 3 Jahren hat CLAVELIER („Le Languedoc Médico-Chirurgical“, 1901, Nr. 2) an Stelle von Silbernitrat in der **Ophthalmotherapie** Protargol verwandt. Die Lösungen variieren zwischen 1—15%; darüber hinaus zu gehen, hält er für zwecklos. Frische Blennorrhoea neonatorum, nicht blennorrhhoische eiterige Ophthalmia, auch solche auf scrophulöser Grundlage, Conjunctividen aller Art, katarrhalische und secernirende, ferner auch Cornealgeschwüre wurden theils durch Pinselungen, theils durch Instillationen von Protargollösung verschiedener Stärke in kürzester Zeit zur Heilung gebracht. Ganz besonders bei eiterigen Affectionen der Thränenwege verdient das Protargol vor dem Höllenstein den Vorzug. Folgende Behandlungsmethode lieferte die besten Resultate: Ausspülung des Thränensackes mit einer antiseptischen Flüssigkeit, bis dieselbe klar abfließt, Einträufelung einiger Tropfen einer zunächst 1-, dann 2-, 5-, schließlich 10%igen Protargollösung, die man 1—2 Minuten lang mit der Schleimhaut in Contact läßt. In dem Maße, als die Eitersecretion abnimmt, erhöht man die Concentration der Protargollösung und die Dauer der Einwirkung, ohne jedoch 5 Minuten zu überschreiten. Dann wird der Thränensack ausgepreßt oder ausgespült. Im Ganzen kamen nur 2 Fälle von leichter Argyrosis infolge von unnützerweise seitens der Pat. protrahirtem mehrmonatlichem Gebrauch der Einträufelungen vor; sonst konnten keine Nebenwirkungen constatirt werden. Dabei ist die Anwendung des Protargols bequemer und wird besser vertragen als die des Höllensteins.

— Zur **Behandlung des Ulcus serpens corneae** (Ulcus septicum, Hypopyonkeratitis, Hornhautabsceß) berichtet JAN STANSKI („Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 5). Die Behandlung des Ulcus serpens corneae muß vor Allem das ätiologische Moment ins Auge fassen. Das erste Postulat der Behandlung von Ulcus serpens muß demnach darin bestehen, den Hornhautdefect vor einem dauernden Contact mit den Mikroorganismen, d. h. vor einer weiteren Infection nach Möglichkeit zu schützen. Das beste Deckungsmittel für wunde oder geschwürige Hornhautflächen ist nach den Erfahrungen St.'s das Airol. Das zweite Postulat der

Behandlung besteht darin, die eingewanderten Mikroorganismen abzutöden oder wenigstens abzuschwächen. Als drittes Postulat der Behandlung müssen wir die Bekämpfung der das Ulcus stets begleitenden Iritis mit Bildung eines mehr oder weniger hohen Hypopyons bezeichnen. St. verfährt nun bei septischen Hornhautgeschwüren folgendermaßen: Nach Anästhesirung der Bindehaut und der Hornhaut spült er das Auge mit Sublimatlösung (1·0 : 5000·0) aus. Hierauf schabt er den Geschwürsgrund und die infiltrirten Ränder mit scharfem Löffel ab, betupft den Geschwürsgrund mit einem in Jodtinctur getränkten Wattetampon und injicirt sodann 1—1½ Spritze (1—1½ Ccm.) einer 5%igen Kochsalzlösung unter die Bindehaut, am besten in der oberen Gegend des Bulbusäquators ein. Um die Injection ganz oder fast ganz schmerzlos zu machen, setzt er zu derselben etwas Cocain (bei sehr empfindlichen Patienten auch Acoïn) zu, außerdem noch Atropin, um gleichzeitig auf die Synechien einzuwirken:

Rp. Acoïn	1·0
Cocain mur.	2·0
Atrop. sulf.	0·5
Natr. chlorati	5·0
Aq. dest. sterilis.	100·0

Nach der Injection spült er das Auge noch einmal mit der Sublimatlösung aus und bringt auf den Geschwürsgrund Airol, das er in das Geschwür mit der convexen Fläche des scharfen Löffels energisch einreibt. Hierauf bestreut er noch die ganze Hornhaut mit Airol und verbindet beide Augen, um dieselben möglichst zu immobilisiren. 6—9 Stunden nach der ersten Injection wird der Verband gewechselt. Die ganze Procedur ohne oder mit Airol wird so lange fortgesetzt, bis das Geschwür sich zu reinigen beginnt. Sobald dies eintritt, vertauscht man Airolpulver gegen Airolsalbe:

Rp. Airol.	1·0
Atrop. sulf.	0·05
Acidi borici	0·4
Vasel. amer. albi	10·0

die 4mal täglich eingestrichen wird; in der Zwischenzeit werden heiÙe Umschläge applicirt, um die GefäÙneubildung anzuregen.

— Die **Behandlung eines Falles von ulcerativer Proctitis und Colitis** hat BOLTON („Med. Record.“, 1901, Nr. 11) in folgender Weise durchgeführt. Er legte einen künstlichen After an, um die erkrankte Schleimhaut vor der Einwirkung der Fäcalien zu schützen und um bei der Irrigation der erkrankten Theile die Irrigationsflüssigkeit auf die kranke Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung zu appliciren. Die Operation wurde an einer Kranken ausgeführt, die seit 8 Wochen an unstillbarem Durchfall mit starkem Verfall der Kräfte litt; die Schleimhaut des Rectum und der Flexura sigmoidea war mit Geschwüren von 2—5 Mm. Durchmesser bedeckt, die Fäces enthielten Schleim, Blut und Eiter, aber keine Amöben. Es wurde eine Colostomie gemacht und in den geöffneten Darm ein weiter weicher Katheter eingelegt. Irrigationen durch ein in den Anus eingelegtes Urethral-Speculum mit Argent. nitr. (1—2%iger) und ½%iger Kochsalzlösung. Stillung des Durchfalls und Heilung der Geschwüre. Die Fistel heilte schnell und vollständig, dagegen bildete sich an der Operationsstelle eine kleine Hernie, die aber leicht durch ein Bruchband zurückzuhalten ist.

— Ihre Erfahrungen bei der **Behandlung der Syphilis während der Gravidität** theilen GAUCHER und BERNARD mit („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 27). Sie verabreichen innerlich Sublimat mit Opium in Pillenform zu 2 Ctgrm. pro die, subcutan 2 Ctgrm. Hydrarg. benzoic. mit Cocain. Zur Unterstützung der Wirkung gibt er stets noch Jodkalium. Die Cur muß während der ganzen Dauer der Schwangerschaft fortgesetzt werden, und es empfiehlt sich, mit der innerlichen und subcutanen Darreichung abzuwechseln. Besteht gleichzeitige Albuminurie, so muß Milchdiät innegehalten werden. Auf die syphilitische Nephritis wirkt Hydrargyrum nicht schädlich. Bei dieser Behandlungsmethode ist die Prognose der syphilitischen Gravidität für Mutter und Kind durchaus günstig.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

30. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin 10.—13. April 1901.

(Collectiv-Ber. d. „Fr. Vereinigung der D. med. Fachpresse“.)

XV.

RINDFLEISCH (Stendal): Ueber nahtlosen Darmverschluß.

Bei einem Fall von Hernia gangraenosa hat sich R. so geholfen, daß er die gangränöse Partie invaginirte und dann die Serosen vernähte.

REHN (Frankfurt a. M.): Ueber chirurgische Behandlung der acuten Appendicitis.

Trotz der vermehrten Neigung zur abwartenden Behandlung, die die Discussionen der vorigen Congresses gezeitigt haben, drängen ihn seine Erfahrungen mehr und mehr zu frühzeitiger Operation, durch die er an seinem Material wenigstens die Mortalität bedeutend herabgesetzt hat. Man fürchtet sich immer vor der Eröffnung der Bauchhöhle. Wenn diese begründet wäre, müßte er eine kolossale Mortalität haben, denn die schwersten Zustände hat er transperitoneal operirt und von 180 Fällen 134 geheilt und 46 sind gestorben. 35mal hat er bei schwerer eitriger Peritonitis operirt. Die schwersten Fälle sind nach seiner Meinung die mit subphrenischen Abscessen. Von ihnen allein sind 27 gestorben, dagegen ist ein Fall mit Thrombose der Vena cava inf. auch durchgekommen. 24mal hat er vor der Eiterung ohne einen Todesfall operirt. Von 33 Fällen mit acuter Gangrän sind 22 geheilt, 11 gestorben. Schließlich ist er zu dem Resultat gekommen, nicht erst im Intervall, sondern überhaupt schnell einzugreifen und glaubt auch nicht, daß es gefährlich sei, im acuten Anfall zu operiren. Was ist überhaupt der acute Anfall? Wahrscheinlich ein phlegmonenartiger Proceß, bei dem einzig die Virulenz der Bakterien entscheidend ist. Und wie entsteht die Peritonitis? Das Eindringen von Eiter oder infectiösem Material bedingt noch keine Peritonitis. Da müssen viele Factoren zusammenwirken, die Virulenz, die Menge der Bakterien und die bactericiden Kräfte. Man muß sich von der Furcht der leichten Inficirbarkeit des Peritoneums frei machen. Er geht folgendermaßen vor: Breiter Schnitt, Eröffnung des Peritoneums, directes Vorgehen auf den Appendix. Durch Kochsalzspülungen wird dieser zum Vorschein gebracht, reseziert und vernäht. Der Bauch wird bis auf eine Drainage geschlossen, durch diese mit heißer physiologischer Kochsalzlösung angefüllt, die dann abfließt. — Opium soll mit der größten Kritik angewendet werden, weil es das Bild verschleiert. Alles kommt darauf an, den günstigen Moment für die Operation nicht verstreichen zu lassen.

SPRENGEL (Braunschweig): Zur Frühresection bei acuter Appendicitis.

Seine Ansicht ist vollkommen mit der REHN'S in Uebereinstimmung. Er kann über einen Fall berichten, in dem nach Magen- und Darmeingießung alle Symptome verschwunden waren, als plötzlich Perforation und Exitus eintrat. Hier wäre eine Frühoperation wahrscheinlich rettend gewesen und er hat sich gefragt, ob nicht in allen Fällen eine absolute Frühoperation besser wäre; denn die anatomischen Veränderungen können schon in den ersten 2×24 Stunden sehr schwere sein. Sp. möchte deshalb durch eine Sammelforschung die Frage der Operationserfolge in den ersten 2×24 Stunden klären. Was ihn anlangt, so operirt er mit Vorliebe in den ersten Tagen nach dem Anfall und benutzt die Beckenhochlagerung.

RIESE (Britz): Beiträge zur Behandlung der acuten Appendicitis.

Er empfiehlt die DOYEN'sche Methode der Abklemmung des Proc. vermiformis mit Seidenligatur, bei der er nie eine Fistelbildung beobachtet hat. Dreimal hat er Gelegenheit gehabt, bei gleichzeitiger Gravidität zu operiren. Hier, meint er, müsse man besonders schnell vorgehen, weil ein Abort doch eintritt und nun

durch die plötzliche Verkleinerung des Uterus der Eiter in die Bauchhöhle aspirirt werden könnte.

Baumgärtner (Baden-Baden): Man soll bei Frauen die gynäkologische Untersuchung nicht unterlassen. Er hat statt einer Perityphlitis schon öfter eine Oophoritis gefunden.

Hirschberg (Frankfurt a. M.): glaubt, daß der Vorschlag REHN's transperitoneal und ohne Rücksicht auf den acuten Anfall zu operiren sich nur für das Krankenhaus einer großen Stadt eignet.

Kümmell (Hamburg) muß sich in einen Widerspruch zu REHN und SPRENGEL stellen und der conservativen Behandlung das Wort reden. Von den 1042 Fällen des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses sind nur 1.6% gestorben. Zwar hält er auch an dem alten Grundsatz fest: Ubi pus ibi evacua, aber mit Ausnahme des Peritoneums.

Holl (Hanau): RIEDEL (Jena) hat von den praktischen Aerzten eine Statistik von 1000 Fällen zusammenstellen lassen, aus der hervorging, daß 50% den Chirurgen überwiesen werden. Auch bei ihm hatte die Debatte vor zwei Jahren zur Folge, daß er die Fälle erst nach 8×24 Stunden operirte, aber er sieht nicht ein, daß man nicht schon in den ersten 24 Stunden den Appendix entfernen soll, wo die Operation doch eine Kleinigkeit ist.

Körte (Berlin) hält die Fälle, die zur Frühoperation geeignet sind, für recht schwer erkennbar.

Spengel will lieber einen Fall zu viel, als einen zu wenig operiren.

Rehn glaubt nicht an die diffuse Peritonitis in ROTTER'S Statistik, er bezeichnet als abgekapselte, was ROTTER als diffuse Peritonitis auffaßt.

ROTTER (Berlin): Zur Behandlung der Perityphlitis.

R. legt ein Hauptgewicht auf die Entleerung der Douglas-Abscesse, die er nicht transperitoneal, sondern recto-vaginal eröffnet wissen will. R.'s Erfahrungen über die Toleranz der Bauchhöhle kann er nicht theilen, aber durch sein Vorgehen glaubt er die Resultate der acuten Appendicitis gebessert zu haben. Er gibt eine außerordentlich günstige Statistik: I. Von 213 Fällen sind 55 operirt, 28 hatten circumscrippte, 26 diffuse Peritonitis und nur 31% sind gestorben. II. Von 530 Fällen sind 196 operirt, 96 hatten circumscrippte, 109 diffuse Peritonitis und nur 19% sind gestorben. Im Einzelnen sind von den circumscriphten Peritonitiden der Gruppe I 7%, von den diffusen 60%, von Gruppe II von den circumscriphten 5%, von den diffusen 34% gestorben. In 70% aller Fälle hat er den Douglas eröffnet, von 9 transperitoneal Operirten sind 66 $\frac{2}{3}$ %, von 61 von unten Eröffneten sind nur 10% gestorben. Von 101 diffusen Peritonitiden waren 87 mit Abkapselung (!), davon sind 67 geheilt, 20 gestorben, 10 septisch, 10 jauchig. Von 13 ohne Abkapselung sind 5 jauchig gestorben. Von den anderen 8 sind 6 geheilt, 2 gestorben.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Aerztlicher Verein Nürnberg.

LUDWIG RAAB: Ueber medicamentöse Therapie des Herzens.

Votr. ist der Ansicht, daß die medicamentöse Therapie die souveräne Behandlung bleibt und bleiben muß, nur dürfe sie nicht in schematischer Digitalisverabfolgung bestehen. Vielmehr müssen für die Verordnung der verschiedenen Herzmedicamente gewisse Indicationsgebiete geschaffen werden, die eine allgemeine Giltigkeit zu beanspruchen haben. R. versucht nun, solche allgemeine Gesichtspunkte für eine zweckmäßige Herztherapie zu skizziren, indem er die Stellung der Herztonica, wie Digitalis, gegenüber den einfachen Herzreizmitteln, wie Kampher, Aether, Alkohol etc. fixirt, insofern letztere bloß Reizmittel des Herzens sind und dadurch vorhandene Spannkkräfte im Herzen verbrauchen, während die Herztonica, voran Digitalis, neben der specifischen Reizwirkung auch gleichzeitig die Herzthätigkeit erhaltende Energie übertragen, also gewissermaßen trophische Einflüsse ausüben. Als Beweis für letztere Eigenschaft weist der Votr. auf den jüngst von KUSSMAUL publicirten Fall von über viele Jahre sich erstreckender erfolgreicher Verabreichung von kleinen Dosen Digitalis an einen Herzkranken. R. schildert den Indicationsbereich der Digitalis, indem er darauf hinweist, daß die Digitalis lediglich da eingreift, wo der Herzmuskel infolge von Schwäche für den normalen Vagusreiz unerregbar, resp. schwer erregbar geworden ist, daß also die Digitalis in solchen Fällen unwirksam sein muß, in welchen Störungen der Herzthätigkeit be-

stehen infolge verstärkter Vagusreizung, kenntlich durch Bradykardie und Arrhythmie der Herzthätigkeit, ohne Zeichen vorhandener Stauung. Bei den seltenen Fällen wirklicher Lähmung des Vagus (sehr beschleunigter Herzthätigkeit) ist Digitalis a priori unwirksam, da dann der Zustand völliger Atonie des Herzmuskels eingetreten ist. Vortr. betont auch die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose functioneller Herzstörungen und warnt vor allzu großer Anlehnung an die anatomisch-pathologische Diagnose, die für den Praktiker nur therapeutischen Werth hat und die Endstadien längst vorhandener Erkrankungen des Organs darstellt. Nach Erwähnung der verschiedenen Digitalispräparate und der Art der Medication geht Vortr. zu den übrigen Herztonica und ihrer Anwendung über, betont dabei, daß er mit der Medication des Strophantus wenig Glück gehabt habe, und hebt insbesondere den Werth des Ergotin hervor, namentlich bei gewissen Zuständen einer Vagusparese des Herzens, kenntlich durch beschleunigte Herzthätigkeit und Schwächegefühl. Neben Erwähnung des Spartein, Convallaria majalis, Nitroglycerin, Jodkali in der Therapie, betont Vortr. auch die große Bedeutung des Morphin, das er als echtes Herztonicum bezeichnet wissen will, soweit sich die Medication innerhalb der vorgeschriebenen Dosirung hält. Er weist dabei auf die erregende Wirkung des Morphin bei Sterbenden hin und erwähnt, daß bei Opiumvergiftungen gerade die Lähmung des Herzens am spätesten einzutreten pflegt, also die Opiate auch dann noch eine erregende Wirkung auf das Herz ausüben müssen, wenn die anderen nervösen Centren beginnen, gelähmt zu werden. Hierauf geht Vortr. auf die eigentlichen Herzreizmittel über, erwähnt die Bedeutung des Coffein als Herzerreger, verwirft den übermäßigen und oft sinnlosen Gebrauch des Alkohols, hebt die Wichtigkeit der Anwendung von großen Dosen Kampher hervor und meint, daß der Aether hauptsächlich innerlich gegeben werden sollte, und zwar kaffeelöffelweise, als sehr gutes Herzreizmittel.

Unterelsässischer Aerzteverein in Straßburg.

MADELUNG: Der Werth der Radiographie für den Nachweis von Nierenconcrementen.

Ein 39jähriger Mann, dem vor sieben Jahren ein hühnerei-großer Blasenstein durch hohen Blasenschnitt entfernt worden ist, zeigt seit 2 Jahren wieder Blasenbeschwerden. Es wird als wahrscheinlich angenommen, daß Nephrolithiasis zugrunde liegt. Der objective Nierenbefund gibt aber keinen bestimmten Anhalt. Am 23. Juni wird ein großer Phosphatstein wieder Sectio alta entfernt. Patient wird am 22. Juli mit geheilter Wunde entlassen. Im Herbst ist das Allgemeinbefinden wieder verschlechtert, die Blase frei von Concrementen, aber reichlicher Eiter im Urin. Durch Roentgenphotographie wird ein großer Stein in der linken Niere sicher nachgewiesen. Nephrolithotomie. Der entfernte Nierenstein ist ein Phosphatstein von lockerem Gefüge.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

DORENDORF: Ueber eine gewerbliche Erkrankung von Gummiarbeitern.

Vortr. hatte bei zwei Kranken der zweiten medicinischen Klinik, welche in einer Gummifabrik beschäftigt waren, und weiterhin noch bei anderen Arbeitern aus der gleichen Fabrik einen ähnlichen Krankheitsvorgang beobachtet. Es bestanden Schmerzen in den Gliedern, Druckschmerzhaftigkeit der Musculatur, Schwäche in den Extremitäten, besonders in der rechten Hand, Temperaturherabsetzung der rechten Hohlhand, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Haut, gesteigerte Sehnenreflexe. Gleichzeitig fanden sich im Blute gelbe Körnchen in geringer Zahl.

Mit der bei der Fabrication zur Lösung des Gummi verwendeten Lösung stellte Vortr. Versuche bei Meerschweinchen an. Die Thiere starben nach der Einathmung an Krämpfen und hatten im Blute körnige braune Degenerationsformen, im Rückenmark Veränderungen an den Ganglienzellen. Die Ursache für die Vergiftungen war aller Wahrscheinlichkeit nach das Benzin in den verwendeten Lösungen.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Clinical Society of London.

L. W. SHENTON: Momentradiographie.

Bei den radiographischen Momentaufnahmen handelt es sich um eine Verkürzung der Expositionsdauer von Bruchtheilen einer Secunde bis zum Maximum von 30 Secunden. Solche Aufnahmen lassen sich bei Anwendung von Roentgenröhren größeren Calibers erzielen, wodurch nicht nur eine Verkürzung der Expositionsdauer erzielt wird, sondern auch tieferliegende Strukturen auf den Lichtschirm projicirt werden können. Diese Röhren bieten für den Nachweis von Nierensteinen, für die Behandlung von Fracturen und für die rasche Aufsuchung und Localisation von Fremdkörpern große Vortheile. Für letzteren Zweck ist die folgende einfache Methode anwendbar. Wenn der Schatten des Körpers und des Fremdkörpers auf dem Lichtschirm projicirt sind und man den Tubus von einer Seite auf die andere verschiebt, so sieht man, daß die Excursionen der beiden nach Maßgabe ihrer Entfernung vom Tubus verschieden sind. Bringt man ein Object hinter den Lichtschirm, und zwar in einer Entfernung, bei welcher seine Bewegungen annähernd die gleiche Excursion zeigen wie die Bewegungen des Fremdkörpers, so entspricht diese Entfernung der Distanz des Fremdkörpers, dessen Lage sich, wenn man diese Procedur in verschiedener Position wiederholt, mit großer Genauigkeit bestimmen läßt.

Hugh Walsham weist darauf hin, daß bei sehr kurzer Expositionsdauer ein Schatten z. B. von Tuberkeln der Lunge im Bilde fehlen kann, welcher bei längerer Expositionsdauer daselbst sich kenntlich macht. Die Aufnahmen mit photographischen Platten zeigen oft Details, welche auf dem Lichtschirm nicht wahrnehmbar sind.

Campbell Williams berichtet über Haarausfall und Dermatitis repens bei Individuen, welche der Einwirkung von Roentgenstrahlen ausgesetzt waren.

Shenton bemerkt, daß für jede Körperregion eine bestimmte Expositionsdauer erforderlich ist, und daß die photographische Aufnahme dazu dient, die auf dem Lichtschirm erhaltenen Befunde zu bestätigen. Manche Details werden an den photographischen Aufnahmen deutlicher wahrgenommen als auf dem Lichtschirm, weil die photographische Platte glatt ist. Vortr. hat bei kurzer Expositionsdauer niemals Dermatitis beobachtet, dagegen tritt dieselbe bei Personen auf, welche sich viel mit den X-Strahlen beschäftigen. Ueber eine Einwirkung der X-Strahlen auf die Netzhaut der Beobachter ist dem Vortr. nichts bekannt.

Harveyan Society of London.

INGLIS PARSONS: Ueber persistente Menorrhagie.

Es gibt eine Reihe von Fällen, wo die Blutung nach der Auskratzung fort dauert und nur eine Läsion des Endometriums als Ursache angenommen werden kann. Untersucht man in solchen Fällen das ausgekratzte Gewebe, so findet man neben spärlichen Drüsenelementen eine Wucherung des Bindegewebes. Es handelt sich hier um eine Form der interstitiellen Endometritis, jener ähnlich, welche man bei bleibenden Myomen findet. Bei Stillung dieser Blutungen auf nicht operativem Wege hat sich der constante Strom bewährt. Es wurden damit die günstigsten Erfolge erzielt und die Pat. vor den Gefahren einer eingreifenden Operation und der damit verbundenen Verstümmelung bewahrt. Der elektrische Strom wurde zweimal wöchentlich in der Dauer von 10—15 Minuten applicirt, wobei der positive Pol in Gestalt einer Platinelektrode in den Uterus eingeführt wurde, der negative Pol auf die Bauchhaut kam. Die erforderliche Stromstärke betrug 50—100 Milliampère. Die Zahl der Applicationen betrug bei den vom Vortr. behandelten Fällen mindestens 12, maximal 20. Die Schmerzen waren sehr gering, Betruhe nach der Behandlung nicht erforderlich. Bei der Behandlung muß man sich davon genau überzeugen, daß die Platinelektrode mit dem Endometrium des Uteruskörpers sich in Contact befindet, die Cervix aber isolirt bleibt. In jenen Fällen, wo Menorrhagie mit Retroversio uteri in Zusammenhang steht, genügt es, den Uterus in normale Lage zu bringen und mit Hilfe eines Pessars in dieser Lage zu erhalten, worauf die Blutung gewöhnlich zum Stillstand kommt. Erst wenn diese Behandlung nicht genügt, ist das Curettement vorzunehmen.

Lees ist der Ansicht, daß manche Uterushämorrhagien mit kleinen Erosionen der Schleimhaut im Zusammenhange stehen analog den durch Ero-

sionen entstehenden Magenblutungen. In anderen Fällen handelt es sich um constitutionelle Ursachen, z. B. um Erhöhung des Blutdruckes.

Inglis Parsons bemerkt, daß man mit jeder Batterie, die zur Behandlung der Menorrhagien erforderliche Stromstärke erzielen kann. Mit Hilfe eines Galvanometers läßt sich eine genaue Dosierung der Stromstärke erzielen. Bei der Anwendung des Dampfes als Blutstillungsmittel ist noch zu erweisen, ob damit dauernde Erfolge erzielt werden. Der Dampf wäre der Elektrizität vorzuziehen, wenn eine einzige Application zur Erzielung des Erfolges genügen würde. Vortr. verfügt über Fälle von Myom, die schon seit 10 Jahren frei von Blutungen sind, was dafür spricht, daß sich durch die Anwendung der Elektrizität dauernde Erfolge erzielen lassen. Da es sich meist um Frauen unter 40 Jahren handelt, kann Arteriosklerose der Uterusgefäße nicht als Ursache der Blutungen betrachtet werden, da diese unterhalb der genannten Altersgrenze nur ganz ausnahmsweise vorkommt.

Medical Society of London.

W. HUNTER: Ein geheilter Fall von perniziöser Anämie.

Der Pat. hatte durch 10 Jahre an eitrigem Ausfluß des Zahnfleisches, recidivierenden Schmerzen in der Zunge und im Magen, Verdauungsstörungen und hochgradiger Anämie gelitten. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war auf 27% der normalen, der Hämoglobingehalt auf 35% gesunken. Der Harn zeigte dunkle Färbung, es bestand ferner irreguläres Fieber und Parästhesien in den Fingern. Unter interner Darreichung antiseptischer Mittel (Sublimat) und localer Behandlung der Mundhöhle mit Carbollösungen besserte sich der Zustand, ferner zeigten 3 Injektionen von Streptokokkenheilserum günstige Einwirkung. Schließlich bekam der Pat. Liquor arsenicalis, unter welcher Behandlung die Zahl der Erythrocyten auf 95% des Normalen, der Hämoglobingehalt auf 106% stieg. Mit reiner Arsenbehandlung lassen sich bei perniziöser Anämie nur vorübergehende Erfolge erzielen. Es scheint sich um eine septische Erkrankung der Schleimhäute als ursächliches Moment zu handeln, so daß die Behandlung mit antiseptischen Mitteln angezeigt erscheint.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Société de dermatologie et syphiligraphie.

DU CASTEL: Ueber den Einfluß der antisyphilitischen Behandlung auf das Epitheliom.

Vorstellung eines Pat., welcher mit ausgesprochener Schwellung der linken Wange, Leukoplakie und gangränösem Plaque an der Wangenschleimhaut in das Krankenhaus eingetreten war. Als ätiologisches Moment wurde ein Trauma angegeben. Vor dem Eintritt in das Krankenhaus war der Pat. mit Quecksilberprotoduretpillen und Calomelinjektionen behandelt worden. Allmähig stieß sich die gangränöse Masse ab, hinterließ ein Geschwür, welches die Lippencommissur zerstörte und die Wange in der Größe eines Fünffrancsstückes perforierte. Die Geschwürsränder sind verdickt, verhärtet und callös. Das gleichzeitige Bestehen von Leukoplakie deutete auf die krebssige Natur der Erkrankung hin, thatsächlich handelte es sich um ein lobuläres, vom Pflasterepithel ausgehendes Epitheliom. Es fragt sich, ob nicht die rapide Entwicklung des Neoplasmas in diesem Falle der vorangegangenen antisyphilitischen Behandlung zuzuschreiben wäre.

Darier meint, daß Jodkalium das Wachstum von Geschwülsten begünstigt, während Quecksilber, speciell Calomelinjektionen eher zur Verminderung der Infiltration in der Umgebung des Tumors führen.

A. Fournier weist darauf hin, daß in der Mundhöhle sich im Anschluß an chirurgische Eingriffe rapides Wachstum der Neoplasmen daselbst entwickelt.

Nélaton betont, daß gerade bei chirurgischer Behandlung der Neoplasmen der Mundhöhle von verschiedenen Beobachtern sehr günstige Heilerfolge erzielt wurden.

BROCC: Behandlung des Lupus erythematosus mit Strömen von hoher Frequenz.

Vorstellung von 4 Kranken, die mit Strömen von hoher Frequenz behandelt wurden. Ein kleines Mädchen, bei welchem seit einigen Jahren Lupus erythematosus der Stirne bestand, ist vollständig geheilt. Bei einem Manne mit ausgedehnter Erkrankung der behaarten Kopfhaut ist vollständige Vernarbung eingetreten.

Bei einer Frau mit Lupus erythematosus der Nase (welche Form von der Behandlung mit Hochfrequenzströmen anscheinend am wenigsten beeinflußt wird) ist keine Besserung zu verzeichnen. Ein Mann, welcher viele Jahre lang durch einen fortschreitenden Lupus erythematosus cretaceus hochgradig entstellt war, zeigt jetzt nur mehr einige bereits in Rückbildung begriffene Plaques. Nach **BISSERIE** wurden von 62 in der genannten Weise durch lange Zeit behandelten Fällen 33 geheilt. Von 29 seit kurzer Zeit behandelten Fällen sind 7 ausgeblieben. 8 zeigten keine Besserung, 14 Kranke stehen noch unter Behandlung mit Hochfrequenzströmen und scheint dieselbe einen günstigen Einfluß auszuüben. Die Behandlung bietet verschiedene Vortheile. Es sind nämlich die Sitzungen von kurzer Dauer, nicht schmerzhaft, es tritt keine Röthung oder Blasenbildung an der Haut auf, auch wird der Kranke nicht in der Ausübung seines Berufes gestört. Der Apparat ist einfacher als der für die **FINSEN'sche** Lichttherapie erforderliche, welche letztere gleichfalls günstige Erfolge erzielt. Da beide Methoden eine spezielle elektrische Installation erfordern, so können sie die einfacheren, in der Praxis eingebürgerten Behandlungsmethoden nicht vollständig ersetzen.

Barthélemy hat von den Hochfrequenzströmen in einzelnen Fällen gute, in anderen aber gar keine Erfolge beobachtet. Das Gleiche gilt auch für die Lichttherapie, für die schwarze Seife, Pyrogallussäure etc.

Bisserie betont, daß die Methodik wichtig ist. Man soll die Elektrode nicht entfernt halten, sondern direct auf die Haut setzen, so daß Funken erscheinen, was für den Heilerfolg von wesentlicher Bedeutung zu sein scheint.

Académie de Médecine.

ROBIN: Glycosurie und Diabetes dyspeptischen Ursprunges.

Bei Dyspepsie, besonders bei gastrischer Hypersthenie kommt eine Störung von Seite der Leber vor, die sich als einfache Glycosurie oder als echter Diabetes kundgibt. Die Glycosurie ist das häufigere Vorkommiß und läßt sich bei neun Zehntel der beobachteten Fälle nachweisen; sie ist von unregelmäßigem, intermittierendem und variablem Charakter. Der Zuckergehalt des Harnes ist gering, im Morgenharn meist negativ. Die Glycosurie ist oft von transitorischer Albuminurie und stets von Steigerung des Stoffwechsels begleitet. Der Appetit ist in diesen Fällen meist ungestört oder erhöht, es besteht Dilatation des Magens, Vergrößerung der Leber und Hyperchlorhydrie. Als accessorische Symptome treten Neurasthenie, Schwindelanfälle, Phosphaturie, Hautaffectionen, profuse Schweiß, Störungen der Herzthätigkeit auf. In manchen Fällen von gastrischer Hypersthenie wird die intermittierende Glycosurie permanent oder geht selbst in echten Diabetes über. In den Fällen einfacher Glycosurie gelingt es durch Behandlung der Magenaffection, die erstere zu beseitigen, bei Diabetes muß man Medicamente anwenden, welche die Thätigkeit der Leber einschränken, z. B. Antipyrin in Combination mit Natriumcarbonat oder Arsepräparaten. Ist der Zuckergehalt geschwunden, so muß die gastrische Hypersthenie in erster Reihe mit absoluter Milchdiät behandelt werden.

DIEULAFUY: Ueber Hämatemesis bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes.

Hämatemesis ist bei entzündlichen Erkrankungen des Wurmfortsatzes kein seltenes Vorkommiß. Der Hämatemesis gehen hier gewöhnlich Nausea und galliges Erbrechen voraus. Sie kommt sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen vor, wiederholt sich in kurzen Intervallen und führt meist zu letalem Ausgang. Die bei jedem Brechact entleerte Blutmenge beträgt 200—800 Grm. Das Blut erscheint entweder in flüssigem Zustande oder bildet schwarze Gerinnsel. Meist tritt diese Hämatemesis bei Kranken auf, die zu spät operirt worden sind. Sie stellt den Ausdruck einer Allgemeininfektion dar und ist oft von anderen toxisch-infectiösen Symptomen, wie Icterus, Albuminurie, Urobilinurie, begleitet. — Die Hämatemesis ist ein Ausdruck der toxisch-infectiösen Erkrankung der Magenschleimhaut und ist durch das Vorhandensein kleiner Geschwüre in der Gegend des Pylorus bedingt. — Die Appendicitis ist eine toxisch-infectiöse Erkrankung, welche den gesammten Organismus bedroht, und es sind die Aussichten auf Heilung umso günstiger, je früher der Infectionsherd beseitigt wird.

Lucas-Championnière bemerkt, daß diese Fälle sich an die Fälle von Blutbrechen nach abdominalen Operationen anschließen und trotz ihres schweren Charakters manchmal einer Heilung zugänglich sind, z. B. durch Ausspülung des Magens mit alkoholischen Lösungen. Es scheint, daß gerade in jüngster Zeit Fälle von schwerer Appendicitis häufiger sind als früher; so hat Votr. in der Zeit von 1882—1898 im Ganzen 31 Fälle, in den letzten zwei Jahren dagegen 19 Fälle operirt. Die zunehmende Häufigkeit der schweren Appendicitis ist die Folge der Zunahme jener Ursachen, welche zur Infection des Darmcanales führen. So ist in Ländern, wo reichliche Fleischnahrung üblich ist, z. B. in England und in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, die Appendicitis besonders häufig. Ein weiterer Factor besteht darin, daß die früher allgemein gebräuchlichen Abführuren ganz in Vergessenheit gerathen sind. Neben Einschränkung der Fleischnahrung stellen die Abführmittel das wirksamste Mittel zur Verhütung der Darminfection dar.

Robin konnte feststellen, daß die Appendicitis besonders bei Individuen vorkommt, welche mehrere Jahre hindurch an dyspeptischen Störungen gelitten haben, und bestätigt auch die Schädlichkeit der excessiven Fleischnahrung.

Guyon berichtet über das Auftreten von Hämatemesis im Verlaufe von Harninfection. In einem Falle, der zur Obduction gelangte, ließ sich keinerlei Läsion der Speiseröhren-, Magen- und Duodenalschleimhaut nachweisen.

Dieulafoy ist von der Zunahme der Appendixerkrankungen in den letzten Jahren nicht überzeugt und hält dieselbe für eine scheinbare, dadurch bedingt, daß die Appendixerkrankungen jetzt besser bekannt sind. Die Behandlung der Hämatemesis mit Magenausspülungen erscheint nicht empfehlenswerth, es ist im Gegentheil absolute Ruhe erforderlich, um die Bildung von Thromben in den blutenden Gefäßen zu fördern. Zu diesem Zwecke soll man den Pat. einige Tage hindurch weder feste noch flüssige Nahrung geben.

Lucas-Championnière bemerkten dagegen, daß die mit absoluter Ruhe behandelten Kranken zugrunde gingen, während die Magenausspülung in einigen Fällen eine sehr gute Wirkung entfaltete.

Notizen.

Wien, 24. August 1901.

(Kann der behandelnde Arzt als Testamentszeuge functioniren?) Diese Frage wurde bei einem in der letzten Zeit in Wien durchgeführten Sensationsproceß aufgeworfen und von dem ärztlichen Sachverständigen, an den diese Frage gerichtet war, damit beantwortet, daß er bat, ihm die Beantwortung zu erlassen; im weiteren Verlaufe der Verhandlung wurde dieser Punkt nicht mehr weiter berührt. Die vom ärztlichen Sachverständigen gegebene ausweichende Antwort und das weitere Schweigen der verschiedenen anwesenden gerichtlichen Functionäre ist, wie das „Oesterr. Aerztekammer-Bl.“ richtig bemerkt, vollkommen geeignet, Zweifel darüber zu erwecken, ob der behandelnde Arzt wirklich Testamentszeuge sein kann. Demgegenüber ist zunächst zu constatiren, daß keine gesetzliche Bestimmung existirt, welche den Arzt als solchen ausschließt. Ferner ist der behandelnde Arzt geradezu moralisch verpflichtet, abgesehen davon, daß ihm das alte, noch immer zu Recht bestehende Sanitäts-Normativ aus dem Jahre 1770 und die Standesordnungen der Aerztekammern dies anbefehlen, den Kranken oder seine Umgebung auf bevorstehende schlimme Wendungen im Verlaufe der Krankheit aufmerksam zu machen und damit zur etwa nothwendigen Ordnung der Verhältnisse zu ermahnen. Der behandelnde Arzt ist derjenige, der den Zeitpunkt hiezu für gekommen zu erklären hat; er ist nicht selten unter den Anwesenden der Einzige, der den Kopf nicht verloren hat, der, oft vertraut mit den intimsten Familienverhältnissen, den richtigsten Rath zu ertheilen imstande ist. Er ist mit einem Worte in sehr vielen Fällen der berufenste und der selbstverständliche Testamentszeuge. Er wird auch ganz gewöhnlich, wenn ein Rechtsgelehrter, ein Advocat zur Entgegennahme der letzten Willenserklärung anwesend ist, von diesem als Zeuge ersucht. Freilich muß der Arzt, wie immer, so auch da, jede Aufdringlichkeit vermeiden; es verweigern, als Zeuge zu fungiren, soll er nur, wenn er ganz triftige Gründe dazu hat, welche aber ebensogut für jeden anderen, der nicht Arzt ist, maßgebend sind. — Aus dem Gesagten geht hervor, daß es für den behandelnden Arzt ebenso wie für jeden beliebigen Menschen zulässig ist, daß er als Testamentszeuge functionire, daß er aber, da es ihm viel leichter als jedem anderen passiren kann, als Testamentszeuge zugezogen zu werden, sich über alle Bedingungen und Vorschriften behufs Errichtung eines gültigen Testamentes genau informirt halten soll.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdocent für Chirurgie an der böhmischen Universität in Prag Dr. KUKULA ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Dr. F. VOLHARD hat sich für innere Medicin an der Universität Gießen habilitirt. — Der außerordentliche Professor der Materia medica und Pharmakologie Dr. J. NOVI ist zum ordentlichen Professor in Bologna ernannt worden.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Stabsarzt Dr. EUGEN WOSELL des 6. Corpscommandos ist zum Garnisons-Chefarzte in Esseg ernannt worden. — Die Uebernahme des Oberstabsarztes II. Cl. Dr. EMERICH MILLNER, Garnisons-Chefarztes in Esseg, wurde angeordnet und dem Genannten der Charakter eines Oberstabsarztes I. Cl. ad honores und das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen.

(Wiener Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch für praktische Aerzte.) Soeben ist dieser in ärztlichen Kreisen so beliebte Medicinalkalender pro 1902 erschienen. Das kleine, handliche Büchlein feiert mit dieser Neuausgabe sein 25jähriges Jubiläum. Ein Vierteljahrhundert lang wird es von der rührigen Verlagsbuchhandlung Urban & Schwarzenberg den Aerzten alljährlich unterbreitet und von diesen gerne als Vademecum in der Praxis, als Nachschlagebehelf am Ordinationstische benützt. Die bewährte Eintheilung der Vorjahre kennzeichnet auch den neuen Jahrgang. Das nach Diagnosen alphabetisch geordnete, sorgfältig revidirte Recept-Taschenbuch mit übersichtlichem Register sammt Anhängen (Injection, Inhalation, Tropfentabelle), als Novum eine kleine Pharmakologie, nach Indicationen geordnet, ferner Receptformeln für die Cassen- und Armenpraxis, eine knapp gehaltene Toxikologie und Kosmetik, eine gute Uebersicht der Dosirung, Anwendung und der Preise aller Arzneimittel, die Maximaldosen für Erwachsene und Kinder auf Grund der neuen österreichischen und deutschen Pharmakopöen, die österr. Militärpharmakopoe, zahlreiche praktische Capitel diagnostischen und therapeutischen Inhaltes bilden die bemerkenswerthesten Abschnitte des Kalenders, der außerdem die wichtigsten, die Arzt interessirenden Gesetze und Verordnungen, ein Verzeichniß der Wiener Krankenanstalten, der ärztlichen Vereine, der in Wien wohnenden Aerzte, der Bade- und Curorte, Heilanstalten etc. Europas enthält. Ein mit gutem Papier versehenes Kalendarium beschließt das Taschenbuch, das seinen Freunden auch im neuen Gewande willkommen sein wird.

(Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege) wird seine 26. Versammlung in der Zeit vom 18.—21. September d. J. in Rostock abhalten. Aus der uns vorliegenden Tagesordnung seien folgende Discussionsthemen hervorgehoben: Die örtlichen Gesundheits-Commissionen in ihrer Bedeutung für Staat und Gemeinde, sowie für die amtliche Thätigkeit der Medicinalbeamten. — Hygiene der Molkereiproducte. — Fortschritte auf dem Gebiete centraler Heizungs- und Lüftungsanlagen für Wohnhäuser und öffentliche Gebäude im letzten Jahrzehnt. — Die Bedeutung der hygienisch wichtigen Metalle im Haushalt und in den Nahrungsgewerben. — Straßenbefestigungsmaterialien und Ausführungsarten sowie ihr Einfluß auf die Gesundheit.

(Gewinnung von Eis.) In Anbetracht der sanitären Gefahren, welche unter Umständen durch den Genuß von unreinem Eis oder durch dessen Verwendung als Beimengung zu Getränken als Kühlmittel hervorgerufen werden, hat das Ministerium des Innern darauf aufmerksam gemacht, daß bei Gewinnung von Eis aus öffentlichen Gewässern sowie bei gewerbsmäßiger künstlicher Erzeugung von Eis den politischen Behörden die gesetzliche Handhabung geboten ist, die erforderliche Obsorge zur Hintanhaltung der Gewinnung und des gewerbsmäßigen Vertriebes von gesundheitsschädlichem Speiseeis eintreten zu lassen. Die politische Behörde kann durch Erhebungen an der Entnahmsstelle des zur Eisgewinnung dienenden Wassers feststellen, daß dasselbe weder in physikalischer Hinsicht grob verunreinigt, noch der Verunreinigung durch Infectionsstoffe oder sonstige gesundheitsschädliche Stoffe ausgesetzt ist. Den politischen Behörden kommt es zu, im Falle des Verdachtes einer derartigen Verunreinigung eventuell die chemisch-bacteriologische Untersuchung des verdächtigen Wassers zu veranlassen.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einwendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — Die Buchanlage und -Erkrankung in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit und der Entscheid über Versorgungs-, bezw. Entschädigungsansprüche. Von Dr. GRASER in Erlangen. — **Referate.** E. STADELMANN (Berlin): Klinische und therapeutische Untersuchungen bei Phthisis pulmonum. — G. KLEMPERER (Berlin): Beitrag zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin. — F. AHLFELD (Marburg): Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. — GUSTAV PREISWERK (Basel): Die Pulpa-Amputation, eine klinische, pathohistologische und bacteriologische Studie. — JOSEF ARKÖVY (Budapest): Untersuchungen über die pharmakodynamische Wirkung des „Nervocidins“ (DALMA). — FRANTA (Prag): Einfluß der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die Blase des Echinococcus. — BRAUN (Göttingen): Ueber entzündliche Geschwülste des Netzes. — EMIL ROSENQUIST (Helsingfors): Ueber den Eiweißzerfall bei der perniciosen, speciell der durch Botriocephalus latius hervorgerufenen Anämie. — ROSENBERGER (Würzburg): Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung. — **Literarische Anzeigen.** SACHER MASOCH und der Masochismus. Literarhistorische und culturhistorische Studien. Von C. F. v. SCHLICHTEGROLL. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten in kurzgefaßter systematischer Darstellung zum Gebrauche für Studierende und Aerzte. Von Doc. Dr. LUDWIG UNGER. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) IX. — **Kleine Mittheilungen.** Schwere Fälle von Mercurial-Exanthemen. — Trachombehandlung mit Ichthargan. — Die Zerkleinerung und Lösung von Nahrungsmitteln beim Kauact. — Die Wirkung des Destillats von Kaffee und Thee auf Athmung und Herz. — Die Wirkung des Alkohols auf Herz und Kreislauf. — Beobachtungen über Pyorrhoea alveolaris. — Natrium bicarbonicum-Verband. — Nitroglycerin bei Epilepsie. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXXI. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

Während in den Monographien über Erkrankungen der inneren Organe, z. B. des Magendarmtractus, des Urogenitalapparates, besonders auch des Herzens, die nervösen Störungen, welche an denselben zur Beobachtung gelangen, einen recht breiten und immer wachsenden Raum einnehmen, werden die auf nervöser Basis zustande kommenden Functionsanomalien an den peripheren Kreislaufapparaten meist sehr stiefmütterlich oder gar nicht behandelt. Das Meiste darüber findet sich in der neurologischen Literatur, in Arbeiten über Neurasthenie, Hysterie u. s. w. zerstreut, oder in den unklaren Begriff der „vasomotorisch-trophischen Neurosen“ hineingepreßt, der aber auch meist nur die schweren Endausgänge hieher gehöriger Prozesse neben vielem anderen umfaßt. Und doch sind die im folgenden geschilderten Zustände durchaus nicht selten und besitzen gerade so viel oder so wenig klinische Dignität wie die Neurosen der oben erwähnten Organe.

Ja, ich möchte behaupten, daß gerade diejenigen Nervösen, deren Gefäße eine besondere Erregbarkeit besitzen, eine Gruppe darstellen, die wegen ihrer Eigenart ganz besonders sorgfältig analysirt werden muß. Aus noch zu erörternden Gründen pflegen bei den hieher gehörigen Kranken die nervösen Störungen dem Willenseinfluß viel mehr entzogen

zu sein, als dies sonst bei den meisten Nervösen der Fall ist. Daraus ergeben sich für die Beurtheilung der oft als unleidlich und unausstehlich verrufenen Kranken und für ihre Therapie ganz besondere Gesichtspunkte. Eben solche lassen sich gewinnen, wenn man die engen Beziehungen der einzelnen Abschnitte des Gefäßapparates unter einander, sowie die innigen Wechselwirkungen zwischen den Gefäßen und den von ihnen versorgten Geweben sorgfältiger und von einem allgemeineren Standpunkte aus betrachtet, als ihn neurologische Abhandlungen naturgemäß in solchen Fragen einzunehmen pflegen.

Der Name „vasomotorische“ Neurosen stammt von CAHEN.¹⁾ Seine Versuche, sowie die von MARTIN²⁾ und CHAPMAN³⁾, ein dazugehöriges Krankheitsbild aufzustellen, tragen den Stempel tastender Unsicherheit, lenkten aber die Aufmerksamkeit auf dies Gebiet. NOTHNAGEL⁴⁾ hat das Verdienst, als erster eine gewisse Classe von vasomotorischen Neurosen präcis geschildert zu haben. Allmähig aber trat eine unglückselige Verquickung mit verschiedenen trophischen Störungen in den Vordergrund. Das Studium der „vasomotorisch-trophischen Neurosen“ — bei welchen manchmal die „neurotische“ Natur ebenso zweifelhaft ist, als die Beteiligung des Gefäßnervensystems —, nicht minder ferner das Suchen nach Sympathicuserkrankungen waren der unbefangenen Betrachtung der einfachen vasomotorischen Phänomene auf nervöser Basis nicht günstig. Seltene und besonders

¹⁾ CAHEN, Névroses vaso-motrices. „Arch. génér. de méd.“, Oct., Nov., Déc. 1863.

²⁾ C. MARTIN, Ueber eine Quelle des Zustandekommens der mehr complicirten Nervenzufälle. Speyer 1855.

³⁾ CHAPMAN, „Medical Times and Gazette“, 1863.

⁴⁾ NOTHNAGEL, Zur Lehre von den vasomotorischen Neurosen. „Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, 1867, Bd. II.

bedingte Endausgänge derselben beherrschen die Literatur. Von den vasomotorisch-trophischen Neurosen hat jüngst CASSIRER⁵⁾ eine ausgezeichnete Zusammenstellung gegeben. Die Erythromelalgie z. B., von der er circa 90 Beobachtungen aus der Literatur genauer beschrieben fand, umfaßt 69 Seiten und ein Literaturverzeichnis von über 100 Nummern! Die viel häufigere und in praxi daher viel wichtigere vasomotorische Ataxie ist bei CASSIRER nur kurz gestreift und hat überhaupt nirgends monographische Bearbeitung gefunden.

Nur SOLIS-COHEN⁶⁾ hat die Wichtigkeit, die Häufigkeit und die klinische Stellung der im weiteren zu schildernden Krankheitsbilder erkannt. Er nannte den sehr mannigfaltigen Zustand, „welcher auf einer Schwäche in dem Coordinationsmechanismus beruht, infolge wovon das Gleichgewicht der Gefäßaction von Einflüssen gestört wird, die bei der großen Mehrtheit aller Menschen keine solche Wirkung haben, und sehr gestört von Einflüssen, die normaler Weise nur eine kleine Wirkung haben, während die Herstellung des Gleichgewichtes langsam und unvollständig ist“ — er nannte diesen Zustand „vasomotor ataxia“. Ich glaube, daß dieser Name als kurze Bezeichnung beizubehalten ist. —

Die Gefäßneurosen gehören, soweit bekannt, aus naheliegenden Gründen zum ungeheuer größten Theile zu den motorischen. Die sensiblen Gefäßneurosen (Neuralgien, Parästhesien etc. der Gefäßwand) sind völlig hypothetisch. Ins Gebiet der secretorisch-trophischen Neurosen fallen vielleicht gewisse Störungen der Lymphbewegung (Urticariabildungen, angioneurotisches Oedem), vielleicht jene vermehrte Durchlässigkeit der Gefäßwand auf nervöser Basis, welche zu allerlei (meist fälschlich hysterisch genannten) Blutungen führen kann. Wir kommen auf diese Zustände noch zurück.

Unter den motorischen Gefäßneurosen geht ein kleiner Theil nur mit Gefäßverengung oder nur mit Gefäßerweiterung einher. Für die meisten Fälle ist gerade das Schwanken des Gefäßkalibers an demselben sowohl wie an verschiedenen Körpertheilen charakteristisch.

Der örtliche Kreislauf in den Organen hat dem allgemeinen gegenüber nur geringe Beachtung gefunden: ein Grund mehr, warum die örtlichen Kreislaufschwankungen verhältnißmäßig wenig bekannt sind. In Wahrheit aber spielt, wie zahlreiche Vorgänge am gesunden und kranken Menschen zeigen, die Selbstverwaltung der einzelnen Districte, die Regulirung ihrer gewissermaßen persönlichen Ausgaben und Einnahmen und des Verhältnisses derselben zu den allgemeinen eine höchst wichtige Rolle. Ich muß über die Schwankungen des Gefäßkalibers einige Bemerkungen vorausschicken.

Bekanntlich sind von den — an sich wieder höchst complicirten — Bewegungsvorgängen, welche die Gefäße im Anschluß an jede Systole zeigen, die Veränderungen des Lumens zu unterscheiden, welche, besonders demonstrabel im arteriellen System, unabhängig davon auf die verschiedensten Reize mit meist bewunderungswürdiger Exactheit eintreten, wobei ich gleich hervorheben will, daß die regulirenden Mechanismen noch deutlicher als viele andere bei verschiedenen Individuen und bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten verschieden erregbar sind. Störungen in diesen Mechanismen, welche den Blutgehalt des einzelnen Organes im wesentlichen bestimmen, sollen uns im Folgenden beschäftigen.

Natürlich hängt der Blutgehalt eines Organes sehr von den allgemeinen Zufuhr- und Abfuhrbedingungen, der Herz- und Athmungsthätigkeit, der disponiblen Blutmenge und -beschaffenheit u. s. w. ab. Im Folgenden können wir mit später noch zu besprechenden Einschränkungen von diesen Factoren absehen, da wir es mit örtlich beschränkten Kreislaufstörungen zu thun haben; andere Organe bleiben dabei

⁵⁾ RICHARD CASSIRER, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1891.

⁶⁾ SALOMON SOLIS-COHEN, Vasomotor ataxia: a contribution to the subject of idiosyncrasies. „Americ. Journal of med. scienc.“, 1897.

ganz unbetheiligt oder befinden sich gerade in einer entgegengesetzten Phase der Blutversorgung, jenem Antagonismus gehorchend, der zwischen den verschiedenen Gefäßprovinzen besteht.

Es braucht wohl nur angedeutet werden, daß natürlich auch allgemeine Kreislaufstörungen gerade an einem (besonders empfindlichen) Organe Funktionsstörungen hervorrufen können. Vorübergehendes Sinken der gesamten Blutbewegung äußert sich bei vielen Personen bekanntlich unter den Symptomen der Gehirnämie, weil eben gerade das Gehirn am feinsten auf eine schon geringe Störung bei ihnen reagirt. Immerhin ist wohl hier eine gewisse Unerregbarkeit nervöser Apparate zu postuliren, da ja normaler Weise die Contraction anderer Gebiete, besonders des vom Splanchnicus versorgten, in solchen Fällen den lebenswichtigsten Organen eine genügende Zufuhr zu ermöglichen hat.

Die Bedingungen, unter denen solche örtliche Schwankungen eintreten: die Thätigkeit der betroffenen, nicht minder aber die anderer Organe, Affecte, Gifte, Temperaturschwankungen, entzündliche Reize und anderes mehr, sind genügend bekannt; wir kommen auf sie unten noch ausführlicher zurück. Aber der Mechanismus, durch welchen vermehrter oder verminderter Blutgehalt in einem Organ zustande kommt, ist doch nicht so einfach mit der Annahme von Gefäßerweiterung und -verengung erklärt; ich muß darauf hier kurz eingehen.

Die Zuflußröhren sind es, denen die Regulirung der Blutversorgung zum bei weitem größten Theile zugeschrieben zu werden pflegt; die ungemein wichtige Regulation des Abflusses in den großen Venen kommt in der That für uns hier weniger in Betracht, ist aber natürlich nicht zu ignoriren. Eine Verminderung des Blutgehaltes eines Organs resp. Organtheils wird natürlich schon eintreten, wenn die zuführende große Arterie sich besonders energisch contrahirt, wobei nicht gesagt sein soll, daß dies der einzige oder auch nur der häufigste Modus bei jenem Vorgange ist. Eine Vermehrung der Blutdurchströmung wird aber durch eine Erweiterung dieses selben Gefäßbettes über sein mittleres Maß hinaus nur in unzureichendem Maße angebahnt. Denn abgesehen davon, daß diese Erweiterung als solche einen gewissen verlangsamenden Einfluß auf die Strömung hat⁷⁾, ist hervorzuheben, daß der Hauptwiderstand für den Kreislauf, der unbedingt verringert werden muß, wenn eine nennenswerthe Vermehrung der örtlichen Blutmenge stattfinden soll, in den kleinsten prä- und postcapillären Gefäßen und in den Capillaren selbst liegt, id est in dem aufs engste in das Gewebe eingebetteten Theile des Kreislaufsapparates. Die unbefangene Betrachtung der anatomischen Lagerung der Theile ergibt meines Erachtens schon zur Genüge, daß eine nennenswerthe Erweiterung eben dieser Strombahnen nicht von einer Aenderung ihrer Wand allein abhängen kann, sondern nur bei gleichzeitigem Nachlaß der Spannung des umliegenden und mit den Gefäßchen aufs engste verknüpften Gewebes möglich ist. Das Gewebe zieht⁸⁾ also nicht nur gewisse vom Blut zu ihm transportirte Stoffe an sich, sondern es regulirt auch den Blutstrom, indem es je nach Bedürfnis activ seine Interstitien erweitert oder verengt und damit Widerstände fortschafft oder verstärkt, welche für die örtlichen Kreislaufverhältnisse vielleicht von noch größerer

⁷⁾ Es ist aber entschieden nicht richtig, infolge dieses verlangsamenden Einflusses nun wirklich eine Verlangsamung des Blutstromes nach Sympathicusdurchschneidung anzunehmen, wie es z. B. CASSIRER (l. c.) thut. Schon A. W. VOLKMANN (Die Hämodynamik, Leipzig 1850, pag. 344 f.) hat diesen Irrthum widerlegt. Bei Gefäßbahnen, insofern sie Seitenarme anderer Bahnen sind, spielt die Widerstandsverminderung eine viel wichtigere Rolle als die Weite des Rohrs.

⁸⁾ Diese gewissermaßen anziehende Kraft des Gewebes für das Blut war die Grundlage der alten Attractionstheorie, die C. LUDWIG (Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 1861, 2. Aufl., 2. Bd., pag. 150 f.) u. A. mit Erfolg widerlegten. An eine active Regulirung der Gewebsinterstitien wurde dabei nicht gedacht.

Bedeutung sind als für die allgemeinen. Absolut mehr Blut als sonst erhält das Gewebe nur durch seine active verstärkte Diastole (Näheres bei O. ROSENBACH⁹⁾).

Sehen wir also congestive Hyperämie in einem Gefäßbezirk eintreten, so ist zunächst an Nachlaß der Spannungen im Gewebe selbst und den in ihm liegenden kleinsten Gefäßen zu denken; die zuführende große Arterie erweitert sich natürlich auch, der bald zu schildernden Synergie im Gefäßsystem gemäß, doch spielt dies hier nicht die Hauptrolle. Analog entsteht örtliche Anämie, wenn die Spannungen in jenem peripheren Apparate erhöht werden. Es ist schon angedeutet, daß in diesem Falle die Action der großen Zuflußröhren, die sich ja eventuell bis auf ein Minimum contrahiren können, gelegentlich wichtiger sein kann als im obigen; wir haben allen Grund, in der Regel eine synergische und synchrone Thätigkeit dieser Apparate im gleichen Sinne anzunehmen.

Eine Vorstellung von den ungeheuren Schwankungen der Widerstände im Gewebe gibt die Betrachtung der Extreme. Auf der einen Seite steht das Verhalten, wie es CL. BERNARD¹⁰⁾ bei Reizung des peripheren Stumpfes der Chorda tympani beobachtete: das Blut floß aus der durchschnittenen Vene der Gl. submaxillaris hellroth und rhythmisch, wie aus einer Arterie. Schon er spricht als Grund dieser kolossalen Widerstandsverminderung active Erweiterung der Capillaren an, und BROWN-SÉQUARD¹¹⁾ hat bereits die Erweiterung der Gefäße für secundär gehalten und angenommen, daß die Thätigkeit der Drüse in irgend einer Weise eine vermehrte Blutzufuhr nach derselben hervorruft. Nach unseren obigen Ausführungen besteht dieser Modus in einer activen Hyperdiastole des Gewebes (die mit der Secretion unmittelbar nichts zu thun hat, so daß ich die übliche Widerlegung der BROWN-SÉQUARD'schen Ansicht nicht gelten lassen kann). — Andererseits können die Widerstände im Gewebe so groß werden, daß die sich contrahirenden Arterien, bei nachlassender vis a tergo, das Blut centralwärts treiben. Schon O. WEBER¹²⁾ hat an Fledermausflügeln beobachtet, daß, wenn er die Thiere erschreckte, zunächst bei momentanem Herzstillstand starke, rückläufige Strömung in den Arterien eintrat, die sich dann langsam verengerten. Aehnliche Beobachtungen, die nur durch einen sehr hohen peripheren Widerstand im Gewebe und den kleinsten Gefäßen zu erklären sind, sind auch anderwärts zu machen.

Infolge der großen Wichtigkeit, welche das Gewebe für diese Vorgänge hat, ist die Bezeichnung „Gefäßneurose“ für die hier besprochenen Krankheitszustände zu eng, man muß von einer Neurose des peripheren Kreislaufapparates sprechen.

Nächst den Bedingungen, unter denen die örtlichen Kreislaufstörungen eintreten, und dem Modus, wie der Blutstrom verändert wird, interessiren uns hier die Regulationsapparate dieses Lebensvorganges.

Die Existenz von localen Centren in den Organen läßt sich bei Betrachtung der isolirten Leistung einzelner Kreislaufgebiete und aus allgemeinen Gründen nicht verkennen. Statt langer Auseinandersetzungen verweise ich auf die vorzüglichen Experimente von BIER¹³⁾, über die Entstehung des Collateralkreislaufes, die viel zu wenig Beachtung gefunden haben. Es gelang ihm nachzuweisen (Versuch 18), daß noch nach völliger Ablösung einer Extremität beim Thiere, wo nur die Vene und die durchschnittene, mittels einer Röhre mit dem centralen Arterienstück verbundene Arterie den

Zusammenhang mit dem übrigen Körper vermittelte, das Gewebe die Eigenschaft behält, nach vorausgegangener Anämisirung arterielles Blut mit großer Energie anzuziehen. Wenn wir auch sonst nichts über die näheren Vorgänge dabei wüßten, die Existenz der örtlichen Centren ist damit erwiesen.

Eine weitere Regulation findet durch die Gefäßnerven und ihre centralen Vertretungen statt. Dieselben sind so ausführlich studirt, von ihrem peripheren Verlauf bis zu den Ganglienzellen der Großhirnrinde, daß ich nur auf die Schilderungen z. B. bei TIGERSTEDT¹⁴⁾, bei CASSIRER (l. c.) zu verweisen brauche. Allzu groß ist die Ausbeute, besonders bezüglich der centralen Theile, nicht gerade.

Nur ein Punkt muß hier erörtert werden, weil er das Studium der örtlichen Kreislaufstörungen besonders schwierig erscheinen läßt. Bekanntlich unterscheidet man gefäßverengernde und gefäßweiternde Nerven, die oft, aber durchaus nicht immer in denselben Stämmen laufen, deren centrale Vertretungen gewisse Analogien, aber durchaus keine Uebereinstimmung zeigen. Und durch die ganze Literatur zieht sich der verlegene Zweifel der Autoren, ob eine beobachtete Gefäßweiterung auf einer Lähmung der Vasomotoren oder einer Reizung der Vasodilatoren beruht, und auf welche von beiden Arten von Nerven eine örtliche Anämie zurückzuführen ist.

Da möchte ich besonders hervorheben, daß man sich die Thätigkeit dieser beiden Arten von Nerven doch nicht als die erbitterter Concurrenten vorstellen darf, die sich um dasselbe Gebiet zanken. Selbst im extremsten Falle, wenn man z. B. nach Eröffnung einer Submaxillardrüsenvene die erweiternden und verengernden Fasern für dieses Organ (Chorda tympani und Halssympathicus) zugleich elektrisch reizt, kommt kein mittlerer Strom aus den Venen, sondern die Wirkung der Verengerer überwiegt, und der Effect der Chordareizung bleibt latent; er tritt aber nach Aufhören der Reizung als starke Gefäßweiterung zutage (v. FREY¹⁵⁾). Diese und andere Thatsachen beweisen, daß die gefäßverengernden und gefäßweiternden Nerven nicht an denselben Apparaten angreifen. Ich halte die schon anderweitig ange deutete Vermuthung für recht wahrscheinlich, daß die sogenannten gefäßweiternden Nerven in erster Reihe auf die Gewebe und die in ihnen liegenden Gefäße wirken, während die Vasoconstrictoren eher an den großen Gefäßen angreifen; damit wäre neben vielen anderen Thatsachen erklärt, warum in dem oben erwähnten Versuche die Wirkung der letzteren, die ja schon die grobe Zufuhr absperren, überwiegt. Wie dem auch sei, es besteht Grund zu der Annahme, daß diese beiden Mechanismen streng in derselben Richtung arbeiten, daß einer Erregung der sogenannten Vasodilatoren in der Regel ein Nachlaß des vasoconstrictorischen Tonus entspricht und vice versa.

Es ist daher, wenn wir irgendwo örtliche Aenderungen des Gefäßkalibers eintreten sehen, zunächst an eine synergische Function beider Apparate zu denken. Eine isolirte Function eines von beiden ist unter normalen Verhältnissen überhaupt kaum wahrscheinlich; unter krankhaften mag sie gelegentlich vorkommen, wenn z. B., wie im Thierversuch, ein nur gefäßverengernder oder nur gefäßweiternder Nerv gereizt wird. Für die bei weitem meisten pathologischen Kreislaufstörungen sehe ich keinen Grund, ein solches Verhalten anzunehmen.

Was speciell die uns beschäftigenden Kreislaufstörungen functionell-nervöser Art betrifft, so ist a priori nicht zu bestreiten, daß auch hier die Vasoconstrictoren auf der einen, die Vasodilatoren auf der anderen Seite den Zusammenhang unter einander verlieren können. Es ließen sich selbst Zustände construiren, wo z. B. eine Zufuhrarterie stark erweitert ist, während das Gewebe in Contraction verharret, u. s. w.

¹⁴⁾ ROBERT TIGERSTEDT, Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufes. Leipzig 1893.

¹⁵⁾ v. FREY, Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig, 1876.

⁹⁾ O. ROSENBACH, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien und Leipzig 1897, pag. 799 u. a. a. O. — Derselbe, Grundriß der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Berlin und Wien 1899, pag. 179 f.

¹⁰⁾ CL. BERNARD, „Journal de la physiol.“, 1858.

¹¹⁾ BROWN-SÉQUARD, „Leçons sur les nerfs vasomoteurs“, 1872.

¹²⁾ O. WEBER in PITHA-BILLROTH's Handb. der Chirurgie. I. Bd., I. Abth. Erlangen 1865, pag. 66.

¹³⁾ AUGUST BIER, Die Entstehung des Collateralkreislaufes. VIRCHOW's Archiv, Bd. 147 u. 153.

Aber schon die Thatsache, daß über solche Vorgänge absolut keine Beobachtungen vorliegen, ferner die Unmöglichkeit, die Neurosen der einen Kategorie von denen der anderen zu trennen, weisen darauf hin, daß der ganze Mechanismus, nicht nur Theile desselben, in anderer Weise eingestellt ist. Was als Unterschied z. B. der vasoparalytischen Hyperämie von der neurotonischen geschildert wird — letztere soll in acuterer Form und rascher, oft in kurzen Anfällen verlaufen, und mit sensiblen, secretorischen und anderen Erregungsvorgängen verbunden sein, während bei den Congestionen der ersteren Kategorie paralytische Erscheinungen und Verminderung der Ernährung begleitend auftreten (v. RECKLINGHAUSEN¹⁶) — hält vor der Mannigfaltigkeit der Beobachtung nicht Stand. Bis auf Weiteres müssen und können wir uns mit der Betrachtung des Gesamtergebnisses der Arbeit beider, in der Regel nach demselben Ziele strebenden Mechanismen begnügen.

Dasselbe, was hier über die gefäßverengernden und -erweiternden Bahnen ausgeführt worden ist, gilt auch für die entsprechenden sogenannten Centra, die in verschiedenen Etagen im Nervensystem über einander gelagert sind, und auf deren Schilderung ich nicht näher eingehe.

Der gesammte nervöse Apparat nun ist so eingestellt, daß nach dem jeweiligen Reizzustande die Gefäße der einzelnen Organe wie des ganzen Körpers sich in typischer (und im allgemeinen nützlicher) Weise in ihrem Kaliber verhalten, natürlich mit den schon oben erwähnten individuellen Schwankungen.

Es gibt nun eine Anzahl von Personen, bei welchen wir (meist vorübergehende) Circulationsstörungen in einzelnen Körpertheilen auftreten sehen, welche entweder eine durch Intensität, resp. Dauer übertriebene oder seltener auch eine geringere Reaction auf allerlei Reize darstellen; zuweilen wird diese Reaction durch minimale, sonst nicht wirksame, oder schließlich durch gar nicht mehr nachweisbare Reize bewirkt. Und zwar handelt es sich um Fälle, wo wir aus mannigfachen Ursachen Grund haben, eine functionell-nervöse Störung anzunehmen.

Gerade die Beurtheilung des letzten Punktes ist nicht immer ganz einfach. Häufiger eintretende Congestionen nach einem Organ können z. B. auch der Ausdruck irgend einer nothwendigen Verstärkung der Circulation in einem bestimmten Gebiete sein. So dürften z. B. die scheinbar auf kleinste oder unmerkliche Reize eintretenden Kopfcongestionen älterer Leute mit Sklerose der Hirnarterien vorwiegend nicht nervös sein, sondern dazu dienen, veritable Kreislaufhindernisse auszugleichen. Auch sind schwere organische Läsionen der Gefäßnerven und ihrer centralen Vertretungen oft nicht leicht auszuschließen, zumal auch sie zuweilen keine anhaltenden, sondern attackenartige Strömungsänderungen zustande bringen.

Die Zahl der Kranken, bei welchen diese Labilität des peripheren Kreislaufapparates sich findet, ist eine recht beträchtliche, man muß sich nur gewöhnen, auf dieselbe zu achten. In einem großen Theil der Fälle lassen sich die oft recht erheblichen Beschwerden geradezu allein auf diese Schwankungen zurückführen; in anderen stellt unsere Symptomenreihe nur einen, und oft nicht einmal einen sehr wichtigen Bestandtheil des Krankheitsbildes dar.

¹⁶) v. RECKLINGHAUSEN, Handb. der allgemeinen Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung. Stuttgart 1883, pag. 15 f.

(Fortsetzung folgt.)

Die Bruchanlage und -Erkrankung in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit

und

der Entscheid über Versorgungs-, bezw. Entschädigungsansprüche.

Von **Dr. Graser** in Erlangen.

Seit der Unfallgesetzgebung hat man an den Bezeichnungen gerüttelt. Bruch an und für sich, das heißt sackartige Ausstülpung des Bauchfells (Bruchsack) und ferner die Füllung des Bruches mit Eingeweide. Dem gegenüber wollen wir festhalten, daß wir unter einem Bruch den fertigen pathologischen Zustand verstehen, daß ein Eingeweide unter Vorstülpung des parietalen Bauchfelles aus der Bauchhöhle hervorgetreten ist. Ein ausgebildeter Bruch hat eine Bruchpforte, einen aus parietalem Peritoneum bestehenden Bruchsack und einen Bruchinhalt (Eingeweide).

Das Bauchfell ist eine ziemlich festgefügte Membran, welche in der Regel den darauf einwirkenden Gewalten gewachsen ist; von den übrigen Schichten verleiht im wesentlichen die Musculatur den Bauchdecken ihre Festigkeit. An allen häufig zum Austritt benützten sogenannten Bruchpforten finden wir einen verminderten musculären Verschuß, die Bauchwand bedarf aber einer großen Widerstandsfähigkeit gegenüber der Bauchpresse. Das einfachste Beispiel für einen Bruch bleibt immer der Nabelbruch der kleinen Kinder. Die erhöhte Bauchpresse drängt unter Vermittlung des Darmes das Bauchfell durch die ungenügend verschlossene Nabellücke nach außen. In der Nabelgegend ist das Bauchfell nicht sehr verschieblich, und die mechanischen Bedingungen für die Vortreibung sind nicht sehr günstig, deshalb bleiben die Nabelbrüche meist klein. Wäre die Nabellücke an den unteren Theilen der Bauchwand, dann wäre der Effect der Bauchpresse sicher ein größerer.

Für die äußeren Leistenbrüche ist der Weg durch die Bauchwand bei den männlichen Individuen durch den Leisten canal vorgezeichnet. Dieser Leisten canal ist bei jedem Manne ein schwacher Theil der Bauchwand. Die Musculatur ist hier unterbrochen. Der Canal wird zwar durch den Samenstrang ausgefüllt, aber diese Gebilde, meist Gefäße, haben ein wechselndes Lumen und füllen den Raum nicht immer gleich vollständig aus. In dem mehr weniger schrägen Verlauf des Leisten canals ist jedoch ein relativer Schutz gegeben. Eine Schwäche des Leisten canals ist dadurch bedingt, daß bei jedem Manne diesen Weg der Hode einmal zum Durchtritt durch die Bauchwand benützt hatte, und daß seit dieser Zeit eine trichterförmige Ausstülpung der Fascia transversalis in Form der Tunica vaginalis communis fortbesteht. Da sich diese Verhältnisse in den ersten Lebensjahren am meisten geltend machen, so ist die Häufigkeit der Leistenbrüche zu dieser Zeit eine entsprechend große ($\frac{1}{7}$ aller Leistenbrüche trifft auf das erste Lebensjahr). Vom dritten Jahre ab werden dieselben spärlicher, erst vom 15. Lebensjahre an treten sie wieder häufiger auf, was zweifellos darauf zurückzuführen ist, daß nun an den Körper größere Anforderungen gestellt werden. Der Schwerpunkt liegt jetzt in der Zunahme besonders schädlicher Einwirkungen, was durch statistische Erhebungen bestätigt wird; schweres Schaffen und Tragen junger Leute, die Berufsart fällt in die Wagschale. Besonders schädlich erscheint schwere körperliche Arbeit im Stehen, vornehmlich in gebückter Stellung. Die während der Militärdienstzeit auftretenden Leistenbrüche sind offenbar in die gleiche Kategorie zu stellen. Der ungeschulte Körper der Rekruten muß Muskelgruppen in Thätigkeit setzen, die bisher absolut geruht haben; er muß den Wirbelstrecker anspannen, die Knie einziehen, die Füße vorschleudern, Kniebeugen mit Vorwärtsspringen, Beine schwingen, am Sprungkasten üben und dergleichen mehr. In Betracht kommt dabei die oftmalige hochgradige

Anstrengung der Bauchmuskulatur, womit jedesmal eine Steigerung des intraabdominalen Druckes verbunden ist.

Kann nun bei einem normalen Manne durch die Häufung schädlicher Einflüsse in obigem Sinne ein Leistenbruch erzeugt werden? Ich stelle diese Behauptung trotz entgegenstehender Ansichten namhafter Autoren (z. B. LINHART) auf und halte sie für einen der wesentlichsten Punkte der uns hier interessierenden Fragen. Eine höhere Drucksteigerung entsteht jedenfalls unter normalen Verhältnissen nur unter Contraction der umschließenden Muskelplatten (Bauchpresse). Die beweglichen Eingeweide werden bei der Verkleinerung des Raumes im Bauchinnern ausweichen und nach jenen Gegenden hingetrieben, an welchen eine active Bethheiligung an der Verkleinerung des Raumes nicht vorhanden ist. Dieses Ausweichen findet umso gewaltsamer statt, je brüsker und plötzlicher die Bauchpresse angespannt wird, wie bei plötzlichen Hustenstößen.

Der Effect ist in hohem Maße abhängig von der Körperhaltung. Eine gewisse Geschicklichkeit bei dieser Haltung ist von großer Bedeutung, was oft instinctiv geschieht. Unvorhergesehene Gewalteinwirkungen, noch dazu bei zufällig ungeschickter Stellung, spielen daher bei der Bruchentstehung eine große Rolle (Ausgleiten, Hinfallen bei gespreizten Beinen etc.). Jedermann hat schon an sich selbst erfahren, daß bestimmte Bewegungen eine lästige Spannung am untersten Theile des Bauches verursachen. Das Heben schwerer Lasten in tiefer Inspirationsstellung ist bis zu einem gewissen Grade physiologische Nothwendigkeit. Das Zwerchfell muß ein festes Widerlager bilden. Durch dieses Verhalten wird aber naturgemäß die Druckwirkung auf die unteren Bauchtheile gesteigert, und zwar bei manchen Hantirungen ruckweise. Diese unangenehmen Empfindungen werden viel wahrscheinlicher durch eine Zerrung des Bauchfelles bedingt, als durch starke Anspannung der Muskelansätze.

Kehren nun solche Anlässe immer und immer wieder, so können sie recht wohl etwas zur Bruchentstehung beitragen. Es handelt sich dabei nicht um große Effecte, sondern um eine ganz unscheinbare, auf lange Zeit sich erstreckende, fast unmerkliche Miniarbeit. Deshalb hat die experimentelle Prüfung dieser Frage so viel wie gar keine Ergebnisse. Hundertmal wirkt eine an sich starke Belastung auf die Baucheingeweide, ohne den mindesten Schaden anzurichten; beim nächstenmal wirkt ein Theil der Kraft gerade so, daß dadurch das Bauchfell an einer nachgiebigen Stelle in einer für die Ausstülpung besonders günstigen Richtung getroffen und etwas vorgetrieben wird. Es entsteht eine gewisse Lockerung des Bauchfelles, ein *Locus minoris resistentiae*. Kommt jetzt eine Zeit der Ruhe, dann kann alles wieder gut werden, macht sich aber eine neue Schädlichkeit geltend, schreitet das Uebel weiter. Ich möchte glauben, daß es immer wieder derselbe Darmtheil ist, der zu einer bestimmten Stelle der Bauchwand bestimmte Beziehungen behält, gewissermaßen in sie hineinpaßt. Das hauptsächlich in Betracht kommende Moment ist also wohl sicher die durch längere Zeit fortwirkende Häufung von Schädlichkeiten, besonders eine fortwährende Anspannung der Bauchpresse. (Vergleich mit den erworbenen Darmdivertikeln.) Es wird gerne der Fehler gemacht, daß man nicht überlegt, wie lange die Vorbereitungszeit gedauert hat; man hat immer den Endeffect, den fertigen Bruch vor Augen.

Für die große Bedeutung dieser unmerklichen, ganz allmöglichen Bruchbildung spricht ganz entschieden die Thatsache, daß die allermeisten Menschen die ersten Stadien der Bruchbildung gar nicht an sich beobachten und erst durch Zunahme der Geschwulst oder durch einen besonderen Anlaß darauf aufmerksam werden (Quetschung, Gesundheitsvisitationen etc.). Unter 1042 Personen, welche sich wegen einfacher Leistenbrüche vorstellten, fanden sich nur 12, welche einen interstitiellen Leistenbruch hatten.

In einer Anzahl von Fällen werden aber besondere Gelegenheitsursachen angeführt, bei denen der Bruch hervorgetreten sei, und man hat diese Brüche als „Gewaltbrüche“, als „hernie de force“ bezeichnet. Die Statistik schwankt in sehr weiten unsicheren Grenzen zwischen 3 und 40%, die absolute plötzliche Entstehung eines Bruches mit allen nothwendigen Attributen ist jedenfalls so enorm selten, daß man sie praktisch vollständig unbeachtet lassen kann. Sie ist theoretisch unwahrscheinlich, kommt sie aber einmal vor, dann hätten wir es bestimmt mit einer so schweren plötzlichen Erkrankung zu thun (Shok, heftigste Schmerzen, Erbrechen etc.), daß sofort nach dem Arzte geschickt und das Bett aufgesucht würde. Ganz anders steht es mit denjenigen sehr häufig vorkommenden Fällen, in welchen der Patient aufs bestimmteste behauptet, daß er früher keinen Bruch hatte, und daß mit einemmale bei einer besonderen Veranlassung ein solcher zum Vorschein gekommen sei. Es ist die Vorstellung leicht, daß unter einem gewaltigen Ruck die Baucheingeweide ein nachgiebig gewordenes, auf der Unterlage gelockertes Bauchfell ein Stück weit vorgetrieben und so ein seit längerer Zeit vorbereiteter Bruch fertig wird. Wir begreifen es ohne Weiteres, daß in einen kleinen Bruch bei starker Anstrengung der Bauchpresse unter Dehnung des Bauchringes und Vergrößerung des Sackes ein größeres Stück Darm und Netz herausgepreßt wird, und so eine elastische Einklemmung beim Nachlassen der Bauchpresse entsteht.

In 90 Fällen von 100 geht die Ausstülpung ganz allmählich vor sich, in 9 von 100 geht es ruckweise, und einmal ist es ein besonders kräftiger Ruck, der vorwärts gemacht wird. Besondere Anzeichen der gewaltsamen Vortreibung in Gestalt von Sugillationen, von Oedem, von Druckschmerzen sucht man vergebens, wenn nicht gleichzeitig Einklemmung vorhanden. Die dabei auftretenden Schmerzen möchte ich am liebsten als Zeichen einer Contusion des Darmrohres auffassen, weil dieselben mehr in die Nabelgegend als in die Bruchpforte verlegt werden.

Die enorm verschiedenen Anlässe, die Widerstandsfähigkeit der Bauchwand, die Vorbereitung durch lange Miniarbeit, die Individualität des Verletzten, all dies sind Dinge, welche einer Schematisirung entgegenstehen. Das ruckweise Vergrößern oder zum Vorscheinkommen schließt aber die Thatsache einer durch Unfall bedingten Schädigung nicht aus.

Bei Unfallsbrüchen kommt man über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht hinaus. Die Möglichkeit einer solchen muß zugegeben werden bei kleinen, bis hühnereigroßen Brüchen, wenn der Bruch nicht sofort selbst zurückgeht, sondern reponirt werden muß, erst bei Pressen oder Husten wieder austritt, bei engem Leistenring und -canal und einseitigem Auftreten.

Ein frisch traumatisch entstandener Bruch ist mit Wahrscheinlichkeit zu leugnen bei über hühnereigroßen Brüchen, die bereits in den Hodensack reichen, bei Brüchen, die leicht herein- und herausgehen (beim Niederlegen zurück, beim Aufstehen heraus), bei doppelseitigen Brüchen oder ausgesprochener Bruchanlage auf der anderen Seite.

Was die Erwerbsbeschränktheit anlangt, so muß man generell einen ausgetretenen Bruch als ein die Leistungsfähigkeit schädigendes Gebrechen anerkennen. Das Tragen eines Bruchbandes, der psychische Einfluß, der Gedanke, daß man schadhafte sei und anderes stellen zweifellos eine Schädigung dar.

Complicirter wird die Sache, wenn wir genöthigt sind, uns noch mit einer besonderen Bruchanlage (Prädisposition) zu beschäftigen.

Dieselbe kann angeboren oder ererbt sein. Verhältniß nach BERG circa 1:3.6. Zur angeborenen Disposition gehört vor allem das Offenbleiben des Proc. vaginalis peritonei; er kann obliterirt sein, oftmals schließt er sich gegen den Hoden ab, bleibt im Bereich des Samenstranges bis zur Bauchhöhle oder auch nur bis zum äußeren Leistenring offen. Unser

Wissen in dieser Hinsicht ist noch lückenhaft. Erst seitdem viele Radicaloperationen ausgeführt werden, gewinnen wir auch hier bessere Einsicht. FRANK hat in 28·6%, BERNEWSKY (KOCHER'sche Klinik) in 35% der Fälle congenitale Bruchsäcke gefunden. Ferner gehört unter die angeborenen Momente ein besonders weiter Leistencanal, wie fast constant bei verspätetem Descensus testiculi, eine abnorm geringe Schrägheit im Verlauf des Leistencanals.

Weitere disponirende Verhältnisse werden gebildet durch allgemeine Körperschwäche, abnorme Länge und größere Schlawheit der Mesenterien (die günstigen Erfolge der Radicaloperationen lassen diesen Factor nicht hoch anschlagen), schwächende Krankheiten, rasche Abmagerung und höheres Alter mit seinem physiologischen Gewebsschwund, Brüche infolge von Schwäche der Bauchwand (Hernie de faiblesse). Uns interessiren aber hier hauptsächlich die beim Musterungsgeschäft festgestellten Bruchanlagen. Diese bestehen aus zwei Eigenthümlichkeiten, welche auseinander zu halten sind. Die eine ist die wohl am häufigsten constatirte abnorme Weite des äußeren Leistenrings. Derselbe kommt dann sehr in Betracht, wenn der Verlauf des Leistencanals ein sehr wenig schräger ist, so daß der hintere und vordere Ring einander fast gegenüberliegen. Oftmals mag daneben eine besonders große Weite des ganzen Leistencanals einhergehen und damit auch eine geringere Festigkeit der vorderen Bauchwand, ein stärkeres Auseinandertreten der Pfeiler des Leistenrings.

Der Leistencanal wird dann auch abnorm weit sein, wenn eine größere Menge von Fett den Samenstrang umgibt (fehlt fast nie vollständig). Die Gewichts- oder Zugtheorie ist fallen gelassen. Durch die Fettanhäufung bleibt der Canal weiter und kann sich nicht wie normal zusammenziehen. Eine andere Anlage ist jene, welche man mit dem Ausdruck „weiche Leisten“ belegt hat. Dabei zeigen die Bauchdecken schon in der Ruhe eine leichte Vorbuchtung parallel dem POUPART'schen Bande, beim Pressen sich wulstförmig vorwölbbend, häufig mit weiten Leistenringen verbunden, vielleicht ein Ueberrest des vollen Bauches von rachitischen Kindern. Man könnte sagen, daß eine solche Schlawheit der unteren Bauchwand der Bruchbildung in gewissem Sinne entgegenwirkt, indem Hervorstülpen des Bauchfelles leichter bei gespannter Bauchwand vor sich geht, aber dabei hat man wieder zu sehr den Moment, in welchem der Bruch fertig wird, im Auge. Aber gerade bei abnormer Schlawheit kommt die Vorstülpung gewöhnlich ganz allmähig, ohne ruckweise Verstärkung zustande, wird die Verschieblichkeit des Bauchfelles auf der Unterlage vermehrt. Bei solchen Menschen ist wohl die Musculatur stellenweise dünner und lückenhaft, ohne daß die gesammte Bauchpresse besonders an Kraft eingebüßt hat. Die Ausdehnung fällt zum großen Theil auch auf Nachgiebigkeit der Fascien, Aponeurosen und den Mangel des Fettes. Beim Stuhlgang, beim Husten, bei der Fixirung des Rumpfes wirkt der Druck zweifellos auf die vorhandenen Lücken in der Musculatur, so daß das Bauchfell in diese sich hinein begibt und an Elasticität abnimmt.

Von großer Bedeutung ist noch derjenige Zustand, welchen man nach MALGAIGNE als *Pointe de hernie* bezeichnet, eine ovale oder kugelige Hervorwölbung, Ausstülpung des Bauchfelles an den Leistenrübchen bei Menschen, die niemals die geringsten Beschwerden hatten. Solche Leute bekommen sicher mit der Zeit einen Leistenbruch, welcher als Typus der allmähigen Bruchbildung aufgefaßt werden muß.

Zum Schlusse möchte ich folgende Thesen aufstellen:

1. Die Mehrzahl der Leistenbrüche bei Erwachsenen entsteht infolge einer ganz allmähigen Ausstülpung des Bauchfelles unter Mitwirkung der Eingeweide.

2. Eine plötzliche gewaltsame Entstehung eines Leistenbruches in allen seinen Bestandtheilen ist theoretisch sehr unwahrscheinlich, durch die praktische Erfahrung nicht erwiesen.

3. Eine plötzliche Vergrößerung eines in der Entwicklung begriffenen Leistenbruches ist sehr wohl möglich und muß unter besonderen Umständen als Unfall im Sinne des Gesetzes betrachtet und entschädigt werden.

4. Die Diagnostik eines Unfallbruches kann sich nicht auf ein bestimmtes Symptomenbild stützen und kann in den meisten Fällen nur die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit feststellen.

5. Es gibt eine Reihe von Zuständen, welche man als Bruchanlagen, d. h. als eine die Entstehung von Leistenbrüchen erleichternde besondere Leibesbeschaffenheit bezeichnen muß.

Referate.

E. STADELMANN (Berlin): **Klinische und therapeutische Untersuchungen bei Phthisis pulmonum.**

Die Untersuchungen ST.'s, die an einem überaus reichen Materiale gemacht wurden, ergaben („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 25), daß Bacterienbefunde im Blute von Phthisikern sehr selten sind. Wenn einzelne Untersucher häufig positive Resultate erzielen, so stehen diesen andere negative gegenüber, und diese letzteren sind zweifellos mehr beweiskräftig, da Einwände gegen dieselben kaum erhoben werden können. Dagegen läßt sich gegen die positiven Resultate stets einwenden 1. die Seltenheit des Befundes von Streptokokken im Gegensatze zu deren so häufigem Nachweis in den Lungen, 2. die große Gefahr der Verunreinigung der Culturen, die jeder, welcher sich genauer mit Blutuntersuchungen beschäftigt hat, kennt.

Wenn Bacterien im Blute sicher nachgewiesen wurden, so befanden sich die betreffenden Pat. zur Zeit der Untersuchung meist schon im Zustande der Agone; Bacterienbefunde im Blute können daher zur Erklärung der eigenartigen Fieberbewegungen der Phthisiker nicht herangezogen werden.

In Bezug auf das Vorkommen und den Werth der Diazoreaction im Harne der Phthisiker spricht sich ST. dahin aus, daß dieser Reaction bei Phthisis pulmonum für diagnostische Zwecke keine, dagegen für die Prognose eine gewisse Bedeutung zuzusprechen ist. Dies ist aber nur so aufzufassen, daß nur dem positiven und nicht dem negativen Befunde die Bedeutung zukommt; denn ein großer Procentsatz von schwerkranken Phthisikern, die ihren Leiden in kürzerem Zeitraum erliegen (40—50%), zeigen keine Diazoreaction. Weiterhin besteht eine Meinungsverschiedenheit darüber, wie weit man sich bei der Stellung der Prognose auf den positiven Ausfall der Diazoreaction stützen kann. Und da müssen wir uns dahin aussprechen, daß die Diazoreaction eine schlechte Prognose nur dann gibt, wenn sie längere Zeit beobachtet wird. Dies gilt dann allerdings häufig auch für scheinbar leichte Fälle, die dennoch immer zu besonderer Sorgfalt mahnen. Vorübergehend tritt die Diazoreaction zweifellos, wenn auch selten, auch in leicht verlaufenden Fällen von Phthisis pulmonum auf, während sie bei schweren Fällen sogar dauernd fehlen kann. Dem Ausfalle der Diazoprobe ist also ein principieller Werth somit nicht beizumessen; die Forderung, Kranke mit Diazoreaction von Heimstätten auszuschließen, ist nicht begründet; hier müssen vielmehr, selbst im Gegensatze zum Ausfalle der Diazoreaction, die klinischen Befunde ausschlaggebend sein.

In Bezug auf den Befund von eosinophilen Zellen im Sputum hat ST. den Nachweis erbracht, daß wir die Bedingungen und Voraussetzungen, von welchen das Auftreten dieser Zellen im Sputum abhängt, bis jetzt nicht kennen, und daß es nicht angeht, aus ihrem Auftreten, respective Fehlen im Auswurf von Tuberculösen irgend welche Schlüsse zu ziehen.

Gegen die Schweiß der Phthisiker versuchte Verf. mit Erfolg Guacamphol, den Kamphersäureester des Guajacols. Man beginnt mit 0·2 Grm. des Medicaments (Abends) und steigt zu 0·4—0·6—1·0 Grm. Meist genügen 0·2 Grm. Ungünstige Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet.

Vor dem einfachen Pyramidon scheinen dessen Salze, das kamphersaure und das salicylsaure Pyramidon, bei der Bekämpfung

der Temperatursteigerungen der Phthisiker nicht unerhebliche Vorzüge zu besitzen. Die Dosirung ist $1\frac{1}{2}$ —2 Grm. pro die, um das Fieber ganz verschwinden zu machen, oft scheinen 0.75 Grm. pro die hierzu vollauf zu genügen. B.

G. KLEMPERER (Berlin): Beitrag zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin.

Reichliche Flüssigkeitszufuhr erleichtert durch Vermehrung des Harnwassers die Lösung harnsaurer Concremente, und pflanzliche Nahrung beeinflusst, indem sie dem Urin kohlen-saure Alkalien zuführt, dessen Reaction in einer der Harnsäurelösung günstigen Weise. Trotz sorgfältiger Befolgung solcher diätetischen Rathschläge bildet sich jedoch oft ein Harnsäuresediment.

In Bezug auf die weitere Erforschung des Problems der Harnsäureniederschläge sind zwei Fälle zu unterscheiden; einmal besteht das Sediment aus saurem harnsauren Natron, das anderemal aus reiner Harnsäure; im Blut liegen die Verhältnisse einfacher, indem hiezu nur saure harnsaure Salze in Lösung gehalten sind und im pathologischen Falle niedergerissen werden.

Saures harnsaurer Alkali stellt die gewöhnliche Form der Harnsäure im Urin dar, soferne genügende Menge Alkalien mit der Nahrung aufgenommen sind. Ist in diesem Falle die Harnwasser-menge nicht groß genug, so fällt bei großer Concentration schon im Körper, sonst im erkaltenden Urin das Urat aus. Fehlt dagegen Alkali in der Nahrung (bei fleischreicher, pflanzenarmer Kost), so wird die Harnsäure als schwer lösliche Säure die erste sein, die zum Ausfällen kommt, sie wird umso mehr ausfallen, je mehr Salze der Urin enthält.

In vielen Fällen bleibt aber trotz gemischer Kost eine Ausscheidung reiner Harnsäure bestehen. Verf. legte sich daher die Frage vor, ob bei der Ausfällung der Harnsäure eine bisher wenig beachtete Säure, nämlich die Kohlensäure, die Mitschuld trüge. — Als Quelle der Urinkohlensäure kommen zunächst die Carbonate in Betracht, die aus dem Blute in den Urin übertreten. Bei saurer Reaction des letzteren setzen sich dann die kohlen-sauren Salze mit den sauren Salzen um und es entsteht freie Kohlensäure, die zur Absorption kommt. Deren Menge wird also wohl am größten sein, wenn kohlen-saure Salze in der Nahrung enthalten sind.

Da pflanzen-saure Salze zu Carbonaten im Körper verbrannt werden, so wird man auch nach Obst- und Gemüse-genuß reichlich Kohlensäure im Urin erwarten dürfen, wenn der Urin sauer ist.

Die Untersuchungen K.'s richteten sich auf 2 Punkte:

1. Welche Einwirkung hat die Kohlensäure auf die Lösungsverhältnisse der Harnsäure und ihrer Salze?

2. Wie groß ist der Gehalt des Urins an physikalisch absorbirter Kohlensäure unter verschiedenen Ernährungsbedingungen? („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.“, 1901, Bd. 5, H. 1.)

Zuerst prüfte K. die Einwirkung der Kohlensäure auf Lösungen von saurem harnsauren Natron in Wasser, in 2%iger Harnstofflösung, sowie in urinähnlichen Salzlösungen.

Er fand, daß aus Wasser und wässriger Harnstofflösung saures harnsaurer Natron durch den Kohlensäurestrom zum Theil ausgefällt wird, während in Lösungen von Kochsalz, Chlorkalium und Phosphaten die Löslichkeit des sauren harnsauren Natrons erhöht wird.

Die Acidität des Urins, ausgedrückt durch das Verhältniß der Gesamtposphorsäure zu den sauren Phosphaten, wird durch die Einwirkung der Kohlensäure nicht verändert.

Reine Harnsäure wird durch die Kohlensäure zur Ausscheidung gebracht.

Saures harnsaurer Natron wird durch Einwirkung von CO_2 im Urin gelöst.

Saures harnsaurer Kali wird ebenfalls durch Einwirkung von CO_2 im Urin gelöst.

Die freie Kohlensäure des Urins erschwert somit die Löslichkeit der freien Harnsäure im Urin und erleichtert die Löslichkeit der Urate.

K. untersuchte dann den Gehalt des menschlichen Urins an freier Kohlensäure unter verschiedenen Lebensbedingungen.

Die CO_2 -Bestimmungen wurden so angestellt, daß ein Wasserstoffstrom durch den Urin geleitet wurde. Die Versuchspersonen waren jüngere Männer, von denen ein Theil Nierenkoliken überstanden hatte.

Aus den Beobachtungen des Verf.'s geht hervor, daß bei absoluter Fleischdiät der CO_2 -Gehalt des Urins sehr gering ist, während er sehr beträchtlich ist bei Einnahme von kohlen-saurem Natron und im sauren Urin. Dies beruht darauf, daß das Carbonat in den Urin übergeht und hier durch die sauren Salze zersetzt wird.

Andererseits zeigt sich, daß nach Genuß von CO_2 -haltigem Wasser; sowie von Bier und Milch nicht wenig CO_2 in den Urin übertritt, ebenso wie nach Bewegungen oft mittlere Mengen CO_2 im Urin gefunden werden. Es ist hiedurch als festgestellt zu betrachten, daß die freie Blutkohlensäure durch die Niere diffundiren kann. So ist es auch zu erklären, daß nach dem Genuß alkoholischer CO_2 -haltiger Wässer sehr reichlich CO_2 im Urin enthalten ist, trotzdem der Urin alkalisch ist.

Wenn vegetarische Kost die CO_2 -Menge des Urins nicht allzusehr in die Höhe treibt, so liegt das wohl daran, daß in Gemüsen und Früchten wohl pflanzliche Säuren, die zu CO_2 verbrannt werden, nicht aber in jedem Falle die nothwendigen Mengen von Basen enthalten sind, um die Bildung von Carbonat zu ermöglichen. Man wird somit in Zukunft als Ursache einer Sedimentbildung von Harnsäure oder harnsauren Salzen auch den CO_2 -Gehalt des Urins in Betracht ziehen müssen. Niedriger CO_2 -Gehalt erleichtert bei saurer Reaction das Ausfallen der reinen Harnsäure. Bei schwach alkalischer Reaction befördert ein hoher CO_2 -Gehalt die Lösung der harnsauren Salze.

Man Sorge sonst in der Diät der Uratiker für eine der neutralen sich nähernde Reaction und hohen CO_2 -Gehalt des Urins, indem man bei gemischter Diät den Genuß alkalischer CO_2 -haltiger Mineralwässer verordnet. B.

F. AHLFELD (Marburg): Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie.

Was die Aetiologie der Erkrankung betrifft, beweisen die autochthonen Fälle der Marburger Anstalt, daß von einer Uebertragung der Eklampsie von einem Fall auf den anderen nicht die Rede sein kann; denn es wäre mit Bezug auf die Infectionstheorie merkwürdig, daß die 28 autochthonen Fälle nicht ein einzigesmal eine Ansteckung herbeigeführt hätten, ebenso wie auf drei importirte Fälle keinmal ein Anstaltsfall folgte. Dagegen trat fast bei allen Fällen die Betheligung der Nieren in den Vordergrund; einzelne weisen fast direct darauf hin. Das überwiegende Auftreten der Eklampsie bei Erstgeschwängerten und insbesondere in den letzten Monaten findet seine Erklärung in dem hohen Druck, unter dem der Bauchhöhleninhalt bei Primigraviden steht, ferner in den hohen Anforderungen, welche besonders in der letzten Zeit an die Nieren gestellt werden. Ueber das Gift, welches zur Intoxication führt, ist noch keine Einmüthigkeit erzielt worden. Da zweifellos auch andere Factoren, wie z. B. gesteigerte Sensibilität, eine Rolle spielen, nimmt A. („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 1 u. 2) an, daß zum Zustandekommen der Eklampsie das zufällige Zusammen-treffen mehrerer ursächlicher Momente nöthig ist, von denen die Nierenalteration die größte Bedeutung hat.

Da sich meist Prodrome (Kopfschmerz, hydropische Anschwellungen, Oligurie, Eiweiß im Harn) erkennen lassen, so ist es für die Prophylaxe von Wichtigkeit, daß die Hebammen hierin besonders unterwiesen werden.

Sowohl für die Prophylaxe wie für die Therapie betont A. den Werth der JAQUET'schen Einpackungen. Hiezu genügen ein Bett-laken, in Wasser getaucht und mäßig ausgerungen, sowie eine wollene Decke. Die Schwangere wird gänzlich entkleidet und so eingehüllt, daß die Einwickelung ungefähr nach oben bis zur Brustdrüse reicht. Die Athmung darf nicht gehindert werden. Dann wird eine Feder- oder Steppdecke übergebretet und die Kranke bleibt so circa 3 Stunden liegen. Dabei reichlich Fachinger-, Wildunger- oder irgend ein kohlen-saures Wasser und Milch. Die Einpackungen werden täglich 2mal gemacht, bei Gebärenden und Wöchnerinnen

mit Eklampsie so lange, bis die Anfälle ausbleiben. Können die Frauen der Bewußtlosigkeit halber nicht Flüssigkeit per os zu sich nehmen, so kann man zur subcutanen Infusion einer 6‰igen Kochsalzlösung greifen; daneben Kampher und Coffein. Bei Gebärenden wird man die Geburt möglichst zu beenden suchen. Ist dies noch nicht möglich und werden die Anfälle häufiger und bedrohlicher, so sind von Narcoticis Chloralhydrat und Morphinum, Chloroform wie bei der operativen Entbindung selbst anzuwenden. Bei beginnendem Lungenödem und starker Cyanose kann auch ein Aderlaß indicirt sein. Der Kaiserschnitt ist nur dann auszuführen, wenn bei noch lebendem Kinde der Zustand der Mutter ein ganz hoffnungsloser ist, die Geburt aber auf anderem Wege nicht schnell genug gefördert werden kann. Der vaginale Kaiserschnitt ist hier nicht empfehlenswerth.

FISCHER.

GUSTAV PREISWERK (Basel): Die Pulpa-Amputation, eine klinische, pathohistologische und bacteriologische Studie.

Die Wurzelpulpen mancher Zähne, ganz besonders häufig diejenigen der Mesiobuccalwurzeln oberer und der Mesialwurzeln unterer Molaren, besitzen seitliche Verästelungen und Anastomosen. Auf diese Thatsachen wurde P. durch die Ergebnisse der Corrosions-anatomie geführt („Viertelj. f. Zahnheilkunde“, 1900, Nr. 2).

Es ist in den meisten Fällen absolut unmöglich, nach den bis jetzt üblichen Methoden, besonders bei Molaren, die Pulpa total zu extirpieren. Ebenso wenig kann, trotz gegentheiler Behauptung mancher Praktiker, jeder Pulpacanal bis an das Foramen apicale tadellos ausgefüllt werden.

Zur Cauterisation vor der Amputation eignet sich am besten Arsen mit Kreosot zur Paste angerührt, der vor dem Einlegen noch etwas Tannin oberflächlich beigefügt wird. Das Creosot soll die antiseptische Kraft erhöhen, das Tannin verhindert die Tiefenwirkung der arsenigen Säure.

Die Aetzpasta darf, ohne jeden Nachtheil, über die eingeschlossene Pulpa gelegt werden; durch Zusatz des adstringirenden Tannins wird der Schmerz, hervorgerufen durch ektatische Gefäße, vermindert.

Nach der Cauterisation mittels arseniger Säure bleibt diese für längere Zeit in den harten Zahnsbstanz in Form eines sehr kleinen Depots zurück; in der Pulpa konnte schon am folgenden Tage kein Arsen mehr nachgewiesen werden.

Es existirt kein Mittel, das die amputirten Pulpen vollständig und unfehlbar zu mumificiren vermöchte.

Die Wurzelpulpen lassen sich auf die Dauer nicht sterilisiren.

Formaldehyd eignet sich in keiner Form, weder zur Attenuation abgestorbener Gewebe, noch zur Lebenderhaltung. An die Lebenderhaltung der Wurzelpulpen früher partiell pulpitischer Zähne darf man gelegentlich denken. Um Stümpfe leicht erkrankt gewesener Pulpen lebend zu erhalten, dürfte sich Acidum salicylicum eignen, das bald nicht reizende Salicylate bildet, doch sind hierüber die Versuche noch nicht endgiltig abgeschlossen. Zur vollständigen Entleerung der Wurzeln nach der Amputation, welche auf dem Wege einer aseptischen Colliquationsnekrose vor sich gehen mag, dient eine Paste, bestehend aus Borax und Eugenol.

Um die Pulpastümpfe in reizlose, lederartige Pfröpfe umzuwandeln, schlägt P. eine Mischung von Tannin und Kreosot vor.

Es darf künftighin nicht mehr kritiklos eines und dasselbe Mittel zur Amputation verwendet werden, ohne Rücksicht auf den Grad der Pulpaentzündung. Bei leichter partieller Pulpitis legen wir nach der Amputation Salicyl ein, bei totaler Entzündung Borax-Eugenol und bei eitrigen Formen Tannin-Kreosot.

Da in der Pulpaamputation bei sachgemäßer Ausführung das zuverlässigste und einfachste Mittel vorliegt, pulpakranke Zähne auf lange Jahre hinaus wieder functionsfähig zu machen, ist es Pflicht, sich dieser Methode zu bedienen. Dadurch werden viele Zähne gerettet, die früher oder später sicher der Zange verfallen würden.

N.

JOSEF ARKÖVY (Budapest): Untersuchungen über die pharmakodynamische Wirkung des „Nervocidins“ (DALMA).

Aus den im Laboratorium der zahnärztlichen Universitätsklinik ausgeführten Untersuchungen A.'s geht Folgendes hervor („Viertelj. f. Zahnheilkunde“, 1901, Nr. 2):

Das Nervocidin ist ein Alkaloid, respective die salzsaure Verbindung eines Alkaloides. Es ist ein Nervengift, welches sowohl die peripheren Endigungen der Nervenbahnen, als auch die Nervencentren in Lähmung versetzt. Der Tod erfolgt infolge von Lähmung der motorischen Centren und so indirect durch Herzlähmung. Das Nervocidin ist kein ausgesprochenes Herzgift, da es die Herzaction bis zum tödtlichen Ausgang nicht beeinflusst; es ist ein ausgesprochenes locales Anästheticum, dessen analgetische Wirkung an Dauer alle übrigen bisher in Verwendung stehenden Anästhetica (Cocain etc.) weit übertrifft, indem es ohne schädliche Nebenwirkung, d. h. in entsprechender Verdünnung von 1/2‰ bis 2‰ Lösung den Effect über 2—3 Tage aufrecht erhält.

Die bisherigen Thierversuche konnten keine Angabe bezüglich der Empfindungen liefern; mit anderen Worten, als locales Anästheticum für die Haut konnte es nicht erprobt werden.

Die unangenehmen Nebenwirkungen des Nervocidins sind: Nausea, Erbrechen, Ptyalismus. Die beiden ersteren konnten an Menschen sowohl als an Versuchsthiere constatirt werden, während letztere Erscheinung bisher nur in 2 Fällen an klinischen Pat. zum Vorschein gekommen ist.

Der Organismus ist nicht imstande, durch Gewöhnung sich der Wirkung des Nervocidins zu erwehren; die allmähliche Verabfolgung von mäßigen Dosen, worauf eine letale folgt, hat unmittelbar den Tod zur Folge.

Eine der auffallendsten Wirkungen des Nervocidins ist, daß es die heftigste Keratitis ulcerosa hervorrufen kann, die das Auge mit Vernichtung zu bedrohen scheint, während sämtliche Erscheinungen in kurzer Zeit spurlos verschwinden (ohne Uebergang in eine Panophthalmitis), dabei aber fortdauernd die Analgesie besteht, ja sogar die Keratitis überdauert.

Lg.

FRANTA (Prag): Einfluß der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die Blase des Echinococcus.

Die Gravidität, die Geburt und das Wochenbett üben einen ganz bestimmten Einfluß auf die Blase des Echinococcus, den größten freilich dann, wenn diese eben in den Organen und Geweben der Pelvis sich entwickelten („Věstník“, III. sjezdu čes. přír. a lék. v Praze, 1901, pag. 241).

A. Einfluß der Schwangerschaft:

1. In der Gravidität wird der Echinococcus genug oft zum erstenmale bemerkt, oder erscheinen in dieser Zeit erst die ersten Symptome (18 Fälle).

2. In Fällen, wo die Blasen schon früher bekannt waren und langsam sich vergrößerten, entwickeln sich dieselben in der Schwangerschaft gewöhnlich viel schneller.

Es kann sein, daß die Infection erst in der Schwangerschaft zustande kam, aber gewiß öfter war der Keim hier schon früher oder wurde seines kleinen Umfanges wegen nicht früher bemerkt. Durch Einfluß der Schwangerschaft wächst der Echinococcus schneller und darum wird er entweder während der Schwangerschaft oder bald nach ihr bemerkt.

3. Echinococcusblasen können während der Gravidität vereitern und aufbrechen (13 Fälle, in welchen die Blase nicht einmal punktirt wurde).

B. Der Einfluß der Geburt und des Wochenbettes:

1. Die Blase kann platzen und sich in die Umgebung ergießen (8 Fälle).

2. Die Blase kann vereitern und durchbrechen (18 Fälle ohne vorherige Punktirung).

Der schnelle Wuchs der Echinococcusblasen im Wochenbette (22 Fälle) und der Umstand, daß sie im Wochenbette sehr oft erst bemerkt werden (40 Fälle), hängt oft mit dem Einflusse der

Schwangerschaft zusammen, die Blasen setzen nur ihren Wuchs, zu dem in der Schwangerschaft Anlaß gegeben wurde, fort. Wie die Schwangerschaft also, so üben auch die Geburt und das Wochenbett manchmal einen ungünstigen Einfluß auf die Echinococcusblasen aus.

STOCK.

BRAUN (Göttingen): Ueber entzündliche Geschwülste des Netzes.

Von mehreren Seiten wurden in der letzten Zeit Beobachtungen von Netztumoren mitgeteilt, die im Anschlusse an Bauchoperationen und bei denselben vorgenommenen Unterbindungen größerer Netzpartien sich entwickelt haben. Verf. theilt neuerlich („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 63, H. 2) 5 solcher Fälle mit. Es handelte sich um große, druckempfindliche Geschwülste, welche gewöhnlich in der Mitte des Abdomens lagen, wenig Verschieblichkeit zeigten und manchmal peritoneale Erscheinungen verursachten. Die Geschwulst entwickelte sich wochen- oder monatelang nach der Operation, größtentheils zu einer Zeit, wo die Pat. das Spital bereits verlassen haben.

Es wurde behauptet, daß die Geschwülste sich infolge Unterbindung des Netzes mit Seide entwickeln, aber nach der Erfahrung des Verf. können auch solche Tumoren nach Unterbindungen mit Catgut entstehen.

In therapeutischer Beziehung machte Verf. die Wahrnehmung, daß häufig die entzündlichen Erscheinungen zurückgehen und daß die Tumoren nach langer Zeit sich ganz zurückbilden, wenn der Pat. strenge Betruhe bewahrt und mit PRIESSNITZ'schen Umschlägen behandelt wird. Obwohl die Tumoren ganz verschwanden, sah Verf. nie Eiter mit dem Stuhl sich entleeren. In einem Falle, wo die Fiebererscheinungen längere Zeit anhielten, entschloß sich Verf. zur Operation. Bei derselben fand man eine große Geschwulst des Netzes, die wegen fester Adhäsionen aus dem Abdomen nicht hervorgezogen werden und ohne Resection eines großen Stückes vom Quercolon nicht entfernt werden konnte. Verf. machte daher, in der Annahme, daß im Centrum der Geschwulst ein Eiterherd sich befinde, eine Keilexcision aus der Geschwulst. Da kein Eiter vorgefunden wurde, nähte er die Wunde wieder zu und führte einen Streifen Jodoformgaze bis an die Excisionsstelle. Im Anschlusse an die Operation erfolgte Heilung; die Geschwulst verkleinerte sich schnell.

ERDHEIM.

EMIL ROSENQUIST (Helsingfors): Ueber den Eiweißzerfall bei der perniziösen, speciell der durch Botriocephalus latus hervorgerufenen Anämie.

R. hat an 18 Fällen von Botriocephalus-Anämie und an drei Fällen von perniziöser Anämie ohne bekannte Aetiologie Stoffwechseluntersuchungen angestellt und Folgendes gefunden („Berl. kl. Wsch.“, 1901, Nr. 25):

Die Botriocephalusanämie ist eine Giftanämie. Bei einem jeden Falle dieser Blutkrankheit kommt zu gewissen Zeiten gesteigerter Eiweißzerfall vor, der durch ein vom breiten Bandwurm producirtes Gift hervorgerufen wird. Dieser erhöhte Eiweißumsatz ist aber in einem gegebenen Falle nicht zu jeder Zeit nachweisbar, denn es können trotz Anwesenheit des Bandwurmes auch Perioden deutlicher Stickstoffretention vorkommen.

Ein Vergleich der bei der Botriocephalusanämie gewonnenen Ergebnisse mit denen bei der perniziösen Anämie aus anderer Ursache lehrt, daß auch in Bezug auf den Eiweißstoffwechsel zwischen diesen beiden Krankheiten kein principieller Unterschied besteht.

Es stützen deshalb die Untersuchungen R.'s in kräftiger Weise die Auffassung, daß auch die kryptogenetische perniziöse Anämie als Giftanämie zu deuten ist.

B.

ROSENBERGER (Würzburg): Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung.

Auf Grund seiner Erfahrung empfiehlt Verf. („Würzb. Abhandlungen a. d. Geb. d. prak. Med.“, I. Bd., H. 7) als operatives Verfahren während des appendicitischen Anfalles die einfache Incision mit nachfolgender Drainirung unter streng antiseptischen Cautelen. Diese Operation eignet sich ganz besonders für Fälle, bei welchen aus rein äußeren Gründen eine größere Operation unmöglich ist. Die Incision und Drainage ermöglicht den Abfluß des Eiters und beugt daher der Sepsis und der Peritonitis vor; wo noch kein Absceß gefunden wird, dient das Drainrohr als Wegweiser für den späteren Eiterabfluß, falls es zur Abscedirung kommen sollte. Diese einfache Operation genügt für die meisten Fälle; sollte es aber doch vom zurückgelassenen Proc. vermiform. zu Recidiven kommen, dann ist nach R. die Resection des Wurmfortsatzes in der anfallsfreien Zeit angezeigt.

ERDHEIM.

Literarische Anzeigen.

SACHER MASOCH und der Masochismus. Literarhistorische und culturhistorische Studien. Von C. F. v. Schlichtegroll. Dresden 1901, H. R. Dohrn.

Die moderne Kenntniß der Sexualpathologie ist gleichermaßen ein Resultat belletristischer wie streng wissenschaftlicher Studien. Auf der einen Seite sind Namen wie SADE, v. SACHER-MASOCH, auf der anderen Seite solche wie MOLL, KRAFFT-EBING Träger des Aufbaues dieser jüngsten Seite der Psychopathologie. Es dürfte daher nicht ohne Interesse sein, in einem fachwissenschaftlichen Blatte die Arbeit eines Belletristen zu besprechen, die unter obenstehendem Titel jüngst erschienen ist.

Impulsive Naturen, denen es, wie SACHER-MASOCH, ein Bedürfniß ist, sich ihr Leid und Lust vom Herzen zu schreiben, werden naturgemäß keine objectiven psychologischen Analysen zu liefern imstande sein, die der Wissenschaftler mit asketischer Strenge zustande zu bringen sucht. Daher sind die Werke solcher Autoren nicht als ein Product längerer Studien, sondern nur als ein Object für solche zu betrachten.

Bei der Häufigkeit, mit der dichterische Bearbeitungen sexualpathologischer Probleme in der jüngsten Literatur aufgetreten sind, kann man sich auch nicht der Einsicht verschließen, daß derartige Naturen nicht zu extremen Seltenheiten gehören.

Um so interessanter ist es nun, aus den Studien v. SCHLICHTEGROLL'S ein Verständniß für den markantesten Vertreter jener literarischen Richtung SACHER-MASOCH zu gewinnen, das v. SCHLICHTEGROLL auf ätiologisch-analytischem Wege dem Leser zu erschließen sucht.

Das Buch, das in vier Intermezzi, einem Nachtrage und einer Bibliographie ein abgerundetes Bild jener masochistischen Welt zu bringen sucht, ist so eingetheilt, daß jedes Intermezzo aus zwei Theilen besteht, einem allgemeinen und einem speciellen. Der erste Abschnitt gibt einen allgemein einleitenden, definirenden oder historischen Fond ab für den im zweiten folgenden Theil des Lebens oder Wirkens v. MASOCH'S.

Während nun im biographischen Abschnitt die Persönlichkeit v. MASOCH'S und die Art seines Geisteslebens in flotter Darstellungsweise dem Leser verständlich wird, gibt der erste Theil des Intermezzo einen ungemein anregenden und für die enorme Belesenheit des Autors zeugenden Ueberblick über Masochismus und Sadismus, über deren Vorkommen in Sage und Geschichte, über Masochismus in der Literatur und Kunst, ein Beitrag zur Psychologie und Culturgeschichte der Menschheit.

Am interessantesten ist wohl der Abschnitt über den Masochismus in Sage und Geschichte, in dem die Aeußerungen jener Psychose in den Sagen, im Cultus der Hellenen, Römer, sowie der alten Orientalen nachgewiesen werden. „Der Masochismus im christlichen Zeitalter“ bietet nicht so viel Neues und Ueberraschendes, wie die zahlreichen Namen unter der Ueberschrift „Historische Persönlichkeiten“.

Das Studium dieses inhaltsreichen Werkes ist nicht nur dem Psychiater, Culturhistoriker, Criminalisten wie jedem Arzte aufs Wärmste zu empfehlen, sondern jeder mit einigen Vorkenntnissen ausgerüstete Laie wird aus ihm viel Belehrung und Anregung schöpfen.

Ob man allerdings der vielleicht allzu subjectiven Einschätzung der masochischen Muse beipflichten kann, ist für den Referenten immerhin fraglich.

Dr. ALBERT WOLFF (Berlin).

Lehrbuch der Kinderkrankheiten in kurz gefaßter systematischer Darstellung zum Gebrauche für Studierende und Aerzte. Von **Doc. Dr. Ludwig Unger**. Dritte, neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

Die letzten Jahre haben uns eine wahre Fluth von Lehrbüchern der Kinderkrankheiten, Abrissen, Compendien und breiter basirten Büchern gebracht, darunter auch gute Werke, deren Erfolg nicht nur von der Klinik verzeichnet wurde, sondern auch (kaufmännisch) vom Verleger durch rasch nöthig gewordene Neu-

auflagen empfunden wurde. Welches eigentlich die Kriterien für die Güte eines Lehrbuches sind, ist schwer zu formuliren. Es ist nicht allein die Reichhaltigkeit des Buches, die Auswahl und Anordnung des Stoffes, die Diction, es ist sozusagen die Individualität des Autors, seine Befähigung zu lehren, die maßgebend ist für das Gelingen seiner Aufgabe, und die umgekehrt aus seinem Werke zu erkennen ist.

U.'s Buch ist ein vorzügliches Lehrbuch, das, schon in erster und zweiter Auflage von der Kritik einmüthig gerühmt, von Studierenden und Aerzten anerkannt und weiter empfohlen, eine große Zahl von Freunden hatte. Die vorliegende dritte Auflage hat die reichen Vorzüge ihrer Vorgängerinnen beibehalten und durch volle Berücksichtigung unseres bereicherten Wissens das unserer Gegenwart entsprechende Niveau erhalten. Ueberall gesellt sich zum erfahrenen Arzt und wissenschaftlich denkenden Autor auch der verlässliche Lehrer, es spricht aus dem Buche, aus dem, was es bringt, wie es gebracht wird, und was für weiter Strebende kurz gestreift wird, eine Individualität, die lehren und anregen will. Die angenehme fließende Diction ist ein wichtiger Vorzug des Buches.

NEURATH.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

IX.

— 12. August 1901.

In das düstere Gebäude, in dem die oberste Sanitätsbehörde haust, scheint ein neuer Geist, der Geist des Humanismus, eingezogen zu sein, der den Anforderungen der modernen Zeit, der Gerechtigkeit und Billigkeit zu entsprechen bestrebt ist. Nach der in verhältnißmäßig kurzer Frist durchgeführten Regelung des Findelwesens befaßt man sich nun im Ministerium für innere Angelegenheiten, das bisher eine schwerfällige Expeditions- und Revisionsanstalt war, mit dem Armenwesen und den damit in engem Zusammenhange stehenden philanthropischen und hygienischen Fragen und studirt mit seltenem Eifer die ausführlichen und detaillirten Berichte der Municipien über ihr eigenes Armenwesen und über die im ganzen Lande vorgenommene Zählung der Bettler, Geisteskranken und Alkoholisten. Ein vom socialen Standpunkte interessanteres Datenmaterial hat diesem Ministerium noch niemals zur Verfügung gestanden. Es muß aber auch zugestanden werden, daß bisher auch kein unzuverlässigeres Material der Bearbeitung harrete. Die einzelnen Comitats haben ja überhaupt kein geregeltes Armenwesen und die städtischen Municipien haben sich ja nur darauf beschränkt, die Straßenbettelei abzuschaffen und das sich im Weichbilde der Stadt breit machende Elend schlecht und recht unter Dach und Fach zu bringen. Angesichts eines solchen avitischen Ordnungsmangels ist es rein unmöglich, verlässliche Daten zusammenzustellen. Eine etwas positivere Basis hat die Zählung der Geisteskranken, die den Aerzten anvertraut war. Der Gewissenhaftigkeit der betrauten Organe ist es zu verdanken, daß man endlich die Zahl der sich frei bewegenden Irren kennt, die schon vermöge ihrer Ungeheuerlichkeit den Weg zeigt, wie diesem Uebelstande abgeholfen werden könnte. Außer den in den vier staatlichen Anstalten untergebrachten, gemeingefährlichen Kranken sind in Ungarn noch rund 30.000 Irre, von denen nur ein kleiner Bruchtheil unter der Obhut der Familie steht. Es muß nicht erst gesagt werden, daß diese Zustände auf die Gesellschaft zerstörend wirken. Tausende werden freier aufathmen, wenn der ungarische Staat diese Unglücklichen unter seinen Schutz nimmt. Hoffentlich wird dies nicht lange auf sich warten lassen.

Interessante Daten hat die Zählung der Alkoholisten zutage gefördert. Man lernt aus denselben nicht nur die einzelnen Gegenden, sondern auch die gesellschaftlichen Kreise, in denen der Alkoholismus ungeheuerere Verwüstungen anrichtet, genau kennen. Auch hier wird die ungeheuerliche Zahl der Schaffung eines Alkoholvergesetzes Berechtigung geben.

Das Ministerium für innere Angelegenheiten will nicht nur dem öffentlichen Sanitätsdienste auf die Beine helfen, sondern es ist auch bestrebt, der Wissenschaft Dienste zu erweisen. Die neueste ministerielle Verordnung, die an die Municipien gerichtet wurde, verfügt nämlich, daß die behördlichen Aerzte die Malariafrage studiren und über ihre Erfahrungen dem Ministerium Bericht erstatten mögen. Es wird hervorgehoben, daß die nähere Beleuchtung folgender Fragen wünschenswerth erscheint: 1. Welcher Art sind die Boden- und Feuchtigkeitsverhältnisse der betreffenden Malariagegend? 2. Gibt es in der verseuchten Gegend Schnacken (*Anopheles* genus)? 3. Haben die Erkrankungen einen ständigen Fiebertypus? Hat letzterer einen localen Charakter? 4. Welcher Ursache schreibt das Volk die Erkrankungen zu? Ist dem Volke bekannt, daß die Schnacken die Krankheitserreger sind? 5. Welche Heilerfolge werden erzielt und welche Erfahrungen sind bei der Behandlung mit Chinin gemacht worden? Der Erlaß spricht auch die Hoffnung aus, daß die Aerzte diese Frage auch über den hier gekennzeichneten Rahmen hinaus (Blutuntersuchungen, Feststellung der verschiedenen Schnackenarten etc.) studiren und die vom Ministerium zu entsendenden Aerzte und Zoologen in ihren Bestrebungen unterstützen werden.

Aus diesen hier nur flüchtig angedeuteten Arbeiten des Ministeriums ist ersichtlich, daß dort endlich ein edler, humaner Geist die Oberhand gewonnen hat. Hoffentlich wird dieser gute Geist sich auch dann geltend machen, wenn die Standesfragen der Aerzteschaft geregelt werden, deren heutiger Stand einem europäischen Staate durchaus nicht zur Ehre gereicht. Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **schwere Fälle von Mercurial-Exanthenen** berichtet BERLINER („Dermat. Zeitschr.“, 1901, Bd. VII, H. 1). Er beobachtete eine Frau, die nach einer Schmiercur von 10 Tagen, während der 30 Grm. Ung. cinereum eingerieben waren, einen Ausschlag an den Beinen bekam, welcher sich auch nach dem Aussetzen der Inunctionen über den ganzen Körper verbreitete. Das ganze Gesicht war unförmig gedunsen infolge ödematöser Durchtränkung der Cutis, zeigte eine diffus blauschwarze Färbung, welche durch Auflagerung zahlreicher kleieförmiger Schuppen nur wenig verdeckt war. Der Haarboden war geröthet, es bestand starke Gingivitis. Die Conjunctiva bulbi zeigte ausgedehnte Hämorrhagien. Der ganze Rumpf war völlig flächenhaft blauroth gefärbt; die Farbe durch zahlreiche, die Follikelmündungen umgebende Petechien hervorgerufen, während die umgebenden Hautstellen eine mehr scharlachrothe, wegdrückbare Färbung aufwiesen; auch hier kleieförmige, theilweise sogar lamellöse Desquamation. Ein gleiches Bild zeigten die Extremitäten, doch war noch an den Hand- und Fußrücken, sowie den Unterarmen die Epidermis in breiten, flachen Blasen abgehoben, die, zum Theil geplatzt, starkes

Nässen hervorriefen. Die Hautfärbung ging an den Fußrücken fast in schwarz über. Der Allgemeinzustand war ein sehr bedenklicher. Unter entsprechender Behandlung besserte sich das Befinden der Patientin zusehends. Nach erfolgter Heilung blieb außer einem lästigen Pruritus nur eine so starke Pigmentation des ganzen Körpers zurück, daß Pat. wie eine Mulattin aussah. Auffallend war, wie lange der Blutfarbstoff brauchte, um resorbirt zu werden.

— Ueber **Trachombehandlung mit Ichthargan** berichtet FALTA („Archiv f. Augenheilk.“, Bd. 43). Das Medicament wird in einer $\frac{1}{2}$ —3%igen Solution angewendet, je nach dem Verhalten der Kranken, bezw. ob milder eingegriffen werden muß oder energischer. Bei sehr reizbarem Auge ist es rathsam, mit einer $\frac{1}{2}$ %igen Solution zu beginnen. Das brennende Gefühl ist nur im Anfange der Behandlung heftig; später klagen die Kranken immer weniger und weniger. Es kann mit Sicherheit behauptet werden, daß das Ichthargan frische Fälle von Trachom in 6—8 Wochen vollkommen heilt. In den chronischen Fällen bildet sich der Hornhautpannus in der kürzesten Zeit zurück, welcher Umstand allein das Ichthargan so werthvoll macht, daß dasselbe als eine sehr nützliche Errungenschaft in der Oculistik betrachtet werden muß. Das Argentum nitricum wird durch das Ichthargan nicht nur ersetzt, sondern übertroffen, ebenso übertrifft dieses auch das Sublimat, dem doch ohne Frage schöne Erfolge zu verdanken sind.

— Versuche über die **Zerkleinerung und Lösung von Nahrungsmitteln beim Kauact** hat GAUDENZ angestellt („Arch. f. Hygiene“, Bd. 39, H. 3). Ein gewöhnlicher Bissen wird in $\frac{1}{2}$ Minute genügend zerkleinert. Die kleinsten Partikel, welche durch das Kauen erhalten werden, haben einen Durchmesser von 0.01 Mm., größere Theilchen als solche von 12 Mm. Durchmesser werden normaler Weise nicht verschluckt. Der menschliche Mundspeichel löst schon nach $\frac{1}{2}$ Minute bedeutende Menge kohlehydrathaltiger Nahrungsmittel. Von animalischen Nahrungsmitteln wird nur soviel gelöst, als in Wasser löslich ist.

— Die **Wirkung des Destillats von Kaffee und Thee auf Athmung und Herz** erörtert BINZ („Deutsche med. Woch.“, 1900, Nr. 48). Sowohl das coffeinfreie Destillat des gerösteten Kaffees, wie das Destillat eines guten chinesischen Thees haben beim Menschen eine deutlich steigende Wirkung auf die Größe der Athmung. Die erregenden Eigenschaften des ganzen Kaffee- oder Theeaufgusses hängen somit vom Coffein und den im siedenden Wasserdampfe flüchtigen Bestandtheilen ab.

— Die **Wirkung des Alkohols auf Herz und Kreislauf** hat HASKOVEC studirt („Wiener med. Woch.“, 1901, Nr. 14—18). Die Versuche wurden an mittelgroßen Hunden angestellt; in die Vena femoralis oder jugularis hat H. 5—10 Ccm. mit destillirtem Wasser in verschiedenen Verhältnissen gemischten Alkohols injicirt. Die Thiere wurden curarisirt und künstliche Athmung unterhalten, die Carotis war mit dem Kymographion verbunden. Die Wirkung des Alkohols dauerte 3—15 Secunden, nach vorausgegangenen schweren Eingriffen, wie Vagotomie, Zerstörung des Rückenmarkes, Atropinisation, jedoch längere Zeit. H. fand nach geringen Alkoholdosen kurzdauerndes mäßiges Steigen des Blutdruckes und mäßige Retardation des Pulses. Größere Alkoholdosen bewirken Depression des Blutdruckes und Retardation des Pulses, in der Regel verbunden mit hohen Pulswellen und Arrhythmie des Herzens. Verf. glaubt, daß das Sinken des Druckes durch directe Schädigung des Herzens bewirkt werde, daß ferner die Retardation der Pulse vor Allem durch die Reizung der Vaguscentren und auch der peripheren Enden dieses Nerven, zum Theil aber auch durch die directe Wirkung auf das Herz zustande komme.

— Seine **Beobachtungen über Pyorrhoea alvéolaris** theilte in der 40. Jahresversammlung des Centralvereines deutscher Zahnärzte M. KAROLYI mit („Vierteljahresschr. f. Zahnheilk.“, 1901, Nr. 3). Er lenkt die Aufmerksamkeit der Zahnärzte darauf, daß man einen großen Theil der Pyorrhoeerkrankungen auf Störungen der normalen Articulation zurückführen könne. Wird die Articulationsstörung behoben, dann heilt auch ihr Folgezustand. Bei Ueberbelastung infolge von Zahnlücken wird der Gebrauch einer Prothese nöthig erscheinen; dort, wo infolge übermäßigen Druckes (Trismus) eine Ueberbelastung einzelner Zähne entsteht, wird das

Heben des Gebisses indicirt sein. K. pflegt in diesem Falle über Nacht Kronenkappen tragen zu lassen; außerdem empfiehlt er das vollständige Abschleifen der Höcker des meistbelasteten Mahlzahnes (I. Molar). Bei weit fortgeschrittenen, schweren Formen von Pyorrhoea alveolaris, in denen diese Maßnahmen kaum Nutzen bringen und Vereiterung des Alveolarrandes eingetreten ist, empfiehlt K. die bekannten Methoden der Zahnfleischabtragung, Desinfection der Taschen etc.; zur Abtragung des erkrankten Alveolarfortsatzes bedient er sich des Bohrers.

— Den **Natrium bicarbonicum-Verband**, seine Technik und seine Indicationen erörtert CARTERET („La Presse médic.“, 1900, Nr. 103); er hat seit 2 Jahren alle eiternden Wunden (ca. 300) mit Lösungen von Natrium bicarbonicum behandelt und damit Abkürzung der Heilungsdauer erzielt. C. geht in der Weise vor, daß er eiternde Wunden zunächst reichlich mit einem Antisepticum irrigirt und sie dann mit einer in 2—6%iger Natrium bicarbonicum-Lösung getauchten Comresse bedeckt. Ein solcher Verband wird in der ersten Zeit täglich, später, wenn die Eiterung geringer wird, alle 2—4 Tage erneuert. Wichtig ist, daß alles vermieden wird, was die neugebildete, zarte Epidermisdecke schädigen könnte. Die Irrigationen dürfen deshalb nicht unter starkem Druck, sondern höchstens aus einer Höhe von 20 Cm. gemacht werden, oder es genügt auch schon, die Wundfläche durch Ausdrücken eines in antiseptische Flüssigkeit getauchten Wattebauses abzuspielen. Es ist auch darauf zu achten, daß die Natrium bicarbonicum-Comresse stets feucht erhalten wird, damit sie an der Wunde nicht festklebt und beim Verbandwechsel die neugebildete Epidermis nicht abgerissen wird.

Das **Nitroglycerin bei Epilepsie** hat PELLEGRINI („Reforma medica“, 1901, Nr. 82) in 1%iger alkoholischer Lösung bei 15 Epileptikern versucht. In 10 dieser Fälle zeigte es sich dem Bromkali an Wirkung überlegen. Während des Vierteljahrs, in dem sie mit Nitroglycerin behandelt wurden, war die Zahl der Anfälle geringer, ja bei einigen sogar ganz beträchtlich geringer als in dem Vierteljahr, während dessen Brombehandlung angewandt war. In 7 Fällen war auch eine erhebliche Besserung in Bezug auf die Intensität der Anfälle zu constatiren. Gegenüber den Erfahrungen Anderer ist niemals während der dreimonatlichen Nitroglycerincur irgend welche schädliche Nebenwirkung bei den derselben unterworfenen Patienten zu constatiren gewesen. Es ist zweckmäßig, schon um die im Verlauf einer langdauernden Bromcur unausbleiblichen Schädigungen zu vermeiden, alternirend mit derselben eine Behandlung mit Nitroglycerin anzuwenden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

XXXI.

Abtheilung für Chirurgie.

OLLIER (Lyon): Demonstration der chirurgischen Knochenneubildung durch die Radiographie. (Neues zur Structur der Nearthrosen und zur reparirenden Organisation der Knochenenden nach Gelenkresection.)

Au zahlreichen Roentgenbildern, besonders vom Ellenbogen, von Schulter und Handgelenk zeigt Vortr. die Organisation der knöchernen Resectionsfläche und der Knochenenden in sehr instructiver Art.

MENDIZABEL (Mexiko) zeigt einen neuen Apparat zur Immobilisation der Claviculafractur.

JONNESCO (Bukarest): Ueber die Resection des Cervicalabschnittes des Sympathicus.

J. gibt eine Statistik über 126 derartige Resectionen in 97 Fällen von Epilepsie, 15 Fällen von Kropf mit Exophthalmus,

12 Fällen von Glaukom, einem von Schwindel auf Grund cerebraler Anämie und einem Fall von essentieller Migräne. Er hat die Operationstechnik derart ausgebildet, daß er den ganzen Cervicalabschnitt und sogar das erste Brustganglion, wie in den letzten 4 Fällen, fortnehmen konnte, ohne den Plexus cervicalis und den N. facialis zu verletzen. Er glaubt, daß die totale Entfernung des Sympathicus, „die Sympathektomie“, ebenso wie die partielle Resection des Nerven in einer Sitzung ohne Schaden ausgeführt werden kann. Was nun die therapeutischen Resultate anlangt, so sind von den 97 wegen Epilepsie Operirten auf das Jahr 1896 13 Fälle gekommen, von diesen sind 5 bald gestorben, 3 absolut geheilt, 1 gebessert, 4 ohne Erfolg. 1897 von 17 Operirten 6 geheilt, 2 gebessert, 5 erfolglos und 4 mit unbekanntem Resultat. 1899 von 27 Fällen 2 gebessert, 1 erfolglos und 24 mit unbekanntem Resultat. 1900 von 21 Operirten 1 geheilt, 2 gebessert, 1 erfolglos und 17 mit unbekanntem Resultat. Dazu kommen noch vom Jahre 1898 19 Fälle mit 2 Heilungen, so daß er im Ganzen über 12 Heilungen bei 97 Operationen verfügt, nicht wie er in seiner Statistik annimmt unter 49 Operationen, die er bis zum Jahre 1898 ausgeführt hat. Von den 15 wegen Basedow operirten Fällen sind 6 definitiv geheilt seit 4, 3 und 2 Jahren, 4 dauernde Besserungen. Die beiden Fälle von Migräne sind angeblich noch zu jung, um eine dauernde Heilung feststellen zu können, aber die unmittelbaren Resultate sind gut.

Chipault (Paris) hat 40mal die Resection des Sympathicus cervicalis gemacht und behauptet, daß sie niemals irgend welche trophischen Störungen oder Kachexie nach sich zieht. Die Operation ist aber nur dann rationell, wenn man das ganze Ganglion cervicale supremum mit fortnimmt. Seine Operationen betrafen 26 Fälle von Epilepsie mit 3 Heilungen. 2 Fälle von Basedow mit 2 Heilungen, 7 Glaukome, von denen 2 hämorrhagischer Natur waren, mit 6 Besserungen, 1 Fall von Migräne mit vorübergehendem Resultat. 1 Fall von Torticollis mit dauerndem Resultat. 3 Fälle von Facial-Neuralgie, bei denen die Schmerzen seit 3 oder 4 Monaten verschwunden sind.

Die intracranielle Resection nach KRAUSE hat CH. 2mal ausgeführt, und zwar mit Erfolg. Doch hält er die Operation für außerordentlich schwer und eingreifend.

ALBERTO RAMON HERNANDEZ (Mexiko) berichtet über einen Fall von **Unterbindung des Truncus innominatus mit Heilung.**

Vortr. wirft die Frage auf, wie sich der Chirurg bei der Verletzung des Truncus innominatus verhalten soll und meint, daß 2 Fälle in Betracht kommen: Entweder ist die Wunde breit, leicht zu exploriren, und man kann sich unverzüglich an die Unterbindung des Gefäßes machen, oder die Wunde ist klein, der Blutverlust aber beträchtlich und man muß sich auf eine möglichst geringe Tamponade beschränken, nach der Erfahrung, die H. an seinem Falle gemacht hat, muß man den Truncus innominatus unterbinden, wenn die Wunde auf der rechten, dagegen die Carotis möglichst nahe an der Aorta, wenn sie auf der linken Seite ist. Was den pulsirenden Tumor anlangt, der sich unterhalb der Unterbindungsstelle ausbildet, so glaubt er seiner Ausdehnung am besten durch Gelatine-Injectionen entgegenzutreten zu können. Sein Fall ist der erste, in welchem der Truncus innominatus am Lebenden wegen Verletzung des Carotis-Ursprunges unterbunden worden ist.

CHIPAULT (Paris): **Statistik über 147 Fälle von Wirbelfraktur.**

Unter 34 Fällen, die er unmittelbar nach der Verletzung zur Beobachtung bekommen, hat er 20mal von jedem therapeutischen Eingriff abgesehen, einestheils wegen Shock, andererseits weil neben unbedeutenden Zeichen von Verschiebung der Wirbelfragmente doch schwerere Symptome verschiedener Art bestanden. In 2 Fällen konnte er durch Laminektomie eine peridurale und perimedullare Hämorrhagie aufdecken. Von 10 Fällen, in denen eine sichtbare Verschiebung der Stücke mit schweren Rückenmarkssymptomen verbunden war, hat er 5mal die Reduction bewerkstelligt, 3mal mit gepolsterten Apparaten, 2mal mit Knochennaht, in den anderen 5 Fällen hat er die Laminektomie gemacht, 3 mit Resection der in den Rückgratcanal hervorspringenden Knochenstücke, 2 mit Reduction und Naht. Immer hat er die Dura mater eröffnet und direct den Zustand des Rückenmarks controlirt.

Von frischen Fracturen hat er 57 Fälle gehabt, 20 mit schweren Complicationen: ascendirender Myelitis, Pneumonie, Pyelonephritis, Infection, diese Zustände haben ihn von weiteren Maß-

nahmen Abstand nehmen lassen. 10 Fälle mit wenigen bedrohlichen Erscheinungen sind Gegenstand palliativer Maßregeln gewesen: tiefe Cauterisationen, Drainage der Blase, Cystostomia suprapubica, etc. 7 Fälle mit beträchtlicher Verschiebung sind durch Corset oder durch Naht reducirt worden. Von 14 Fällen mit mittelmäßiger Verschiebung der Fragmente boten 6 die Form schlaffer Lähmung und kennzeichneten somit eine quere Durchtrennung des Rückenmarks. 2mal wurde von therapeutischen Maßnahmen Abstand genommen, einmal wurde die Reduction mit einem Corset erreicht, in 3 Fällen wurde die Laminektomie mit Resection des Callus bei sehr kräftigen Individuen gemacht und in 2 von diesen Fällen machten die vielfachen und progressiven, trophischen Störungen keine weiteren Fortschritte. Die übrigen Fälle boten in den therapeutischen Maßnahmen nichts Neues.

Von den 49 alten und sehr alten Fällen von Wirbelfraktur ist in Bezug auf die Therapie nur zu erwähnen, daß in 2 Fällen ein im Rückgratcanal sitzender Callus mit Erfolg reducirt worden ist.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

C. BENDA: Anatomische Mittheilungen über Akromegalie.

In vier Fällen fand sich jedesmal ein Tumor der Hypophysis cerebri, und zwar entwickelte sich derselbe stets im Vorderlappen des Organs, also in dessen drüsigem Theile aus den Epithelzellen heraus. Unter gleichzeitigem Schwunde der Bindegewebsbalken kam es zur Vermehrung der Epithelzellen, und zwar der dunkelgekörnten Chromophilen. In drei Fällen handelte es sich um Hyperplasien, im vierten sind einige Stellen verdächtig auf maligne Entartung.

B. hält die Deutung für die wahrscheinlichste, daß die Akromegalie eine Folge der Hyperplasie der Hypophysis, also Folge einer Ueberfunction dieser Drüse sei.

F. HIRSCHFELD: Unfall und Diabetes.

Es wird oft in Unfallfragen der Zusammenhang zwischen Diabetes und einem vorausgegangenen Unfall nicht genügend gewürdigt. Dieser Zusammenhang läßt sich, wenn er auch wissenschaftlich noch nicht völlig klargestellt ist, doch in einer den Anforderungen der Rechtssprechung genügenden Weise in vielen Fällen annehmen. Einen Einblick in die Entwicklung eines solchen Diabetes infolge Unfalls gibt zunächst der bekannte Versuch CLAUDE BERNARD'S, der gleichzeitig mit seiner berühmten Mittheilung vom „Zuckerstich“ in die Medulla oblongata angab, daß Hunde auch dann eine Glykosurie bekamen, wenn er sie nicht in die Medulla stach, sondern ihnen wiederholte Schläge auf den Kopf versetzte. Hiemit stimmen die Erfahrungen beim Menschen überein, daß gerade Kopfverletzungen in etwa 2—10% der Fälle Glykosurie nach sich ziehen.

Ein Locomotivführer bekam nach einem Unfälle sofort einen starken Diabetes mit nervösen Zufällen; dieser verschlimmerte sich dann unter der Sorge vor den drohenden Gerichtsverhandlungen und verschwand allmähig nach seiner Freisprechung. Ueber die Zeit, in welcher nach dem Unfall der Diabetes auftreten kann, gehen die Ansichten auseinander.

Außer dem Gehirn kommt auch das Pankreas in Betracht und hier ist von Wichtigkeit, daß in Fällen von acutem Diabetes sich chronische Affectionen des Pankreas vorfinden (Steine mit Schrumpfung in einem Falle des Vortr.).

Der Pankreas-Diabetes hat zuweilen gewisse nervöse Begleiterscheinungen (z. B. Abducenslähmung u. dgl.).

Verletzungen des Pankreas sind häufiger, als man früher annahm; so hat KÖRTE unter seinen Fällen von eitriger Pankreatitis 3mal ein Trauma in der Anamnese gefunden. Auch die Pankreasblutungen sind vielleicht zum Theil traumatischer Natur. Außer dieser den Diabetes direct auslösenden Wirkung des Unfalls kommt noch die Möglichkeit in Betracht, daß der Unfall einen

schon vorhandenen Diabetes verschlimmert. Es ist ja bekannt, daß nervöse Einflüsse den Diabetes ungünstig beeinflussen, daß bei Diabetikern nach Verletzungen, Anstrengungen, großen Aufregungen u. s. w. Koma auftreten könne. Auch die Neigung zu Gangrän bei Diabetikern ist im Falle einer Verletzung in Rechnung zu ziehen.

Endlich ist für den Arzt die Frage der Erwerbsfähigkeit eines Diabetikers von Interesse; und hier zeigt die Erfahrung, daß die nach Unfällen auftretende Glykosurie sich durch frühzeitige Wiederaufnahme der Beschäftigung verschlimmert.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

SAENGER: Zur Aetiologie der Staubinhalationskrankheiten.

Die Luftwege bilden ein System von theils an sich gekrümmten, theils winkelig gegen einander geneigten, unterhalb des Kehlkopfs beständig enger werdenden Canälchen. Nun bewegen sich in der Luft schwebende Staubtheilchen beim Hindurchstreichen durch einen bogenförmig gekrümmten oder einmal oder nochmals winkelig geknickten Canal nicht gleichmäßig in dessen Achse oder parallel zu derselben. Bei jeder Biegung des Canals weicht vielmehr die von ihnen beschriebene Bahn — mag die ihre Biegung verursachende Kraft eine *vis a tergo* oder eine *vis a fronte* sein — ganz erheblich gegen die convexe Seite der Biegung ab. Diese Bahn ist eine Resultante aus der bisher innegehabten Bewegungsrichtung und der Richtung der die Bewegung der Staubtheilchen bewirkenden Triebkraft an der Biegungsstelle. Die Folge davon ist, daß die Staubtheilchen zum größeren, bezw. größten Theil gegen die der convexen Seite der Biegung zugekehrte Canalwand anprallen. Ist diese Wand feucht, so bleiben sie an ihr haften. Wiederholt sich die Biegung des Canales oder ist derselbe in seinem ganzen Verlaufe gekrümmt, so bleibt auch von dem Rest des etwa in der Luft noch schwebenden Staubes wiederum der größere Theil an der Canalwand — vorausgesetzt, daß diese feucht ist — haften. Schließlich schlägt sich auf diese Weise sehr bald der gesammte eingedrungene Staub an den Canalwänden nieder.

In ganz ähnlicher Weise bewirkt auch eine zunehmende Verengerung des Canals ein Anprallen, bezw. Haftenbleiben hindurchstreichender, in der Luft schwebender Staubtheilchen an dessen Wandungen.

Auf Grund dieser theoretischen Deductionen, sowie auf Grund bestimmter, durch Zeichnung erläuteter, experimenteller Beobachtungen spricht Vortragender die Ansicht aus, daß in der Einathmungsluft schwebender Staub nicht sehr tief in den Luftröhrenraum einzudringen vermag.

In Uebereinstimmung hiemit stehen Beobachtungen bei der Inhalation zerstäubter Flüssigkeit, aus denen hervorgeht, daß der größte Theil des eingeathmeten Flüssigkeitsstaubes an den Wänden der Mund- und Rachenhöhle sich niederschlägt und der Rest kaum über die Anfangstheile des Luftröhrenbaums hinausgelangt. In Uebereinstimmung hiemit steht ferner auch die bekannte Thatsache, daß durch die Nase eingeathmete Staubtheilchen, falls dieselbe nicht allzuweit ist, vollständig oder doch fast vollständig an deren Wänden haften bleiben.

Trotz alledem bestreitet Votr. selbstverständlich nicht die Möglichkeit des Eindringens von Staub in die tieferen und tiefsten Abschnitte des Respirationsapparates. Er erklärt dieses Eindringen jedoch abweichend von der zur Zeit hierüber herrschenden allgemeinen Ansicht, unter Zugrundelegung einer instructiven experimentellen Beobachtung folgendermaßen:

Ist das Bronchialsecret krankhaft vermehrt und nicht zu zähflüssig, und ist ferner während des Aufenthaltes in staubiger Luft oder auch unmittelbar nachher, infolge körperlicher Anstrengung die Energie der Athmung vermehrt — wobei, wie Votr. mit Hilfe des Manometers nachgewiesen hat, die Energie der Inspiration in wesentlich höherem Grade vermehrt ist als die Expiration — so wird der an den Bronchialwänden haftenbleibende Staub mit dem Secret, dem er sich beimischt, tiefer in die Luftwege hineingesogen, bis er schließlich in die Alveolen hineingelangt.

Notizen.

Wien, 31. August 1901.

(Eine interessante Gerichtsverhandlung.) Wie dornenvoll der Beruf des Arztes ist und mit welchen unglaublichen Eventualitäten der Arzt zu rechnen hat, möge folgendes Accidens beweisen: Der praktische Arzt Dr. E. hat für ein Honorar von sage 100 fl. pro Jahr die Bediensteten der englischen Omnibusgesellschaft, die im 1., 2. und 3. Bezirke wohnen, ärztlich zu behandeln. Vor etwa 2 Monaten erschien ein Vorreiter in der Ordination mit der Angabe, durch Sturz vom Pferde sich eine Contusion des Thorax zugefügt zu haben. Dr. E. untersuchte den Verletzten und verordnete ihm. Nach weiteren 8 Tagen kam der Patient wieder und gab an, daß er durch den Sturz vor 9 Tagen sich eine Inguinalhernie zugezogen habe, für die er von der Unfallversicherung eine Rente beanspruchen könne. Er wurde von der Gesellschaft und der Unfallversicherungsgesellschaft abgewiesen, da er nicht nachweisen konnte, daß die Hernie und der Unfall in einem Zusammenhange stehen und es zumindest auffällig war, daß der Patient erst nach 9 Tagen die Hernie dem Arzte vorwies. Nun klagte der Patient den Arzt Dr. E. auf Grund einer Bestimmung des bürgerl. Gesetzbuches, daß der Arzt durch mangelhafte Fürsorge der Untersuchung dem Patienten materiellen Schaden zugefügt habe, auf einen Betrag von über 5000 K. Die Wiener Aerztekammer ließ dem Collegen in Anbetracht der principiellen Wichtigkeit dieses Falles auf ihre Kosten einen Rechtsfreund an die Seite stellen und erzielte den Erfolg, daß der Omnibusvorreiter nach 7stündiger Verhandlung mit seinen Ansprüchen an den Arzt abgewiesen wurde.

(Ein neues Todesursachenverzeichnis) wurde vom Wiener Magistrate herausgegeben, welches auf Grund der Beschlüsse einer im Vorjahre in Paris zusammengetretenen internationalen Commission ausgearbeitet worden ist. Für die Zwecke der Statistik und insbesondere, um eine Vergleichung mit anderen Städten zu ermöglichen, ist es nothwendig, daß die Aerzte bei Ausstellung der Behandlungsscheine nur von den in dem erwähnten Verzeichnisse enthaltenen Namen der Todesursachen Gebrauch machen. Das Verzeichniß ist ein alphabetisches; wissenschaftliche Synonyma, die nur ausnahmsweise angewendet werden, ferner laienhafte und mehrdeutige Ausdrücke sind vermieden worden. Das Verzeichniß enthält ferner eine kurze Erläuterung für den Gebrauch seitens der praktischen Aerzte.

(Regelung des militärärztlichen Stipendienwesens.) Die Ergänzung des ärztlichen Officierscorps bereitet nicht nur der Heeresverwaltung, sondern auch dem ungarischen Landesvertheidigungsministerium schon seit Jahren Schwierigkeiten. Trotz mancher zweckdienlicher Maßnahmen und Vorkehrungen, welche im Laufe der Jahre in der Absicht getroffen wurden, einen ausreichenden und entsprechenden Nachwuchs für das ärztliche Officierscorps der Honvéd zu gewinnen, wurde dieses Ziel bislang noch immer nicht erreicht, und weist der systemisirte Friedensstand an Honvédärzten noch immer zahlreiche Lücken auf. Nun soll, um der gedachten Calamität zu steuern, wie der „P. Ll.“ mittheilt, seitens des kön. ungarischen Landesvertheidigungsministeriums die Regelung des militärärztlichen Stipendienwesens nach den im gemeinsamen Heere geltenden Principien in Aussicht genommen sein. Ebenso wie es bei der kön. ungarischen Landwehr derzeit noch der Fall ist, bestanden bis Ende des vorigen Jahres auch im k. und k. Heere nur zwei Stipendienabstufungen für die auf den Eintritt in das militärärztliche Officierscorps aspirirenden Mediciner, nämlich: 600 K jährlich vom siebenten Studien-Semester an nach Ablegung des ersten Rigorosums, dann 1000 K jährlich vom neunten Studiensemester an. Da aber dieses System der Stipendienverleihung von dem gewünschten Effecte nicht begleitet war und der Mangel an Nachwuchs für das militärärztliche Officierscorps stetig fühlbarer in die Erscheinung trat, sah sich die Heeresverwaltung zu einer Reform des Stipendienwesens veranlaßt, von der sich ein günstigeres Resultat erwarten ließ. Diese Reform, welche zu Beginn des laufenden Jahres in Wirksamkeit trat, be-

steht darin, daß nunmehr drei Abstufungen für die militärärztlichen Stipendien creirt wurden und das ganze Stipendienwesen eine neue Basis erhielt. Als erste Stufe wurden Stipendien von jährlich 480 K, und zwar schon vom ersten Semester an systemisirt; als zweite Stufe vom fünften Semester an jährlich 720 K und als dritte Stufe vom neunten Semester an bis zur Erlangung des Doctorgrades 1000 K jährlich. Angesichts der günstigen Resultate, welche diese Begünstigungen im Heere herbeigeführt haben, trägt sich das ungarische Landesvertheidigungs-Ministerium mit der Idee, eine analoge Reform des Stipendienwesens durchzuführen.

(Die Freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse) hält gelegentlich der Naturforscherversammlung in Hamburg ihre Generalversammlung ab. Auf der Tagesordnung stehen folgende Gegenstände: 1. „Ueber Einführung und Begutachtung neuer Arzneimittel“ (Ref. EULENBURG); 2. „Ueber das Recht der Replik und Duplik in der medicinischen Presse“ (Ref. EWALD); 3. M. MENDELSON: „Entspricht es den Grundsätzen der Collegialität, wenn beim Rücktritt des Redacteurs einer medicinischen Zeitschrift der neue Redacteur das Amt übernimmt, ohne sich mit dem alten in Verbindung zu setzen, respective die Gründe seines Ausscheidens zu erfragen?“; 4. H. LOHNSTEIN: „Ueber die gleichmäßige Bethheiligung der einzelnen medicinischen Zeitungen an der Publication der Ergebnisse von Sammelforschungen.“

(Medicinisches Museum.) In Paris wird demnächst ein neues medicinisches Museum eingerichtet werden. Sein eigentlicher Schöpfer ist der bekannte Hygieniker BROUARDEL, zur Zeit Decan der dortigen medicinischen Facultät. Auf seinen Antrag werden die drei Bibliotheksäle der Sorbonne dazu benützt werden, eine Uebersicht über die Geschichte der Heilkunde zu geben. Es werden daselbst zu sehen sein: Die Tagebücher der Leibärzte Ludwigs XIII. und Ludwigs XIV., die Erlässe der französischen Könige in medicinischen Angelegenheiten gegen wandernde Charlatane, Zauberer, Hexen und allerhand andere Heilkünstler, alle möglichen Schriften und Bücher, ferner Präparate, Salbentiegel, Behälter für Arzneien und chirurgische Instrumente aus alter Zeit. Eine besondere Sehenswürdigkeit wird eine Sammlung römischer geburtshilfflicher Instrumente darstellen, die man in Pompeji gefunden hat.

(Internationale Ausstellung für Seehygiene, Rettungswesen zur See und für Seefischerei.) Im Laufe des September l. J. findet in Ostende eine internationale Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen zur See und für Seefischerei statt. Anlässlich dieser Ausstellung wird in der Zeit vom 1. bis 5. September ein internationaler Congreß über die einschlägigen Fragen der Seehygiene, des Rettungswesens zur See und der Seefischerei abgehalten werden. Auf dem Congresse wie in der Ausstellung werden neben allen anderen in das Gebiet der Seehygiene einschlagenden Fragen auch die Mittel zur Bekämpfung der Seekrankheit besondere Berücksichtigung finden.

(Universitäts-Nachrichten.) Die Privatdocenten Dr. K. BRAUER (innere Medicin), Dr. F. PETERSEN (Chirurgie) und Dr. S. BETTMANN (Dermatologie) sind zu a. o. Professoren in Heidelberg ernannt worden.

(Ein ärztlicher Veteran.) Der Vater des Chirurgen Professor KOERTE, der geh. San.-Rath Dr. KOERTE in Berlin, feierte vor wenigen Tagen in geistiger und körperlicher Frische sein 60jähriges Doctor-Jubiläum.

(ADOLF FICK †.) In Blankenberghe, wo er zur Erholung von des Jahres Arbeit weilte, ist am 21. August der Würzburger Physiologe, Professor Dr. ADOLF FICK gestorben. Im Jahre 1829 zu Cassel geboren, studirte er in Marburg und Berlin, wurde 1851 zum Doctor promovirt, schon 1856 zum Professor der Physiologie in Zürich und 1868 zum Ordinarius des gleichen Faches in Würzburg ernannt. Wiewohl bereits vor zwei Jahren emeritirt, hat FICK an der Entwicklung der Disciplin, die ihm so reiche Förderung verdankt, bis an sein Lebensende regen Antheil genommen. Von seinen Hauptwerken seien erwähnt: „Die medicinische Physik“, „Compendium der Physiologie des Menschen mit Einschluß der Entwicklungsgeschichte“, „Lehrbuch der Anatomie und Physiologie der Sinnesorgane“, „Untersuchungen über Muskelarbeit“,

„Specielle Bewegungslehre“, „Dioptrik“, „Mechanische Arbeit und Wärmeentwicklung bei der Muskelthätigkeit“ u. v. a. m.

(Statistik.) Vom 18. bis inclusive 24. August 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 5921 Personen behandelt. Hievon wurden 1260 entlassen; 141 sind gestorben (10.06% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 32, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 22, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 7, Scharlach 43, Masern 47, Keuchhusten 16, Rothlauf 27, Wochenbettfieber 3, Rötheln —, Mumps —, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 568 Personen gestorben (— 1 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Berlin ist am 26. August der königlich preußische Generalstabsarzt Prof. Dr. v. COLER gestorben. Wir werden Anlaß nehmen, die Bedeutung dieses Mannes für das Militärsanitätswesen Deutschlands und für die Wissenschaft zu würdigen. — Gestorben sind ferner: In Gießen der Professor der Ohrenheilkunde Dr. H. STEINBRÜGGE, 70 Jahre alt; in Fiume der Secundararzt des dortigen Krankenhauses Dr. N. KOHEN durch eigene Hand; in Basel der Chemiker Dr. R. BINSCHEDLER im 58. Lebensjahre.

Im Commissionsverlage von Georg Szelinski, k. k. Universitäts-Buchhandlung in Wien, erschien soeben unter dem Titel „Unversum“ ein von Dr. K. POLLAK in Wien redigirtes Lexikon der Bade- und Curorte von Europa. Vorläufig liegt der erste Band Oesterreich vor. Derselbe bringt, nach Kronländern eingetheilt, in alphabetischer Anordnung sämtliche Bade- und Curorte Oesterreichs zur Darstellung.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- L. v. Schrötter, Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke. — M. 5.—.
- Josef Hyrtl, Der Schädel der Mödlinger Krypta (1877). Wien und Leipzig 1901, W. Braumüller. — K 2.—.
- Fritz Kerschbaumer, Malaria. Wien u. Leipzig 1901, W. Braumüller. — K 8.—.
- Ed. Dirmoser, Der Vomitus gravidarum perniciosus. Wien und Leipzig 1901, W. Braumüller. — K 1.20.
- Kocher und Quervain, Encyclopädie der gesammten Chirurgie. Lfg. 3—8, Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.
- P. Schliefferdecker, Indicationen und Contraindicationen des Radfahrens. Leipzig 1901, S. Hirzel. — M. 1.20.
- E. Graser, Grundlagen, Hilfsmittel und Erfolge der modernen Wundbehandlung. Erlangen und Leipzig 1901, A. Deichert. — M. 1.20.
- R. Heinz, Neuere Aufgaben der Pharmakologie. Erlangen und Leipzig 1901, A. Deichert. — M. 90.—.
- A. Gessner, Antiseptik oder Aseptik in der Geburtshilfe. Erlangen und Leipzig 1901, A. Deichert. — M. 80.—.
- A. v. Strümpell, Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht. Erlangen und Leipzig 1901, A. Deichert. — M. 1.—.
- G. Harser, Echinococcus multilocularis der Pleura und der Lunge. Erlangen und Leipzig 1901, A. Deichert. — M. 1.60.
- Fischer, Die Schwindsucht. Würzburg 1901, A. Ströber. — M. 70.—.
- Grube, Die diätetische und hygienische Behandlung der Zuckerkrankheit. Bonn 1901, Carl Georgi.
- Chantemesse et Podwysotsky, Les processus généraux. Paris 1901, C. Naud.
- W. Seiffer, Spinales Sensibilitätsschema für die Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten. Berlin 1901, A. Hirschwald.
- Haushalter, Etienne, Spillmann und Thiry, Cliniques médicales Monographiques. Fasc. I, Pl. 1 à 7. Paris, C. Naud.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der chem. Fabrik Knoll & Co in Ludwigshafen am Rhein über Jodoformogen. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der Einbanddecken sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speziellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzan — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Kenntniß der pellagrösen Augenerkrankungen. Von Dr. ISIDORO GAROFOLO, Primararzt der Augenabtheilung im allgemeinen Spital in Fiume. — Tuberkelbacillen in Fäden im klaren Urin. Von Dr. ALEXANDER CRĂCIUNESCU in Temesvar, Curarzt in Herculesbad. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** E. STADELMANN (Berlin): Ueber Entfettungscuren. — RADZIEJEWSKI (Berlin): Massage des Auges. — PAYR (Graz): Ueber conservative Operationen am Hoden und Nebenhoden (Sectionsschnitt des Hodens bei acuter Orchitis). — STEINHAUSEN: Ueber den Scapula-Periostreflex. — KAREW-SKY (Berlin): Zur Semiotik und Therapie der Appendicitis. — ADOLF STÖHR (Wien): Binoculare Figurenmischung und Pseudoskopie. — Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen (Prof. BRAUN). G. ENGELHARDT: Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen. — **Literarische Anzeigen.** Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden von Prof. Dr. RUDOLF v. JAKSCH. — Handbuch der Frauenkrankheiten. Von M. HOFMEIER, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Würzburg. — CARL WEDL's Pathologie der Zähne. 2. Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. v. METNITZ und Doc. Dr. v. WUNSCHHEIM. — Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges. Von Prof. Dr. R. GREFF. — **Feuilleton.** Die Humanität am Krankenbette. — **Kleine Mittheilungen.** Bismutose. — Zur chirurgischen Behandlung der Magendilatation. — Die Wirkung der Fleischbrühe und der F. 30 auf die Magensaftsecretion. — Heroin. — Subconjunctivale Injectionen bei entzündeten, schmerzhaften Augen. — Schmerzen nach Zahnextractionen. — Watteträger für den Larynx- und Nasopharynx. — Europhen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen des XIII. Internationalen medicinischen Congresses in Paris, 2.—9. August 1900. (Orig.-Ber.) XXXII. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Kenntniß der pellagrösen Augenerkrankungen.

Von **Dr. Isidoro Garofolo**, Primararzt der Augenabtheilung im allgemeinen Spital in Fiume.

Daß bei Pellagra sich in einem großen Procentsatze der Krankheitsfälle verschiedenartige Augenerkrankungen einstellen, wurde bisher von den Ophthalmologen als feststehend angenommen. Doch beschränkten sich die Erfahrungen hierüber fast ausschließlich auf zufällige Befunde bei Pellagrösen und nur von Seite mancher Irrenärzte, unter denen LOMBROSO¹⁾ in erster Linie zu nennen ist, wurden systematische Untersuchungen über das Vorkommen und die Frequenz von Augenveränderungen vorgenommen. Erst unmittelbar jetzt wurde durch exacte klinische und anatomische Untersuchungen an einem ausreichend großen Materiale von BIETTI²⁾ der Zusammenhang von Augenerkrankungen mit Pellagra näher erforscht. Unter 98 Fällen war der ophthalmoskopische Befund 68mal negativ, und unter den 30 abnormen Befunden ist nur einmal beiderseitige Opticusatrophie notirt, in den übrigen Fällen bestanden nur geringfügige Verfärbung, Trübung oder Gefäßveränderungen an der Sehnervenpapille eines oder beider Augen. Die einzige, ziemlich häufig, vorwiegend auch anatomisch beobachtete Erkrankung ist nach BIETTI eine Hornhaut- und Bindehauterkrankung, welche ein Analogon der pellagrösen Hauterkrankung darstellen soll.

¹⁾ LOMBROSO, Trattato profilattico e clinico della Pellagra. Torino, Fratelli Bona, 1892.

²⁾ BIETTI, Ueber Augenveränderungen bei Pellagra. „Monatsblätter für Augenheilkunde“, 1901, Mai-Juni-Heft.

Schwerere Augenerkrankungen, wie sie vorzüglich von LOMBROSO wiederholt beschrieben wurden, dürften somit jedenfalls selten im Gefolge von Pellagra vorkommen. Ein Unicum scheint der Fall zu sein, den ich vor Kurzem an meiner Augenabtheilung des hiesigen Stadtspitales beobachtet habe, in dem eine schwere beiderseitige Augenerkrankung vorlag, welche erst durch eine genaue Allgemeinuntersuchung als Theilerscheinung von Pellagra erkannt wurde.

Am 29. September 1900 wurde eine Frau namens Marie B. aus Kraljevica (Portoré), 28 Jahre alt, in unser Spital gebracht.

Sie erzählt, daß sie nie vorher krank war, von gesunden Eltern stamme, und daß in der Familie nie schwere Krankheiten vorgekommen seien, daß sie seit 8 Jahren verheiratet, 2 Kinder hatte, wovon eines mit 1½ Jahren an Rachitis starb, das zweite, welches ebenfalls an Rachitis litt, 6 Jahre alt und gesund ist. Menstruirte immer regelmäßig, ist Bäuerin und folglich fast immer im Freien beschäftigt. Das jetzige Uebel begann vor 1½ Monaten; anfangs heftige Kopfschmerzen, Röthung des ganzen Gesichtes, rasch zunehmende, schließlich hochgradige Vortreibung beider Bulbi.

Sie verlor den Appetit und fühlte eine allgemeine Schwäche. „Meine Angehörigen,“ so erzählte Patientin, „wollten mich nicht einmal ansehen, so erschreckten sie meine Augen“. Acht Tage nach Beginn der Krankheit bekam sie Ectropium beider Unterlider; die Schwäche nahm besonders an den unteren Extremitäten zu, sie verspürte in den Armen starkes Ameisenlaufen und begann am zehnten Tage zuerst mit dem linken und dann mit dem rechten Auge schlechter zu sehen. Da sie sich wegen allgemeiner Schwäche nicht mehr auf den Füßen erhalten konnte, mußte sie sich zu Bett begeben. Die Kopfschmerzen nahmen zu und von da an wurde sie Tag und Nacht von fortwährendem Erbrechen befallen, empfand starken Widerwillen gegen Nahrung; das Sehvermögen nahm continuirlich ab. Nachdem die Allgemeinsymptome größtentheils von

selbst verschwanden, der Exophthalmus und das Ectropium, sowie die Sehstörung jedoch noch andauerten, wurde sie am 29. September 1900 in unser Spital gebracht, damit sie operirt werden sollte.

Stat. praesens:

Pat. ist ziemlich kräftig gebaut, mäßig genährt, sehr blaß, vollkommen orientirt; nirgends Symptome von Lues bemerkbar, Brust und Bauchorgane, mit Ausnahme von einem leichten systolischen Geräusch (Anämie), nichts Abnormes. Klagt über starke Kopfschmerzen, über Ameisenlaufen an den oberen Extremitäten und allgemeine Schwäche, so daß sie es nicht wagt, aufzustehen. Bulbi beiderseits hochgradig vorgetrieben (der linke Augapfel noch mehr als der rechte), in leichter Divergenzstellung und vollkommen unbeweglich. Die oberen Lider sind stark ödematös, beim Versuche, nach oben zu blicken, und durch Frontaliscontraction werden sie etwas gehoben. Die unteren Lider sind durch die hochgradig geschwellte und geröthete Bindehaut der unteren Augapfelhälfte und unteren Uebergangsfalte nach außen umgerollt, so daß der äußere Lidwinkel unter dem mehr als 2 Cm. breiten und 4 Cm. langen Bindehautwulst verschwindet, ebenso der Lidrand der unteren Lider kaum sichtbar ist. Die freiliegende Bindehaut ist zum Theil mit Borken bedeckt, welche nicht fest anhaften. Hornhaut und vordere Kammer normal, die Pupillen circa 6 Mm. weit, auf Licht normal reagierend, Spannung normal. Eine genaue Spiegeluntersuchung durch die hochgradige Schwäche der Pat. unmöglich, ebenso eine genaue Sehprüfung. Es besteht kein Doppeltsehen.

Da auf den ersten Blick an einen basalen Tumor als Ursache des hochgradigen Exophthalmus gedacht werden konnte, wurde rhinoskopische Untersuchung vorgenommen, jedoch mit negativem Resultate. Dagegen zeigte die genauere Untersuchung des allgemeinen Zustandes der Kranken durch Dr. CATTI, Primararzt der internen Abtheilung, daß an der Dorsalseite beider Hände Excoriationen und Verdickungen vorhanden waren, die sofort den Verdacht auf Pellagra erweckten, insbesondere da Pat., über ihre Ernährung befragt, angab, daß sie sich hauptsächlich von Polenta nährte. Die Diagnose wird dadurch bekräftigt, daß aus der Gegend, wo Pat. gebürtig ist, schon einige unzweifelhafte Fälle von Pellagra sowohl in der hiesigen medicinischen Abtheilung, als auch im Irrenhause beobachtet wurden. Es war also schon per exclusionem und später ex juvantibus die Diagnose eine sichere.

Therapie: Solutio Fowleri, steigend bis 30 Tropfen täglich.

Das Allgemeinbefinden der Kranken besserte sich schon in den nächsten Tagen wesentlich und konnte am 2. October genauer ophthalmoskopischer Befund erhoben werden.

Rechts. Die Papille ist trüb, grauröthlich, wie mit einem Schleier bedeckt, der Rand kaum zu erkennen. Die umgebende Netzhaut ist in einer Breite von einigen Papillendiametern rings um die Papille wallartig vorgetrieben, grauweiß infiltrirt, undurchsichtig, concentrisch gestreift, die Blutgefäße stark geschlängelt, hochgradig, aber in normalem Verhältniß erweitert. Die Niveaudifferenz zwischen der größten Erhebung des Netzhautwalles und der Papillenfläche beträgt circa 3 Dioptrien. Die wallartige Erhebung der Netzhaut erinnert an das Bild einer partiellen Netzhautablösung, es besteht aber keinerlei Flottiren der wallartig vorstehenden Partie.

Der Augengrund außerhalb dieser ringförmigen Zone ist normal. Der Maculareflex ist nicht zu sehen. S. $\frac{5}{50}$, Gesichtsfeld, Farbenempfindung normal. Das linke Auge ist in jeder Beziehung gleichartig erkrankt. Die Beweglichkeit der Bulbi stellt sich schon nach einigen Tagen wieder her, bessert sich ebenso wie der Exophthalmus und alle übrigen Symptome zusehends. Am 20. October sind die Kopfschmerzen verschwunden, die Sehschärfe beträgt $\frac{5}{20}$, die Niveaudifferenz des Netzhautwalles um die Papille geringer, nur eine Dioptrie betragend, die Venen weniger stark erweitert. Am 31. October ist der Exophthalmus vollkommen geschwunden, die Bulbi frei beweglich, jedoch war die Augapfelbindehaut und Caruncula lacrymalis mit halbmondförmiger Falte noch stark geschwellt. Das untere Lid ist nicht mehr ektropionirt, läßt sich durch Heftpflasterstreifen leicht in normaler Stellung erhalten.

15. November. Rechts S. $\frac{6}{6}$, links $\frac{6}{7}$. Am linken Auge ist die Papille leicht vorragend, röther als normal, die umgebende

Netzhaut nur etwas weniger durchsichtig, sonst normal. Die Venen sind noch etwas geschlängelt. Am rechten Auge ist die Papille lateral blasser, am oberen, inneren Quadranten wie mit einem grauen Schleier bedeckt, so daß die Gefäße an dieser Stelle schwer zu sehen sind, keine Niveaudifferenz, das umgebende Netzhautgewebe nur noch mäßig trüb, Maculagegend normal. Aeußerlich an den Augen keinerlei abnormer Befund. Die Kranke wird am 30. November entlassen und stellt sich auf meinen Wunsch am 23. December bei mir vor. Sie ist mit ihrem Befinden vollkommen zufrieden. S. $\frac{6}{6}$ an beiden Augen, im Uebrigen der Befund wie am 30. November.

Der vorstehend beschriebene Fall beansprucht in mehrfacher Richtung einiges Interesse; zuerst bezüglich des hochgradigen Exophthalmus und der ihn begleitenden Symptome, Unbeweglichkeit der Bulbi, mechanisches Ectropium der Unterlider. Wir dürften in der Deutung dieses Befundes wohl kaum fehlgehen, wenn wir vorerst eine irgendwie geartete Entzündung, sei es des orbitalen Zellgewebes, sei es des Periostes, sei es der Tenonischen Kapsel, ausschließen.

Der überaus gutartige Verlauf spricht entschieden dagegen. Somit erübrigt nur die Annahme eines hochgradigen Oedemes des gesamten orbitalen Zellgewebes, das den Sehnerven wie die übrigen orbitalen Nervenstämmen durch Druck leitungsunfähig machte und so auch die mechanisch bedingte Bewegungsstörung der Augäpfel, sowie die Sehstörung erzeugte. Letztere war jedenfalls auch intraoculär durch die eigenthümliche Netzhauterkrankung mitbedingt, welche nun besprochen werden soll. Der ophthalmoskopische Befund meines Falles ist ein derartig eigenartiger, wie er bisher niemals beschrieben worden ist, und begegnet eine Deutung desselben daher gewissen Schwierigkeiten. Vorerst mußte die Frage beantwortet werden, wo der eigentliche Sitz der Veränderung war.

Handelte es sich um eine circumpapilläre Infiltration der Retina, oder der Chorioidea, oder war der ophthalmoskopische Befund andersartig bedingt? Die völlig freie Sichtbarkeit der Netzhautgefäße, die venöse Stauung und arterielle Hyperämie war wohl durch die pralle Infiltration des orbitalen Zellgewebes, respective Compression der Centralvene bedingt; dann die scharfe Grenze gegen die tief eingezogene Papille lassen sicher eine Infiltration der Netzhaut selbst ausschließen. Ein seröser Erguß zwischen Netzhaut und Chorioidea, woran der Befund durch seine Aehnlichkeit mit circumscripiter Netzhautablösung, durch die grauliche Färbung mahnte, ist deshalb nicht sicher anzunehmen, da die Art der Sehstörungen, das freie Gesichtsfeld, das Fehlen von Pigmentepithelveränderungen nach dem Schwinden der Erscheinung nicht gut damit vereinbar sind. Ebenso wenig plausibel ist eine Chorioidealinfiltration, da gerade hier die infiltrirende Flüssigkeit — es muß sich wohl analog wie bei dem Orbitalproceß um Oedem gehandelt haben — sich diffuser verbreitet hätte und unbedingt Pigmentepithelveränderungen hätte erzeugen müssen. Also keine dieser Möglichkeiten erscheint mir sehr wahrscheinlich, wengleich besonders die zweite — seröser Erguß zwischen Chorioidea und Netzhaut — sich auch durchaus nicht sicher ausschließen läßt.

Die seltsame Form des Netzhautwalles, die tiefe relative Einziehung der Papille, das rasche Schwinden mit dem Rückgehen des Exophthalmus, ließe auch eine andere Erklärung zu, daß die intraoculäre Veränderung extraoculär bedingt war. So wie bei retrobulbären Tumoren mitunter das Andrängen des Tumors sich durch eine circumscripote Einbuchtung der Sklera, ophthalmoskopisch einer Netzhautablösung gleichend, manifestirt, so könnte hier die pralle Infiltration des retrobulbären Zellgewebes die Sklera rings um den Sehnerven eingedrückt haben, während der Sehnervenkopf, selbst infolge des hochgradigen Exophthalmus gespannt, relativ eingezogen blieb. Die Faltenbildung der Netzhaut, die consecutive, durch Druck bedingte Trübung würden damit gut vereinbar sein. Diese Annahme würde auch am leichtesten das

rasche und spurlose Verschwinden des circumpapillären Netzhautwalles erklären.

Zum Schlusse will ich noch bemerken, daß bei der Seltenheit schwerer Augenveränderungen bei der Pellagra, in der Literatur ein gleicher Befund nicht vorliegt. Es sei mir hier gestattet, über zwei von LOMBROSO in dem oben genannten Werke mit Augensymptomen beschriebene Pellagrafälle kurz zu berichten. S. 225. Frau M. G., Arbeiterin, 40 Jahre alt, erkrankte, nachdem sie schon durch 5 Monate an maniakalischer Pellagra litt und auf Arsenik vollkommen genesen war, kurz darauf wieder, diesmal aber mit Ptoſis palp. dextrae, Exophthalmus, Myosis, profusen Diarrhoen, Paresen der Muskeln der unteren Extremitäten und der Harnblase, Fieber und hochgradigem Durste. 4 Tage nachher Convulsionen, Trübung der linken Hornhaut, Coma und Tod. S. 295. Bei C., 50 Jahre alt, Bauer, begann die Krankheit mit Schwäche an der linken unteren Extremität, ein Jahr nachher Verfolgungswahn; während eines Wuthanfalles wirft er sich ins Wasser, aus dem er gerettet und ins Spital gebracht wird. Das rechte Auge niedriger und vorgetrieben. Nach Verbrauch von fast 1 Grm. Arsenik wird er geheilt entlassen.

Aus BIETTI's ausführlicher Arbeit ist zu entnehmen, daß Oedem und venöse Stauung an der Sehnervenpapille wiederholt beschrieben sind; ein dem meinen ganz gleichartiger Fall dagegen ist bisher nicht beschrieben worden.

Ich fühle mich verpflichtet, meinem lieben Freunde Prof. ELSCHNIG in Wien für das Interesse, das er der vorliegenden Arbeit entgegenbrachte, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Tuberkelbacillen in Fäden im klaren Urin.

Von **Dr. Alexander Crăciunescu** in Temesvar, Curarzt in Herculesbad.

In diagnostischer und prognostischer Beziehung dürfte nachstehender Fall von besonderem Interesse sein; handelt es sich ja um die Frühdiagnose einer tuberculösen Affection des Urogenitalapparates bei Fehlen fast aller subjectiven und objectiven Symptome.

Den Befund theilte ich in Kürze Herrn Prof. Dr. FINGER mit, als einem hervorragenden Kenner der Fachliteratur, und bekam die Antwort: „Ein Befund von Tuberkelbacillen in Fäden im klaren Harn als erstes Symptom beginnender Tuberculose ist bisher nicht bekannt, und wäre der Fall wohl der Publication werth.“

Der Fall ist folgender:

J. Z., ein 37jähriger Mann von gutem Aussehen, consultirte mich am 9. Januar 1901 wegen „Schmerzen in der Nierengegend“ und sprach die Befürchtung aus, er sei etwa nierenkrank.

Anamnese: Eltern leben und sind vollkommen gesund, ebenso ein 27jähriger Bruder und eine 18jährige Schwester. Pat. ist seit 3 Jahren verheiratet, kinderlos. Abgesehen von Kinderkrankheiten in frühester Jugend und einer complicirten Fractur der linken Tibia im 9. Lebensjahre — die ohne Verkürzung des Beines heilte — war Pat. bis December 1896 vollkommen gesund. Zu dieser Zeit spürte er nach einer heftigen Drehbewegung mit dem Rumpfe Schmerzen und Stechen in der Wirbelsäule. Circa 8 Tage nach dieser Bewegung trat ein erbsengroßer Knoten links von der Lendenwirbelsäule auf, der bis Februar 1897 zur Faustgröße heranwuchs. Zugleich traten im linken Oberschenkel bei langem Gehen oder Stehen dumpfe Schmerzen auf. Pat. ließ sich im hiesigen Krankenhause aufnehmen. Aus der Krankengeschichte, die mir, dank der Zuvorkommenheit des derzeitigen Spitaldirectors Herrn Dr. G. LICHTSCHEINDL, zur Verfügung gestellt wurde, entnahm ich, daß Pat. am 9. Februar 1897 mit „Abscessus frigidus in regione ossis ilci“ aufgenommen war. Es wurde in Narkose die zur linken Seite der Wirbelsäule befindliche Geschwulst incidirt, ebenso eine fluctuirende Stelle oberhalb des POUPART'schen Bandes,

woraus circa 1000 Ccm. grünlich-gelben, übelriechenden Eiters floß. Bei der letzteren Incision wurde die Bauchhöhle eröffnet und das Netz kam zum Vorfalle. Das Netz wurde reponirt und Pat. nach 3monatlichem Spitalsaufenthalte am 8. Mai 1897 „gebessert“ entlassen. Während seiner Behandlung wurde cavernöses Athmen constatirt und reichlich Kreosotpillen verabreicht.

Sputumbefund und bacteriologischer Befund des entleerten Eiters leider nicht verzeichnet. Seit Eröffnung der Abscesse ist eine Fistelöffnung in der linken Lumbalgegend und eine zweite oberhalb der Mitte des linken POUPART'schen Bandes zurückgeblieben, aus welchen zeitweise Eiter quillt. — 3 Monate nach der Spitalsentlassung heiratete der Kranke.

Die früher gesunde Frau soll jetzt an heftigem Brustschmerz, Husten und weißem Fluß leiden. Pat. selbst spürt in der letzten Zeit, bei gutem Appetit und befriedigendem Ernährungszustande, Schmerzen in der „Nierengegend“, weshalb er ärztlichen Rath sucht. Lues, Gonorrhoe negirt.

Status praesens. 9. Januar 1901. Mittelhoher, blonder Pat. von gesunder Gesichtsfarbe. Knochenbau und Musculatur schwächlich, ebenso der Fettpolster. Puls 76, Temp. 36.8. Am Kopfe und Hals nichts Pathologisches. Thorax mäßig gewölbt. Percutorisch nichts nachweisbar, beide Lungen respiratorisch gut verschieblich. Auscultation ergibt über beiden Lungenspitzen rauhes In- und Exspirium, im rechten Mittellappen hier und da Giemen. Es besteht trockener Husten, kein Auswurf, Herzgrenzen normal, zweiter Pulmonalton leicht accentuirt. In abdomine nichts Pathologisches. Parallel dem POUPART'schen Bande ist links in der Leistenfalte eine lineare Narbe, an deren oberem Ende eine Fistelöffnung. Der Fistelcanal führt hinauf gegen das Darmbein. Zur linken Seite des ersten Lendenwirbels ist ebenfalls eine lineare Narbe von 5 Cm. Länge, am unteren Ende derselben eine enge Fistelöffnung. Durch Druck auf die Umgebung entleert sich aus beiden Fistelöffnungen seröser Eiter, welcher bloß Eiterzellen und keine Mikroorganismen enthält. Auf Druck ist die Wirbelsäule empfindlich, besonders im Lendentheil. Penis, Hoden, Nebenhoden normal, nicht verdickt, ebenso ergibt die Rectaluntersuchung normale Verhältnisse.

Harnuntersuchung. 9. Januar 1901. Blasenentleerung normal. Der Harn ist vollkommen klar und enthält einige $\frac{1}{2}$ bis 2 Cm. lange Fäden. Reaction schwach sauer. Spec. Gew. 1016. Kein Albumen, wenig Zucker.

Die mikroskopische Untersuchung der Fäden nach Färbung mit alkoholischer Fuchsinlösung ergibt: Eiterkörperchen, Detritus, Schleim, zahlreiche Streptokokken und Staphylokokken, Diplokokken, theils frei, theils auf Epithelien; außerdem reichlich schlanke, leicht gekrümmte Stäbchenbacillen, theils im Zelldetritus, theils auf cylindrischen und rhombischen Plattenepithelien. Keine Gonokokken.

Die Färbung nach ZIEHL und NEELSEN, sowie auch die nach WEICHELBAUM ließ die Stäbchenbacillen als Tuberkelbacillen erkennen.

Am 18. Januar und 12. Februar ergab die mikroskopische Untersuchung der Fäden dasselbe Resultat. Subjectives Wohlbefinden.

Am 26. Februar — also 5 Wochen nach der ersten Harnuntersuchung — berichtet Pat., daß er sonst keine Beschwerden habe, und daß er bloß gleich beim Beginne des Harnlassens großen Drang spüre, ferner ein „Ziehen“ im linken Hoden. Objectiv ist Druckempfindlichkeit nachweisbar, sowohl im linken Hoden als im Nebenhoden. Darkauer Jodsalzbäder.

Am 10. März ist die Anzahl der Fäden eine größere. Nebenhoden verdickt. Pat. klagt über ein dumpfes Schmerzgefühl in der linken Hodensackhälfte.

Am 25. März gibt Pat. an, daß er nach dem Gebrauche der verordneten Salbe (Ka. jod. 10%) viel weniger Schmerzen empfinde, jedoch ist objectiv eine Verdickung des linken Hodens und Nebenhodens wahrnehmbar. Nebst roborirender Diät wird dem Pat. bis zu seinem demnächst zu erfolgenden Darkauer Curgebrauche angerathen, die Sitzbäder und Salbe fortzugebrauchen.

Wenn wir zur Besprechung dieses Falles schreiten, so ist es klar, daß es sich um eine Affection der Nieren, Ureteren und Blase keineswegs handeln kann, ist ja der Harnbefund dagegen sprechend. Der Umstand, daß Pat. anfangs gar keine Beschwerden — von Seite des Urogenitaltractes — hatte, und daß erst 5—6 Wochen nach der ersten Untersuchung Harndrang und Ziehen im Hoden bei klarem Harn und Vorhandensein von Fäden, sich einstellen, läßt den Befund dahin deuten, daß es sich hier um einen Proceß handelt, der von der Pars membranacea urethrae gegen die Pars prostatica schreitet und nun auf den Ductus ejaculatorius übergegriffen hat. Der bacteriologische Befund endlich spricht deutlich für eine tuberculöse Erkrankung. Wir haben es hier also mit einer seltenen Localisation der Tuberculose zu thun, mit Harnröhrentuberculose, zugleich ist aber eine Mischinfection nicht auszuschließen. Ich bin weit davon entfernt, die hier erwähnte Localisation und die Fäden als erstes Symptom beginnender Allgemeintuberculose deuten zu wollen, denn, obzwar in der erwähnten Spitalskrankengeschichte von Tuberkelbacillen keine Rede ist, so ist es doch höchst wahrscheinlich, daß die eröffneten Abscesse tuberculösen Ursprungs waren; auch war der auscultatorische Lungenbefund ein dementsprechender: wohl aber möchte ich den Befund als erstes Symptom beginnender Urogenitaltuberculose deuten. Ob nun die anderen Mikroorganismen von außen in die Harnröhre gedrungen sind oder aber auf dem Wege der Lymphbahnen — etwa von der Tiefe der Fisteln — ist eine offene Frage.

Microbacterium smegmatis (Smegmabacillen) ist auszuschließen; zwar sind keine Culturen angelegt und keine Impfersuche gemacht worden, doch beweist es das mikroskopische und tinctorielle Verhalten. Es wurden die Präparate mit Carbofuchsin in der Hitze gefärbt, sodann mit gesättigter alkoholischer Methylenblaulösung behandelt (Methode von WEICHELBAUM), dabei kein einziges blaues Stäbchen (*Smegmabacillus*) gefunden, sondern — außer den zahlreichen Kokken, die blau tingirt waren — roth gefärbte Stäbchen (Tuberkelbacillen).¹⁾

Zur Differentialdiagnose wurden außerdem Objecte nach der ZIEHL-NEELSEN'schen Methode angefertigt. Die auf das Deckgläschen gebrachten und getrockneten Präparate wurden in einer Mischung von 90 Theilen einer 5%igen Carbollösung und 10 Theilen concentrirter alkoholischer Fuchsinlösung erwärmt, sodann kurz in Wasser abgespült und für einige Sekunden in eine 33%ige Salpetersäurelösung eingetaucht, bis sie, wieder tüchtig in Wasser abgespült, noch einen ganz schwachen röthlichen Schimmer zeigten, sodann in wässriger Methylenblaulösung nachgefärbt.

Diese Präparate wurden mit denen nach WEICHELBAUM verglichen und keine blauen, sondern stets nur rothe Stäbchen — typische Tuberkelbacillen — gefunden.

Da es sich hier um Localisation der Tuberculose in der Harnröhre eines verheirateten Mannes handelt, so will ich es nicht unerwähnt lassen, daß hier eine Infection per coitum nicht ausgeschlossen werden kann. Des Patienten früher vollkommen gesunde Frau ist seit der Ehe herabgekommen, steril, hat angeblich Fluor albus, Brustschmerzen und Husten. Da sie bis nun von einer ärztlichen Behandlung absieht, konnte ich den sonst lehrreichen Fall nicht weiter verfolgen.

Was die Therapie dieses Falles anbetrifft, so war und bleibt sie eine medicamentöse. Kreosot, Solveol, Darkauer Jodsaltbäder und roborirende Diät.

Daß diesem Falle vom diagnostischen Standpunkte eine große Bedeutung zugeschrieben werden muß, geht aus dem Umstande hervor, daß leider allzuoft bei Anwesenheit von „Tripperfäden“ eine genaue bacteriologische Untersuchung unterlassen wird und der vielbeschäftigte Praktiker eher geneigt ist, eine „absichtlich verschwiegene chronische Gonorrhoe“

¹⁾ S. GRETHE, „Fortschr. d. Med.“, 1896, Nr. 9.

zu diagnosticiren und selbe zu behandeln, respective zu mißhandeln, als an eine so schwere Erkrankung des Urogenitalsystems zu denken und das schablonenmäßige Behandeln zu unterlassen.

Daß dieser Fall auch von prognostischem Standpunkte von Wichtigkeit ist, beweist der Umstand, daß ähnliche Fälle für den Praktiker ein „Noli me tangere“ sind oder ob der tristen Prognose sein sollten; denn gewöhnlich haben derartige afficirte Kranke anfangs wenig oder, wie in diesem Falle, gar keine localen Beschwerden und wollen, solange der Proceß in der Urethra abläuft, von operativen Eingriffen nichts wissen; hat der Proceß aber auf den Ductus ejaculatorius, Samenstrang etc. übergegriffen, dann ist es zu spät.

Wenn wir den VIERORDT'schen Satz dahin ändern: „Jedes eiterige Harnsediment, jeder Faden, selbst bei einem sich lange hinziehenden „Tripper“, muß auch auf Tuberkelbacillen untersucht werden“, dann werden in Zukunft gar manche Fälle von Harnröhrentuberculose im frühesten Stadium erkannt und gar manche arge Verlegenheiten vermieden werden.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Aetiologie.

Sucht man die Aetiologie des Zustandes im einzelnen Falle zu erforschen, so muß man zunächst die Ursache des Anfalles streng von der des ganzen Processes trennen, beide fallen manchmal, meist aber nicht zusammen. Erst bei Erkenntniß der wahren Entstehungsgeschichte kommt man oft zu therapeutischen resp. prophylaktischen Erfolgen, wie folgender Fall zeigt.

Fall I. St., Kaufmann, 26 Jahre, tritt Januar 1899 in meine Behandlung. Der früher stets gesunde, nur etwas leicht erregbare Mann erkrankte zur angegebenen Zeit ziemlich plötzlich, angeblich nach Genuß einer schweren Cigarre, an heftiger Congestion nach dem Kopfe; der hämmernde Kopfschmerz wurde noch durch enormes Angstgefühl überboten; die Carotiden klopften subjectiv und objectiv übermäßig stark, die Gesichtshaut war roth, heiß, mit Schweiß bedeckt, der Augenhintergrund hyperämisch. Erst nach 24 Stunden trat Beruhigung ein. Einige Tage später gelang es mir in meiner Sprechstunde, einen Anfall leichter Art durch Rauchen einer schweren Cigarre zu provociren. Trotz Rauchverbotes wiederholte sich der Zustand, bald nach der leichtesten Magenverstimmung, bald nach Obstipation, bald nach Aerger in den nächsten Monaten noch öfter, meist schwächer und von kürzerer Dauer als das erstemal, gelegentlich aber in alter Stärke. Im Ganzen besserte sich das Befinden, aber erst im October trat völliges Ausbleiben auch der leichtesten Attaquen ein. Es ergab sich, daß die Frau des Patienten, mit der er seit Ende 1898 verheiratet war, sich im hochschwangeren Zustande befand, so daß jeder geschlechtliche Verkehr aufhörte. Erst jetzt war es aus dem Patienten herauszubekommen, daß er geschlechtlich stets wenig leistungsfähig gewesen, von seiner jungen Frau aber zu für ihn übermäßigem geschlechtlichen Verkehr gereizt worden sei. Die congestiven Anfälle traten übrigens nicht im directen Anschluß an den Coitus ein, sondern auf die oben erwähnten Reize hin. Patient blieb völlig beschwerdefrei, bis nach dem Wochenbette der geschlechtliche Verkehr wieder aufgenommen wurde. Die neuen heftigen Congestionen, die mit Herzklopfen verbunden waren, nöthigten schließlich dazu, denselben auf ein Minimum einzuschränken. Seitdem ist Patient im wesentlichen geheilt.

Ich habe den Fall angeführt, weil hier die Gelegenheitsursachen (Tabak, Magenverstimmung, Verstopfung, ge-

schäftliche Aufregungen) von dem eigentlichen ursächlichen Moment, der geschlechtlichen Erregung, scharf geschieden waren. Es ist dies natürlich nicht immer der Fall, meist stellt wenigstens das letztere auch eine der häufigsten auslösenden Schädigungen dar.

Noch in anderer Hinsicht wird der Fall interessant, wenn wir einen Blick auf die Familiengeschichte des Kranken werfen. Der Vater des Kranken starb im Alter von 46 Jahren an „Herzverkalkung“, die Mutter und eine Schwester desselben leiden an ausgeprägter Hysterie. Es trug also dieser Patient den Keim in sich zu jenen Schwächezuständen, um einen möglichst allgemeinen Ausdruck zu gebrauchen, welche bei der Pathogenese der vasomotorischen Ataxie eine sehr bedeutende Rolle spielen, der Schwäche des Nervensystems und des Circulationsapparates.

Sehr häufig tritt die vasomotorische Ataxie auf dem Boden allgemeiner Neurasthenie, Nervosität, Hysterie auf. Für das Verhältniß dieser allgemeinen Neurosen zu obiger Erkrankung gilt dasselbe, was über ihr Verhältniß zu sonstigen auf ein Organ, respective Organsystem beschränkten Neurosen gilt. Manchmal tritt nur ein oder das andere Gefäßsymptom ganz untergeordnet in einem complicirteren Bilde auf, manchmal kann man diese Phänomene als wichtige Theilerscheinungen jener Zustände betrachten. Zuweilen aber überwiegt die Affection des Gefäßapparates derart, daß man von einer eigenen Erkrankungsform sprechen kann, besonders wenn auch noch unter den sonstigen nervösen Symptomen nur ganz besondere, z. B. secretorische, vorhanden sind, deren engen Zusammenhang mit jener wir noch beleuchten werden. Endlich ist die Zahl der Kranken nicht ganz gering, wo neben den vasomotorischen Phänomenen gar keine oder höchstens so geringe nervöse Störungen einhergehen, wie wir sie fast bei jedem Culturmenschen schließlich herausbekommen können.

Die Pathogenese jener allgemeinen Neurosen habe ich natürlich hier nicht zu besprechen. Nur bezüglich der hereditären Beanlagung möchte ich über zwei auffällige Beobachtungsreihen berichten, wo, bei auch sonst in der Familie verbreiteter nervöser Disposition, gerade eine Generation besonders mit höchst lästigen Gefäßsymptomen behaftet war, während Eltern und Kinder derselben solche Zeichen nicht darbieten: als wenn gerade eine ganz besondere Mischung diese Geschwister zu solchen Störungen disponirt hätte.

Auch der Gefäßapparat als solcher zeigt bei unseren Kranken mancherlei bemerkenswerthe allgemeine Züge. In der Familie der Kranken läßt sich Neigung zu Herzerkrankungen und besonders zu frühzeitiger Arteriosclerose nachweisen. Die geringe Entwicklung des Hautgefäßsystems, welche eigenthümliche Blässe bei gutem Hämoglobingehalt des Blutes bedingt, die Neigung zu Gefäß-, vor allem Venenerweiterungen, das recht häufige Auftreten von Gefäßgeschwülsten aller Art zeugen ebenfalls von einer allgemeinen ungünstigen Beanlagung des ganzen Apparates. Eben dahin läßt sich vielleicht zum Theil die Neigung zu allerlei Blutungen rechnen, auf die ich noch zurückkomme.

Zuweilen liegen auch andere constitutionelle Erkrankungen vor, ohne daß sich meist mehr als die Coincidenz constatiren ließe. Zwar die gichtische Beanlagung, von der SOLIS-COHEN spricht, fand ich bei meinen Kranken nicht in nennenswerther Weise vertreten, ebensowenig Zuckerleiden ernsterer Art. Aber Fettleibigkeit einerseits, andererseits mäßige, jedoch hartnäckige Anämie, manchmal beide vereint, sah ich sehr oft mit nervösen Kreislaufstörungen vereint.

Auffällig war mir die häufige Verbindung von rheumatischen Affectionen, insbesondere auch schweren Gelenkrheumatismen, mit diesen nervösen Gefäßsymptomen. Ich behalte mir vor, in einer späteren Arbeit über den Rheumatismus auf diesen Zusammenhang zurückzukommen.

Bei Betrachtung der speciellen ätiologischen Momente können wir uns an diejenigen Reize halten, welche schon normaler Weise den Gefäßapparat zu veränderter Einstellung

veranlassen; in der That stellen wohl überaus häufige und starke Schwankungen des Gefäßkalibers durch irgend einen zu oft oder zu energisch wirkenden Reiz diejenige Schädigung dar, welche bei vorhandener Anlage am leichtesten zu einer abnormen Labilität, zu einer Ueberempfindlichkeit der zu sehr in Anspruch genommenen peripheren und centralen Mechanismen führt.

Die Blutfüllung eines Körpertheils hängt bekanntlich in sehr hohem Grade von seiner Thätigkeit ab, die gerade bei den wichtigsten Organen ganz evident — bei den anderen weniger auffällig, aber darum wohl nicht minder sicher — intermittirend ist. Wird ein Organ gezwungen, übermäßig häufig Schwankungen seiner Function durchzumachen, oder wird es, was ebenso oft vorkommt, durch dieselbe über Gebühr lange im Zustande starker Hyperämie erhalten, so entwickelt sich leicht eine derartige Uebererregbarkeit. Natürlich bleiben bei der Störung eines großen und wichtigen Gefäßgebietes die anderen infolge ihrer sympathischen oder antagonistischen Beziehungen nicht lange unbetheiligt, die Uebererregbarkeit strahlt nach den verschiedensten Seiten aus.

Hierher gehören in erster Reihe Leute, welche sehr intensiv und anhaltend geistig arbeiten; ich habe Gelegenheit gehabt, bei hervorragenden Gelehrten derartige Zustände zu beobachten, bei welchen die Kopfgefäße zuerst und am stärksten ergriffen waren. Ferner erwähne ich die Liebhaber zu reichlicher, häufiger und gewürzter Mahlzeiten und alkohorreicher Getränke, bei welchen die Unterleibsorgane zu häufige und andauernde Congestionen erleiden, — neben vielen anderen Störungen können sie auch eine nervöse, periodische Form von Plethora abdominalis (s. u.) acquiriren. Männer, welche geschlechtlich über das Maß ihrer individuellen Leistungsfähigkeit, in natürlicher oder unnatürlicher Weise, hinausgehen, wo ja stets weite Gebiete des Gefäßsystems in Erregung gerathen, zeigen entsprechende Störungen; hier allerdings spielt das gleich zu erörternde affective Moment eine große Rolle. Auch nach einer sehr energischen, lange fortgesetzten Schwitzcur habe ich eine derartige, glücklicherweise vorübergehende Empfindlichkeit des peripheren Kreislaufapparates beobachtet. Endlich möchte ich hier Fälle anreihen, wo nach Wassercuren mit häufigem Wechsel der Temperaturen ähnliches auftrat; das häufige Schwanken der Gefäßfüllung spielt dabei wohl sicher eine große Rolle; außerdem aber kommen hier sensible Reize hinzu, deren reflectorische Wirkung auf die verschiedenen Gefäßprovinzen nicht aufs genaueste zu bestimmen ist.

Ein zweites Moment, welches schon normaler Weise auf den Gefäßapparat sehr wirkt, stellen die Affecte dar; das Erröthen vor Scham, das Erblassen vor Furcht, die wechselnde Gefäßfüllung im Zorn und so manche andere derartige Erscheinungen haben ja fast zuerst die relative Unabhängigkeit der einzelnen Kreislaufgebiete demonstriert. In der größten Zahl meiner Fälle und besonders auch der hartnäckigsten unter ihnen ließ sich bei genauer psychischer Analyse zeigen, daß gerade ein sehr tiefes Gemüthsleben, ein sehr intensives innerliches Verarbeiten monate- oder jahrelang depressiv wirkender äußerer Einflüsse — deren Bedeutung ja objectiv sehr verschieden bewerthet werden konnte — das eigentliche veranlassende Moment oft sehr auffälliger Störungen in der Blutbewegung darstellte. Auch ein einmaliger psychischer Shok schien manchmal ausschlaggebend; doch glaube ich, daß die nachträgliche Beschäftigung mit demselben meist die Hauptschuld trug.

Ins Capitel der Affecte gehört auch das secundäre Auftreten vasomotorischer Erscheinungen bei allen mit Angst verbundenen Krankheitszuständen (Psychosen, Herzkranken), sowie bei jenen Unglücklichen, welche durch die Furcht vor einem sich entwickelnden Leiden in ein ebenso schlimmes hineingerathen. Von letzteren begegnen wohl am häufigsten diejenigen, welche Syphilisfolgen, Gonorrhoe oder Impotenz fürchten.

Beide geschilderten Momente im Verein, Schwankungen im Blutgehalt, durch wechselnde Function bedingt, und intensive Affecte, bedingen es hauptsächlich, daß geschlechtliche Vorgänge eine bedeutende Rolle in der Aetiologie der vasomotorischen Ataxie spielen.

Das Erwachen des Geschlechtslebens beim Knaben wie beim Mädchen stellt schon in einem Lebensalter, wo diese Erkrankung sonst nicht allzu häufig ist, bei empfindlichen Individuen einen Reiz dar, der zu recht unangenehmen, meist aber glücklicherweise vorübergehenden Kreislaufstörungen führen kann. Viel maligner sind Ueberreizungen des männlichen Genitalapparates auf natürlichem oder unnatürlichem Wege. Doch zeigt sich hier gerade am deutlichsten die Verschiedenheit der Beanlagung; denn es ist erstaunlich, welche Excesse viele Personen, selbst Kinder, lange Zeit oder dauernd ertragen, während andere bald erkranken. Auch muß man für die Beurtheilung nie vergessen, daß der Geschlechtsact oft nur eine, dem Patienten sehr merkbare Gelegenheitsursache für den Anfall darstellt, während das Leiden selbst auf ganz anderen Grundlagen beruht.

Beim Weibe scheinen merkwürdigerweise geschlechtliche Excesse viel seltener eine derartige Rolle zu spielen; bei ihnen wirken andere genitale Vorgänge auf den Kreislauf. Abgesehen von der allgemeinen Erhöhung der nervösen Erregbarkeit, welche die Genitalerkrankungen der Weiber so oft erzeugen, sind es alle Zustände, bei welchen der regelmäßige Turnus der Menses gestört ist, die in Frage kommen; sei es, daß die Regel zu häufig und anhaltend auftritt, sei es, daß sie (ohne Mangel an Material, wie er bei erschöpfenden Krankheiten vorliegt) ausbleibt. In ersterer Beziehung erinnere ich an die Myome, auf deren recht complicirten Zusammenhang mit Gefäßneurosen ich noch zurückkomme; oft ist übrigens die Menstruationsstörung Ausdruck, nicht Ursache der Erkrankung. Unter den Amenorrhoeen habe ich circulatorische Störungen beobachtet bei der „essentiellen“, sonst nicht erklärlichen Form, bei Fettleibigkeit, bei Diabetes, vor Allem bei künstlich erzeugtem oder regulär eintretendem Klimacterium. Die Frauen in kritischen Jahren stellen zweifellos ein nicht unbedeutendes Contingent unter unseren Kranken. Doch kommt bei den zahlreichen Beschwerden gerade der letzteren Kategorie noch manches in Betracht, was mit einer nervösen Störung des Kreislaufsapparates nichts zu thun hat: die Plethora durch Fortfall der Blutung, qualitative Blutveränderungen (durch Fortfall eines sogenannten inneren Secrets der Eierstöcke), endlich gewisse Reflexvorgänge. Die Fälle liegen also recht complicirt.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

E. STADELMANN (Berlin): Ueber Entfettungscuren.

Für die Principien einer Entfettungscure stellt St. folgende leitenden Sätze auf („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 25):

Jede Entfettungscure ist eine Unterernährung.

Die Art und Weise, auf welche man diese Unterernährung erzielt, ist im Principe gleichgiltig.

Ein jeder Fall muß für sich studirt und individuell behandelt werden; eine bestimmte Vorschrift kann nicht als für alle Fälle geeignet bezeichnet werden.

Wir sind vollkommen in der Lage, auf Grund der Eigentümlichkeiten und Angewohnheiten unserer Kranken, ihrer Bedürfnisse, ihrer Wünsche etc. die Cure in dem Einzelfalle zu modificiren und dann bald mehr Fett, bald mehr Kohlehydrate, bald mehr Eiweißsubstanzen zu verabreichen.

Jede Entfettungscure ist ein schwerer Eingriff, der nur unter strengster ärztlicher Aufsicht vorgenommen werden darf.

Neben der Unterernährung kommen die übrigen therapeutischen Maßnahmen erst in zweiter und dritter Linie in Betracht.

Ausgenommen hievon sind körperliche Bewegung, eventuell auch Massage.

Speciell die Verwendung von Thyreoideapräparaten ist gefährlich, bedarf strenger ärztlicher Beaufsichtigung und erscheint durchaus überflüssig; denn man erreicht die gewünschten Resultate in ungefährlicherer Weise stets auch auf anderem Wege. B.

RADZIEJEWSKI (Berlin): Massage des Auges.

R. bespricht alle Möglichkeiten, bei denen Massage des Auges in Frage kommt („Monatschr. f. orthop. Chir. u. phys. Heilmethoden“, 1901, Nr. 1). Die Methode ist sehr einfach. Je nachdem ob nur die Lider und Orbita oder der Augapfel selbst massirt werden sollen, wird die betreffende Salbe, die man für den speciellen Zweck verwenden will, direct mit dem Finger auf die Haut und Lidränder oder mit einem glatten runden Glasstab zwischen die Lider gebracht und verrieben. Im letzteren Falle pflegen infolge von Reflexwirkung die Lider sofort die Salbe vom Glasstab abzustreifen. Darauf massirt man am besten mit dem Muskelwulst der oberen Daumenphalanx in leicht rotirenden Bewegungen das obere, respective untere Lid durch $\frac{1}{2}$ —1 Minute, während man die Hand mit den übrigen 4 Fingern auf den Kopf des Pat. stützt, damit man keinen zu starken Druck gegen das Augeninnere ausübt. Die physiologische Wirkung der Massage zielt auf einen mechanischen Reiz der Circulation theils durch Zerreibung und Vertheilung übermäßig angesammelter und hemmender pathologischer Producte, theils durch Anregung der Resorption derselben. Gleichzeitig werden die Nerven stimulirt, theilweise auch von den sie drückenden Exsudaten befreit. Die sich daraus ergebenden Indicationen sind: Zunächst die Orbitalneuralgien; sodann die Massage bei Blepharitis marginalis mittels Hydrarg. oxyd. flav. Nachdem Abends die Ausführungsgänge der Lidrdrüsen am Lidrande durch Salbenmassage von Epithel- und Schleimkrusten befreit sind, wird noch einmal Salbe als Decke aufgestrichen, über Nacht darauf gelassen, um am anderen Morgen trocken abgerieben zu werden. Diese Procedur wird so lange fortgesetzt, als noch eine Spur einer Lidverdickung zu bemerken ist. Darauf ist ganz besonders bei Hordeolose zu achten. Bei Conjunctivalerkrankungen sind es vornehmlich 2 Gruppen, welche für Massagebehandlung geeignet sind, und zwar die folliculäre Form für Pulver, respective Stiftmassage, die phlyktänuläre für Salbenmassage. Bei der phlyktänulären Form werden durch leichte Salbenmassage mit Hydrarg. oxyd. flav., Jodkalium, Protargol die Lymphbahnen frei gemacht, Zu- und Abfuhr geregelt, während zu gleicher Zeit ein Nervenreiz ausgeübt wird, welcher den Thränenfluß vermehrt und so eine natürliche Säuberung der Schleimhaut erzielt.

Bei den eigentlich granulösen Erkrankungen der Bindehaut unterscheidet Verf. 2 Arten für Anwendung der Massage, die mehr hyperämische Form mit deutlichen Granulis und die trockene, narbige, chronische Art. Auch der Pannus kann mittels einer aus Atropin-Cocain mit Protargol oder Cuprum zusammengesetzten Salbe allmählich gelichtet werden. Bei der inveterirten narbigen Form des Trachoms wendet R. wie bei allen chronischen Schleimhauterkrankungen die mildere Form der Lidmassage mit Alaunstift und leichter Cuprum-Cocainsalbe, respective in letzter Zeit Cupragolsalbe an; meist gelingt es bei einiger Ausdauer, das narbig verkürzte Lid wieder zu dehnen und zu einer leidlich normalen Form zurückzuführen, wie sie das operative Verfahren oft nicht besser erzielt. Bei tieferer Gefäßinjection der Conj. bulbi, welche auf tiefer greifende entzündliche Vorgänge hinweist, nimmt man von jeder Massage Abstand; so bei Iritis und Keratitis, sowohl superficieller wie parenchymatöser Form, Skleritis mit deutlicher Knötchenbildung und Uveitis.

Zur Unterstützung der Staarreife hebt CHODIN die Massage des Bulbus als ausgezeichnetes Hilfsmittel hervor, nachdem durch Discission die Kapsel gelüftet und die Linsenschichten durch das eindringende Kammerwasser aufgelockert worden sind. Diese Methode ist nicht neu, doch nicht gefahrlos. N.

PAYR (Graz): Ueber conservative Operationen am Hoden und Nebenhoden (Sectionsschnitt des Hodens bei acuter Orchitis).

Ein Arzt, der eine Gonorrhoe durchgemacht hat und 4 Jahre darauf wegen eines Hodenabscesses einseitig castrirt wurde, erkrankte nach weiteren 1½ Jahren unter Schüttelfrösten (Temperatur 40·9°) an einer sehr schmerzhaften Vergrößerung des zweiten Hodens; dabei bestand heftiger Brechreiz und Singultus. Wegen der heftigen Allgemeinerscheinungen mußte eingegriffen werden, und in der Annahme, daß es sich neuerlich um einen Hodenabscess handle, ging Verf., um dem Pat. die Castration zu ersparen, folgendermaßen vor: Nach Bloßlegung der Albuginea legte Verf. durch dieselbe einige Nähte (nach Art der LEMBERG'schen Darmnähte) und machte dazwischen einen Sectionsschnitt, der den ganzen Hoden aufklappte. Aus dem Hodenparenchym floß eine große Menge eiterähnlicher Flüssigkeit, in welcher Staphylokokken nachgewiesen wurden, ab; ein eigentlicher Herd war im Parenchym nicht zu finden. Nach Abspülen der Schnittflächen mit Sublimat knüpfte P. die Nähte und verschloß die Albuginea ganz. Der Effect der Operation war ein großartiger. Innerhalb 24 Stunden sank die Temperatur zur Norm herab und die Schmerzen schwanden.

Interessant ist an diesem Falle das Verhalten der Sexualfunction. Einige Wochen nach der Operation stellten sich Erectionen ein und Pat. war einige Monate nach der Operation imstande, den Geschlechtsact in normaler Weise auszuführen. Die Ejaculation erfolgte immer rechtzeitig, und im Sperma wurden lebende Spermatozoen in völlig normaler Zahl gefunden.

Auf Grund dieses Falles empfiehlt Verf. („LANGENBECK's Archiv“, Bd. 63, H. 4) das Verfahren des Sectionsschnittes mit sofortigem Verschuß der Albuginea für gewisse Fälle von acuter Orchitis, welche wegen starker Schwellung heftige Schmerzen und hohes Fieber erzeugen. Auch bei größeren Hodenabscessen empfiehlt es sich, nach Spaltung und Drainage der Höhle die Albuginea ganz zu vernähen, um den Prolaps der Samencanälchen zu verhindern; bei multiplen kleinen Abscessen, die über den ganzen Hoden verbreitet sind, dürfte dieses Verfahren nicht genügen.

ERDHEIM.

STEINHAUSEN: Ueber den Scapula-Periostreflex.

In die von v. BECHTEREW und HAENEL letzter Zeit geführte Scapularreflex-Debatte greift St. mit der Mittheilung seiner Untersuchungen an 300 gesunden Soldaten ein („Neurol. Centr.“, 1901, Nr. 11). Die Abzweigungsstelle der Spina scapulae vom medialen Rande ist jene Stelle, von der aus bei gesunden Menschen constant ein echter Periostreflex in Form einer Zuckung in den hinteren Bündeln des M. deltoideus auszulösen ist. Nur in Fällen erhöhter Erregbarkeit erweitert sich die reflexogene Zone und das Zuckungsgebiet. In wenigen Fällen (6%) war die Zuckung erst mittels des Kunstgriffes zu erzielen, den Rumpf nach vorne beugen und die Arme schlaff herabhängen zu lassen, in welcher Stellung das hintere Deltoideusbündel besonders passiv gedehnt wird. In einem Theil (12%) der Fälle fiel die Zuckung bei wiederholter Untersuchung links und rechts nicht gleich stark aus, dann meist rechts stärker. Die Constanz wird damit erklärt, daß vollkommene Erschlaffung der Musculatur nirgends an den oberen Extremitäten in dem Grade möglich ist, wie an der Schulter. INFELD.

KAREWSKY (Berlin): Zur Semiotik und Therapie der Appendicitis.

In der Frage der operativen Behandlung der Appendicitis stehen einander die Meinungen nach wie vor diametral entgegen. Es hat sich als nicht angängig erwiesen, aus einer möglichst großen Zahl von nach gleicher Methode behandelten Krankheitsfällen festzustellen, ob man mehr bei zuwartendem Verhalten oder bei frühzeitiger Operation Aussicht hat, die Pat. zu retten. Eine Entscheidung auf diesem grobstatistischen Wege ist überhaupt nicht möglich („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 23 u. 24). Wenn man sich z. B. auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung darüber einigte, daß die leichten Fälle conservativ, die schweren operativ

zu behandeln seien, so ist dem entgegenzuhalten, daß es eine leichte Perityphlitis überhaupt nicht gibt; sie ist immer ein schwerer, das Leben bedrohender Zustand. Der perityphlitische Anfall stellt nicht den Beginn der Krankheit, seine Beseitigung nicht deren Heilung dar; der Anfall kann einer katarrhalischen Affection des Wurmfortsatzes ohne peritonitische Veränderungen und einer Perforation durch Ulcus oder Gangrän mit consecutiver, eitriger, respective septischer Peritonitis entsprechen. — Für die klinische Semiologie ist es von Bedeutung, daß eine ganze Reihe von Störungen der Verdauungsorgane, von unbestimmten, schmerzhaften oder auch nur unangenehmen Sensationen im Leibe, ja von allgemeinen nervösen Symptomen in letzter Instanz auf eine Appendicitis zu beziehen sind. — Unter den Schmerzen stehen in erster Reihe die Bauchschmerzen, die bei sonst ungestörtem Allgemeinbefinden bei einigen Personen nach jeder Mahlzeit, bei anderen nach ganz bestimmten Genüssen, bald täglich, bald nach längeren Intervallen auftreten und die oftmals von Körperbewegungen abhängig sind. Der Schmerz ist ganz unbestimmt, nicht kolikartig, diffus von der Nabelgegend zur rechten oder linken Beckengegend ziehend, auch im Kreuz sich bemerkbar machend. Dazu treten Symptome gestörter Peristaltik. Was EWALD als larvirte, SENATOR und ISRAEL als atypische, NEUSSER als Appendicitis mit cachirtem Verlauf bezeichnet haben, ist nichts anderes als dieser Zustand chronischer oder oft sich wiederholender Bauchschmerzen. Solche chronische Appendicitiden können die erwähnten diffusen Symptome zeigen, ohne daß jemals die classischen Zeichen der Blinddarmenzündung auftreten. Ebenso sicher ist aber auch, daß jeder Kranke mit solcher chronischen Appendicitis jeden Augenblick der Gefahr einer perforativen Peritonitis ausgesetzt ist. Relativ oft findet man bei solchen Zuständen bei einfacher Betrachtung des Unterleibes Unregelmäßigkeiten in der Ileocöcalgegend, eine leichte Vorwölbung, namentlich zur Zeit des Schmerzes; bei Untersuchung vom Rectum aus findet man die ganze rechte untere Bauchhälfte von stark geblähten Darmschlingen ausgefüllt. Es bedarf nur geringfügiger Schädigungen, um den schleichenden Vorgang am Wurmfortsatz zu großer Intensität zu bringen. Acute Indigestionen, Körperanstrengungen, Traumen sind solche Anstöße. Leichter wird die Diagnose, wenn zu den genannten Symptomen Aufstoßen, Brechreiz, Erbrechen sich gesellen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die prämonitorischen Zeichen von Seiten der Blase, schmerzhafter Harndrang, Reizzustände nach der Miction; überhaupt müssen räthselhafte, durch keinen Befund am Urogenitalapparat erklärte Symptome dazu auffordern, auf eine Affection des Wurmfortsatzes zu achten. — Man darf als wahrscheinlich annehmen, daß die Gefahren der Perityphlitis mit der Zahl der Anfälle abnehmen, weil jede neue Attaque adhäsive Veränderungen setzt und die Gegend des Processus vermiformis immer sicherer gegen den intacten Theil der Bauchhöhle abschließt. — Groß ist das Capitel der nicht erkannten Appendicitiden, die im weiteren Verlaufe zu allerlei räthselhaften Erscheinungen führen durch Progression des Processes, sei es in die Nachbarorgane, sei es bei extraperitonealer Lage des Appendix ins Beckenbindegewebe oder lumbalwärts, abgesehen von embolischen Eiterungen in entfernten Organen. So dürfte es keinem Zweifel unterliegen, daß eine nicht geringe Zahl von Fällen kryptogenetischer Septikämie ihre Erklärung in einer übersehenen oder latent verlaufenden Perityphlitis finden. Bekannt sind auch Fälle von Empyem, die sich intra obductionem als Folgezustände übersehener Perityphlitis ergeben und deren fäculenter Inhalt den Entstehungsmodus verräth. — Manche lumbale, perinephritische und psoitische Eiterungen werden als Ischialgie, Lumbago, Cruralneuralgie gedeutet. — Für das operative Vorgehen ist die Feststellung der Beziehungen der Eingeweide zum Exsudate unendlich wichtig. — Der gewöhnliche perityphlitische Tumor ist direct oberhalb des POUPART'schen Bandes gelegen und sitzt als unbewegliche Geschwulst dem Becken auf. Die Lage der Eingeweide ergibt sich aus der Percussion, die aber leise sein muß, um nicht bei einer flächenhaft ergossenen Ausschüttung die darunter gelegenen Därme mitklingen zu lassen. Bei retro- oder pro-peritonealen Eiterungen treten nach dem anfänglichen Bilde einer peritonealen Reizung bald die Erscheinungen der einfachen Phlegmone in den Vordergrund. Bei partieller Fixirung scheint die Per-

foration des Processus vermiformis da, wo er in den Blinddarm übergeht, besonders oft vorzukommen. — Besonders bemerkenswerth sind jene Fälle, in denen der überaus lange Wurmfortsatz in die linke Bauchseite hinüberraigt und hier eine Perityphlitis erzeugt. — Radicale Heilung ist nur von der radicalen Operation zu erwarten. — Nur die sorgfältigste Würdigung aller, oft recht dunklen Symptome, nur die exacteste topische Diagnose ermöglichen im Uebrigen die Stellung der Diagnose und geben uns so die Mittel in die Hand, ob man sich für medicamentöses oder für chirurgisches Vorgehen zu entscheiden habe. G.

ADOLF STÖHR (Wien): **Binoculare Figurenmischung und Pseudoskopie.**

In seiner Schrift „Zur Erklärung der ZÖLLNER'schen Pseudoskopie und verwandter Erscheinungen“ hatte St. die Hypothese aufgestellt, daß die Linse nicht immer in allen Meridianebenen das gleiche Krümmungsmaß besitze, sondern durch ungleichmäßig vertheilte Contraction des Ciliarmuskels aus der sphärischen Form vorübergehend herausgebracht werden könne, wodurch das Netzhautbild verändert werden müsse, ohne daß sich im Gegenstande selbst etwas verändert hätte.

Nun sucht Verf. in einer interessanten Darlegung (Wien 1900, Franz Deuticke) die Bestätigung der Hypothese durch die Verhältnisse der Bildvereinigung bei zweiseitiger Aphakie zu gewinnen. Für seine Hypothese bedeutet die Aphakie nicht einfach die Ausschaltung eines brechenden Mediums sphärischer Oberfläche, das durch ein künstliches Medium, die Brille, ersetzt wird, sondern überdies die Ausschaltung eines bildumformenden Factors. Durch zweiseitige Aphakie gehe thatsächlich die Fähigkeit verloren, aus ebenen Stereoskopbildern die Eindrücke gedreht oder gebrochener Ebenen, kegelförmiger Einstülpungen u. s. w. binocular zu gewinnen. Es fehlen alle jene Eindrücke, welche eine Veränderung der Ebene als solcher durch Drehung, Brechung oder Einstülpung in der Impression verlangen, während die pseudoskopischen Veränderungen in Größe und Lage der Linien innerhalb der unveränderten Ebene erhalten bleiben. Bei manchen Zeichnungen finde eine wirkliche Bildvereinigung statt, bei anderen weiche das Sehorgan dem Vereinigungszwange durch Unterdrückung des Bildes im Auge geringerer Sehschärfe aus.

Die Erhaltung dieses Restes aphakischer Pseudoskopie führte St. dazu, die SCHEFFLER'sche Hypothese einer Verschiebbarkeit der percipirenden Elemente wieder aufzugreifen und mit seiner eigenen zu vereinigen. Mit der veränderten Linsenkrümmung sei automatisch eine bestimmte Veränderung der Netzhautspannung zugleich gegeben; beide Veränderungen seien durch die Contractionsänderung des Ciliarmuskels verursacht. Dieser Muskel bewirke durch die Linse insbesondere eine Relieffirung des physikalischen Bildes, und durch die Netzhautspannung eine Veränderung der Größen und Lagen innerhalb der Ausdehnungsmannigfaltigkeit von links nach rechts und von oben nach unten. Durch die Aphakie entfällt dann nur der eine Theil der pseudoskopischen und bildverändernden Wirksamkeit des Ciliarmuskels.

Wir theilen die von STÖHR ausgesprochene Meinung, daß einem großen Gebiete der physiologischen Optik derzeit noch ein empfindungstheoretisches Fundament fehle. Eine befriedigende Problemlösung könne nur dadurch vorbereitet werden, daß sich das Interesse der Ophthalmologen der Feststellung der Thatsachen der zweiseitig aphakischen Bildvereinigung und der binocularen wie monocularen aphakischen Pseudoskopie zuwende. Der Vorgang des Sehens sei psychologisch nicht so sehr durch Associationen und Reflexionen complicirt, als dies gewöhnlich angenommen wird; hingegen sei der ophthalmologische Vorgang weit complicirter als die Schematisirungen, die zum Zwecke der erleichterten Rechnung und Construction von Netzhautbildern vorgenommen werden, die aber nicht verhindern können, daß gewisse Bildentwickelungen für das allzu stark reducirte Augenschema unbegreiflich werden müssen.

F. WINKLER.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen (Prof. Braun).

G. ENGELHARDT: Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen.

Nachdem schon AMBROISE PARRÉ die Lehre von den postoperativen Seelenstörungen gestreift hatte, gab DUPUYTREN 1819 zuerst die Beschreibung eines solchen „Delirium nervosum“, das er scharf vom Alkoholdelirium abtrennt. Später wird von Seelenstörungen nach operativen Eingriffen meistens nur von Augenärzten (HERZOG, SICHEL, LANNE, MAGNE, ZEHENTER, ARLT, SCHMIDT-RIMPLER, SCHNABEL u. a. m.) und Gynäkologen (COURTY, P. RUGE, MARTIN, WERTH u. s. w.) berichtet. Wie selten nach anderen chirurgischen Operationen Geistesstörungen zur Beobachtung kamen, erhellt daraus, daß in 15 Jahren nur 19mal von den chirurgischen Abtheilungen in Wien Kranke in Irrenabtheilungen überführt wurden (FRANKL-HOCHWART). Erst seit kaum 20 Jahren finden sich casuistische Mittheilungen von Chirurgen über postoperative Seelenstörungen (BILLBOTH, WINIWARTER, DEBOVE-RENDU, LE DENTU, HEARDER, MARLIER, PLUDER u. a. m.). Es handelt sich, abgesehen von den Psychosen nach Jodoformvergiftung, deren Existenz z. B. LE DENTU ganz bestreitet, um Leute, die bereits vorher geistig gestört waren oder die eine Disposition ererbt oder erworben hatten; nur manche glauben einer Disposition ganz entzogen zu können, besonders Augenärzte, die die Ursache im Alkohol, im Greisenalter, im psychischen Shok durch die Nachbehandlung (Dunkelkammer, absolute Ruhelage) suchen. Zur Disposition gesellt sich die acute Erschöpfung als wesentliches ursächliches Moment.

Sechs einschlägige Krankengeschichten aus der BRAUN'schen Klinik theilt neuerdings („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 58, H. 1/2) ENGELHARDT mit. Er will die bei vorher Intacten entstehenden Seelenstörungen auf Vergiftung — sei es durch Alkohol, durch Anästhetica oder medicamentöse Stoffe (Jodoform), sei es durch organisierte Gifte (Septikämie) oder endlich durch organische Erkrankungen der Nieren und des Darmes — oder auf andere, prädisponirende Einflüsse zurückführen. Alkoholdelirien sind bekannt; sehr selten sind Cocaindelirien (RÉCLUS, unter 700 Fällen von Cocainisirung 1 Delirium!). Rücksichtlich des Morphiums dürften Psychosen sich postoperativ nur einstellen, wenn sich Morphinismus mit Alkoholismus und Cocainismus vergesellschaftet. Chloroform kann durch Circulationsstörung im Gehirn bei prädisponirten Personen die Seelenstörung auslösen; vom Aether gilt vielleicht dasselbe (SAVAGE). Jodoformpsychosen haben bald maniakalischen, bald melancholischen Charakter, wozu sich Verwirrtheit zu gesellen pflegt. Fieber und Sepsis erzeugen Reizbarkeit, Unruhe, Illusionen und Hallucinationen. Für den ätiologischen Werth der Stoffwechselstörungen sprechen die Aufregungszustände der Diabetiker, die seelischen Depressionen Cholämischer und die neuerdings bei Carcinomkachexie beschriebenen Psychosen. Unter den anderen prädisponirenden Ursachen spielen zweifellos die seelischen Vorgänge, die mit der Operation verbunden sind (Angst, Furcht, Hoffnung, Kummer u. s. w.), die größte Rolle; daraus erklärt sich wohl auch die relative Häufigkeit postoperativer Seelenstörungen nach Operationen an den Sinnesorganen und Geschlechtsorganen. Auf dem Wege des Reflexes (z. B. Verbindung des Auges durch den Opticus direct mit dem Gehirn) können Psychosen wohl auch nur bei prädisponirten Individuen zustande kommen. Aber selbst bei vorhanden gewesener Disposition braucht die Störung nicht dauernd zu werden; das wird nur zu befürchten sein, wenn die Operation ungünstigen Erfolg hat oder schwere Consumption nach ihr durch Eiterung, Fieber u. s. w. eintritt.

Die Behauptung, daß Operationen auf vorhandene Psychosen ungünstig einwirken, wie namentlich in Frankreich verbreitet, bedarf wohl der Einschränkung.

Am häufigsten also erkranken prädisponirte Operirte psychisch post operationem und die Erschöpfung, welche durch die Operation oder die sie begründende Krankheit bewirkt wurde, kann kaum als ursächliches, höchstens als auslösendes Moment in Rücksicht kommen. Doch gibt es ganz wenige Fälle, die ursächlich nicht zu erklären sind.

R. L.

Literarische Anzeigen.

Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Von **Prof. Dr. Rudolf v. Jaksch**. Fünfte, vermehrte Auflage. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg.

Ein Werk, das nach jeweiligen, ganz kurzen Zwischenräumen Neuauflagen nothwendig macht, hat sich damit sein bestes Lob gesprochen, denn ein Buch für den Praktiker beweist seinen Werth dadurch am besten, daß es vom Praktiker in aller Herren Ländern gesucht und gekauft, und daß es in viele fremdländische Sprachen übersetzt wird. Bei Bearbeitung der neuen (5.) Auflage hat der verdiente Verfasser die für die Klinik verwerthbaren bacteriologischen, chemischen und mikroskopischen Methoden sorgfältig berücksichtigt, sie übersichtlich angeordnet und klar dargestellt. Auch durch vielfache selbständige Arbeiten des Autors ist die „Klinische Diagnostik“ erweitert und ergänzt worden; für ihren Inhaltsreichtum spricht zudem noch der Umstand, daß die Serodiagnostik und die bacteriologische Diagnostik der Pest diesmal eingehende Berücksichtigung gefunden haben. Bl.

Handbuch der Frauenkrankheiten. Von **M. Hofmeier**, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Würzburg. Zugleich als XIII. Auflage des Handbuches der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von **CARL SCHROEDER**. Mit 182 Abbildungen im Text und 5 Tafeln. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Nach **CARL SCHROEDER'S** Tod übernahm bekanntlich **HOFMEIER**, der hervorragendste seiner Schüler, die Bearbeitung der späteren Auflage des Handbuches der Gynäkologie seines Lehrers. Da seit **SCHROEDER'S** Tod nun bereits nahezu 15 Jahre verflossen sind, ging es wohl nicht mehr an, das genannte Werk noch weiterhin unter seinem Namen erscheinen zu lassen, da die heutige Gynäkologie nicht mehr die ist, die sie vor 3 Lustren war. **HOFMEIER** war daher wohl berechtigt, die jetzige 13. Auflage des ehemaligen gynäkologischen Handbuches **SCHROEDER'S** unter seinem Namen erscheinen zu lassen, da sie thatsächlich sein Werk ist. Das Werk ist ausgezeichnet gearbeitet und steht nach allen Richtungen hin auf der Höhe der Wissenschaft. Es entspricht den strengsten wissenschaftlichen Anforderungen, kommt aber dabei gleichzeitig den Bedürfnissen der Studirenden und praktischen Aerzte allseitig nach. Der Studirende, ebenso wie der praktische

Arzt wünscht keine Weitläufigkeiten, sondern eine concise und gleichzeitig übersichtliche Behandlung des Stoffes, um sich rasch orientiren zu können, und auch diesen Anforderungen weiß der Verf. trefflich nachzukommen. Eine Reihe von Abbildungen, unter denen 5 Farbentafeln, erleichtern dem Leser ganz wesentlich das Verständniß des Mitgetheilten. Ref. zweifelt nicht daran, daß dieses Buch, ebenso wie die früheren Auflagen der **SCHROEDER'S**chen Gynäkologie die weiteste Verbreitung finden wird. Zum Lobe des bedeutendsten gynäkologischen Lehrbuches, das wir besitzen, braucht Ref. weiter nichts beizufügen. Das Werk empfiehlt sich selbst.

KLEINWÄCHTER.

CARL WEDL'S Pathologie der Zähne. 2. Auflage, herausgegeben von **Prof. Dr. v. Metnitz** und **Doc. Dr. v. Wunschheim**, I. Bd., Leipzig 1901, Arth. Felix.

Der große Aufschwung, den die Zahnheilkunde seit 1870 genommen hat, begründet die Nothwendigkeit einer neuen Bearbeitung. Dies zeigt sich auch an der Bereicherung, die jeder einzelne Abschnitt von **WEDL'S** Werk gewonnen hat; überall wurde auf die Arbeiten der letzten Jahrzehnte gebührende Rücksicht genommen; das gilt besonders von den Capiteln, welche die Histologie der Zähne, deren Durchbruch und das Kieferwachsthum behandeln. Die Hälfte des vorliegenden I. Bandes wird von der Anatomie der Mundhöhle, Kieferknochen, Zähne etc. in Anspruch genommen. Der pathologische Theil beginnt mit den Anomalien der Zahnbildung; tiefstes Verständniß und emsiger Fleiß waren die Mitarbeiter des Buches. Die Citirung vieler Beobachtungen (aus Literatur und Klinik) geben dem Buche eine besondere vortheilhafte Färbung, und dies sowie die zahlreichen, schön ausgeführten Bilder (116 Holzschnitte) steigern den Nutzen, den der Leser aus dem Werke gewinnen muß. D. D. S.

Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges. Von **Prof. Dr. R. Greeff**. 2. vermehrte Auflage. Mit 5 Figuren im Text. Berlin 1901, August Hirschwald.

Im Verlauf von 3 Jahren eine Neuauflage eines solchen Buches ist ein erfreuliches Zeichen sowohl der günstigen Aufnahme desselben, als auch dafür, daß das Studium der Augenkrankheiten intensiver betrieben wird. Trotz der beträchtlichen Vermehrung des Inhaltes hat das Buch doch seine compendiöse handliche Form beibehalten, bringt es alles Nothwendige und Wissenswerthe und wird im Arbeitszimmer jedes Oculisten unentbehrlich werden.

KÖNIGSTEIN.

Feuilleton.

Die Humanität am Krankenbette.

Jedem Menschen ist das Gefühl angeboren, seinem kranken Mitmenschen gegenüber tiefstes Mitleid zu empfinden und sich zu bemühen, ihm auch dann, wenn er uns vollkommen fern stand oder selbst gänzlich unbekannt war, seine unglückliche und bedauernswürthe Lage nach Möglichkeit zu erleichtern. Für jeden gesitteten Menschen ist der Kranke ein Gegenstand, welchem man auch unaufgefordert gern Hilfe anbietet, und es läßt sich wohl kaum ein Empfinden denken, welches größere Genugthuung und reinere Befriedigung gewährte als das Bewußtsein, einem Leidenden mit Erfolg beigeprungen zu sein.

In einer sehr schönen, für einen größeren Kreis von Lesern bestimmten Abhandlung*) hat der bekannte Züricher Kliniker **Prof. EICHHORST** der großen Bedeutung, welche die Krankenpflege in der modernen Medicin erlangt hat, beredten Ausdruck gegeben. Das Wichtigste seiner Ausführungen sei hier reproducirt.

Es ist nicht unbegreiflich, daß manche Kranke durch ein entstelltes Aussehen bei einem Nichtarzt in erster Linie Entsetzen und Grauen hervorrufen, aber selbst unter solchen Umständen läßt

*) **H. EICHHORST**, Humanität am Krankenbette. Deutsche Revue, November 1900. — Ztschr. f. Krankenpflege, Febr. 1901.

sich nicht für die Dauer das Gefühl größten Mitempfindens zurückdrängen. Jeder Kranke ist gewissermaßen von vornherein eine durch das Schicksal geweihte Person. Von demjenigen, welchem das Mitgefühl für Kranke abhanden gekommen ist, nimmt man nicht mit Unrecht an, daß er an Gesittung tief unter uns steht.

Schon seit grauen Zeiten haben edle Männer und Frauen mit einander darum gewetteifert, dem Wohle von Kranken eingehende Fürsorge zu widmen, und glücklicherweise lassen sich bis jetzt keine Zeiträume nennen, während welcher das Interesse an der Pflege von Kranken eine Verminderung erfahren hätte.

Wenn man die Absicht hat, von der Humanität am Krankenbette zu sprechen, so kommt dabei — das kann ja nicht dem geringsten Zweifel unterliegen — der Person des Arztes eine große Bedeutung zu; allein der Ausdruck Humanität am Krankenbette umfaßt denn doch noch eine so große Fülle anderer Dinge, daß es kaum möglich ist, mit wünschenswerther Sorgfalt auf alle Punkte einzugehen.

Für einen Arzt kann es keine größere Ehre geben, als daß man ihm nachsagt, daß er nicht nur seine Kenntnisse am Krankenbette in gewissenhafter und sorgfältiger Weise zum Wohle des Kranken zu verwerthen sucht, sondern daß er sich auch als ein humaner Arzt erweist. Humane Anschauungen und Eigenschaften lassen sich kaum ablernen und anziehen, und daher hat man mit vollem Rechte hervorgehoben, daß nur derjenige Aussicht bietet, ein guter Arzt zu werden, der von jeher ein guter Mensch

gewesen sei. Scharfer Verstand, klare Sinne, Tadellosigkeit des Charakters, Herzengüte, Schaffensfreudigkeit und Aufopferung für Andere — das sind vor allem Eigenschaften, die von einem humanen Arzte gefordert werden müssen. Den schweren Anforderungen an den ärztlichen Beruf wird derjenige am ehesten und vollkommensten nachkommen, der in der Heilkunde nicht ein Handwerk erblickt, das ihm den Lebensunterhalt abwirft, sondern eine heikle Kunst, deren Ausübung dem Künstler die höchste Befriedigung schafft und dem Gegenstande der Kunst das höchste Gut, die Gesundheit, erhält.

Es würde ganz und gar unrichtig sein, wenn man nur denjenigen Arzt als human gelten lassen wollte, der sich unter den allerverschiedensten Umständen am Krankenbette in immer gleicher Weise mild und nachgiebig gegen seine Kranken erweist. Strenge und Humanität schließen sich in keiner Weise aus, und es gibt Kranke, welchen gegenüber ein bestimmtes, festes und fast rücksichtsloses Auftreten von weit größerem Nutzen ist als zu weit getriebene Nachgiebigkeit und Geduld. Man erinnere sich daran, daß bei einer großen Zahl von Nervenkrankheiten, wie sie gerade in der Gegenwart so zahlreich anzutreffen sind, die Hauptwurzel des Uebels in einer krankhaften Schwäche des Willens zu suchen ist, die sich weit sicherer und leichter durch ein geistiges Aufrütteln und kräftigen Zuspruch als durch Arzneien beseitigen läßt. Wahrhaft human wird nur derjenige Arzt erscheinen, der sich den wechselnden Verhältnissen seiner Kranken anzupassen vermag und, mag er ihnen ernst oder mild gegenüber treten, stets den Eindruck hervorruft, daß die Triebfeder für all sein Denken und Handeln nur das einzige Verlangen ist, das Wohl des Leidenden möglichst zu fördern. Der Kranke soll in dem Arzte nicht einen Helfer erblicken, den man mit klingender Münze ablohnt, wenn man seiner nicht mehr bedarf, sondern einen wohlwollenden Freund, der auch in guten Tagen auf das Wohlergehen seines Schützlings bedacht ist.

Je länger und je häufiger ein Arzt Gelegenheit gehabt hat, nicht nur das körperliche Befinden seines Schutzbefohlenen, sondern auch dessen geistigen Zustand zu beobachten und zu verfolgen, um so leichter und vollkommener wird er auch seiner Aufgabe in jeder Beziehung gerecht werden. Darin liegt die große Bedeutung und der nicht zu unterschätzende Vortheil des Hausarztes. Es ist sehr zu beklagen, daß die moderne Zeit den Hausarzt vielfach nur dem Namen nach kennt, und daß mit erschreckender Schnelligkeit immer mehr solche Häuser an Zahl abnehmen, in welchen immer der gleiche Arzt nicht nur für das leibliche Gedeihen der Familie zu sorgen hat, sondern auch bei vielen Lebensfragen, bei welchen der Gesundheitszustand in Berücksichtigung fällt, als treuer und zuverlässiger Freund und Vertrauter gern zu Rathe gezogen wird. Heutzutage wechseln viele mit derselben Leichtigkeit und Gleichgiltigkeit ihren Arzt, mit der etwa Laune, Mode oder Unbequemlichkeit Veranlassung dazu abgeben, ein Kleidungsstück oder eine Wohnung zu ändern, und nur wenige gelangen zur klaren Einsicht darüber, welche eines großen Vortheils sie sich dadurch begeben, daß sie auf einen bleibenden Hausarzt verzichten. Wenn keine anderen Bande zwischen Arzt und Kranken bestehen als diejenigen eines bezahlten Helfers in der Noth, dann darf es wahrlich nicht Wunder nehmen, wenn der Leidende bei seinem Arzte ein tieferes Interesse an seinem Wohlergehen vermißt und die Klage hören läßt, seinem Arzte mangle es an der wohlthuenden Humanität.

Nicht selten wird dem Arzte vom Kranken selbst oder von dessen Angehörigen die Frage vorgelegt, welcher Natur das Leiden sei, ob das Leben gefährdet und binnen welchem Zeitraume das Lebensende zu erwarten sei. Ist es mit der Humanität verträglich, auf diese Fragen wahrheitsgetreue Antwort zu geben? Die Sache gestaltet sich nicht so einfach und läßt sich durchaus nicht mit einem kurzen Ja oder Nein erledigen. So viel wenigstens ist sicher, daß es Umstände gibt, in welchen der Arzt geradezu verpflichtet ist, dem Kranken selbst oder seiner Umgebung den wahren Sachverhalt, wenn auch in der schonendsten Form mitzutheilen. Man erinnere sich an Kaufleute, bei denen der zugemessene Rest des Lebens noch ausreicht, verworrene Geschäfte abzuwickeln, dadurch die hinterbleibende Familie sicherzustellen und vor Nahrungs-

sorgen zu bewahren. In anderen Fällen veranlaßt vielleicht ein offenes Geständniß des Arztes, daß sich der Kranke zu raschen testamentarischen Bestimmungen veranlaßt sieht, welche für die Zukunft der Angehörigen von weitreichender Bedeutung sind, und die der Kranke trotz längeren Drängens seitens der Umgebung bisher immer und immer wieder hinauszuschieben versuchte. Aus den beiden gewählten Beispielen ersieht man zugleich mit unverkennbarer Deutlichkeit, daß sich die Beziehungen zwischen Arzt und Kranken nebst seiner Familie nicht nur auf ärztliche Untersuchung und Verordnung beschränken, sondern daß sich dem Arzte häufig die Gelegenheit aufdrängt, in die allergeheimsten Verhältnisse eines Hausstandes Einblick zu gewinnen und auf dieselben einen entscheidenden Einfluß auszuüben. (Schluß folgt.)

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Bismutose**, eine Wismut-Proteinverbindung, berichtet B. LAQUER („Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 7). Die Bismutose stellt ein weißes, feines Pulver dar, ist geruch- und geschmacklos. Sie färbt sich am Licht allmählig schiefergrau und kann bis auf 130—140° erhitzt werden, ohne sich erheblich zu zersetzen; eine Temperatur von 110—120° hält sie stundenlang ohne jeden Schaden aus. Der Wismutgehalt beträgt circa 21%, das entspricht circa 31% Magisterium (BiONO₃) oder circa 28% Wismutoxychlorid (BiOCl). In reinem H₂O, ebenso in verdünnten Säuren und Alkalien quillt sie rasch und stark auf, ohne daß sonst eine äußere Veränderung bemerkbar wäre. Bei längerer Einwirkung vermögen verdünnte Alkalien allmählig Lösung zu bewirken; in der Hitze entsteht sehr rasch eine gelbliche, etwas trüb opalisirende Lösung. Schwefelalkalien in wässriger Lösung färben die Bismutose bräunlich; erst beim Erhitzen tritt die dunkelbraune Farbe des Wismuts ein. Verdünnte Säuren bringen bei längerem Erwärmen einen Theil der Substanz in Lösung. Gegen Pepsin-salzsäure erweist sich die Bismutose sehr widerstandsfähig; selbst nach mehrstündiger Einwirkung bei Bluttemperatur gehen nur so geringe Mengen Wismut neben Eiweiß in Lösung, daß man praktisch sagen kann, das Präparat passire den Magen unzersetzt. Etwas rascher wird die Bismutose vom Pankreassaft angegriffen, allein auch diesem Enzym gegenüber ist die Resistenz noch eine so große, daß angenommen werden darf, daß ein Theil des Präparates unzersetzt selbst die untersten Darmabschnitte erreicht. Die Bismutose kann absolut steril gemacht werden. Die klinische Prüfung der Bismutose führte zu dem Ergebnisse, daß dieses Präparat in seiner Wirkung dem Magisterium Bismuti vollkommen an die Seite gestellt werden kann, daß es dasselbe in Bezug auf Geschmack übertrifft, und daß es auch als Adstringens günstige Wirkungen entfaltet. Die Dosen der Bismutose (Bismut. proteinicum Kalle mit 21% chemisch reinem Wismut), welche auch als Schachtelpulver verordnet werden kann, betragen: für Säuglinge mehrmals täglich 1 Grm., für Kinder 3—4mal täglich 2—4 Grm., bzw. 1/2 Theelöffel bis 1 Theelöffel, für Erwachsene entsprechend mehr, in Suppe, Wasser, Eiweißwasser oder Milch verrührt, bzw. in Schüttelmixtur 5%, bzw. 10% mit Syr. cort. aurant. Die therapeutischen Indicationen sind: Magendarmkrankungen infectiösen Charakters, Brechdurchfall der Kinder (adstringirende Wirkung); geschwürige und Reizprocesse des Verdauungstractus, Ulcus ventric., Ulcera intestini, Hyperacidität, Dyspepsie, nervöse Magenerkrankungen, Typhus, Ruhr, Tuberculose (reizmildernde und protective Wirkung).

— Zur Illustration der **chirurgischen Behandlung der Magendilatation** bei Pylorospasmus und Hyperacidität berichtet NEUMANN („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, 1901, Bd. 58, H. 3 u. 4) über einen Fall von Pylorusstenose und hochgradiger Gastrectasie mit starker Hyperacidität, in dem nach erfolgloser internistischer Behandlung von HAHN die Gastroenterostomie vorgenommen wurde. Sechs Wochen später mußte wegen Circulus vitiosus die Enteroanastomose hinzugefügt werden. Im Laufe der nächsten Jahre stellten sich jedoch wiederholt (infolge Bildung von Ulcus pepticum auf Grund der Gastroenterostomie) derartige Complicationen ein,

daß der Kranke noch dreimal laparotomirt werden mußte und schließlich nichts übrig blieb, als durch Vernähung der Magen-fistel und Verschluss der losgetrennten Jejunum-Lumina den status quo herzustellen. Da die Pylorusstenose und Gastrektasie indeß zurückgegangen war, gesundete nun endlich der Patient. N. knüpft an diesen Fall die Ueberlegung, ob der Kranke ohne die Gastroenterostomie nicht besser gefahren wäre, zumal in der neueren Literatur ähnliche Fälle schon mehrfach beobachtet wurden. Er hält es für rationeller, in solchen Fällen zunächst die Jejunostomie auszuführen und erst, wenn trotzdem die Pyloruspassage sich nicht spontan wieder herstellt, secundär unter günstigeren Bedingungen zur Gastroenterostomie seine Zuflucht zu nehmen.

— Die **Wirkung der Fleischbrühe und der Fette auf die Magensaftsecretion** prüfte BUCH („Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie“, Bd. 4, pag. 189). Die Versuchspersonen erhielten ein Probefrühstück, den einen Tag aus 400 Grm. Thee und 40 Grm. Semmel, den anderen Tag aus 400 Grm. Bouillon und 40 Grm. Semmel bestehend; manche erhielten am dritten Tag noch einen Zusatz von 40 Grm. Butter und 50 Grm. Emulsion, die 15 Grm. Mandelöl enthielt. B. fand dabei in allen Fällen eine bedeutend stärkere HCl-Production nach dem Bouillonfrühstück. Diese Erhöhung der HCl-Secretion trat auch bei Kranken ein, die an Hypochlorhydrie litten. Die Bouillon und das gleichwerthige Liebig'sche Fleischextract scheinen somit werthvolle secretions-anregende Mittel zu sein. B. verordnet bei Untersecretion dreimal täglich Fleischbrühe, angeblich mit gutem Erfolge. Er geht auch auf die Frage der Magensaftsecretion bei gastrotomirten Patienten ein. Da die Speisen von diesen nicht gekaut, sondern direct in den Magen gebracht werden, fällt die Vagussecretion fort, es bleibt nur die durch den Sympathicus vermittelte Abscheidung übrig, daher leidet die Ausnutzung der Nahrung und mit ihr die Ernährung des Kranken. Bei Zugabe von Fett zum Probefrühstück fand B. eine mittlere Herabsetzung der Salzsäurewerthe: doch werden Fette von Pat. mit Hyperchlorhydrie und Hypersecretion nicht gleichmäßig vertragen, am besten noch Butter und Oel-emulsion.

— Die Erfahrungen WITTHAUER'S über das **Heroin** („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 23) decken sich durchwegs mit den Angaben anderer Autoren. W. verordnet das Heroin. muriat. zumal bei den oft so lästigen und überaus schmerzhaften Neuralgien, welche man sehr häufig während und nach der Influenza zu beobachten Gelegenheit hat, mit ausgezeichnetem Erfolge in Verbindung mit Antipyrin, oder in der Cassenpraxis mit Antifebrin, und zwar in folgender Weise:

Rp. Heroin. muriat. 0·003
Antipyrin. oder Antifebrin. 0·3
M. f. pulv. Dent. Nr. X.
S. 3mal tägl. 1 Pulver zu nehmen.

— **Subconjunctivale Injektionen bei entzündeten, schmerzhaften Augen** führt ZIRM („Centralbl. f. Augenheilk.“, 1901, April) mit einem Gemisch von einer 1%igen Holocain- mit einer 1%igen Cocainlösung aus. In allen Fällen wird eine subcutane Morphiuminjection (0·02) vorausgeschickt. Auch bei Glaukoma inflammatorium blieb die Operation auf diese Weise ohne Narkose völlig oder fast völlig schmerzfrei. Außerdem verwendet Z. diese Mischung auch noch zu subcutanen Injektionen bei sämtlichen Lidrandoperationen. Er injicirt niemals mehr als eine Spritze, also nie über 1 Ctgrm. Holocain und beobachtete niemals Intoxicationserscheinungen.

— Bei **Schmerzen nach Zahnextraktionen** empfiehlt ISAACSON („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1901, Nr. 8)

Rp. Mentholi,
Acid. carbol.,
Tinct. iod. aa. 1·25
Chloroform.,
Aeth. sulfur. aa. 20·0
M. D. S. Ein Wattatampon damit zu tränken
und in die Zahnücke einzulegen.

— Einen **Watteträger für den Larynx- und Nasopharynx** hat JOSEPH construirt („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 6). Derselbe besteht aus einem Stabe, dessen freies, mit geeigneter Biegung zur Einführung in den Larynx und Nasenrachenraum versehenes Ende

gespalten ist. Auf ihm gleitet eine spiralig aufgeschnittene Metallhülse, deren oberes Ende eine knopfförmige Anschwellung, deren unteres eine Platte trägt. Die Watte wird zwischen die beiden Branchen des Stabes geschoben, durch die Metallhülse festgeklemmt und zum größeren Halt um den Stab und die knopfförmige Anschwellung gewickelt. Soll sie entfernt werden, ist zuerst die Hülse zurückzuziehen und dann über das Ende der Branchen vorzustößen. Die Desinfection ist leicht, weil das Instrument ganz aus Metall besteht und die Hülse abzunehmen ist.

— Das **Europphen** hat WITTHAUER („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 24) angewandt: 1. Bei einer großen Anzahl von Ozaena-erkrankungen, und zwar in folgender Weise: Von einer Salbe: Europphen 2·5, Vaseline 20·0, Ol. olivar. 5·0, läßt er auf etwa fingerlange, fest gewickelte Wattetampons dick aufstreichen und dieselben abwechselnd Früh in das eine, Abends in das andere Nasenloch einführen, so daß jeder Tampon etwa 12 Stunden liegen bleibt; nach dem Entfernen desselben Ausspülen der Nase mit schwacher Salzwasserlösung. Der üble Geruch verliert sich sehr bald. 2. Bei chronischer Pharyngitis in folgender Lösung:

Rp. Europphen 1·5
Aether. sulfuric. 1·5

3. Bei tuberculösen Hautulcerationen streut W. das Europphen 2mal täglich rein auf. 4. Bei Ulcus molle ebenfalls rein aufgestreut.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

des

XIII. Internationalen medicinischen Congresses.

Paris, 2.—9. August 1900.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse.“)

XXXII.

Abtheilung für Chirurgie.

THOMAS NORIEGA (Mexiko): Die Behandlung der Hernien mit sklerosirenden Injektionen.

Nach Behandlung von 23 Fällen mit Injektionen und Druckpeloten kommt NORIEGA zu folgenden Schlüssen: 1. Die Injektionen von Extractum fluidum hydrast. canad. geben zufriedenstellende Resultate. 2. Sie können die Hernien radical heilen. 3. Sie sind nur bei einseitigen Inguinalhernien von kleiner oder mittlerer Dimension indicirt. 3. Bei größeren Hernien können sie mit dem Zweck gemacht werden, dieselben zurückhaltbar zu gestalten.

MORESTIN (Paris): Behandlung der durch Einschlüpfen des S ro-manum entstandenen Inguinalhernien.

Weil in diesen Hernien der Bruchsack nicht vollkommen den Darm einhüllt und die von Serosa unbedeckte Partie in directem Contact mit dem Zellgewebe steht, hat MORESTIN eine besondere Technik ersonnen, die er in den folgenden Punkten charakterisirt: 1. Freilegung des Orificium inguinale, Erweiterung desselben in der Richtung der Fasern des M. obliquus externus. Eröffnung des Peritoneums in der Höhe des Leistenkanals. Man erspart sich dadurch das Suchen nach dem Bruchsack und schont den Darm. 2. Loslösung des Darmes. 3. Incision am äußeren Rande des rechten M. rectus abdominis oder in der Gegend der Crista iliaca. 4. Wiederherstellung des Mesocolon und Aneinanderheftung seiner beiden Blätter mit zahlreichen Seidennähten, Fixation der Basis desselben an die Aponeurosis iliaca, soweit als möglich in der Fossa iliaca. 5. Naht der Bruchwunde. 6. Wiederherstellung des Leistenkanals. Die Operation ist so etwas complicirter als die gewöhnlichen Methoden, doch gibt sie unbedingt bessere Resultate. Dadurch, daß man den Bauchschnitt so legt, wie er für die Amputation des Appendix vorgeschrieben ist, schützt man sich vor jeder größeren Eventration. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind auch die Vorbereitungen zur Operation: Die alten Chirurgen haben uns, um die Reposition großer Hernien zu erreichen, einige weise Rathschläge gegeben, von denen wir heute noch Nutzen ziehen können: Die Lage im Bett ohne Kopfkissen mit etwas erhöhtem Becken

vermindert die Spannung der Hernie und erleichtert das Zurücktreten des Darmes. Wiederholt gegebene Abführmittel entleeren den Darm und reduciren das Volumen der herniösen Schlinge. Redner verliert dann einige Krankengeschichten von Hernien, die er nach seiner Angabe operirt hat.

BIONDI (Siena): Eine neue Methode der Fixation der Wanderiere.

Nachdem BIONDI mit einigen Worten auf die Unzuträglichkeiten der bisher üblichen Methoden der Nephroraphie eingegangen ist, schildert er sein Vorgehen folgendermaßen. Nach Freilegung der Niere reponirt er dieselbe und fixirt sie in ihrer normalen Lage mit einem langen Gazestreifen, den er vor dieselbe legt und den er zahlreiche Züge von außen nach innen und umgekehrt machen läßt. Das Ende des Streifens läßt er im unteren Wundwinkel heraustreten. Nach 7—8 Tagen ist die Niere ganz solide fixirt und der Streifen wird entfernt. So vermindert er die Unannehmlichkeiten, die mit dem Aufhängen an einer Rippe, mit der Resection einer Rippe und mit dem Annähen verbunden sind. Außerdem ist die Operation schnell ausgeführt und vollkommene Heilung in 20 Tagen erreicht. Er hat 13mal so operirt mit 13 Erfolgen. Ins Gewicht fällt noch, daß bei seinem Vorgehen keine Alteration des Nierengewebes stattfindet.

LANG (Wien) stellt 9 Patienten vor, denen er nach Exstirpation eines Lupus den Defect plastisch gedeckt hat.

Meyer (Berlin) berichtet über einige Fälle von Lupus, die durch flüssige Luft geheilt worden. Theoretisch kann man sich über die Wirksamkeit der flüssigen Luft noch keine Vorstellung machen, man muß jedoch seiner Ansicht nach zweierlei streng unterscheiden, einmal die Wirkung auf Bakterienkulturen, andererseits die Wirkung auf Bakterien enthaltende entzündete Gewebe. Wenn es auf der einen Seite nach den Untersuchungen von WHITE, welche er nachgeprüft hat, feststeht, daß flüssige Luft weder Bakterienkulturen abtötet, noch deren Virulenz herabsetzt, so ist es andererseits sehr wahrscheinlich, daß flüssige Luft auf entzündete Gewebe und die in denselben enthaltenen Bakterien eine Veränderung im Sinne der Heilung hervorruft.

Die Versuche, welche er nach dieser Richtung hin an Haut (Kaninchen, Ohr) und Schleimhaut (Uterus und Vagina von Hündinnen) ausgeführt hat, sind noch von zu kurzer Dauer, um ein definitives Urtheil abgeben zu können.

JACOBS (Antwerpen): Beitrag zur chirurgischen Behandlung der spastischen Verengerungen des Oesophagus und im Besonderen der Cardia.

Da die Suggestion, die Hydrotherapie in diesen Fällen oft erfolglos angewendet werden, der methodische und progressive Katheterismus nicht in allen Fällen gute Resultate gibt, ist Vortragender auf die Idee gekommen, die spastischen Verengerungen des Oesophagus zu behandeln wie die Contractionen des Sphincter ani, mit forcirter Dilatation. Er hat sich ein Instrument construiren lassen, dessen unteres, in den Oesophagus eingeführtes Ende sich wie ein Regenschirm öffnet und so die verengte Partie gewaltsam dehnt. Er hat sich durch Leichenversuche vorher überzeugt, daß eine Zerreißen des Oesophagus unmöglich war.

TUFFIER (Paris): Ueber die Reduction der Fracturen durch die Radiographie. — Einfluß von Apparaten auf die Reduction.

Nach seinen Erfahrungen, die sich seit 18 Monaten über 200 Fälle von Fracturen erstrecken, die er durch die Radiographie controlirt hat, ist er zu der Erfahrung gelangt, daß unsere Apparate nur unvollkommen die Fracturen einrichten. Sie können nur die Richtung der Fragmente beeinflussen, dagegen nicht eine exacte Adaption gewährleisten. Man braucht sich nur den Callus der betreffenden Fractur anzusehen, und man wird überall da, wo ein beträchtlicher Callus vorhanden ist, sagen müssen, daß die Coaptation eine unvollkommene war, und doch ist sie zu einer guten Function des Gliedes unerlässlich. Besonders die Fracturen des Oberschenkels sind weit entfernt davon, gute Resultate zu liefern. TUFFIER hat besondere Instrumente herstellen lassen, die Fracturen in ihrer eingerichteten Stellung festzuhalten, nachdem er sie, was er für das sicherste hält, durch die Naht vereinigt hat. Er glaubt, daß vor allem für die Fracturen des Ellenbogen- und Kniegelenks die Naht in Zukunft die einzige Therapie sein wird, denn hier wird es, mit Apparaten auszukommen, fast unmöglich sein und zum Glück, denn die Weichtheile und die Haut würden gangränesciren, bevor eine Consolidation eingetreten ist.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Société médicale des hôpitaux.

FERRIER: Diagnose und Behandlung der typhösen Peritonitis im Anschlusse an Darmperforation.

Bericht über 3 einschlägige Fälle, welche mit Laparotomie und Naht des Substanzverlustes behandelt wurden. Nur ein Fall konnte gerettet werden. Die Diagnose der typhösen Peritonitis im Anschlusse an Darmperforation bietet oft große Schwierigkeiten. Meteorismus und Erbrechen können vollständig fehlen. Die am meisten charakteristischen Zeichen sind Hypothermie, besonders bei gleichzeitiger Beschleunigung des Pulses, Suppression der Stuhlentleerung und Schmerzen. Diese setzen gewöhnlich plötzlich ein, sind zunächst auf einen bestimmten Punkt beschränkt und verbreiten sich von da aus über das ganze Abdomen. Man findet außerdem sehr häufig Störungen der Blase als Ausdruck der Theilnahme der Organe des kleinen Beckens an der Entzündung des Peritoneums.

Souques ließ einen Pat. mit typhöser Darmperforation 12 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen operiren, doch konnte der Kranke durch die Operation nicht gerettet werden.

Rendu bemerkt, daß beim Abdominaltyphus neben der Perforationsperitonitis auch eine Peritonitis durch Propagation des entzündlichen Darmprocesses vorkommt. Diese beiden Formen sind kaum von einander zu unterscheiden und die Chance eines günstigen Ausganges bei beiden Formen so gering, daß es besser scheint, sich jedes Eingriffes zu enthalten.

Merklen spricht sich zu Gunsten der internen Behandlung bei der typhösen Peritonitis aus.

Le Gendre ist der Ansicht, daß die Operation nur dann nützen kann, wenn sie in den ersten Stunden nach Einsetzen der Symptome in einem Krankenhause ausgeführt wird, in anderen Fällen soll die Behandlung in absoluter Diät, Ruhe, Application von Eis, Darreichung von Opium bestehen.

Antony betont, daß von den innerhalb der ersten 12 Stunden operirten Kranken 25% gerettet werden, während die Erkrankung, sich selbst überlassen, unter allen Umständen letal endet.

Joffroy spricht sich gleichfalls zu Gunsten der frühzeitigen operativen Behandlung aus. Aufhören der Stuhlentleerung und Dysurie sind für die Diagnose der typhösen Perforationsperitonitis verwertbar.

GOUCHER: Die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft.

Durch frühzeitige und sorgfältige spezifische Behandlung gelingt es, die Schwangerschaft syphilitischer Frauen nicht nur bis zum normalen Ende zu führen und auch lebende gesunde Kinder zu erzielen. Für die interne Anwendung ist das Sublimat, zu Einspritzungen das Quecksilberbenzoat, eine lösliche Verbindung, am meisten zu empfehlen. Man gibt das Sublimat in Pillen à 0.01 Grm. Sublimat und 0.01 Grm. Extr. opii, 2mal täglich; vom Quecksilberbenzoat injicirt man täglich 0.02 Grm. in die Regio glutaealis. Durch Zusatz von Cocainbenzoat läßt sich die Schmerzhaftigkeit der Injectionen vermeiden. Das Jodkalium ist nur ein Hilfsmittel, welches nur bei gesundem Magen gegeben werden soll. Die Behandlung muß zu Beginn der Schwangerschaft bei postconceptioneller Infection sofort nach dem Auftreten der spezifischen Symptome begonnen werden. Die Behandlung muß während der ganzen Schwangerschaft fortgesetzt werden, und zwar am besten Injectionen und interne Quecksilberdarreichung alternirend. Bei den mit Albuminurie einhergehenden Fällen muß die Milchdiät mit der spezifischen Behandlung combinirt werden. Ist die Permeabilität der Niere herabgesetzt, so muß man zunächst Milchdiät anwenden, mit fortschreitender Besserung der Nierenfunctionen gibt man zunächst Quecksilbertannat intern, dann Quecksilberbenzoat subcutan, wobei die Einzeldosis 0.01 Grm. nicht überschreiten soll. Ist die Permeabilität der Nieren bei bestehender Albuminurie erhalten, so wendet man sofort Quecksilber an, aber zuerst in halber Dosis, und steigt dann allmählig bis zur normalen Dosis.

Rendu bestätigt die vollständige Unschädlichkeit des Quecksilbers bei syphilitischer Albuminurie. Bei Nephritis syphilitica entfaltet das Quecksilber direct eine heilende Wirkung.

Lermoyez hält das Jodkalium bei der Behandlung der Syphilis für überflüssig.

TALAMON: Behandlung der Pneumonie mit Diphtherieheilserum.

Seit December 1899 hat Votr. 50 Fälle von Pneumonie mit Diphtherieheilserum behandelt, die Mortalität betrug 14%, während

sie in demselben Krankenhause im vorangehenden Jahre 37% betragen haben. Die wichtigsten Factoren, welche die Mortalität der Pneumonie beeinflussen, sind der Alkoholismus und das Lebensalter. Bei den Pneumonikern, welche das 50. Lebensjahr überschritten haben, betrug früher die Mortalität 60.7%, unter der Behandlung mit Diphtherieheils Serum 28.5%. Bei den Individuen unter 50 Jahren sind die entsprechenden Ziffern 23.4% und 8.3%. Unter den 50 Pneumonikern befanden sich 8, bei denen kein Alkoholmißbrauch vorlag, von diesen ging nur einer zugrunde, die anderen 42 Fälle betrafen Trinker, von welchen 6 zugrunde gingen. In diesen Fällen war die Diphtherieserumbehandlung meist zu spät eingeleitet worden. Bei frühzeitiger Behandlung mit Beginn derselben am 2. bis 5. Krankheitstage waren die Erfolge sehr günstig, die Mortalität betrug nur 4%. Bei den Pat., welche erst nach dem 6. Krankheitstage behandelt wurden, ließ sich eine Beeinflussung der Mortalität nicht nachweisen. Das Diphtherieserum hat sich als absolut unschädlich erwiesen. Es wurden in wenigen Tagen enorme Dosen bis zu 260 Ccm. injicirt, und nur in 5 Fällen wurden Erytheme und Gelenkschmerzen beobachtet. Herzschwäche wurde in keinem Falle nach Serumanwendung beobachtet, die bei Pneumonie constante Albuminurie wurde durch das Serum nicht gesteigert. Bei bestehender Nieren- oder Leberaffection muß man immerhin mit der Anwendung des Serums vorsichtig sein. Als Einzeldosis genügen 20 Ccm., bei Individuen unter 50 Jahren 2—3mal, bei älteren Individuen 4- bis 5mal. Maßgebend ist der Temperaturverlauf, nur bei neuerlichem abendlichen Anstieg der Temperatur ist eine Wiederholung der Injectionen erforderlich. Bei ganz frühzeitiger Behandlung genügen 20—60 Ccm. je nach dem Alter der Pat. Bei adynamischen, schweren Formen soll man am ersten, eventuell auch am folgenden Tage, wenn die Temperatur nicht heruntergegangen ist, Morgens und Abends je 20 Ccm. injiciren. Eine 2malige Injection ist auch in jenen Fällen angezeigt, wo erst am 3. Krankheitstage oder später mit den Injectionen begonnen werden konnte.

Notizen.

Wien, 7. September 1901.

(Aufhebung von Aerztekammerbeschlüssen.) Die Statthalterei in Triest hat die Beschlüsse der Aerztekammer von Triest und der Aerztekammer für Görz und Gradiska, mit welchen den Aerzten die Annahme irgend einer Stelle bei den künftig eventuell zu errichtenden Meisterkrankencassen für unannehmbar bezeichnet wurde, als rechtsunwirksam erklärt. Die Statthalterei begründete ihre Entscheidung damit, daß die Kammern mit den erwähnten Beschlüssen ihre Kompetenz überschritten haben, denn das Recht einer derartigen Einschränkung der persönlichen Freiheit, welches dem Rechte auf Erlassung eines principiellen Verbotes der Annahme pauschalirter Stellen, bezw. von Stellen mit fixem Einkommen, gleichkommt, könne aus den Rechten der Aerztekammern nicht abgeleitet werden.

(Universitätsnachrichten.) Der langjährige Assistent VIRCHOW'S, Privatdocent Dr. JUERGENS, ist zum Professor, Privatdocent Dr. CLOETTA zum Ordinarius der Pharmakologie in Zürich ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Der em. a. o. Professor der Balneologie in Wien Dr. JOSEPH SEEGEN, der Professor der Anatomie in Stockholm Dr. GUSTAV RETZIUS und der Professor der Entwicklungsgeschichte in St. Petersburg Dr. ALEXANDER KOWALEWSKI sind zu correspondirenden Mitgliedern der Akademie der Wissenschaften in Wien gewählt worden. — Der Primararzt am St. Johannis-Spitale in Salzburg Dr. KARL GAMPP und der Director der Landes-Irrenanstalt daselbst Dr. JOSEPH SCHWAIGHOFER haben den Franz Joseph-Orden erhalten, der Director der Landes-Versorgungsanstalt in Salzburg Dr. JOSEPH DORNIG ist zum Regierungsrathe ernannt worden; der Districtsarzt in Algersdorf Dr. ADOLPH KREIBICH hat das goldene Verdienstkreuz erhalten.

(III. Versammlung des Vereins für Kinderforschung.) In der 3. Versammlung des genannten Vereines,

die anfangs August zu Jena stattfand, verlas zunächst PFEIFER für den durch Krankheit verhinderten HOFFA (Würzburg) dessen Arbeit „Ueber die medicinisch-pädagogische Behandlung gelähmter Kinder“. Verf. unterscheidet zwei Arten von Lähmungen: centrale und periphere. Letztere bieten wenig Aussicht auf Besserung, die ersteren dagegen können fast stets annähernd geheilt werden. Die centralen Lähmungen theilt H. in spinale und cerebrale Lähmungen ein. Dem Zusammengehen von Arzt und Lehrer — meint er — wird es stets gelingen, bei cerebralen Lähmungen Erfolge zu erzielen. — Sodann sprach PIEPER (Dalldorf) über psychopathische Kinder: a) mit moralischen Defecten, beruhend auf Schwachsinn, b) mit einseitiger Begabung, beruhend auf Erblichkeit. P. schlug vor, man solle Jünglingen und Jungfrauen frühzeitig Aufschluß geben über die Pflichten der Eltern und sie vor den Folgen der Unsittlichkeit und Trunksucht warnen. — BINSWANGER (Jena) erörterte die Hysterie im Kindesalter. Die Prophylaxe und die Therapie besteht in erziehlich-suggestiver Behandlung; das beste pädagogische Mittel ist das gute Beispiel. Hysterische Mütter erziehen hysterische Kinder. Bei den leisesten Regungen der Hysterie hat der Erzieher einzugreifen. — BIEBER-BÖHM (Berlin) sprach über die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung. — LEUBUSCHER (Meiningen) berichtete über die Schularztfrage in Sachsen-Meiningen. Bei 40.000 Kindern sind 33 Aerzte angestellt, die zweimal im Jahre die Schulen besuchen. Sie regeln mit dem Lehrer die Platzfrage, bestimmen, welche Schüler am Turn- und Schwimmunterricht theilzunehmen haben, und werden auch bei der Berufswahl zu Rathe gezogen. Die mitgetheilten Ergebnisse beweisen, daß die Einrichtung der Schularzte eine segensreiche ist.

(Fabrikshygiene in den österreichischen Tabakfabriken.) Die bereits bestehenden hygienischen Vorschriften zur Förderung der Arbeiterwohlfahrt in den österreichischen Tabakfabriken sind neuerdings durch Maßnahmen vermehrt worden, welche die Organisirung des Rettungsdienstes bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen der Arbeiter, die Tuberculose und die Hebung des Bildungsstandes der Arbeiterschaft betreffen. Die Ausübung des Rettungsdienstes wird durch eine in der ersten Hilfeleistung geschulte Sanitätsmannschaft erfolgen, welche aus Werkführern, Aufsichtsorganen und vertrauenswürdigen Arbeitern besteht. Den Unterricht werden die Fabriksärzte leiten; alljährlich soll ein derartiger Curs abgehalten und den Theilnehmern an den Cursen sollen gleichzeitig die wichtigsten Grundsätze der Hygiene bekannt gemacht werden.

(Krankenbehandlung aus der Ferne.) Zu dieser, derzeit zumal die deutsche Aerzteschaft beschäftigenden Frage hat kürzlich das Reichsgesundheitsamt durch ein Gutachten Stellung genommen. Das Gutachten lautet dahin, daß ein Verbot ausschließlich brieflicher Krankenbehandlung, gleichviel ob durch approbirte Aerzte oder durch Nichtapprobirte, sich allerdings empfehle. Eine gelegentliche briefliche Behandlung durch approbirte Aerzte werde sich indessen in Nothfällen und in dünn bevölkerten Gegenden nicht ganz vermeiden lassen. Gegen den Erlaß eines allgemeinen Verbotes der öffentlichen Ankündigung und Anpreisung der Fernbehandlung liegen indessen nach dem Gutachten des Reichsgesundheitsamtes keinerlei Bedenken vor.

(Statistik der ungarischen Krankencassen pro 1898.) Im Jahre 1898 gab es in den Ländern der ungarischen Krone nach der Darstellung des kön. ung. landesstatistischen Centralamtes 453 Krankencassen mit 656.262 Mitgliedern; darunter 111 Bezirkskrankencassen, 101 Krankencassen der Gewerbecorporationen, 183 Cassen von Industrie-Unternehmungen und 48 Privatkrankencassen. Im Jahre 1898 gehörten den ungarländischen Krankencassen 625.581 Männer und 65.836 Frauen als Mitglieder an; gestorben sind 4077 Männer und 661 Frauen. Die Einnahmen sämmtlicher Krankencassen betragen 9,927.709 K, die Ausgaben 9,479.429 K, davon wurden zur Unterstützung bedürftiger Mitglieder 7,384.212 K verwendet. In den letzten vier Jahren wurden zur Unterstützung der Mitglieder der Krankencassen 26,515.799 K verwendet. Die den Mitgliedern im Jahre 1898 gewährten Unter-

stützungen bestehen aus 1,641,257 K an Baarunterstützung, 139.056 Kronen an Ammengeldern, 629.795 K an Spitalsgebühren, 1,682.309 Kronen an Arzneien, 301.042 K an Leichenbestattungsbeiträgen, 1,418.847 K wurden den Aerzten, 16.221 K den Hebammen ausbezahlt und 117.946 K auf anderweitige Unterstützungen verwendet.

(Nobelpreise.) Aus Stockholm erfahren wir, daß die beiden naturwissenschaftlichen Preise der bekannten großen Nobelfundation zu je 200.000 K dem dänischen Professor NIEL R. FINSEN, Gründer des Instituts für Heilung des Lupus durch Licht, und dem russischen Physiologen PAWLOW, bekannt durch seine Arbeiten über die Ernährung, verliehen wurden.

(Hygiene in Eisenbahnen.) Das französische Ministerium der öffentlichen Arbeiten hat — wie wir der „Aerztl. Sachverst.-Ztg.“ entnehmen — an die Eisenbahnverwaltungen einen Erlaß gerichtet, in dem gefordert wird, daß die Fußböden der Eisenbahnwagen eine Deckung mit Linoleum erhalten, die täglich abgewaschen werden kann. Als Teppiche sollen nur solche aus glattem Kautschukstoff verwendet werden. Kissen dürfen keine Vertiefungen oder Falten enthalten und müssen mit undurchlässigen Stoffen überzogen sein, die eine gründliche Reinigung gestatten. Auch auf den Bahnhöfen darf kein trockenes Kehren stattfinden. Die Fußböden der Bahnsteige und der Wartesäle sind täglich abzuwaschen, das Ausspucken ist überall zu verbieten.

(59. Jahresbericht des St. Josef-Kinderspitales in Wien pro 1900.) Dem Jahresberichte des genannten, unter der Leitung des Primararztes Dr. HEIM stehenden Kinderspitales entnehmen wir, daß daselbst im Jahre 1900 im Ganzen 18.025 Kinder behandelt wurden. Ende 1899 waren verblieben 58, im Jahre 1900 wurden aufgenommen 918, geheilt entlassen 714, gebessert 76, ungeheilt 8, es starben 125. Mit Ende 1900 verblieben 53. Ambulatorisch wurden behandelt 17.927, geimpft 98. Die Diphtherie-Mortalität betrug 17·37%, nach Abrechnung der im sterbenden Zustande überbrachten Kinder 14·55%.

(Statistik.) Vom 25. bis inclusive 31. August 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 5807 Personen behandelt. Hievon wurden 1316 entlassen; 136 sind gestorben (9·3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 40, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 15, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 9, Scharlach 68, Masern 31, Keuchhusten 21, Rothlauf 19, Wochenbettfieber 10, Röheln —, Mumps 1, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 573 Personen gestorben (+ 5 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der ehemalige Polizei-, Bezirks- und Armenarzt von Rudolfsheim Dr. ANTON SEHNAL im Alter von 85 Jahren; in Waidhofen a. d. Thaya der dortige Bezirksarzt Dr. LEOPOLD REINAGL im Alter von 76 Jahren; in Graz Dr. MORIZ HOMANN, 63 Jahre alt; auf Cuba Dr. JESSE WILLIAM LAZEAR, Mitglied einer Commission zur Erforschung des Gelbfiebers, als Opfer eines Selbstversuches, im Dienste der medicinischen Wissenschaft, im 25. Lebensjahre.

Die von der Brunnen-Verwaltung in Rohitsch-Sauerbrunn auf der hygienischen Ausstellung in Karlsbad ausgestellten Sauerlinge Tempel- und Styria-Quelle haben wegen ihrer eminenten Heilwirkung bei allen Leiden der Gedärme, des Magens und der Bright'schen Nierenkrankheit von der Jury unter Vorsitz des Obmannes des ärztlichen Vereines in Karlsbad Dr. HANS PLESCHNER, die höchst verleihe Auszeichnung, das „Ehrendiplom zur goldenen Medaille“, erhalten.

Wie wir von gut unterrichteter Seite gleichzeitig erfahren, hat der Rohitscher Sauerling im heurigen Jahre einen außerordentlichen Aufschwung genommen, der in erster Linie darauf zurückzuführen ist, daß sich in ärztlichen Kreisen ein erhöhtes Interesse für dieses de u Karlsbader Sprudel in keiner Weise nachstehende Mineralwasser geltend macht. Uns liegt heute eine in Halle a/Saale ausgeführte „vergleichende Darstellung des Gehaltes der landschaftlichen Rohitscher und der Karlsbader Quellen“ von Prof. BORTLER vor, welche die in 100 Theilen enthaltenden mineralischen Bestandtheile in graphischer Weise wiedergibt. Die Rohitscher Styria-Quelle enthält an purgirenden Salzen 68, der Karlsbader Sprudel jedoch nur 28 in 100 Theilen.

Heuer wird die im Vorjahre vom Landtage von Steiermark bewilligte „Centralisation der Füllanlagen“ zur Durchführung gebracht, und ist dann die rührige Brunnen-Verwaltung, an deren Spitze Director V. TROTTEN steht, in der Lage, den seit 2 Jahren an sie gestellten erhöhten Anforderungen zu entsprechen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brunnen-Versendung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Progenhandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0·177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.



Farbenfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abtheilung.

Jannigen.

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder. Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Nedonal.

Neues Hypnoticum, absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nervöse Agrypnie.
Dos.: 1½—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten. Auch per clysmata.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate. Frei von üblen Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend.

Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat, geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich. Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.

Dos.: 5—10% Salben.

Heroin. hydrochl.

Protargol

Aristol

Creosotal

Jodothyrim

Lycetol

Eisen-Somatose

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr.-der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur LAURENTY'schen Theorie der Skiaskopie. Von Dr. O. NEUSTÄTTER in München. — Ueber die Verwendung des Acidum salicylicum beim Ulcus molle. Von Dr. EMANUEL SZÁNTÓ in Budapest. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** KARL HIRSCH (München): Vergleichende Blutdruckmessungen mit dem Sphygmomanometer von BASCH und dem Tonometer von GÄRTNER. — MAX BURCKHARDT (Davos): Untersuchungen über Blutdruck und Puls bei Tuberculösen in Davos. — ALEX. PETZOLD (Magdeburg): Die Behandlung der croupösen Pneumonien etc. — I. NEUMANN (Wien): Das Syringocystom. — BRUNNER (Münsterlingen): Zur chirurgischen Behandlung des Spasmus pylori und der Hyperacidität. — J. HELLER (Charlottenburg-Berlin): Ueber Erythema exsudativum multiforme nach chemischer Reizung der Harnröhre. — WALTER ZWEIF (Berlin): Die Bedeutung der Costa fluctuans decima. — **Literarische Anzeigen.** Pathologisch-anatomische Diagnostik nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen, sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen. Von Prof. Dr. JOHANNES ORTH. — Grundzüge der Hygiene, unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reiches und Oesterreichs, bearbeitet von Prof. Dr. W. PRAUSNITZ. — Kurzgefaßtes Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. CARL SEITZ. — Mnemotechnik der Receptologie. Von Dr. C. TH. HÜTLEIN. — **Feuilleton.** Die Humanität am Krankenbette. — **Kleine Mittheilungen.** Plasmon. — Die Behandlung chronischer Cystitis. — Das lösliche Eisenarseniat. — Carcinombehandlung. — Augencomplicationen der Variola. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Laurenty'schen Theorie der Skiaskopie.

Von **Dr. O. Neustätter** in München.

An dieser Stelle (Nr. 37 u. 38, 1898) ist von LAURENTY eine Theorie der skiaskopischen Erscheinungen dargelegt worden, welche nichts Geringeres als eine vollständige Umstürzung der bisher von allen Autoren im Princip angenommenen Anschauung über das Wesen der Skiaskopie bedeuten würde. Auch ich habe in meinem jüngst erschienenen Grundriß der Skiaskopie¹⁾ nicht nur stillschweigend dieses Princip anerkannt, sondern auch noch ausdrücklich in den gleichzeitig erschienenen „Wandtafeln und Phantomen zur Skiaskopie“²⁾ die angeblich fehlerhafte Construction ausgeführt und betont. Es war dort nicht der Platz, auf die im Literaturverzeichnis aufgeführte Arbeit LAURENTY's kritisch einzugehen, und ich möchte dies hier nachholen. Es wird sich einerseits darum handeln, den von LAURENTY angegriffenen Standpunkt zu vertheidigen, andererseits zu zeigen, was an seiner Theorie haltbar ist.

Diese seine Theorie läuft schließlich darauf hinaus, daß die skiaskopischen Erscheinungen nichts Reales, nichts auf dem Papierschirm Darstellbares sind, vielmehr eine „optische Täuschung“, die nur von dem lebenden Auge des Beobachters vermittelt werden kann. Dem gegenüber sind sämtliche Autoren mit Ausnahme vielleicht von DE FALCO, dessen

Arbeit mir im Originale noch nicht bekannt ist, der Ansicht, daß unter alleiniger Voraussetzung der Richtigkeit des Projectionsgesetzes, demzufolge wir alles umgekehrt sehen, wie das Bild auf unserer Netzhaut liegt, die sämtlichen Erscheinungen sich aus objectiven, an Linsenphantomen oder natürlich, wenn man dazu Lust hat, ebenso gut an enucleirten Augen oder auch durch Zeichnungen zu veranschaulichenden Vorgängen erklären lassen.

Der wesentlichste Einwand, den LAURENTY dieser „physikalischen Theorie“ gegenüber zu machen hat, beruht auf einer mangelhaften Kenntniß von den Gesetzen der Reflexion: „Von dem in unser Auge fallenden Licht wird ein Theil verschluckt, hauptsächlich von der Netzhaut; der Rest aber wird von der Netzhaut reflectirt nach dem bekannten Gesetz: der einfallende und der reflectirte Strahl bilden gleiche Winkel mit dem Einfallslloth; der reflectirte Strahl liegt in der Ebene, welche durch den einfallenden Strahl und das Einfallslloth bestimmt ist. Andere Gesetze über Reflexion gibt es nicht, und ihm ist auch die Erscheinung der sogenannten unregelmäßigen oder allseitigen Reflexion unterworfen. Man darf nicht vergessen, daß Lichtstrahlen an sich nicht existiren; ein Lichtstrahl ist nichts anderes als der bildliche Ausdruck für die Thatsache, daß das Licht von seinem Ausgangspunkte nach jedem beliebigen Punkt des Raumes hin sich geradlinig fortpflanzt! Wenn daher Licht nur in einer bestimmten Richtung auf ein beliebiges Flächenelement eines Körpers fällt, so wird es dem obigen Gesetz gemäß auch nur in einer bestimmten Richtung zurückgeworfen. Mit anderen Worten, wenn nur ein einziger Lichtstrahl in das Auge gelangt, so kann auch nur ein einziger Lichtstrahl von seiner Netzhaut zurückkehren. Gelangt aber Licht zu einem bestimmten Netzhautpunkt aus vielen verschiedenen Richtungen her, z. B.

¹⁾ „Grundriß der Theorie und Praxis der Schattenprobe.“ J. F. LEHMANN'S Verlag, München.

²⁾ Ebenfalls in LEHMANN'S Vorlag.

durch jeden Punkt der Pupille, so kehrt auch Licht in ebenso viel verschiedenen Richtungen, und zwar gesetzmäßig bestimmten Richtungen, von diesem Netzhautpunkte zurück; es tritt ein ganzes Strahlenbündel von jenem Punkte aus durch die Pupille.“

Wären diese Anschauungen richtig, so würde allerdings die ganze bisherige Theorie der Skiaskopie erschüttert. Aber sie sind es nicht. Die angeführten Gesetze gelten nur für die „regelmäßige Reflexion“ an spiegelnden Flächen. Die Ausdehnung auf die diffuse Reflexion dagegen ist eine von LAURENTY allein vertretene unbewiesene und unbeweisbare Anschauung, und zwar, wie mir scheint, gerade aus einer zu linienhaften Vorstellung des Lichtstrahles von seiner Seite hervorgegangen. Bei der diffusen Reflexion erzeugt in Wirklichkeit jeder auf die reflectirende Fläche auftreffende Strahl eine von dem betreffenden Punkte räumlich zurückgehende Strahlenwelle, d. h. von

widerlegen zu müssen. So lange die Rückwand des Auges nicht derart spiegelt, daß man nur in einer bestimmten Richtung das Bild der zur Beleuchtung benützten Flamme sieht, sondern einen hellen Schein, bezw. ein Bild derselben auf der natürlichen (oder künstlichen) Netzhaut, von wo immer man diese ansehen mag — was natürlich nur möglich ist, wenn eben Strahlen nach allen Seiten zurückgehen —, so lange gelten auch die Gesetze der diffusen Reflexion.

Hätte nun LAURENTY wenigstens in correcter Weise, entsprechend seiner Voraussetzung von der Netzhaut als spiegelartig wirkende Fläche, construirt — und damit bin ich auf einen weiteren Punkt gekommen, der in den Ausführungen des Autors sich nicht halten läßt —, so wäre er vielleicht durch die sonderbaren Resultate, die sich bei einer solchen Construction ergeben hätten, auf die Unrichtigkeit oder wenigstens Unwahrscheinlichkeit seiner Hypothese aufmerksam geworden. So aber zeichnet er (Fig. 1) z. B. den Strahl

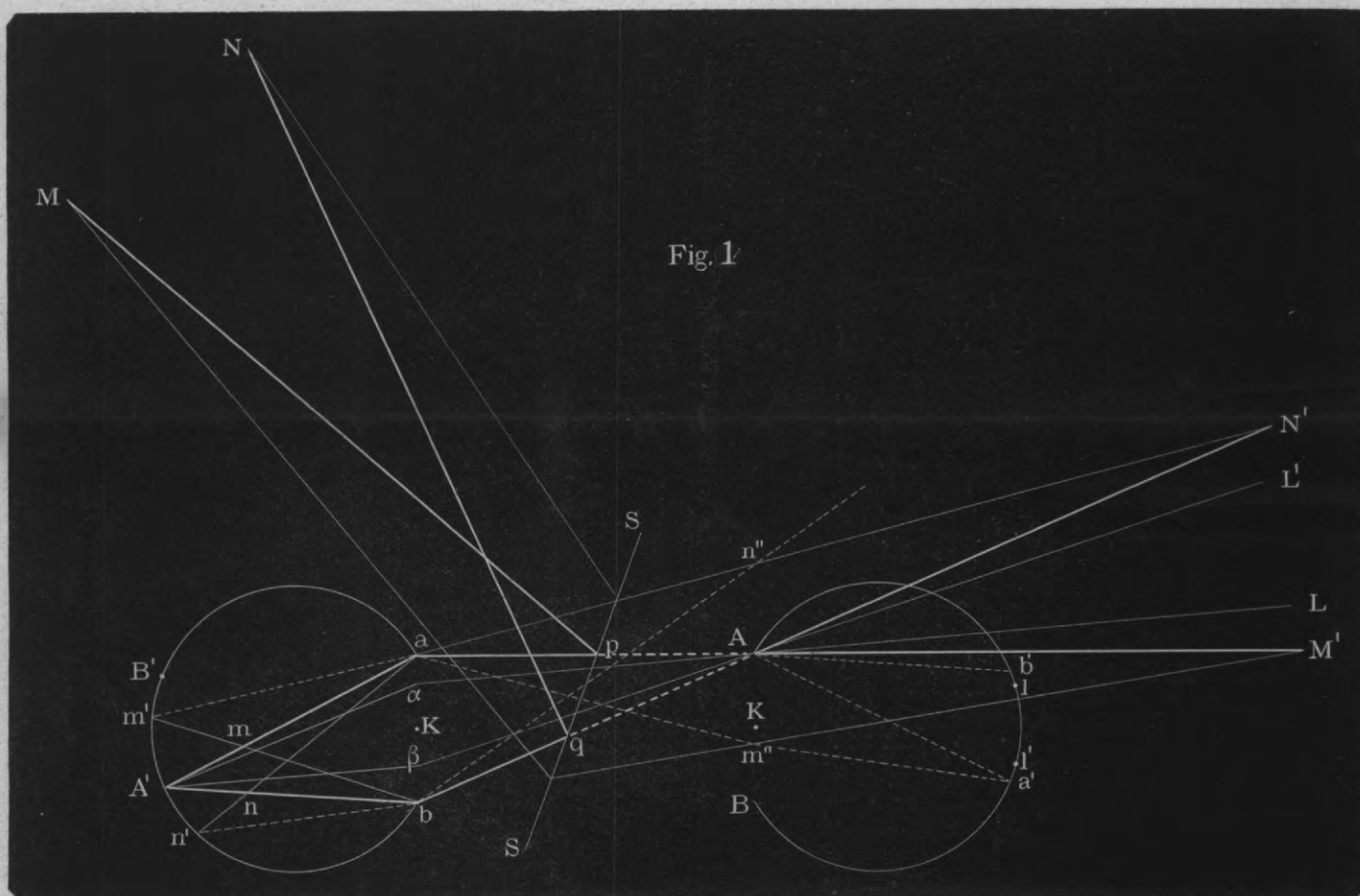


Fig. 1

dem so erleuchteten Punkte gehen Strahlen nicht nur in der Ebene und unter gleichem Winkel wie der einfallende Strahl in den Raum zurück, sondern radiär nach allen Richtungen, wo sich ihnen kein Widerstand entgegensezt. (Die dabei auftretenden Unregelmäßigkeiten [Polarisation] können wir für unsere Zwecke vernachlässigen.) Der betreffende Punkt geräth eben bei diffuser Reflexion in Schwingungen, die der Ausgangspunkt eines neuen Wellensystems werden.

Nach dieser allgemeinen Festlegung der in Betracht kommenden Gesetze kommen wir zu deren Anwendung auf den speciellen Fall; dabei wäre nur noch die Frage zu entscheiden, ob die Netzhaut eine spiegelnde oder diffus reflectirende Fläche ist. Es bedarf wohl keiner Ausführungen, um letztere Thatsache erst noch zu beweisen. Die gleiche Eigenschaft hat übrigens auch die matte Scheibe oder der künstliche Augenhintergrund der Phantome, um nicht etwa erst nochmals die Versuche, als am Phantome gemacht,

Nqb, wie wenn er, von b nach A' gelangt, hier so reflectirt würde, daß er nach a zurückgeht. Selbst zugegeben, es wäre — was eine Verwechslung von ungebrochen zur Netzhaut gelangendem und von ihr ungebrochen in die Luft zurückgehendem Strahl ist — an dieser Stelle die Knotenlinie AKA' gleichzeitig das Einfallslot, so würde eine einfache Winkelconstruction ergeben, daß der Strahl von A' aus nach einem höheren Punkt als a reflectirt werden müßte. Doch brauche ich hierauf nicht näher einzugehen — eines ist sicher, die Construction ist nicht zweifellos richtig, sondern zweifellos unrichtig, sowohl in ihrer Ausführung als in ihren Voraussetzungen.

Wie ist nun der wirkliche Sachverhalt? Bleiben wir bei der von LAURENTY gegebenen Construction — für eine ausführlichere verweise ich auf meine Wandtafel — da sie ja mit Ausnahme der Reflexion im untersuchten Auge ganz gut ist, und versuchen, uns an ihr Rechenschaft zu geben

über den Strahlenverlauf. Wenn $M'N'$ das virtuelle Bild der Flamme ist, so entsteht deren conjugirtes Bildchen im untersuchten Auge in mn , und dessen Netzhaut ist von dem Zerstreuungsbild desselben, d. h. in der Strecke $m'n'$ erleuchtet. Von jedem der zwischenliegenden Punkte, wie z. B. auch A' , gehen nun Strahlen wie von einem selbstleuchtenden Punkte zurück, d. h. eben sowohl nach beliebigen Punkten der Netzhaut, z. B. zwischen a und B' , als nach sämtlichen Punkten der Pupille ab. Man beachte dabei den Unterschied in dem Gedankengang: LAURENTY läßt für den Punkt A auch Strahlen durch die ganze Pupille ab zurückstrahlen; während aber in Wirklichkeit schon ein einziger Strahl, z. B. $M'A$ a A' diesen Effect hat, meint er, dies sei nur dadurch möglich, daß von dem ganzen Flammenbild $M'N'$ Strahlen so zutreten, daß sie durch Reflexion regelrecht diesseits und jenseits von K ein-, bzw. austreten. Natürlich macht es einen Unterschied in der Intensität der Beleuchtung von A' und der scheinbaren Helligkeit der Pupille ab , ob nur ein Strahl auf A fällt oder ein ganzes Bündel.

Noch deutlicher und wesentlicher zeigt sich aber die Unrichtigkeit von LAURENTY's Annahme, wenn wir nun die Verhältnisse in dem Augenblick betrachten, wo die virtuelle Flamme, durch Drehung des Spiegels SS nach unten, soweit nach oben gewandert ist, daß nur mehr von dem jetzt als untersten gedachten Punkt N' des virtuellen Flammenbildchens Strahlen in das Auge des Untersuchten treten. Es entsteht von N' wieder ein Bildpunkt n im untersuchten Auge; von ihm der Zerstreuungskreis $A'n'$ auf der Netzhaut. Wie gehen nun von hier die Strahlen zurück? Innerhalb der für das Beobachteraue überblickbaren Strecke $A'B'$ fällt thatsächlich nur ein Strahl $N'bnA'$ auf. Nun aber geht von diesem nicht nur der eine $A'a$ durch die Pupille ab zurück, wie dies LAURENTY annimmt, sondern ein volles Strahlenbündel zwischen $A'a$ und $A'b$. Die Folge ist, daß auch in A nicht ein einzelner Strahl eintrifft, so daß nur der Punkt a auf der Beobachternetzhaut noch erleuchtet wäre, sondern, da von allen Punkten der Pupille ab Strahlen noch ins Beobachteraue eintreten können, das Bild von a (ab) noch in ganzer Ausdehnung — wenn auch schwach — erleuchtet sein wird. Im Momente nun, wo der letzte, innerhalb des „Gesichtsfeldes“ $B'A'$ von der Flamme noch eintreffende Strahl durch noch weitere Drehung des Spiegels erlöschen, bzw. nicht mehr auf A' treffen würde — zu weiter unten, zwischen $A'n'$ z. B., gelegenen Punkten wäre dies dann noch wohl denkbar — würde auch der Punkt A nicht mehr erleuchtet werden, sondern ein hoher, zwischen A und n'' gelegener Punkt. Von da an könnte dann auch durch keinen Theil der Pupille a mehr ein Strahl ins Beobachteraue kommen, und da solche im gegebenen Fall sich alle in einem Punkt auf der Pupillarebene vereinigen, ist es klar, daß es sich um eine, nur um Punktgröße weiter nach oben erfolgte Verschiebung von A zu handeln braucht, um sämtliche von ab herkommenden Strahlen plötzlich durch die Pupille des Beobachters abzuschnitten und so eine plötzliche Verdunklung von $b'a'$ zu erhalten. Dieser entspricht eine eben solche der untersuchten Pupille: das Characteristicum des Umschlagspunktes.

Hiemit haben wir also bewiesen, daß die Construction uns thatsächlich ein Recht gibt, uns eine Meinung über das Punctum neutrum zu bilden, daß der von BITZOS u. A. angegebene Versuch correct ist, und daß die Beweise LAURENTY's von der Falschheit der bisherigen Anschauung hinfällig sind.

Nun kommen wir zu den Anschauungen, die LAURENTY an Stelle der bisherigen setzt. Zunächst sagt er, daß die Erscheinungen, die wir beim Umschlagspunkt beobachten, überhaupt nicht den üblich geschilderten entsprechen, daß nicht eine plötzliche Verdunklung für denselben charakteristisch

ist, sondern bald ein von den Seiten her, bald von dem Centrum, bald ein von beiden Seiten her zusammenlaufender Schatten. Obgleich er selbst sagt, daß dieser nur unter gewissen günstigen Bedingungen zustande kommt, bezeichnet er ihn doch als das Characteristicum, ohne allerdings den Beweis anzutreten. Als den Ort, wo der Umschlagspunkt zustande kommt, bezeichnet er die Spiegelfläche und beruft sich dabei auf frühere Versuche. Zum Schlusse bezeichnet er die von ihm selbst beschriebene charakteristische Erscheinung beim Umschlagspunkt als nur durch optische Täuschung erklärbar.

Es hängen alle diese Fragen eng zusammen. Betrachten wir zunächst, was von den thatsächlichen Angaben LAURENTY's über die Lage des Fernpunktes auf der Spiegelfläche im Augenblick des Schattenwechsels richtig ist und was von den aus ihnen gezogenen Schlußfolgerungen.

Es soll „der Fernpunkt im Moment des Schattenwechsels bedingungslos in der Spiegelebene liegen, der Abstand des Spiegels vom Auge des Beobachters zeigt dabei (!) keinen Einfluß auf dieses Resultat, auch nicht die Größe des Spiegelloches; ja sogar das Vorhandensein irgend welcher begrenzten Oeffnung erweist sich als nicht erforderlich, denn dasselbe Resultat wurde auch mit dem HELMHOLTZ'schen Spiegel erhalten“.

Leider sind mir die Versuche am Phantom, welche diesen Behauptungen zugrunde liegen, nicht zugänglich, und ich muß mich darauf beschränken, meiner Ueberzeugung Ausdruck zu geben, daß sicher Beobachtungsfehler zugrunde liegen müssen. Denn aus einer einfachen Betrachtung der optischen Verhältnisse, welche eine Erscheinung wie die des neutralen Punktes darbieten — plötzliche Verdunklung der vorher erleuchteten Fläche — ergibt sich, daß ohne eine Abblendung, welche die Strahlen in ihrem Vereinigungspunkte durch irgend eine undurchsichtige Kante oder Fläche erfahren, das Zustandekommen des plötzlichen Schattens nicht denkbar ist. Ich verweise diesbezüglich auf die 1. Tafel meines Grundrisses, wo der Strahlengang für den allgemeinsten Fall gezeichnet und die hier in Betracht kommenden Möglichkeiten erwähnt sind. Aus diesem Gesetz ergibt sich, daß entweder am Spiegel — oder wenn dieser kein begrenztes Loch hat, wie dies bei Verwendung des Glasplattenspiegels der Fall ist — an der Iris die Abblendung erfolgen muß. Gerade für den von LAURENTY bezeichneten Fall, daß nämlich der Spiegel SS (in der Fig. 1) eine durchsichtige Glasplatte ist, trifft die von ihm bestrittene Thatsache absolut sicher zu, daß der Umschlagspunkt nicht auf den Spiegel, sondern in die Pupillarebene des Beobachters fällt.

Bedingungsweise dagegen liegt, wie dies schon ROTH bemerkte und ausführlich RÜPPELL für einen bestimmten Fall darlegte, der Umschlagspunkt in der Spiegelebene. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß dieser Fall so lange nicht eintritt, als die Spiegelöffnung größer ist als der Raum zwischen den Verbindungslinien von Pupille ab zu A b , nämlich aA und bB (Fig. 2). Denn dann fällt noch immer der Vereinigungspunkt der äußersten Strahlen (z. B. bA mit aA) auf die Pupille, ohne daß dieselben auf ihrem Wege abgeblendet werden, bzw. tritt der Schatten auf, wenn die Strahlen auf die Iriskante treffen.

Ein Einfluß des Spiegelloches beginnt erst, falls es kleiner wird, als eben angegeben. Dann aber ist noch dessen Größe und auch die Entfernung, in welcher der Spiegel vom Beobachteraue sich befindet, von Einfluß und, wie wir sehen werden, ergeben sich dabei unter Zugrundelegung des physikalischen Principes diejenigen Erscheinungen, welche LAURENTY beobachtet hat, aber nicht richtig zu deuten wußte, und als Gegenbeweise gegen dieses Princip anführt.

Betrachten wir 1. die Verhältnisse, wenn z. B. der Spiegel sS soweit vom Auge entfernt gehalten wird, wie

dies in Fig. 2 dargestellt ist. Die Lücke stelle das Loch des selben vor. Nehmen wir nun zunächst

a) den Fall, daß das Punctum remotum des untersuchten Auges wieder auf die Pupillarebene des Beobachterauges fällt; was wird letzteres dann für Erscheinungen wahrnehmen? Offenbar wird so lange, bis das Ende des Luftbildes nach z kommt, die Pupille des Untersuchten voll erleuchtet erscheinen; denn bis dahin treten noch von allen Theilen derselben Strahlen ins Beobachterauge und werden auch das in ihm entstehende Pupillenbild ($a'b'$, Fig. 1) erfüllen. Rückt nun aber das Ende über z , so wird allmählig von dem oberen Theil von ab ein Strahl nach dem anderen (von a her) nicht mehr zutreten können — also ein Schatten über die untersuchte Pupille von oben her wandern. Ehe dieser aber dieselbe ganz überziehen kann, wird — nämlich im Augenblick, wo der letzte Punkt auf, respective über A hinaufgeht — plötzlich der Theil der Pupille unterhalb des Schnittpunktes v der Linie Av mit der Ebene ab sich verdunkeln, weil mit einem Schlage diese Strahlen von der Iris bei A abgeblendet werden. Wir erhalten also einen sonst für Hyperopie charakteristischen Schatten statt des plötzlichen Ueberganges von Erleuchtung zur Dunkelheit.

b) Liegt der Fernpunkt zwischen Spiegel und Auge z. B. in einer Ebene zwischen AB und x , so wird zuerst von oben her Schatten über die Pupille ab (von a gegen v zu) wandern, dann auch von b gegen v zu. Jenseits der Ebene x , zwischen dieser und sS wird zuerst von unten her Schatten zu kommen scheinen: von b gegen v zu; nachdem dieser schon ziemlich vorgeschritten — umso mehr, je näher das PR an sS liegt — kommt auch von oben her Schatten gegen v zu und verschmilzt dort mit dem entgegenkommenden. Haben wir hier schon einen (ungleichzeitigen) Doppelschatten, so erhalten wir bei Lage des PR in x gleichzeitig von oben und von unten einen gegen v zu wandernden, also einen gleichzeitigen Doppelschatten, wie ihn LAURENTY beobachtet. Somit können wir dessen Beobachtung bestätigen. Aber es ist auch klar, daß die Bedingungen, unter denen der Doppelschatten auftritt, von ihm nicht richtig erfaßt worden sind. Ebenso wenig kann die Folgerung richtig sein: der Doppelschatten beweise irgend etwas im Sinne seiner gegnerischen Anschauung gegen die Pupille als Umschlagsebene oder seiner Behauptung, die Spiegelebene bilde die Umschlagsebene.

c) Ebenso wenig bestätigen sich die Angaben LAURENTY'S für den Fall, wo das Punctum remotum in die Spiegelebene fällt. Die sogleich zu beschreibenden Erscheinungen lassen sich übrigens nur beobachten, wenn der Spiegel in einiger Entfernung vom Beobachterauge gehalten wird, was normalerweise nicht der Fall ist, und auch dann nur unter gewissen, weiter unten gegebenen Voraussetzungen. Sind diese gegeben, wie eben in Fig. 2, so wandert, falls das Punctum

remotum über y tritt, Schatten von unten her (also myopischer Schatten) über die Pupille ab ; wenn er bis v gelangt ist, verlöscht dann plötzlich die Erleuchtung von va , weil y auf r getreten ist und hier als im Kreuzungspunkt sämtliche noch übrigen Strahlen auf einmal abgeschnitten werden.

Selbst bei der entsprechenden Versuchsanordnung erhalten wir also nicht den Doppelschatten, wenn das Punctum remotum auf dem Spiegel liegt. Allerdings erhalten wir eventuell einen solchen und erhalten andererseits nicht den plötzlichen Wechsel von Helligkeit und Schatten, wenn das Punctum remotum in diesem Falle auf die Pupillarebene des Beobachters fällt.

Hierin läge aber nicht etwa nur ein Gegenbeweis gegen die von PARENT, LEROY, BITZOS, FICK, RÜPPELL u. A. und auch von mir gegebene Erklärung, bezw. Construction des Umschlagpunktes, sondern ebenso auch gegen LAURENTY'S Ansicht. Würde sich also die Differenz der Erscheinungen gegenüber der üblichen plötzlichen Verdunkelung nicht weiter erklären lassen, dann wäre daraus nur zu schließen, daß wir anderen im Unrecht sind, aber ebenso auch LAURENTY mit seiner Anschauung.

Den Beweis aber, daß seine Gegner mit ihrer principiellen Erklärung im Unrecht sind, hat L. nicht erbracht, und es wäre ihm derselbe zuzuschreiben. Aber es ist aus dem Obigen schon klar und braucht kaum darauf hingewiesen zu werden, daß es sich nur um eine außergewöhnliche Versuchsanordnung handelt, welche die Erscheinungen verändert, ohne daß dadurch die principielle Erklärung alterirt würde: es ist ja der Spiegel, als in einiger Entfernung vor dem Auge gehalten, vorausgesetzt.

Diese Haltung des Spiegels ist aber nicht die gewöhnliche, daher ist auch sonst noch der Einfluß dieses Verhältnisses nicht eingehend behandelt worden und auch die Er-

scheinung als praktisch belanglos nicht beachtet, vielleicht auch nicht beobachtet worden, weil es besonderer Anordnung bedarf. Halten wir den Spiegel in der gewöhnlichen Weise dicht vor unser Auge, so tritt allerdings die Kante der Spiegelöffnung — immer vorausgesetzt, daß diese enger als die Beobachterpupille ist — an Stelle der letzteren. Hätte LAURENTY nur diese, übrigens nicht neue Behauptung aufgestellt, in dieser Beschränkung, dann wäre natürlich nichts gegen eine solche genauere Darstellungsweise zu sagen. Aber im Princip der Erklärung ändert sich hiebei ebenso wenig etwas, wie an dem Auftreten der plötzlichen Verdunkelung als charakteristischen Erscheinung für den Moment des Auftretens des Punctum remotum auf die Kante, d. h. für nahe gehaltenen Spiegel.

Eine Betrachtung dieses 2. Falles (wie ihn Fig. 3 veranschaulicht) zeigt dies deutlich. Die Spiegelöffnung tritt an Stelle der Pupille. Fällt daher das Punctum remotum auf eine Ebene hinter dem Spiegelloch, also auch auf die Pupille, so kommt es zum Wandern eines hyperopischen Schattens,

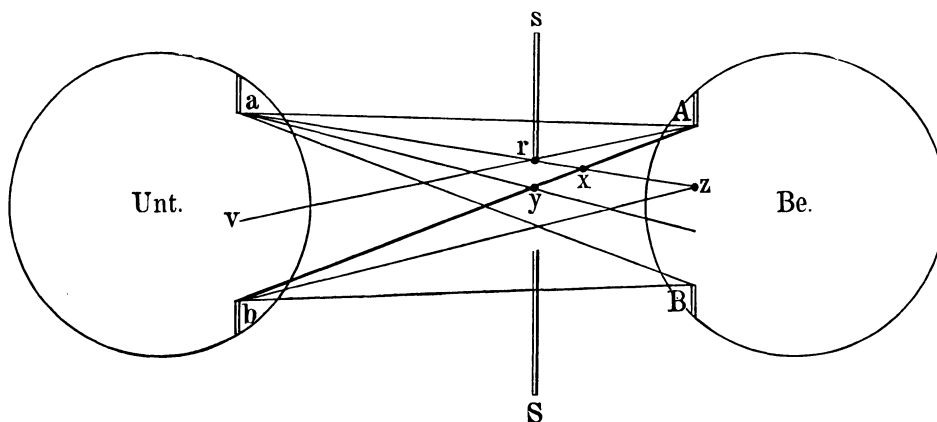


Fig. 2.

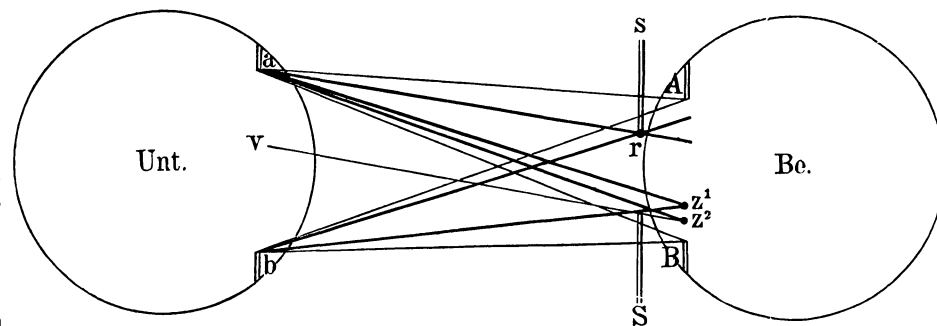


Fig. 3.

genau so als fiele das *Punctum remotum* in der anderen Construction hinter die Pupille. Ein Blick auf die Construction zeigt die Ursache dieser Erscheinungen. Wenn Punkt *v* an der Spiegellochkante angelangt ist, wird noch die ganze Pupille *Ca* hell erscheinen; im Moment, wo er auf die Kante tritt, wird plötzlich die untersuchte Pupille dunkel erscheinen, weil kein Strahl mehr von *ab* auf den Raum *AB* trifft. Liegt dagegen das *Punctum remotum* (*z*) auf der Pupillarebene, so wird, wenn Punkt *z'* tiefer, z. B. nach *z²* zu liegen kommt (der Klarheit der Zeichnung halber ist Bewegung des Bildpunktes nach unten angenommen), von *b* her allmählich kein Strahl mehr auftreffen, dem entsprechend Schatten aufreten, der von *b* nach *v* zu wandern scheint; dies ist der Einfluß des Spiegelloches, wenn der Spiegel noch vor dem Auge gehalten wird.

Wir können nun noch zu einer genaueren Formulierung dieses Einflusses einer begrenzten Spiegelöffnung fortschreiten. Aus einer genauen Betrachtung der Fig. 2 und 3 ergibt sich nämlich, daß es nur in praxi einen Unterschied macht, ob der Spiegel näher oder weiter abgehalten wird; daß aber streng genommen der Unterschied der Erscheinungen davon abhängt, daß das einmal die Kante der Spiegelöffnung innerhalb der gekreuzten Verbindungslinien der Pupillen, nämlich *a B* und *b A*, das anderemal zwischen diesen und den ungekreuzten *a A*, *b B* zu liegen kommt. Liegt sie jenseits *a A*, *b B*, so ist sie ohne Einfluß.

Zusammenfassend können wir also sagen:

1. Die Pupille des Beobachters bildet den Umschlagspunkt, falls das Spiegelloch nicht enger als die Entfernung von *a A*—*b B*. Hierbei kommt es zu plötzlicher Verdunklung der Pupille des Untersuchten.
2. Ist das Spiegelloch enger als die gekreuzten Verbindungsstrahlen, dann erfolgt an ihm der Umschlag zwischen myopischem und hyperopischem Schatten ebenfalls unter der Erscheinung plötzlichen Ueberganges von Erleuchtung zu Verdunklung.
3. Liegt die Kante des Spiegelloches zwischen jenen Linien, dann kommt es zu *a*) myopischem Schatten, falls das *Punctum remotum* auf dem Spiegel liegt, zu *b*) Doppelschatten, falls es zwischen diesem und Beobachterpupille, zu *c*) hyperopischem Schatten, falls das *Punctum remotum* auf oder hinter dieser liegt.

Dies sind die hier in Betracht kommenden Gesetze. Es ergibt sich aus ihnen, daß in praxi der mittlere Fall, außer bei starker Annäherung des Beobachters an den Untersucher, weiten beiderseitigen Pupillen und gerade entsprechender Entfernung und Größe des Spiegelloches, nicht vorkommen wird, da für gewöhnlich die Verbindungsstrahlen minimale Winkel bilden.

Letzteres Verhältniß ist auch der Grund, daß man Spiegelloch oder Pupille ohne Fehler von Bedeutung als Umschlagspunkt in praxi ansetzen darf. Richtig ist, daß das Spiegelloch für gewöhnlich den Umschlag bewirken wird; theoretisch ist diese Art der Darstellung die correctere, das Princip aber ist in beiden Fällen das gleiche.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Verwendung des *Acidum salicylicum* beim *Ulcus mole*.

Von **Dr. Emanuel Szánto** in Budapest.

Die Salicylsäure ist ein in der Praxis, zumal in der Dermatologie, sehr viel verwendetes Mittel. Von jeder anderen Verwendung absehend, hat vor kurzer Zeit erst Török in der „Pester medicinischen Presse“ über die schönen Erfolge mit der LASSAR'schen Pasta bei Ekzem berichtet, eine Pasta, die in 25 Theilen Salbenmasse einen Theil *Acidum salicylicum* enthält. In dieser Pasta bewährt sich sehr gut nebst dem darin

enthaltenen, trocknend wirkenden Zinkoxyd die epithelreizende Wirkung des *Acidum salicylicum*, von deren Wirkung wir uns bei chronischem und scrophulösem Ekzem überzeugen konnten. Das *Acidum salicylicum* hat in concentrirter Lösung eine Epithel macerirende und keratolytische Wirkung; dies sehen wir bei der Behandlung von Verruca und Hühneraugen. Es macerirt und vernichtet das Epithel. In schwacher Lösung dagegen regt es zur Granulationsbildung an.

Diese Wirkungen des *Acidum salicylicum* können wir nun in der Therapie des weichen Schankers sehr wohl verwerten. Ich hatte mehrmals Gelegenheit zu beobachten, daß die Ausbreitung der progressiven *Ulcera* innehält, das mit eitrigem Secret bedeckte *Ulcus* wird sehr bald zur heilenden Wunde; die Granulationen werden hell roth, fester, und zu allerletzt beginnt unter Einwirkung des *Acidum salicylicum* in schwächerer Concentration die Ueberhäutung.

Daß das *Unguentum salicylicum* heilend auch bei progressiven Arten wirkt, will ich mit einigen, unten angeführten Fällen beweisen, durch die auch die Superiorität dieser Salbe über die bisher verwendeten klar wird, sowohl in Wirkungsart als auch in Schnelligkeit der Wirkung.

Fall 1. Ein 18jähriger, körperlich gut entwickelter junger Mann. Die Anamnese ist folgende: Auf der Oberhaut des Penis unter der Glans führt ringsum ein mit schmutzig eitrigem Secrete überzogener Defect in der Breite von $\frac{1}{2}$ Cm. Diagnose: *Ulcus phagedaenicum penis*. Seiner Angabe nach wurde der Patient in Kaschau mit Jodoform, späterhin mit Salol behandelt. Nachdem ich das *Ulcus* mit Sublimatlösung rein gewaschen hatte, begann ich die Behandlung mit *Unguentum salicylicum* im Verhältnisse von 1:30; weiterhin wurde die Wunde täglich gleich behandelt und von mir persönlich verbunden. Am 4. Tage war kaum noch Secret zu finden; die Granulationen wurden rein hellroth. Am 7. Tage war der Kranke gezwungen, wegen Entzündung der Inguinaldrüsen das Bett zu hüten. Die Schwellung ging bei antiphlogistischer Behandlung in 4 Tagen zurück. Am selben Tage begann auch von den Rändern des Substanzverlustes aus die Ueberhäutung, die Wundfläche wurde immer kleiner und der Patient ward am 17. Tage geheilt entlassen.

In diesem Falle ist somit das seit 2 Monaten bestehende *Ulcus* trotz seiner bedeutenden Größe innerhalb 17 Tagen vollständig verheilt gewesen.

Fall 2. L. Sz., Kaufmann, war durch 4 Wochen mit *Empastrum cinereum* behandelt worden. Die Drüsen sind nicht geschwollen, nur in der linken Inguinalregion konnte ich eine mandelgroße, aber auf Druck nicht empfindliche Drüse tasten. Kein Hautexanthem. Die Schleimhaut des Mundes und des Rachens ist vollkommen rein. An der Wurzel des Penis findet sich ein *Ulcus* von der Größe eines Kreuzerstückes mit infiltrirten, wulstigen Rändern, eitrig belegt. Gleiche Therapie. Die Wunde wird alsbald rein, die umgebenden Epidermisüberlagerungen werden verdünnt und die Ueberhäutung beginnt; nach 11 Tagen ist die Wunde geheilt.

Fall 3. 19jähriger, kräftiger Beamter. *Ulcus am Präputium*. Die Heilung tritt unter der gleichen Behandlung in kurzer Zeit ein.

Fall 4. An der Innenfläche des Präputiums ein heller großer Defect, welcher viel Eiter secernirt und von entzündeten rothen Rändern umgeben ist. Die rechten Inguinaldrüsen sind geschwollen und empfindlich. Der Substanzverlust wird innerhalb 2 Wochen bei Behandlung mit Salicylsäure ebenso geheilt wie die anderen erwähnten Affectionen.

Fall 5. 22jähriger Mann. Er ist schon durch 3 Wochen in Behandlung, wobei Jodoform, Loretin und Dermatol in Anwendung kamen. Mitten auf dem Rücken des Penis findet sich ein heller großer, tiefer Defect mit eitrigem Secret überzogen und von infiltrirten Rändern umgeben. Patient wird nach zweiwöchentlicher Behandlung mit *Unguentum salicylicum* geheilt entlassen.

In allen diesen Fällen habe ich, nachdem ich den Rand der Wunde gereinigt und die Wunde selbst mit Sublimatlösung abgespült hatte, das *Unguentum salicylicum* auf Gaze in Anwendung gebracht und darüber Billrothbattist oder Guttapercha, zuletzt den Verband gebreitet. Zweckmäßig ist die Benützung von Billrothbattist, da durch denselben der

Verband gut anliegend gemacht wird und nicht durchnäßt; der Battist verhindert auch den Zufluß des Urins zur Wunde. Je nach Nothwendigkeit — Quantität des Secretes — erneuere ich den Verband täglich oder immer nach zwei Tagen. Ich verschreibe:

Rp. Acid. salicyl. 1·0
Vasellini 30·0
Tinct. benzoës 2·0
Mf. Salbe.

Ich glaube nach dem bisher Gesagten nunmehr behaupten zu können, daß die von mir geschilderte Behandlungsweise rascher als alle anderen bekannten zum Ziele führt. Acidum salicylicum setzt dem Vorschreiten des Ulcus rasch eine Grenze, das Secret schwindet alsbald und die Ueberhäutung des gereinigten Geschwüres beginnt sodann allseits von den Rändern her. Das Acidum salicylicum scheint in diesen Wirkungen beim Ulcus molle auch das Jodoform zu übertreffen, vor dem es zumal den Vorzug der Geruchlosigkeit für sich hat.

An dieser Stelle sei auch erwähnt, daß in der Praxis in vielen Fällen die Wunde gar nicht mit Verband versehen wird, sondern es werden bisweilen Pulver verordnet, wie Dermatol, Loretin, Salol, die der Patient selbst auf die Wunde streut. Damit entfällt naturgemäß die Hauptbedingung der Wundheilung, die Reinlichkeit. Auch deshalb ist es mehr angezeigt, die Salbenform zu verordnen, weil der Patient die gereinigte Wunde mit der Salbe auf reiner Leinwand oder Gaze leicht verbinden kann. Das ist auch der Grund, weshalb ich bei Ulcus molle das Acidum salicylicum nicht als Pulver verordne.

Die mit Acidum salicylicum erreichten günstigen Resultate scheinen demselben meiner Ansicht nach das Vorrecht vor allen neueren Mitteln zu sichern.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Wir haben jetzt noch den Einfluß mechanischer, thermischer, chemischer Schädigungen auf den peripheren Kreislaufsapparat zu schildern.

Grobe mechanische Einflüsse, Traumen, die ja heutzutage besonders interessiren, sind sicher als ätiologisches, in der Regel allerdings wohl mittelbares Moment zu betrachten. Leute mit traumatischen Neurosen leiden, wie vielfach beschrieben, sehr oft an den unten zu schildernden Symptomen. Ein sehr großer Theil dieser Störungen, vielleicht die allermeisten, sind aber auf affective Einflüsse zurückzuführen, auf die häufige innere Verarbeitung des furchtbaren Augenblicks, in dem das Individuum vor seiner Vernichtung zu stehen schien, und auf die Sorge um die Zukunft und alle etwa noch zu erwartenden Folgen inclusive des Kampfes um die Rente. Viel schwieriger ist die Frage zu entscheiden, ob eine Verletzung eines peripheren Körpertheils oder gewisser centraler Apparate direct zu nervösen Schwankungen in der Blutversorgung führen kann.

Für diejenigen Autoren, welche eine rein psychische Genese der traumatischen Neurosen angenommen haben, erscheint ja diese Frage hinfällig. Es ist aber doch mit dieser Aetiologie allein nicht für alle Fälle auszukommen. Neben einer unzweifelhaft existirenden, rein psychischen Form ist bei vielen Kranken eine durch Erschütterung erzeugte Aenderung des (intermolecularen) Gleichgewichtszustandes anzunehmen, der für die Function der kleinsten Maschinchen, aus denen sich der organische Betrieb zusammensetzt, unentbehr-

lich ist (O. ROSENBACH¹⁷). In diesem Sinne sind die traumatischen Neurosen mit Recht von ROSENBACH zu den Kinetosen gerechnet worden, d. h. zu den Betriebsstörungen, die durch rein kinetische Einwirkungen hervorgerufen werden. Ich kann auf Einzelheiten hier nicht eingehen, verweise vielmehr auf ROSENBACH's Ausführungen (pag. 152 ff.).

Für uns wichtig ist nur, daß bei der Annahme einer Funktionsstörung der kleinsten Maschinen, aus denen sich das Gewebe zusammensetzt, auch eine dadurch bedingte Veränderung der Blutströmung nach Verletzungen möglich scheint; denn wir haben gesehen und werden noch ausführlicher zu besprechen haben, in welchen engen Beziehungen Gewebsthätigkeit und Circulation stehen. In der That liegen Beobachtungen vor, welche eine derart örtliche Einwirkung eines Traumas zu beweisen scheinen. So ein Fall von KRIEGE¹⁸), wo nach einem Unfall in der betroffenen Hand häufig Cyanose und Kälte auftrat; später erlitt die andere Hand eine traumatische Schädigung, und auch hier stellten sich dieselben Phänomene ein. Einen ähnlichen Fall habe ich beobachtet.

Fall 2. J., Malermeister, 48 Jahre, hat früher an Hämorrhoiden gelitten. Vor 1½ Jahren angeblich Nicotinvergiftung durch einige Wochen; scheint damals auch Kreislaufstörungen gehabt zu haben; hat seitdem zu rauchen aufgehört. Vor ½ Jahre Sturz von einem zusammenbrechenden Gerüst, wobei das rechte Bein unter die Bestandtheile des Gerüstes gerieth. Das Bein zeigte bald die Zeichen heftiger Contusion, aber keinen Bruch, keine Verrenkung. Als Patient, der auch eine Kopfwunde und einen Schlüsselbruch davongetragen hatte, nach 14 Tagen aufstehen durfte, merkte er eine bedeutende Schwere im Beine und eine eigenthümliche bläuliche Verfärbung, die beim Liegen verschwand. Während alle anderen Beschwerden zurückgingen, blieben letztere bestehen.

Bei meiner ersten Untersuchung fand ich das rechte Bein blaß, deutlich kühler als das linke; Patient klagte auch in der Ruhe über ein Taubsein darin. Musculatur nicht abgemagert; alle Bewegungen gut ausführbar; elektrische Prüfung zeigt keine Abnormität; Sensibilität intact. Sehnenreflex auf dem rechten Beine ein wenig erhöht. Arterien und Venen ohne Besonderheiten. Ich ließ nun den Patienten eine halbe Stunde spazieren gehen. Als er zurückkam, hinkte er und behauptete, das Bein vor Schwere kaum heben zu können. Es war ganz kühl und cyanotisch, mit einem eigenthümlichen Stich ins Graue, die Hautvenen stark erweitert; die Sensibilität war bei der objectiven Prüfung besonders für Tastempfindung und faradischen Strom herabgesetzt. Puls der fühlbaren Arterien anscheinend unverändert. 10 Minuten Ruhe genügten zur Restitution.

Der Befund blieb in den nächsten Wochen immer derselbe. Patient erlag dann einer intercurrenten Pneumonie.

Ein besseres Verständniß für den hier geschilderten Vorgang werden wir erst unten bei Erörterung der „localen Asphyxie“ gewinnen.

Wenn wir nun nach Kopftraumen eine große Neigung zu Blutüberfüllung im Kopfe gelegentlich zurückbleiben sehen, welche auf die verschiedensten Reize (besonders oft nach Alkohol) eintritt, so werden wir auch hier eine ähnliche Unfähigkeit des Gehirns, seinen örtlichen Blutumlauf zu gestalten, in den Kreis unserer Erwägungen ziehen dürfen; eine Entscheidung wird aber meist unmöglich sein, da die oben erwähnte psychische Wirkung des Traumas einerseits, die Schädigung irgendwelcher cerebralen Centren für den Kreislauf andererseits ganz ähnliche Symptome hervorrufen können.

Thermische Einflüsse habe ich oben schon berührt, wo ich den schnellen Wechsel von warmem und kaltem Wasser beim Curgebrauch als gelegentliche Ursache der vasomotorischen Ataxie berührte. Ueber eine ähnliche Einwirkung so stark wechselnder Temperaturen bei gewissen Arbeitern, die solchen ausgesetzt sind, ist mir nichts bekannt.

¹⁷) O. ROSENBACH, Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen. Wien 1896.

¹⁸) KRIEGE, Ueber vasomotorische Störungen bei der traumatischen Neurose. „Arch. f. Psych.“, XXII.

Wärme begünstigt gelegentlich das Eintreten der Anfälle, noch öfter die Kälte, wie das bei der RAYNAUD'schen Krankheit (S. CASSIRER, l. c. pag. 211 f.) lange bekannt ist. Aber als eigentliche Ursache der ganzen Erkrankung kann ich Kältewirkung nur bei gewissen mehr localisirten Formen gelten lassen; bei der an den oberen Extremitäten auftretenden vasomotorischen Neurose NOTHNAGEL's (s. u.) und in manchen Fällen von localer Asphyxie der Haut an Händen und Füßen, wo die stehende Angabe der Patienten: sie sind erfroren gewesen, zwar in zahllosen Fällen nicht, manchmal aber doch zu Recht besteht.

Der Einfluß zahlreicher chemischer Stoffe auf die peripheren Gefäße ist zur Genüge bekannt; als auslösende Ursachen werden wir ihnen später noch begegnen. Eine dauernde Aenderung der Einstellung des Gefäßapparates ist aber wohl nur durch chronische Einwirkung zu erzielen.

Unter den von außen eingeführten Giften scheint mir der Tabak das wichtigste. Ohne auf die Frage, welche Rolle derselbe in der Genese der organischen Krankheiten des Herzens und der Gefäße spielt, hier einzugehen, möchte ich nur betonen, daß der Tabak sicher gerade auf die Regulation der Thätigkeit dieser Organe schon früh und deutlich wirkt. Es läßt sich bei manchen Kranken kein anderer Grund finden, warum das Gleichgewicht der Circulation im Kopfe, die Fähigkeit, dasselbe auch gegenüber anderen Einflüssen zu erhalten, verloren gegangen ist, als der Genuß schwerer Cigarren oder continuirliches Cigarettenrauchen. Weniger dürfte — soweit die Erfahrung des Einzelnen diesbezüglich ausschlaggebend sein kann — bestehender Alkoholmißbrauch in dieser Richtung wirken; bei zahlreichen Fällen von andersartigen Alkoholneurosen, die ich¹⁹⁾ zu beobachten Gelegenheit hatte, standen hier zu rubricirende Symptome nicht im Vordergrund. Und doch wirkt der Alkohol bei dauerndem Gebrauch auf die Einstellung der nervösen Apparate, welche den örtlichen Kreislauf reguliren. Das zeigt sich, wenn der gewohnte Reiz wegfällt. Ich kann hier drei Beobachtungen citiren, bei denen Alkoholabstinz nach vorherigem Alkoholmißbrauch als die Ursache sehr hartnäckiger und schwerer vasomotorischer Ataxie erschien; die betreffenden Symptome traten ein, nachdem die Kranken aus anderen Gründen den Alkoholgenuß eingeschränkt hatten, meist mit mäßiger Abmagerung verbunden, und es gelang mir in keinem Falle, eine wesentliche Besserung herbeizuführen. Bemerkenswerth erscheint mir folgernde Beobachtung, weil hier der Alkohol subjectiv bessernd auf die nervösen Beschwerden wirkte.

Fall 3. V., Kaufmann, 39 Jahre alt, viel auf Reisen beschäftigt, war bis circa 1897 starker Bier- und Weintrinker. Es stellten sich Leberschwellung und chronischer Magenkatarrh ein, die den Patienten nöthigten, seinen Alkoholgenuß auf circa 1 Liter leichten Bieres herabzusetzen. Patient nahm in circa 6 Wochen um 20 Pfund ab und klagte von jetzt über eine „Unruhe“, besonders in der Herzgegend, über dauernde Kälte und Schwäche in den Füßen, über Schwindelgefühl, das zeitweise mit heißem Kopf und Klopfen am Halse verbunden war. Dieser Zustand dauerte etwa ein halbes Jahr, bis V. nach Heilung seiner Unterleibsbeschwerden wieder in seine alten Gewohnheiten zurückfiel. Er blieb nach seinen Angaben gesund bis Ende 1899, wo sich Athembeschwerden und wiederum Verdauungsstörungen zeigten. Er consultirte mich Anfang 1900; ich constatirte ein leichtes Mastfetherz und bedeutende Leberschwellung, welche wohl die Athemnoth, besonders im Liegen, mit bedingte. Gegen mein Gebot, den Alkoholgenuß auf ein Minimum einzuschränken, wendete V. zunächst ein, daß er dann wieder so „nervös“ werden würde, fügte sich aber der unbedingten Nothwendigkeit. Prompt traten auch unter neuerlicher Gewichtsabnahme die oben geschilderten Kreislaufstörungen wieder auf, zugleich auch starkes Hervortreten (schon früher vorhandener) Hämorrhoiden und ausgeprägte Anfälle von Hyperaciditas ventriculi mit Schmerzen und Erbrechen. Auch etwas Zittern und erhöhte mechanische Erregbarkeit der Musculatur war constatirbar, dürfte aber älteren

Datums sein. Es gelang nicht, in Jahr und Tag eine nennenswerthe Besserung des Zustandes herbeizuführen. Ich fürchte, daß Patient, dessen Herz wieder normal functionirt, und dessen Leber nur noch wenig die normalen Grenzen übersteigt, früher oder später doch wieder dem Alkohol verfallen wird.

Ueber die Wirkung anderer Gifte (Thee, Kaffee, Morphium etc.) vermag ich hieher gehörige sichere Angaben nicht zu machen.

Viel hypothetischer ist die Wirkung metabolischer (erst im Organismus entstandener) Gifte für unsere Krankheitsvorgänge. Die Vorkämpfer der Autointoxicationslehre werden wohl auch dies Gebiet für sich in Anspruch nehmen; hat doch MÖBIUS²⁰⁾ für die von CASSIRER beschriebenen schweren Endausgänge bereits erklärt, man könne doch nach unseren jetzigen Anschauungen an ihrer Entstehung durch im Körper erzeugte Gifte nicht zweifeln (?). Für die meisten unserer Fälle möchte ich eine derartige Genese als völlig unbewiesen ablehnen, zumal wo durchaus zureichende andere ätiologische Momente da sind. Natürlich gibt es aber auch Kranke, wo die letzteren fehlen oder nicht genügend erscheinen; hier ist Raum für Hypothesen. Die Entstehung durch resorptive Gifte (MARTIUS²¹⁾, sonst für manche Krankheitszustände recht plausibel, ist für die unsrigen durch nichts auch nur in den Kreis näherer Erwägungen gerückt. Dagegen ist es nicht von der Hand zu weisen, daß gewisse Stoffwechselstörungen, die eventuell auch mit Bildung abnormer chemischer Stoffe einhergehen, und die man jetzt meist als Autointoxicationen bezeichnet, ursächlich wirken können. Ich habe bereits anderwärts²²⁾ im Anschluß an O. ROSENBACH²³⁾ auseinandergesetzt, daß man sich diese Zustände wohl nicht als durch ein veritables „Gift“ — das bis jetzt nirgends als solches sicher erwiesen ist — zustande gekommen zu denken hat, sondern als eine Betriebsstörung in den kleinsten Maschinen des Organismus. Eine solche Aenderung der Körperökonomie — um einen möglichst allgemeinen Ausdruck zu brauchen — ist bei manchen unserer Fälle nicht ganz unwahrscheinlich, z. B. bei solchen, die dem Morbus Basedowii nahe stehen, und auf die wir unten noch zurückkommen. Mehr läßt sich zur Zeit darüber nicht sagen.

Endlich will ich noch besonders hervorheben, daß sich sehr häufig verschiedene Momente bei der Entstehung unserer Krankheit combiniren.

Symptomatisch kommen Erscheinungen der vasomotorischen Ataxie, meist nur vereinzelt, aber doch auch in reicherer Auswahl noch bei zahlreichen Krankheiten vor, ohne daß sich die Art, ja überhaupt nur das Bestehen eines inneren Zusammenhanges näher bestimmen ließe. So bei Nierenaffectionen, bei schweren Nervenleiden (Epilepsie), bei Phthisikern, bei acuten Infectionskrankheiten.

Ueber die Beziehungen von Herzleiden und Arteriosclerosis zur vasomotorischen Ataxie wird unten ausführlich gesprochen werden.

²⁰⁾ MÖBIUS, SCHMIDT's Jahrb. 1900, Bd. 268, pag. 204.

²¹⁾ MARTIUS, Pathogenese innerer Krankheiten. Leipzig und Wien 1899.

²²⁾ HANS HERZ, Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. Berlin 1898, pag. 77. — Ich bemerke, daß ich ebenda (pag. 78) die von MARTIUS so angelegentlich empfohlene Trennung der Autointoxicationen in 2 Gruppen, je nach der Entstehung des Giftes im inneren Getriebe der Organisation oder auf der inneren Oberfläche des Körpers (in Höhlen, die im Körper eingeschlossen, aber durch ein Epithel von ihm getrennt sind) schon vor Erscheinen der MARTIUS'schen Arbeit streng durchgeführt habe.

²³⁾ O. ROSENBACH, Die Krankheiten des Herzens, 1897, pag. 1082: „Nicht die nachweisbaren abnormen, im Betriebe gebildeten Stoffe vergiften den Organismus, sondern die Verminderung der Leistung, die wir von der Autointoxication ableiten, rührt davon her, daß der Körper unter der Einwirkung abnormer Reize und ungenügender oder ungeeigneter Materialzufuhr unvollkommen transformirt, also weniger Energie als sonst oder anders beschaffene Formen der Betriebskräfte entwickelt.“

(Fortsetzung folgt.)

¹⁹⁾ H. HERZ, Ueber Alkoholneurosen. „Dtsch. Arch. f. klin. Med.“, LIII, 1894.

Referate.

KARL HIRSCH (München): Vergleichende Blutdruckmessungen mit dem Sphygmomanometer von BASCH und dem Tonometer von GÄRTNER.

Die mit dem Sphygmomanometer gefundenen Werthe dürfen nur zu Vergleichen bei ein und derselben Person benützt werden; auch hier ist es Voraussetzung, daß die Messungen stets an der gleichen Stelle vorgenommen werden. Die gefundenen Druckwerthe entsprechen nicht genau dem thatsächlich vorhandenen Blutdruck, sondern sind höher als derselbe in Wirklichkeit ist; sie bilden die Summe des Blutdrucks und der durch die Haut, die Weichtheile und die Gefäßwand bedingten Widerstände; die letzteren bieten aber, da es sich immer um dieselbe Person handelt, auch immer die gleiche Fehlerquelle. Die Frage, ob wir mit dem BASCH'schen Instrument den Maximal- oder den Mitteldruck messen, läßt H. unerörtert („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 70, H. 3 u. 4).

Das Tonometer zeigt nicht den absoluten Blutdruck an, sondern diesen plus dem durch die Weichtheile und die Gefäßwand erzeugten Druck; die mit demselben gefundenen Zahlen sind daher nur zu Vergleichen bei ein und derselben Person verwendbar, aber auch nur dann, wenn alle localen Reize ausgeschaltet sind, die an der Stelle der Messung eine Wirkung auf den daselbst herrschenden Druck ausüben, ohne daß sie jedoch eine allgemeine Beeinflussung des Blutdrucks hervorrufen. Der Compressionsring muß passend für den Finger sein, sonst erhält man unter Umständen absolut unbrauchbare und nicht verwerthbare Zahlen; durch Auswechseln des Ringes aber wird die Ausführung der Messung zeitraubend und complicirt. — Zu wissenschaftlichen Untersuchungen hält H. den Apparat allenfalls noch für geeignet, wenn man sämtliche Cautelen genügend beobachtet. Für den täglichen Gebrauch am Krankenbette hält er ihn für wenig brauchbar und gibt hiefür unbedingt dem BASCH'schen Sphygmomanometer den Vorzug. Die Anwendung des letzteren Apparates geht rascher und einfacher vor sich und die für ihn geltenden Fehlerquellen sind wenigstens bei ein und derselben Person immer die gleichen.

B.

MAX BURCKHARDT (Davos): Untersuchungen über Blutdruck und Puls bei Tuberculösen in Davos.

Die Blutdruckbestimmungen wurden mit dem GÄRTNER'schen Tonometer gemacht („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 70, H. 3 u. 4).

Aus den über Blutdruck und Puls bei Phthisikern in den verschiedenen Stadien der Krankheit angestellten Versuchen kann man folgende Schlüsse ziehen:

Mit dem Fortschreiten der Lungenphthise beobachtet man ein Sinken des Blutdrucks. Im I. Stadium unterscheidet sich der Blutdruck nicht vom normalen, auch noch wenig im II., erst mit der Ausdehnung der Erkrankung über mehr als zwei Lappen und mit größerem Zerfall tritt eine dauernde Herabsetzung des Druckes ein.

Mit dem Fortschreiten der Lungenphthise beobachtet man ein Steigen der Pulsfrequenz. Im I. Stadium lassen sich keine sicheren Schlüsse aus der Pulsfrequenz ziehen, im II. Stadium scheint sich dieselbe zu vermehren; erst mit dem Uebergang ins III. Stadium wird die Steigerung der Pulsfrequenz eine anhaltende und sicher zu constatirende.

Der Blutdruck, weil constanter, gibt einen zuverlässigeren Anhaltspunkt zur Beurtheilung der Herzthätigkeit, als die Pulsfrequenz. Der Blutdruck nimmt nach kleinen körperlichen Anstrengungen seine normale Höhe nach kurzer Zeit wieder ein und ist auch nach etwas größerer Arbeit, wo eine noch andauernde Pulsbeschleunigung zu constatiren ist, schon wieder zur Norm zurückgekehrt. Nach Hämoptöe tritt eine Drucksteigerung ein, die Folge ist der Verengerung der Arterien, welche eine Anpassung des Gefäßsystems an die verminderte Blutmenge bezweckt. Zu gleicher Zeit bedarf es eines erhöhten Anfangsdruckes, und damit verstärkter Herzarbeit, um in diesen verengten Arterien die normale Stromgeschwindigkeit zu erhalten. Sehr bald jedoch füllt sich das

Gefäßsystem wieder durch Resorption von Gewebssäftigkeit, die normale Gefäßweite wird wieder hergestellt, der Grund für die Druckerhöhung entfällt. — Die übrigen Messungen B.'s zeigen niedrigen Blutdruck bei vorgeschrittener Phthise mit schwerem Zerfall. Die Herabsetzung des Blutdrucks bei vorgeschrittener Phthise bedeutet Gesunkenheit der Herzarbeit und ist eine Contraindication von jeglicher Bewegung und körperlicher Anstrengung.

G.

ALEX. PETZOLD (Magdeburg): Die Behandlung der croupösen Pneumonien etc.

Gegenstand der Arbeit P.'s ist es, an der Hand der vom 1. April 1897 bis 30. September 1900 im Magdeburger altstädtischen Krankenhause behandelten Pneumoniefälle den Werth der Chininjection zu beweisen („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 70, H. 3 u. 4). Da die Mortalität der Pneumonie sehr schwankend ist, kann der Werth der Chininjectionen nur dadurch statistisch bewiesen werden, daß die Sterblichkeit bei der Chininjection während einer ganzen Reihe von Jahren niedrig blieb und daß auch die Pneumoniemortalität der übrigen Krankenhäuser Magdeburgs während derselben Zeit eine bedeutend höhere war. Seit Einführung der Chininjectionen — die Kranken erhielten 1—2mal täglich 0.5 Grm. bis eventuell 1 Grm. Chinin — ist die Pneumoniemortalität der in Rede stehenden Krankenanstalt auffallend niedrig. Sicherem und außer allem Zweifel stehenden Erfolg sah P. von der Chininjection bei der typischen croupösen Pneumonie, deren Erreger der Diplococcus ist. Ebenso günstig waren die Erfolge bei Pneumonien, wo neben dem Diplococcus noch Streptokokken und FRIEDLÄNDER'sche Pneumoniebacillen im Auswurf nachzuweisen waren. Ueber die „atypischen Pneumonien“ hat Verf. keine Erfahrungen sammeln können; die Nutzlosigkeit der Chininanwendung bei der reinen FRIEDLÄNDER-Pneumonie ist schon wiederholt betont worden. Bei der Influenzapneumonie hatte P. den Eindruck, als ob hier die Chininjectionen wesentlichen Nutzen brächten. Die ungünstigsten Fälle für sich allein gerechnet, geben noch eine um 7% günstigere Mortalität bei Anwendung von Chininjectionen als die leichteren indifferent behandelten. Auch bei Pneumonien, welche complicirend zu einer schon bestehenden Krankheit hinzutreten, übt Chinin einen ganz wesentlich günstigen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit aus. Die Hauptwirkung des injicirten Chinins bei Pneumonien besteht in dem günstigen Einflusse auf das Allgemeinbefinden, welche auf der Beziehung des Chinins zu den specifisch verschiedenen Fiebererregern zu beruhen scheint. In dem 1. Lebensdecennium ist Chininanwendung nicht nöthig, weil die croupöse Pneumonie bis zum 10. Lebensjahre beinahe gar keine Lebensgefahr mit sich bringt.

Ganz besonders nothwendig ist aber die Chininanwendung in allen Fällen, welche von vornherein eine Prognosis dubia geben, also bei allen Kranken mit schwerer Infection, mit schwerem Danniederliegen des Allgemeinbefindens, mit frequentem kleinen Puls, bei Cyanose und oberflächlicher frequenter Respiration; dann bei allen den Kranken, bei welchen die Pneumonie complicirt ist, durch das Alter, durch diffusen allgemeinen Katarrh, durch Schwangerschaft und Delirium tremens. Dabei ist zu betonen, daß bei Delirium tremens die Behandlung mit Chloralhydrat und nach Geburten energische Uteruspülungen neben den Chininjectionen einhergehen müssen.

Da das Chininum hydrochloricum sich erst in 34 Theilen Wasser löst, bedarf es zur Injection von einem halben Gramm einer Injectionsmenge von 17 Grm. Flüssigkeit. Als Injectionsstelle empfiehlt P. die Seitentheile des Abdomens. Hier ist das Zellgewebe geeignet, größere Flüssigkeitsquantitäten aufzunehmen. Vorgängige Erwärmung der Flüssigkeit ist nicht nothwendig, wenn dieselben im warmen Zimmer gestanden hatte. Sonst thut man gut, die Flasche vorher in warmes Wasser zu stellen. Spült man Nadel und Spritze vor und nach der Anwendung in 5%igem Carbolwasser, dann dürfte das ständige Auskochen entbehrlich sein. Verf. benutzte eine modificirte KOCH'sche Spritze, deren Glasrohr mindestens 10 Grm. faßt. Die Injection geschieht in 2 Theilen,

die Spritze bleibt dabei an Ort und Stelle, zwischen den beiden Injectionen wird der Hahn geschlossen, um das Zurückströmen der Flüssigkeit aus dem subcutanen Gewebe in den Glascylinder zu verhüten. Die Spitze der Nadel muß im subcutanen Gewebe, und sie darf nicht in den unteren Cutisschichten stecken. Man erkennt die richtige Lage der Nadel daran, daß sie sich leicht bewegen läßt. Auf peinliche Reinigung der Bauchdecken und Sauberkeit der Spritze ist natürlich besonderes Gewicht zu legen. Ohrensausen scheint bei dieser Applicationsweise des Chinins seltener vorzukommen als nach der Darreichung per os. P. widerspricht schließlich der Warnung vor Narcoticis bei Pneumonien. Beim Auftreten von Delirium tremens ist zur Beruhigung der erregten Hirnrinde Chloralhydrat zu verabreichen. Br.

I. NEUMANN (Wien): **Das Syringocystom.**

Diese von einer Reihe französischer und anderer Autoren beschriebene, mit verschiedenen Namen belegte, ziemlich seltene Erkrankung gelangte an der Klinik N. im selben Jahre zweimal zur Beobachtung. Es handelt sich in beiden Fällen („Arch. für Derm. und Syph.“, Bd. L) um Frauen, welche seit der frühesten Kindheit an der allgemeinen Decke, insbesondere in der Brustregion bis zur Nabelhöhe und an den Schultern, regellos vertheilte, hirse- bis hanfkorn- bis höchstens halberbsengroße Knötchen von normaler oder leicht röthlicher oder hellbrauner Farbe aufwiesen, die in der Zeit ihres Bestandes hie und da spontane Involution zeigten, andererseits aber an Zahl auch beträchtlich zunahmten.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Knötchens ergab die vornehmlichsten Veränderungen an den Schweißdrüsen, und zwar an den Ausführungsgängen. In der Cutis finden sich große, cystenartige, theils mit dünner, theils mächtiger Wandung (Schweißdrüsenwandung) versehene Höhlen, von denen einzelne, zapfenartige Fortsätze der Wandung aus zahlreichen, gleichartigen, epithelialen Zellen zeigen. Der Inhalt der Cysten ist entweder colloidähnlich, homogen oder weist epitheloide, meist undeutlich contourirte Zellen auf. Die Knäueldrüsen sind auffallend vermindert an einzelnen Ausführungsgängen solide Knospen, welche in Form und Inhalt mit den cystenförmigen Hohlräumen (durch lückenlose Serienschnitte) identisch erscheinen. Darum ist es für den Autor auch zweifellos, daß die Ausführungsgänge, bezw. die Knäueldrüsen, den Ausgangspunkt für die in Rede stehende Affection abgeben, daß es sich nicht um embryonale, abgeirrte Schweißdrüsen handle. Wenn auch bis nun in keinem Falle constatirt werden konnte, daß die Krankheit bei der Geburt bereits vorhanden war, so läßt sich doch ganz wohl eine congenitale Anlage voraussetzen. DEUTSCH.

BRUNNER (Münsterlingen): **Zur chirurgischen Behandlung des Spasmus pylori und der Hyperacidität.**

Nachdem DOYEN als Erster für die operative Behandlung der Superacidität, deren Ursache in einem Krampf des Pylorus gesucht wurde, eingetreten ist, wurden mehrere auf chirurgischem Wege behandelte Fälle dieser Krankheit mitgetheilt. Dem gegenüber wurde in der letzten Zeit von der Gastroenterostomie bei Hyperacidität abgerathen, weil es leicht zu einem Uleus pepticum im Jejunum kommen kann (NEUMANN). Im Gegensatz dazu hält BR. diese Operation für berechtigt, weil sie dem ewigen Circulus vitiosus von Krampf und Hyperacidität entgegenarbeitet, und theilt einen Fall aus seiner Praxis mit („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3).

Es handelte sich um eine 32jährige Frau, die an Erbrechen stark saurer Massen, Schmerzen in der Magengegend und trägem Stuhl litt. Die Untersuchung der Patientin ergab eine leichte Dilatatio ventriculi und eine Hyperacidität des Magensaftes. Nach mehrere Monate dauernder erfolgloser interner Therapie entschloß sich Verf. zur Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle konnte kein Geschwür von außen abgetastet werden, hingegen sah Verf., daß an dem pylorischen Theil des Magens eine ziemlich kräftige Contraction auftrat, die nach einiger Zeit nachließ. Unter der Annahme, daß ein nervöser Krampf, verursacht durch die Hyperacidität, vorliege, führte Verf. die Gastroenterostomie nach HACKER aus. Im

Anschlusse an die Operation trat eine bedeutende Besserung ein, das Erbrechen hörte auf und die Schmerzen verschwanden.

Einige Zeit darauf trat wieder Aufstoßen und Erbrechen gallig schmeckender Massen auf; da dasselbe längere Zeit anhielt, und Verf. Grund zu der Annahme hatte, daß es sich um hysterisches Leiden handelt, entschloß er sich zu einer Scheinoperation (Incision der Bauchdecken in Narkose), worauf wieder Besserung eintrat. Nach einer neuerlichen Verschlimmerung, welche die Spitalsaufnahme wieder nothwendig machte, besserte sich nach kurzer Behandlung der Zustand der Patientin abermals. Derzeit (ein Jahr nach der Operation) ist Patientin gesund und arbeitsfähig.

ERDHEIM.

J. HELLER (Charlottenburg-Berlin): **Ueber Erythema exsudativum multiforme nach chemischer Reizung der Harnröhre.**

Die Schwankungen in der Auffassung der Pathogenese des Erythema exsudativum multiforme sind auch heute immer noch beträchtliche, und insbesondere werden von einer Reihe von Autoren auch evident toxische Erytheme, wie das vom Autor herangezogene Erythema enematogenes G. STILLS, hervorgerufen durch Seifenklystiere, dem Allgemeinbegriff des Erythema exsud. multif. subsumirt. Nach der Auffassung LEWIN'S, dem es zuerst gelang, bei Gonorrhöikern, die gleichzeitig an Erythema exsud. multif. erkrankt waren, nach Ablauf der Hauterkrankung das gleiche Exanthem durch Reizung der Harnröhrenschleimhaut mittels Sabinalsalbe hervorzurufen, ist das Erythema exsud. multif. eine reine Angioneurose, die durch Reizung der peripheren oder centralen Gefäßganglien zustande kommt. Vier derartige Fälle von LEWIN und ein analoger Fall von DU MESNIL, Reizung durch Lapis betreffend, werden vorausgeschickt.

Im eigenen Fall des Autors („Deutsche Medic. Wochenschr.“, 1901, Nr. 11) trat nach Carbolwaschung des (scheinbar) gesunden Gliedes mächtige Schwellung der Vorhaut und der Glans, später des ganzen Gliedes, sowie ein eitriger Ausfluß aus der Urethra auf. Im weiteren Verlaufe aber kam es nicht nur zur Ausbildung eines nässenden Ekzems der äußeren Genitalien (besser hieße es wohl einer artificiellen Dermatitis), sondern auch zur Entwicklung eines typischen Erythema exsud. multif. und zu Gelenkschwellungen. Bei der Auffassung des Exanthems in diesem Sinne ist Arzneiexanthem und Erythem auf gonorrhöischer Basis auszuschließen. Das erstere wird darum negirt, weil das Auftreten der Waschung erst nach Verlauf von 6—8 Tagen folgt, bezüglich der Gonorrhoe müssen wir uns an den negativen Gonokokkenbefund halten, der allerdings nicht auf dem Wege der Cultur erbracht wurde. Denn wären Gonokokken nachgewiesen worden, so fielen der Casus den Erythemen bei Gonorrhoe zu.

Der Autor hat nun die Erklärung seines Falles in etwas gezwungener Weise auf der Erscheinung auf, daß das Erythem erst auf der Höhe der Harnröhreneiterung zur Entwicklung kommt und mit dieser abklingt; er nimmt an, daß ein Theil des von der Schleimhaut der Urethra gelieferten, qualitativ in bestimmter Weise veränderten Serums resorbirt werde und eine Autointoxication hervorrufe. Als Stütze hierfür wird (wie es scheint, ganz unpassend, Ref.) die bekannte Thatsache herangezogen, daß die Injection von Thierserum, wenn ein gewisses Quantum überschritten wird, Erytheme erzeuge. Auf Basis dieser Autointoxicationstheorie erklärt dann der Autor auch das Auftreten von Erythemen bei eitrigen oder andersartigen Entzündungen anderer Körpertheile und faßt auch die früher erwähnte Wirkung der Seifenklystiere dahin auf, daß infolge der Darmreizung seröse Exsudation an der Mastdarmschleimhaut mit Resorption dieses Serums und Autointoxication stattfindet. DEUTSCH.

WALTER ZWEIG (Berlin): **Die Bedeutung der Costa fluctuans decima.**

Die angewandten Untersuchungsmethoden („Archiv f. Verdauungskrankheiten“, B. 7, H. 3) waren folgende: In fast allen Fällen wurde der Mageninhalt nach vorausgegangenem Probeab-

essen nüchtern exprimirt, dann ein Probefrühstück gegeben und nach einer Stunde dem Magen entnommen. Seine Menge wurde dann bestimmt und die Aciditätsgrößen berechnet. Lage und Größe des Magens wurden durch die üblichen Methoden der Kohlensäure-aufblähung und Percussion, in vielen Fällen auch durch Gastrodiaphanie, resp. Sondenpalpation bestimmt. Dem Plätschergeräusch wurde geringer Beweiswerth beigemessen. Die Schlußfolgerungen, die sich aus den zahlreichen Belegen Zw.'s ergeben, lauten:

Die *Costa fluctuans decima* kommt bei Männern und Frauen fast in demselben Verhältniß vor und wird in der Hälfte der Fälle beobachtet.

Die weitaus überwiegende Zahl der mit *Costa fluctuans* behafteten Personen leidet an nervöser Dyspepsie.

Ein kleinerer Theil leidet an anderen Erkrankungen, ohne je Symptome eines nervösen Magenleidens gehabt zu haben.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die *Costa fluctuans decima* zur Diagnosestellung eines nervösen Magenleidens mit herangezogen werden kann, ohne ein sicheres Stigma *neurasthenicum* zu bilden.

G.

Literarische Anzeigen.

Pathologisch-anatomische Diagnostik nebst Anleitung zur Ausföhrung von Obductionen, sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen. Von Prof. Dr. Johannes Orth. Sechste, durchgesehene und vermehrte Auflage mit 41 Abbildungen. Berlin 1900, August Hirschwald.

Das vorliegende Werk, meist kurzweg „der kleine Orth“ genannt, erfreut sich bereits seit langer Zeit so allgemeiner Beliebtheit und Verbreitung, daß es zwecklos wäre, neuerdings seine Vorzüge hervorzuheben. Die neue Auflage weist gegenüber der vorhergehenden mehrfache Erweiterungen namentlich im allgemeinen Theile auf, und bietet sohin dem Leser wohl bedeutend mehr, als der Titel vermüthen ließe, indem das Buch eigentlich als ein kurzgefaßtes Lehrbuch der pathologischen Anatomie und nicht bloß als Diagnostik bezeichnet werden muß. Wir können daher nur wünschen, daß auch diese Auflage weiteste Verbreitung finde, und hoffen, daß ihr noch eine Reihe von Auflagen folgen werden.

Dr. S—.

Grundzüge der Hygiene, unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reiches und Oesterreichs, bearbeitet von Prof. Dr. W. Prausnitz. Fünfte, erweiterte und vermehrte Auflage. München 1901, J. F. Lehmann.

Das Lehrbuch der Hygiene von PRAUSNITZ, das heute bereits in fünfter Auflage vorliegt, bedarf wohl keiner besonderen Empfehlung. Abermals sei die übersichtliche und präcise Darstellung

rühmend hervorgehoben, die bei äußerster Kürze doch niemals oberflächlich wird. Jedes Capitel läßt den erfahrenen Lehrer erkennen, der die Bedürfnisse der Hörer kennt und denselben einen Leitfaden an die Hand geben will, der die Vorlesungen und praktischen Uebungen ergänzt, niemals aber ersetzen soll. In der neuen Auflage wird allenthalben, so namentlich aber in dem überaus übersichtlich, dabei aber doch relativ kurz gehaltenen Capitel „Infectionskrankheiten“ den Erfahrungen und Entdeckungen der jüngsten Zeit Rechnung getragen. Nur nebenbei sei hier bemerkt, daß Verf. sich auffallenderweise bezüglich der Aetiologie der Malaria mit einiger Vorsicht äußert, indem er sagt: „Die Malaria wird mit sehr großer Wahrscheinlichkeit durch das Plasmodium *Malariae* hervorgerufen. An der ätiologischen Bedeutung dieses Parasiten dürfte — gerade nach den neuesten Arbeiten der italienischen Schule, die übrigens in dem vorliegenden Buche bereits Berücksichtigung finden — wohl kaum mehr zu zweifeln sein. Hoffentlich wird auch diese Auflage sich einen zahlreichen Leserkreis erwerben. Dr. S—.

Kurzgefaßtes Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. Carl Seitz.

Zweite, vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Berlin 1901, S. Karger.

Die entsprechend den jüngsten Fortschritten umgearbeitete zweite Auflage des Lehrbuches bringt in knapper Form einen Abriss über die Krankheiten des Kindesalters. Anordnung des Themas und Behandlung desselben, Diction und Stellungnahme zu strittigen Fragen zeigen den erfahrenen Forscher und verlässlichen Lehrer. Besonders hervorzuheben ist die ausgezeichnete Bearbeitung des wichtigsten Abschnittes, der Frage der Kinderernährung. Bei Besprechung der Rachitis ist die Nebeneinanderstellung des Phosphors und der Nebennierentherapie (Rachitol) wohl der Ausfluß eines etwas überstürzten Enthusiasmus, wie die seither publicirten abfälligen Controlresultate NETER's (mit Rachitol) zeigen.

Im Großen und Ganzen bringt das Lehrbuch dem Studierenden wie dem rathsbedürftigen Arzte auf allen Gebieten der Kinderheilkunde gründlichen Aufschluß und ist warm zu empfehlen.

N.

Mnemotechnik der Receptologie. Von Dr. C. Th. Hüetlein. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Wiesbaden 1901. J. F. Bergmann.

Eine kleine, nette Anweisung zu einem Kunstgriffe, die Dosirung der differenten Arzneimittel dem Gedächtnisse leichter einzuprägen. Man möchte glauben, daß weder der Fleißige noch der Faule aus solchen Erleichterungen des Studiums Nutzen zieht; denn der Fleißige benöthigt kein derartiges Hilfsmittel und der Faule kehrt sich nicht darum. Der Erfolg des soeben in 2. Auflage erschienenen Heftchens zeigt jedoch, daß es in der Aerzteschaft und in Studentenkreisen Anklang gefunden hat.

Br.

Feuilleton.

Die Humanität am Krankenbette.

(Schluß.)

Mitunter liegt für den Arzt der Grund, mit der vollen Wahrheit herauszurücken, darin, daß noch ein geliebter Angehöriger aus der Ferne herbeigerufen werden soll, welchen der Kranke vor seinem Ableben noch zu sehen und zu sprechen wünscht. Auch religiöse Rücksichten können den Arzt zur vollsten Offenheit zwingen. Bei Katholiken wenigstens würde es dem Arzt schwer verdacht werden, wenn er den Kranken und dessen Umgebung über die Nähe des Todes im Ungewissen gelassen hätte, so daß die Gelegenheit versäumt wird, den Kranken mit den durch die Religion vorgeschriebenen Sterbesacramenten zu versehen.

In manchen Fällen liegen die Verhältnisse so, daß ein Kranker durch einen chirurgischen Eingriff geheilt oder wenigstens doch noch für längere Zeit erhalten werden könnte, daß er sich

aber zu einer Einwilligung zu einem solchen nicht zu entschließen vermag, weil ihm Natur und Schwere seines Leidens nicht klar sind. Wohl niemand wird es unter solchen Umständen für inhuman halten, wenn sich der Arzt zur Enthüllung der Wahrheit entschließt und dadurch den Kranken bewegt, sich dem Chirurgen anzuvertrauen.

Es gibt Kranke, welche ihren Arzt nur aus dem Grunde um Offenheit bitten, weil sie von ihm mit Sicherheit eine beruhigende Antwort erhalten wollen, welche ihnen in ihrem Leiden einen gewissen Trost gewähren soll. Stehen die Dinge mit dem Kranken günstig, so liegt selbstverständlich kein Grund vor, ihm seine Bitte nicht zu gewähren. Was aber thun, wenn entgegen der gehegten Erwartung die Antwort ungünstig lauten müßte? Treffen die im Vorausgehenden hervorgehobenen Bedingungen nicht zu, dann würde es fraglos gegen alle Humanität verstoßen, wenn man mit der auch noch so sehr verschleierte Wahrheit hervortreten wollte. Die Zahl solcher Kranken, die auch für längere Zeit dem heranahenden Tode mit Festigkeit und Gleichmuth entgegenzublicken imstande sind, ist denn doch nur sehr sparsam gesäet. Jeder Arzt

kann des Dankes der Familie sicher sein, wenn es ihm namentlich bei einem langwierigen Leiden, dessen unglücklicher Ausgang schon lange Zeit mit Sicherheit vorausgesagt werden kann, doch gelingt, den Kranken immer bei frohem Muthe zu erhalten und in ihm bis zum letzten Augenblicke die Hoffnung zu beleben, daß Genesung zu erwarten stehe.

Als unerlaubt und inhuman muß es bezeichnet werden, wenn sich ein Arzt dazu verleiten läßt, an Fernstehende über seine Kranken Berichte abzustatten. Meist gestaltet sich der weitere Hergang so, daß dem Kranken diese Gerüchte doch zu Ohren kommen, häufig aus Absicht oder Mißverständniß entstellt und gewöhnlich zu Ungunsten des Kranken lautend. Besonnene Schweigsamkeit gehört mit zu den Haupttugenden eines humanen Arztes.

Wer die Verordnungen eines in der Neuzeit geschulten Arztes mit jenen vergleicht, wie sie ältere Aerzte zu treffen pflegten, der wird darin überraschende Aenderungen finden, Veränderungen, welche ebenfalls einer größeren Humanität Rechnung tragen. Der moderne Arzt ist mehr und mehr dem Gedanken fremd geworden, daß seine Hauptaufgabe in dem Verschreiben und Einnehmenlassen von Arzneien bestehe, und daß sein innigster und sicherster Bundesgenosse der Apotheker sei. Zunächst der Natur, auch wenn sie krankhafte Pfade betreten hat, ihren ungestörten Gang lassen und nur dann eingreifen, wenn Gefahren auftauchen, das ist der Grundsatz, dem der Arzt der Gegenwart zu folgen pflegt. Nun ist es zwar richtig, daß zum Zuwarten an sich kein Arzt nothwendig ist, allein jederzeit zu wissen, ob ein Eingriff erforderlich ist oder nicht, das ist nur demjenigen möglich, der die Erscheinungen am kranken Körper aufs Genaueste betrachtet und verfolgt hat. Wer sich zu dem Schlusse verleiten lassen wollte, daß das Verschreiben von Medicin heutzutage leichter geworden sei, weil der moderne Arzt seltener Medicinen zu verordnen pflege, der würde einem sehr groben Irrthum verfallen sein. Im Gegentheil hat sich das Studium der Heilkunde weit schwieriger als früher dadurch gestaltet, daß es bedeutend größere Anforderungen an den Arzt stellt, sein Handeln ganz genau dem Einzelfalle anzupassen. Daher hat Bücherweisheit im ärztlichen Leben einen nur geringen Werth, während scharfe Beobachtung und reiche Erfahrung am Krankenbette die größten Erfolge erreichen.

Je weniger man heutzutage von Arzneien Gebrauch zu machen pflegt, um so mehr hat sich die Aufmerksamkeit der Krankenpflege zugewendet.

Auch heute noch besteht in vielen Familien das nicht gerechtfertigte Vorurtheil, daß ein Kranker nur von seinen Angehörigen gepflegt werden müsse, und man fühlt es fast wie eine Art von Pflichtvergessenheit, wenn man sich diesem vermeintlichen Gebote entziehen wollte. Dem Kranken, namentlich einem Schwerkranken, ist mit dieser Auffassung sehr schlecht gedient. Zuneigung und verwandtschaftliches Mitgefühl allein reichen noch lange nicht aus, um einem Kranken in wirklich erleichtender Weise und mit Erfolg beizuspringen. Zieht sich gar die Krankheit über längere Zeit hin und sind namentlich häufige Nachtwachen nothwendig geworden, dann schlägt sehr bald der anfängliche freudige Opfermuth in tiefe Verzagtheit um, und schließlich muß dennoch, trotz alles Zauderns und Sträubens, der Wunsch nach einer geschulten Krankenpflege ausgesprochen werden. Man sollte es zum allgemeinen Grundsatz erheben, bei jeder ernsteren Erkrankung zuerst einen zuverlässigen Arzt und fast gleichzeitig eine gute Krankenpflegerin herbeizurufen.

Es ist sehr zu begrüßen, daß heutzutage der Beruf als Krankenpflegerin auch in gebildeten Kreisen als ein ehrenvoller und gesuchter angesehen wird, wodurch nicht nur die Zahl der Krankenpflegerinnen zugenommen hat, sondern auch diesem achtunggebietenden Stande Menschen mit festem und ehrenhaftem Charakter und mit scharfer Beobachtungsgabe zugeführt worden sind. Um als gute und zuverlässige Krankenpflegerin gelten zu können, bedarf es einer sehr langen Erziehung und Erfahrung am Krankenbette, und mit einigen wenigen Wochen Krankendienst ist es dabei ganz und gar nicht abgemacht. Eine erprobte Krankenpflegerin ist auch für den Arzt eine außerordentlich werthvolle Hilfe, denn da der Arzt nicht immer bei dem Kranken zugegen

sein kann, so ist er in seinem Urtheil und in seinen Anordnungen auf diejenigen angewiesen, die den Kranken ständig umgeben.

Für die ärmere Bevölkerung ist es von großem Werthe, daß sich in geordneten Gemeinden öffentliche Krankenpflegerinnen finden, welche von der Gemeinde angestellt und besoldet werden und die Aufgabe haben, armen Kranken beizustehen.

Auch sonst gutmüthige und rücksichtsvolle Menschen vergessen nicht selten, daß Krankenpflegerinnen keine Uebermenschen sind und auch nur über ein gewisses Maß von Kräften verfügen. Hat eine Pflegerin während der Nacht gewacht, so bedarf sie am Tage einiger Stunden Schlafes, aber auch dann wird es ihr unmöglich, eine Reihe von Nächten hintereinander zu wachen, da dergleichen Niemandes Kräfte aushalten. Unter solchen Umständen bleibt nichts Anderes übrig, als zwei Pflegerinnen anzunehmen, die sich einander regelmäßig im Tag- und Nachtdienst ablösen.

Große Aufmerksamkeit hat man in jüngster Zeit darauf verwendet, für den Kranken alltägliche Gebrauchsgegenstände herzustellen, welche dazu bestimmt sind, ihm ein Verweilen im Bette oder im Krankenzimmer möglichst bequem zu machen. So hat man für gelähmte Kranke Hebevorrichtungen gebaut, durch welche sie für längere Zeit ohne Beschwerden emporgehoben werden können, so daß man den in der Schwebelage befindlichen Körper zu reinigen und abzureiben und die Betten je nach Bedarf zu ordnen oder zu wechseln vermag. Es gibt eine ganze Reihe von Bettarten, die für ganz bestimmte Krankheiten in Gebrauch gezogen werden. Ganz das Gleiche gilt von den Badewannen. So kann es bei Menschen, welche sich infolge eines langen Krankenlagers in ausgedehnter Weise durchgelegen oder eine umfangreiche Verbrennung der Haut zugezogen haben, von lebensrettender Bedeutung sein, daß sie sich ohne Unterbrechung tagelang im warmen Bade aufhalten, und man hat es so weit gebracht, durch Herstellung zweckmäßiger Badewannen dem Kranken das lange Verweilen im Bade zu einem durchaus erträglichen, selbst angenehmen zu machen. Die Zahl der Beispiele läßt sich mit Leichtigkeit vermehren.

Auch auf die Krankenkost oder Krankenküche wird heutzutage mit Recht eine Sorgfalt verwendet, welche den älteren Aerzten unbekannt war und ihnen vielleicht übertrieben vorkäme. Wohl schon manche vortreffliche Hausfrau ist durch die Küchenkenntniß ihres Arztes in Erstaunen gesetzt worden. Ein tüchtiger Arzt wird immer neue Geheimnisse und Abwechslungen der Kochkunst hervorzuholen wissen und sich dabei nicht nur als Theoretiker, sondern auch als Praktiker bewähren. Es ist hier wohl der Ort, daran zu erinnern, daß nicht nur heiratslustige junge Mädchen, sondern auch angehende Aerzte Kochcourse zu nehmen haben, um späterhin allen Ansprüchen gerecht zu werden.

Zu der Humanität am Krankenbette gehört die weitgehende Fürsorge für arme Kranke, an welcher außer dem Staate eine mehr und mehr zunehmende Privatwohlthätigkeit regen Antheil nimmt, ein Vorgang, der nur sehr schlecht zu dem oft zu vernehmenden Vorwurfe der ärmeren Volksklassen stimmt, daß der Reiche sich nicht um das Geschick der Armen kümmere. Ein geordnetes Krankencassenwesen enthebt den Armen bei eintretender Krankheit der Sorge um ein Unterkommen für sich und der Erhaltung seiner Familie. Staaten und Städte wetteifern miteinander, Krankenhäuser mit aller nur erdenklichen Vollkommenheit zu errichten, die meist ausschließlich oder doch jedenfalls immer in erster Linie zur Aufnahme des Armen bestimmt sind. Leiter dieser Krankenhäuser sind durchgehends Aerzte, die durch Erfahrung und Wissen einen bekannten Namen zu haben pflegen, und um deren Rath sich der Begüterte für Geld bewirbt. Man sieht, daß in jeder Beziehung gerade das Beste gut genug ist, um die Leiden eines armen Kranken zu beseitigen oder doch zu lindern.

Wie viele musterhafte Krankenhäuser sind in jüngster Zeit entstanden, deren Bau nur durch Privatwohlthätigkeit ermöglicht wurde. Ein verschiedener Mangel besteht vielerorts noch an Erholungshäusern für Genesende und an Asylen für Unheilbare und Alterskranke, aber bei der großen werththätigen Hilfsbereitschaft, durch welche sich die Gegenwart auszeichnet, ist kaum daran zu zweifeln, daß sich auch hierin ein baldiger Wandel vollziehen wird.

Ein armer Kranker ist in einem geordneten Krankenhause meist viel besser aufgehoben als ein Reicher, der sich in seinem eigenen Hause verpflegen läßt. Jenem stehen erprobte und erfahrene Krankenpfleger ständig zur Seite. Der Hilfsarzt, der im Krankenhause wohnt, ist jederzeit zur Stelle, wenn etwas Unvorherzusehendes sich ereignet hat. Der leitende Arzt sieht und untersucht den Kranken mindestens am Tage einmal selbst und erscheint auch öfter, wenn Gefahren sich bemerkbar gemacht haben. Bäder, die man in vielen Privathäusern nur schwierig und unvollkommen geben kann, machen in einem Krankenhause nicht die mindeste Unbequemlichkeit und Aehnliches mehr.

Auch in den wohlhabenden Kreisen der Bevölkerung sollte immer mehr und mehr der Gedanke platzgreifen, daß schwere Erkrankungen am zweckmäßigsten in Krankenhäusern durchgemacht werden. Gewissenhafte Chirurgen werden heutzutage manche Operationen überhaupt nicht mehr übernehmen, wenn sich nicht der Kranke zur Aufnahme in ein Krankenhaus verstehen will, in welchem allein eine Verhütung von Wundkrankheiten möglich ist. Aber namentlich auch begüterte Kranke mit ansteckenden inneren Krankheiten, sogenannten Infectionskrankheiten, sollten sich in Krankenhäuser sofort aufnehmen lassen, einmal um eine Ansteckung der Umgebung zu vermeiden, und außerdem um möglichst von Anfang an unter die günstigsten äußeren Verhältnisse versetzt zu werden. Freilich würden hiefür die öffentlichen staatlichen und Gemeindecrankenhäuser nicht ausreichen, da sie in der Regel nur über eine beschränkte Zahl von Privatzimmern verfügen, und in Privathäusern pflegen Infectionskrankheiten wegen Vermeidung weiterer Ansteckung nicht aufgenommen zu werden; aber es gibt hier zwei Auswege, indem man einmal in öffentlichen Krankenanstalten auf eine Vermehrung der Privatzimmer Bedacht nimmt und außerdem Privatanstalten baut, die nur für die Aufnahme von ansteckenden Kranken bestimmt sind, und in denen der Kranke sich von demjenigen Arzte behandeln lassen darf, dem er sein Vertrauen geschenkt hat.

Man hat unserer Zeit nicht ohne Grund den Vorwurf des Ueberhasteten, des Ueberarbeitens, des Nichtzeithabens gemacht, aber ein schweres Unrecht würde es sein, wollte man daraus den Schluß ziehen, daß dabei auch alle edleren Empfindungen und Interessen untergegangen sind; gerade auf dem Gebiete der Fürsorge für Kranke tritt uns mit weitleuchtender und unauslöschbarer Schrift entgegen das schöne Wort: Humanität.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber das **Plasmon** („SIEBOLD'S Milcheiweiß“) berichtet E. STADELMANN („Deutsche Aerzte-Ztg.“) Folgendes: Es ist geschmacklos. Die ihm anhaftenden Spuren von Milchbestandtheilen lassen nur einen schwachen Geruch und Geschmack nach süßer Milch wahrnehmen. Dieser Geschmack kommt übrigens in Suppen, Gemüse, Gebäck, Thee, Kaffee u. s. w., in welche Plasmon hineingethan wird, nicht zum Ausdruck. Das Plasmon quillt bereits im kalten Wasser auf und verwandelt sich in eine durchsichtige, helle Masse. Das Quellungsvermögen ist derartig günstig, daß das lufttrockene Plasmon die 7—8fache Menge Wasser aufnimmt und bei 85% Wasserzusatz völlig dickglasig verquillt. In lauwarmem Wasser quillt Plasmon sehr schnell, wird weich und klebrig, ähnlich dem rohen Hühnerweiß. In heißem Wasser löst es sich vollkommen und weist, wie jede Eiweißlösung, nur eine leichte, durchsichtige Trübung auf. Diese Eigenschaften gestatten, was praktisch außerordentlich wichtig ist, das Plasmon leicht mit den verschiedenartigsten Speisen zu mischen. Plasmon kann in großen Mengen der Nahrung zugesetzt werden. Das physikalische Verhalten des Plasmons, besonders seine Quellbarkeit und Löslichkeit, gestattet seine Verwendung auch in Backwerken und Gelées.

— Ueber die **Behandlung** von 8 Fällen schwerer **chronischer Cystitis** (Cystite rebelle) mittelst Curettement der Harnblase berichtet F. STOCKMANN („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 31). Fünfmal wurde dem Curettement die Sectio alta vorausgeschickt, hievon in 4 Fällen die Blasennaht versucht, jedoch hielt diese nur zweimal.

Sie ist nur dort garantirt, wo die Blasenwand noch genügend dehnbar und noch nicht dem Schrumpfungsproceß anheimgefallen ist. Bei letzterem ist stets die Drainage angebracht, entsprechend der GUCHOU'schen Vorschrift. Von den 8 Fällen wurden 6 geheilt, einer gebessert, 1 Fall blieb ungeheilt. Es ist dies ein Erfolg, wie man ihn besser gar nicht wünschen kann. Die Fälle hatten jeglicher sowohl innerlicher wie localer Therapie getrotzt. Das Curettement ist daher, sei es, daß es von der Sectio alta, sei es, daß es von der Urethra aus unternommen wird, für alle Fälle von schwerer, chronischer Cystitis, bei denen jedes andere Verfahren resultatlos verlaufen ist, zu empfehlen.

— Ueber das **lösliche Eisenarseniat** von ZAMBELETTI in Mailand, das besonders bei Anämie, Chlorose und bei Kachexien (Malaria) indicirt ist, liegen zahlreiche Berichte namhafter Autoren vor. VALVASSORI-PERONI hat es neben und statt Chinin bei Kindern erfolgreich angewandt und GUILO-VIVIANI davon bei Anämien günstige Resultate gesehen. Das Eisenarseniat besteht in Form von Tropfen, genau dosirten Granules, als Syrup und als Lösung ersten und zweiten Grades zur subcutanen Injection. Nach GROCCO sollen die Eiseninjectionen zur Anwendung kommen, wenn die Behandlung mit Eisenpräparaten per os wirkungslos blieb oder schlecht vertragen wurde. In zweckmäßiger Weise macht man alle 25—30 Tage eine Pause in der Behandlung. Die Injectionen werden in der Regel gut vertragen; sie werden abwechselnd in die rechte und linke Glutäalgegend vorgenommen. Man beginnt mit Lösungen ersten Grades und steigt nach und nach; die Einspritzungen sind im Allgemeinen ganz schmerzlos.

— In der Erörterung der Frage der **Carcinombehandlung** zählt UNNA („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1901, Nr. 6) die Mittel auf, von denen er in erster Reihe beim Ulcus rodens des Gesichts, dann aber auch gelegentlich bei anderen, rascher wachsenden, von seborrhoischen Warzen und von Muttermälern ausgehenden Krebsen gute Erfolge gesehen hat, und die ihm alle etwas specifisch Anticarcinomatöses zu haben scheinen. Besonders in chronisch verlaufenden Fällen und bei messerscheuen Patienten empfiehlt er, sie einzeln oder in geeigneter Combination häufiger, als jetzt üblich, zu versuchen. Es gehört hieher zunächst der Paquelin, der aber nicht zum Ausbrennen, sondern zum Ansenken durch siebartiges Einstechen des Spitzbrenners benutzt wird; die dabei sich bildenden brenzlichen Producte scheinen einen günstigen Einfluß auszuüben. Ferner ergaben das Resorcin in Substanz oder in Form des Pflastermulls, sowie Umschläge mit 5%igem Resorcin-spiritus oft ausgezeichnete Resultate. Auch die Benzoësäure allein oder in Verbindung mit Resorcin in 1—5%iger alkoholischer Lösung zeigte sich, namentlich bei Ulcus rodens, recht wirksam. Endlich hat U. einen Arsenik-Salicyl-Cannabis-Pflastermull (Acid. arsenic., Extr. Cannabis aa. 5, Acid. salicyl. 20 auf 1 Meter) bei Hautcarcinomen verschiedener Herkunft mit sehr gutem Erfolge angewendet; das Krebsverdächtige zerfällt unter ihm rasch, während die gesunde Haut viel länger erhalten bleibt.

— Bei **Augencomplicationen der Variola** haben COURMONT und ROLLET das Methylenblau angewendet („Annal. d'oculistique“, 1901, Mai). Sie verwenden es in Lösungen von 1:500 und träufeln davon mehrmals täglich einige Tropfen in den Bindehautsack ein. Diese Behandlung soll eine ebenso große prophylaktische Bedeutung für die Variolaophthalmie besitzen wie die Lapis-einträufelungen bei Ophthalmoblennorrhoe. Während des Eruptionsstadiums der Blattern besteht nämlich eine große Gefahr für das Auge in der Bildung von Bläschen am Hornhautlimbus, welche sich in kleine Geschwürchen mit grauem oder gelbem Grunde mit ausgefransten Rändern umwandeln. Diese Geschwüre führen zu eiteriger Keratitis und können Verlust des Auges durch Panophthalmie bewirken. Nun imprägnirt das Methylenblau auch die geringsten Erosionen der Horn- und Bindehaut lebhaft und unterdrückt durch seine antibacterielle Wirkung jede Eiterung im Entstehen. Von 45 Blatternfällen, die bei den ersten Erscheinungen seitens der Conjunctiva und der Hornhaut dieser Behandlung unterzogen wurden, wurden alle mit vollständiger Erhaltung der Sehkraft geheilt.

Notizen.

Wien, 14. September 1901.

(Rechtsbeistand bei ehrenrätlichen Verhandlungen der Aerztekammern.) Ueber die Frage in Betreff der Zulässigkeit der Zuziehung von Advocaten zu den ehrenrätlichen Verhandlungen der Aerztekammern hat das Ministerium des Inneren im Einvernehmen mit dem Justizministerium entschieden: Gerade so, wie es privaten Verbänden und anderen Corporationen gestattet ist, sich frei darüber zu entscheiden, hat auch die Aerztekammer bei der Beschlußfassung über ihre Geschäftsordnung vollkommen freie Hand, ob sie im Verfahren vor dem Ehrenrathe eine Vertretung der Parteien durch Advocaten gestatten oder die Beiziehung von Advocaten ausschließen wolle. Sofern die Geschäftsordnung keine gegentheilige Bestimmung enthält, wird der einzelnen Partei nicht verwehrt werden können, bei ehrenrätlichen Verhandlungen entweder mit einem Advocaten zu erscheinen oder sich durch einen Advocaten vertreten zu lassen und selbst der Verhandlung fernzubleiben.

(Auszeichnung.) Der Altmeister der Hydrotherapie, Professor Dr. WILHELM WINTERNITZ, ist durch die Verleihung des Hofrathstitels ausgezeichnet worden.

(Universitätsnachrichten.) Die mit dem Titel eines außerordentlichen Universitäts-Professors bekleideten Privatdocenten Dr. ERNEST FINGER und Dr. HANS RABL sind zu a. o. Professoren an der Universität in Wien, Dr. ANDREAS SCHRUTZ ist zum a. o. Professor der Geschichte der Medicin und Epidemiologie an der böhmischen Universität in Prag ernannt, den Privatdocenten an der medicinischen Facultät der Universität in Wien Dr. EDUARD SCHIFF, Dr. AUGUST HERZFELD und Primararzt Dr. HEINRICH LORENZ ist der Titel eines a. o. Universitätsprofessors verliehen worden.

(Personalien.) Der Districtsarzt Dr. ALOIS BRUNNER in Althofen hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Prof. LANDOUZY und Prof. BUDIN in Paris sind zu Officieren der Ehrenlegion ernannt worden.

(Militärärztliches.) Als Nachfolger v. COLER's ist der erste Leibarzt des Kaisers, Generalarzt Professor Dr. v. LEUTHOLD, zum Generalstabsarzt der Armee, Chef des Sanitätscorps und der Medicinalabtheilung im Cultusministerium und zum Director der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ernannt worden. Zugleich hat er den Rang als Generallieutenant erhalten. Seine Stellung als Leibarzt behält v. LEUTHOLD bei.

(VIRCHOW-Feier.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Das Programm für die Feier des 80. Geburtstages von RUDOLF VIRCHOW am 12. October d. J. ist bereits ausgearbeitet. Das Jubiläum beginnt mit der Besichtigung der neu geordneten Sammlungen des pathologischen Museums, zu welcher VIRCHOW selbst die Einladungen ergehen läßt. Die Begrüßungs- und Beglückwünschungsansprachen finden im großen Sitzungssaale des Abgeordnetenhauses statt. Auch eine Besichtigung des Museums für Völkerkunde ist in Aussicht genommen. Der Zutritt zum Festacte wird gegen Vorweisung von Karten gestattet, bei deren Ausgabe jene Personen in erster Linie berücksichtigt werden, die zur VIRCHOW-Stiftung beigetragen haben.

(31. Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Die 31. Wanderversammlung der Aerzte und Naturforscher fand unter dem Vorsitze von ALBERT BERZEVICZY vom 21.—24. August d. J. zu Bartfeld statt. Während derselben sprach zunächst JULIUS DOLLINGER über „Aerztebildung“ und über die Ethik der ärztlichen Praxis und hob hervor, daß für sein Thema nicht allein die Aerzte, sondern auch das Publicum das größte Interesse an den Tag legen müssen. — Der Director des Hermannstädter Irrenhauses Dr. EUGEN KONRAD hielt einen Vortrag über den Selbstmord und Primarius Dr. EUGEN GLÜCK besprach „Alkoholismus und Arbeiterfrage“. Vortr. empfahl das Verbot des Alkoholgenusses während der Arbeit, Verminderung der Zahl der Wirthshäuser, u. a. für unsere socialen Verhältnisse utopische Ameliorationen. — In der Section für innere Medicin referirten Prof. Dr. JOHANN BOKAY über die „locale Behandlung der Kehlkopfgeschwüre“ und Dr. JULIUS GROSZ über

ausgezeichnete Resultate der Behandlung mit Diphtherie-Heilserum. — In den anderen Sectionen sprachen Dr. MOLNAR über die Serumtherapie, KÖRÖSI über Schulhygiene, KARMAV über die Säuglingssterblichkeit, SZIGETI über den angeblichen Arsengehalt des menschlichen Körpers vom Standpunkte des Gerichtsarztes und TUSZKAI über „Herzkrankungen während der Schwangerschaft“. Zu erwähnen sind auch mehrere Vorträge, welche einzelne Fragen der Prophylaxe und Therapie der Tuberculose in eingehender und vorzüglicher Weise erörterten. Schließlich gelangten auch viele Fragen der Hygiene und Dermatologie, welche die Fachgenossen derzeit beschäftigen, zu eingehender Besprechung und Discussion.

(Der 12. österreichische Aerztevereinstag) wird am 31. October d. J. in Wien stattfinden.

(Sanitäre Maßnahmen.) Aus Anlaß des Auftretens der Pest in Constantinopel hat das Eisenbahnministerium alle Staatsbahn-Directionen, sowie die Verwaltungen der Privatbahnen angewiesen, Veranlassung zu treffen, daß die mit den Orient-Expresszügen aus Constantinopel eintreffenden Reisenden durch das Zugpersonal hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes während der Fahrt überwacht werden, ferner daß diese Ueberwachung so lange fortgesetzt werde, als solche Reisende auf der Weiterreise irgend eine oder mehrere Bahnen ununterbrochen benutzen. Ferner wurde angeordnet, daß im Falle der Beobachtung einer verdächtigen Erkrankung an solchen Reisenden im Sinne des Erlasses betreffend die Grundsätze über die Einrichtung des Eisenbahnverkehrs in Cholerazeiten vorgegangen werde. Auch hat das Eisenbahnministerium die Anordnung getroffen, daß solche Reisende beim Verlassen des Zuges seitens des Zugbegleitungspersonales dem Stationsvorstande bezeichnet, und daß sie von diesem der Gemeindevorstellung des Stationsortes zur Einleitung der erforderlichen sanitären Ueberwachung, bezw. im Falle der Weiterreise zur sofortigen Verständigung der Gemeindevorstellung des nächsten Aufenthaltsortes namhaft gemacht werden.

(Ein freigesprochener Curpfuscher.) Der Pfarrer von Blumau KARL HOFFER war — wie die „Grazer Tagespost“ meldet — als heilkundiger Mann im Lande weit bekannt und erfreute sich seit langem des Zulaufes der leidenden Menschheit. Er soll Kranke in ihren Wohnungen besucht und behandelt, sich eine Hausapotheke gehalten und schließlich sogar Patienten im Pfarrhofs — gegen Entgelt — in Kost, Quartier und Behandlung übernommen haben. Daß er fleißig Thee, Salben und andere Medicamente verschrieb und Kaltwassercuren durchführte, darf nach dem Gesagten nicht mehr Wunder nehmen. Vor dem Bezirksgerichte Fürstenfeld wegen Curpfuscherei angeklagt, vertheidigte sich HOFFER, indem er sagte, er habe durch Vater und Bruder, die beide Aerzte seien, und durch eigenes Studium so viele medicinische Kenntnisse erworben, daß er sich in der Lage fühle, erkrankten Mitmenschen mit Rath und That beizustehen; es sei daher kränkend für ihn, daß ihn die Aerztekammer als „Curpfuscher“ bezeichnet habe. Das Bezirksgericht verurtheilte den Angeklagten zu 10tägigem Arrest, der Appellat unter dem Vorsitze des Oberlandesgerichtsrathes R. v. HOFFMANN hob diese Strafe auf.

(Eine Incompatibilitätsfrage.) Wir haben seinerzeit gemeldet, daß der Magistrat von Budapest an die in städtischen Diensten stehenden Aerzte, welche gleichzeitig noch eine zweite öffentliche Anstellung haben, die Aufforderung gerichtet hat, ihre städtischen Stellen niederzulegen. Die betreffenden Aerzte haben gegen diese Verfügung den Recursweg betreten. Wie wir nun erfahren, hat das Ministerium des Innern diesen Recurs verworfen.

(Statistik.) Vom 1. bis inclusive 7. September 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 5759 Personen behandelt. Hievon wurden 1215 entlassen; 126 sind gestorben (9.39% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 31, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie 1, Blattern —, Variellen 4, Scharlach 41, Masern 13, Keuchhusten 11, Rothlauf 29, Wochenbettfieber 2, Röheln —, Mumps —, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 542 Personen gestorben (— 31 gegen die Vorwoche).

Mit dieser Nummer versenden wir eine Erklärung des Besitzers der Adler-Apotheke, M. Emmel in München, womit dieser die Namensänderung der von ihm bisher erzeugten Angerer-Sublimatpastillen in Marke „Adler Sublimatpastillen“ begründet. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unserer Leser.

Eingesendet.

Mitte October findet zu Ehren des 60. Geburtstages des Herrn Hofrathes NOTHNAGEL an seiner Klinik eine intime, auf den Kreis der ehemaligen Aerzte der Klinik beschränkte Feier statt. Die bestehenden Verzeichnisse der Aerzte, welche der Klinik angehört haben, könnten Lücken aufweisen; deshalb werden alle jene Herren Collegen, welche etwa bisher keine Einladung zu dieser Feier erhalten haben, gebeten, ihre genaue Adresse sobald als möglich an den Assistenten der Klinik Dr. ROBERT BREUER zu schicken, damit ihnen die Einladung rechtzeitig zugesandt werden könne. Für das Comité: Dr. H. LORENZ, Dr. J. MANNBERG, Dr. R. BREUER.

Der deutschen Section der Aerztekammer für das Königreich Böhmen ging nachstehende Zuschrift zu, die hiemit zur Kenntniß gebracht wird:

Löbliche Aerztekammer in Prag!

Die unterzeichneten Aerzte des Tannwalder Bezirkes gestatten sich, hiemit zur Kenntniß zu bringen, daß, nachdem dieselben einmüthig und solidarisch eine Pauschalirung mit der allgemeinen Arbeiter-Kranken-Casse in Reichenberg abgelehnt haben, der Obmann des Vorortes Unterpolaun dieser Casse mit der Einsetzung eines eigenen pauschalirten Arztes für die drei Vororte: Unterpolaun, Oberpolaun und Wurzdorf mit dem Sitze in Oberpolaun gedroht hat, und ersuchen gleichzeitig, die Annahme dieser Stelle den Herren Collegen zu widerrathen, da die Honorare dieser Casse bei weitem niedriger bemessen sind, als die aller übrigen hier existirenden Krankencassen.

Unterpolaun, am 30. August 1901.

Dr. MOHR, Tannwald. — Dr. KLIMEK, Schumburg. — Dr. HELLER, Morchenstern. — Dr. EABEN, Tiefenbach. — Dr. ZUBER, Josefthal. — Dr. FUCIUS, Albrechtendorf. — Dr. FRIEDMANN, Pŕichowitz. — Dr. TISCHLER, Unterpolaun.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

MATTONI'S
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:

Grundzüge der
Allgemeinen Mikrobiologie.

Von **Dr. M. Nicolle.**

Deutsch von **Dr. H. Dünschmann.**

1901. 8. Mit 31 Textfiguren. 5 M.

„CREOSOTAL“ SPECIFICUM BEI PNEUMONIE JEDER ART,

auch Broncho-, Masern-, Influenza-,
Diphtherie-Pneumonie.

10 bis 15 gr pro die in 4 Portionen,
bei Kindern weniger.

Litteratur und Proben kostenfrei durch
Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

B

Baden-Baden. Sanatorium Dr. Ebers.
Für interne und Nervenkranken,
Erholungsbedürftige und Reconvalescenten. — Das ganze Jahr geöffnet.

Dr. PAUL EBERS

früherer zweiter Arzt des Sanatoriums Martinsbrunn b. Meran.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nervenkranken. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranken ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** 2 Aerzte.

1423

Sanatorium

für Nervenkranken u. Morphinisten
in **Wien-Hacking** (Westbahn).

Geisteskranken ausgeschlossen.

Docent **Dr. Hölländer** **Dr. Ph. Oesterreicher**
ärztlicher Leiter. Anstaltsarzt.

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für
Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.

Ärztliche Leitung: Professor Dr. E. Redlich und Dr. E. Fries.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Aus der VII. Abtheilung des Triester Spitals (Dir. Dr. Nicolich). Ueber einige ungewöhnliche Erscheinungen bei secundärer Syphilis. Von Dr. ANGELO LUZZATTO. — Zur LAURENTY'schen Theorie der Skiaskopie. Von Dr. O. NEUSTÄTTER in München. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** BOURGET (Lausanne): Die medicinale Behandlung der Perityphlitis. — JUNICHI MOCHIZUKI (Kioto): Ueber die Resorption der Eiweißkörper von der Schleimhaut des Dickdarms nach Versuchen mit Thymusklystieren. — P. F. SCHWENN (Kiel): Ein Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. — LENNANDER (Upsala): Ueber Spaltung der Nieren mit Resection des Nierengewebes bei acuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen. — WALTER ALBERT (Dresden): Sterile Dauerhefe und ihre Verwerthung in der Gynäkologie. — ELGART (Brünn): Ueber Osteomyelitis bei Neugeborenen. — **Literarische Anzeigen.** Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studierende. Von Professor ROBERT SOMMER in Gießen. — Cliniques médicales iconographiques. Par MM. P. HAUSHALTER, G. ETIENNE, L. SPILLMANN, CH. THIRY. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) IV. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber den wachsenden Zuckerconsum und seine Gefahren. — Therapeutische Studien über Ulcus molle. — Ueber eine schwere Leuchtgasvergiftung. — Pankreon. — Cystitis luetica. — Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs. — Die Behandlung von Abscessen der Gelenke mit Glasspeculum-Drainage und reiner Carbonsäure. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus *medizinischen Gesellschaften Deutschlands*. (Orig.-Ber.) — Aus *italienischen Gesellschaften*. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

*Aus der VII. Abtheilung des Triester Spitals
(Dir. Dr. Nicolich).*

Ueber einige ungewöhnliche Erscheinungen bei secundärer Syphilis.

Von **Dr. Angelo Luzzatto.**

Wenige klinische Bilder sind gewöhnlich durch die Symptome so genau charakterisirt wie die primären und secundären Erscheinungen der Syphilis, und ein Fall, der durch seine Symptome und durch seinen Verlauf von der gewöhnlichen Form abweicht, ist immer unserer Aufmerksamkeit würdig.

Dies ist der Grund, welcher mich veranlaßt, folgenden Fall, den ich in der VII. Abtheilung des Triester Spitals zu beobachten Gelegenheit hatte, in Kürze mitzuthellen.

Mathilde G., 29 Jahre alt, aus Farra di Suligo, Provinz von Treviso, Prostituirte.

Der Vater starb an Hirnhämorrhagie, die Mutter an einer unbekanntem Kopfkrankheit. Die Geschwister leben und sollen gesund sein.

Pat. war als kleines Kind immer gesund. Mit 12—13 Jahren erkrankte sie an Fieber (unbekannter Natur), es soll sich aber nicht um Malaria gehandelt haben, da in ihrer Heimat, welche sie nicht verlassen hat, Sumpffieber nicht vorkommt.

Später soll sie immer gesund gewesen sein. Seit einiger Zeit trinkt sie ziemlich viel Alcoholica. Die jetzige Erkrankung begann vor circa 20 Tagen. Seit dieser Zeit bemerkte Pat. eine gelbliche Verfärbung der Haut. Sie gibt an, hie und da Fieber zu haben. — Bei der letzten Untersuchung seitens des Arztes im Toleranz-

hause am 29. October wurde ein Geschwür am Orificium externum uteri vorgefunden, infolge dessen wurde sie ins Spital geschickt. Sie soll in den letzten Tagen öfter an Epistaxis und Metrorrhagien gelitten haben.

Status praesens. Ziemlich gut genährtes Individuum von kräftigem Knochenbau. Die Haut und die Sklera sind intensiv gelb gefärbt. Hie und da am Rücken sind kleine papulöse Efflorescenzen, die beim Fingerdruck erblassen.

Drüsen sind nirgends tastbar. Rachenorgane, Lunge und Herz normal. Temp. 38·5, Puls etwas frequenter als normal, febril. Belegte Zunge. Die Leber ist stark vergrößert. Von der 6. Rippe an überragt sie um 4 Querfinger den Rippenbogen und fühlt sich hart an. Die Milz ist stark vergrößert und als harter Tumor 4 querfingerbreit unter dem Rippenbogen zu tasten. Abdomen glatt, gibt überall tympanitischen Schall.

Knochen und Nervensystem normal; keine Oedeme, kein Exanthem.

Die Genitalien äußerlich normal, am Orificium externum uteri ein hellergroßes Geschwür mit ungleichen gerötheten Rändern und gelblich-grauem Grund. Stühle etwas acholisch. Im Harn Gallenfarbstoff, sonst nichts Abnormes.

4. November. Status idem. Temp. 37·8. 1. Calomelinjection von 0·05 Grm. in die Glutaealgegend.

12. November. Die Efflorescenzen haben an Zahl zugenommen. Man sieht sie jetzt am ganzen Stamm zerstreut. Leber und Milz unverändert. Irreguläres Fieber (siehe Curve). Es werden 3 Chininpulver zu 0·50 Grm. um 10, 11 und 12 Uhr Vormittags verabreicht.

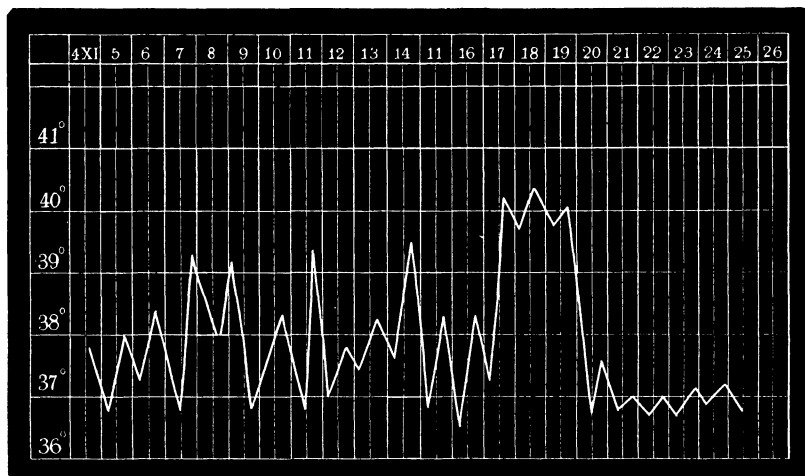
13. November. 2. Calomelinjection zu 0·05 Grm. Einige Efflorescenzen zeigen in der Mitte eine Nabelbildung und sind mit hämorrhagischen Krusten bedeckt.

18. November. Sehr hohe Temperatur (39·2) mit Schüttelfrost. Hinfalligkeit und stark belegte Zunge. Die Hautefflorescenzen sind

blässer geworden. Die Untersuchung der Lunge und des Blutes ergibt einen ganz normalen Befund. Am Herzen dumpfe Töne. Leber und Milz unverändert, kein Ascites, keine Oedeme.

21. November. Die Temperatur ist plötzlich abgefallen. Morgens 36·8, Nachmittags 76·6. Die Efflorescenzen sind fast verschwunden. Die Leber und die Milz sind etwas kleiner geworden, man palpiert sie aber noch unter dem Rippenbogen.

29. November. Das Geschwür am Uterus ist vollkommen geheilt. Icterus geringer.



11. December. Plötzlicher Schüttelfrost. Temp. 40. Ol. Ricini. 3. Calomelinjection, 0·10 Grm.

14. December. Subjectives Befinden besser. Temperatur normal.

29. December. 4. Calomelinjection, 0·05 Grm. Die papulösen Efflorescenzen unverändert.

8. Januar. Die Leber ist wieder in normalen Grenzen. Die Milz ist noch vergrößert und man fühlt sie den Rippenbogen überragend, als beweglichen Tumor. Breite Condylome am weichen Gaumen. Heiserkeit. Der Icterus ist vollkommen verschwunden. Die Efflorescenzen noch kaum sichtbar. Die Cubitaldrüsen sind jetzt geschwollen.

10. Januar. 5. Calomelinjection, 0·10 Grm.

1. Februar. 6. Calomelinjection, 0·05 Grm. Auf dem rechten Gaumenbogen eine Plaque muqueuse.

22. Februar. Röthung des ganzen Gaumenbogens. Heiserkeit.

7. Calomelinjection, 0·05 Grm.

3. März. Pat. wird nach 4 Monaten geheilt entlassen.

Es handelt sich also um eine 29 Jahre alte Pat., die im Spital wegen eines Geschwürs am Orificium externum uteri aufgenommen wird.

Nach wenigen Tagen tritt ein unregelmäßiges Fieber auf, complicirt mit Icterus, mit vergrößerter Leber und Milz, mit belegter Zunge, Epistaxis und Metrorrhagien.

Auf der Haut bemerkt man einzelne etwas prominente Efflorescenzen, die beim Fingerdruck erblässen und nach wenigen Tagen einen pustulösen, hämorrhagischen Charakter zeigen.

Dieses das klinische Bild der ersten Tage.

Obwohl das Geschwür am Uterus und die Efflorescenzen der Haut gleich an eineluetische Affection denken lassen, ist doch das ganze klinische Bild nicht so deutlich, um von vornherein eine Combination mehrerer Erkrankungen sogleich auszuschließen.

Von den Affectionen, die in unserem Falle in Betracht gezogen werden könnten, glaube ich in erster Linie an zwei denken zu müssen, und zwar an eine malarische Infection und an die hypertrophische Lebercirrhose.

An die erstere müssen wir denken wegen der Irregularität der Temperaturcurve, der Schüttelfröste und wegen des bedeutenden Milztumors.

Gegen die Malaria spricht aber das negative Resultat der Blutuntersuchung, das Fehlschlagen der Chinintherapie und das Vorhandensein eines Icterus mit Lebervergrößerung.

Die zwei letzten Symptome können wohl auch bei Malaria vorkommen, doch wohl meist nur bei alten, schweren Formen, was bei unserer Pat. nicht der Fall war.

Wahrscheinlicher erscheint dagegen im ersten Augenblick die zweite Auffassung, es könnte sich um eine hypertrophische Lebercirrhose handeln. Wir haben vor uns eine beträchtliche Vergrößerung der Leber, mit starkem Icterus, vergrößerte Milz, Fieber, Epistaxis, Fehlen von Ascites, und dies Alles bei einer Alkoholistin:

Das reine klinische Bild der hypertrophischen Lebercirrhose von HANOT.

Das Vorhandensein des Geschwürs am Uterus und die Hauterkrankung aber rufen bei uns den Verdacht hervor, ob nicht alle Symptome doch nur vonluetischer Affection abhängen könnten. Um so mehr, als wir es in unserem Falle sicher mit einer schweren Form der Syphilis zu thun haben. Dafür sprach vor allem der hämorrhagische Charakter der Efflorescenzen, welche sehr schnell der Initialsklerose folgten.

In der Literatur finden wir, daß das Auftreten von Icterus bei recenter Lues nicht so selten erwähnt wird. Ueber die Ursache des Phänomens sind die Meinungen getheilt: ENGEL-REIMERS (1), QUINCKE (2) u. A. glauben an eine Compression des Ductus choledochus seitens der vergrößerten Drüsen, andere, wie SENATOR, BAÜMLER (3), MRACEK (4), SCHRÖDER (5), NEUMANN (6), erklären sich das Auftreten des Icterus durch Veränderungen an den Wänden der Gallengänge, und zwar durch die Einwirkung des syphilitischen Virus auf das Gewebe.

Die Lebervergrößerung kann auch durch die Syphilis hervorgerufen werden, obwohl das sehr selten geschieht.

In unserem Falle müssen wir von vornherein eine gumöse Form und eine amyloide Degeneration des Organes, wegen der kurzen Dauer der Infection, ausschließen.

Die Vergrößerung der Milz könnte diese zweite Hypothese stützen, dagegen aber spricht das Fehlen von Eiweiß im Harn, das Freibleiben der Nieren.

Es bleibt also nur die Möglichkeit, an eine Stauungsleber oder an eine Hepatitis interstitialis syphilitica zu denken. Die letzte aber müssen wir gleich ausschließen, da wir eine starke Vergrößerung des Organes vor uns haben und ein wichtiges Symptom, der Ascites, fehlt.

Es bleibt also nur übrig die Möglichkeit der Stauungsleber, welche in unserem Falle als Folge entweder einer activen oder einer passiven Hyperämie des Organes aufzufassen ist. Diese Hyperämie ist wahrscheinlich durch die Erschlaffung der Gefäßwände infolge von Toxinwirkung hervorgerufen worden, in analoger Weise, wie wir den Icterus entweder als Folge der Compression durch die Blutfülle des Organs oder durch die Veränderungen in den Wänden der Gallengänge gleichfalls durch die Toxine erklären können.

Eine beträchtliche Vergrößerung der Milz findet man auch, obwohl selten, in den ersten Stadien der Syphilis.

WEIL (7) und WEWER (8) machten zuerst auf das Symptom aufmerksam.

Später AVANZINI (9) und Andere, die behaupteten, es könne im Beginne und während des zweiten Stadiums der Syphilis ein Milztumor sich bilden, welcher entweder bei der Behandlung sich zurückbilden, oder auch trotz der Behandlung weiter bestehen kann.

NEUMANN beobachtete auch bei Syphilis Fälle von Milztumor mit abendlicher Temperatursteigerung. JULLIEN (10), indem er den Milztumor bei Lues zugibt, möchte ihn in Verbindung mit gastrischen Störungen bringen, in derselben Weise, wie BACCELLI bei Malaria eine Verbindung zwischen dem Milztumor und den gastrischen Störungen zugibt. In unserem Falle haben wir aber keine gastrischen Störungen beobachtet.

Deshalb möchte auch ich lieber die Sache so auffassen, daß der Milztumor durch eine directe Wirkung der Toxine auf die Blutgefäße und noch wahrscheinlicher auf die Lymph-

gefäße des Organes zustande kam, obwohl man in unserem speciellen Falle einen präexistirenden Milztumor nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen kann.

Es ist aber wenig wahrscheinlich, zumal kein anamnestisches Moment uns erlaubt, hieran zu denken, und das Fortbestehen eines Milztumors trotz entsprechender Behandlung schon von anderen Autoren behauptet wird (AVANZINI, COLOMBINI).

Das Fieber ist gleichfalls ein ungewöhnliches Symptom der Lues. Es kommt vor nach GÜNZ in 20%, nach FOURNIER in 33% der Fälle und beim Weibe öfter als beim Manne.

FOURNIER beschreibt drei Typen der Curve, und zwar einen remittirenden, einen intermittirenden und einen dritten, von ihm „capriciöser“ Typus genannt.

Bei unserer Kranken haben wir es mit dem ersten Typus zu thun, da täglich ziemlich starke Morgenremissionen auftraten.

Wenn unsere Diagnose in den ersten Tagen unserer Beobachtung zweifelhaft war, so scheint mir jetzt außer Zweifel zu sein, daß mit Berücksichtigung des Verlaufes und der günstigen Einwirkung der specifischen Behandlung sich alle Symptome auf eine luetische Affection zurückführen lassen, wofür auch das oben angeführte Raisonement spricht.

Zum Schlusse möchte ich dem Herrn Primarius Doctor NICOLICH meinen besten Dank für die freundliche Ueberlassung des Falles aussprechen.

Literatur: 1. ENGEL-REIMERS, „Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten“, 1889, und in den „Monatsheften f. prakt. Dermatologie“, 1892, pag. 477. — 2. QUINCKE, I. Congreß in Wiesbaden. — 3. BÄUMLER, „Syphilis“, Leipzig 1874, pag. 184. — 4. MRACEK, Bericht des Krankenhauses Rudolfstiftung. — 5. SCHRÖDER, Contrib. à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire, Paris 1886. — 6. NEUMANN, Syphilis. NOTHNAGEL's Path. u. Therap., Wien 1896, pag. 413. — 7. WEIL, „Deutsches Archiv für klin. Medicin“, Leipzig 1874, XIII, 317. — 8. WEWER, „Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1876, XVII, 459. — 9. AVANZINI, „Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis“, 1884, 379. — 10. JULIEN, Traité pratique des maladies vénériennes, Paris 1899, pag. 640. — 11. FOURNIER, Leçons sur la Syphilis. — 12. GÜNZ, Das syphilitische Fieber. „KÜCHENMEISTER'S Zeitschrift“, 1863, II. — 13. „Archiv für Dermat. u. Syph.“, LI, 2 H., 1900.

Zur Laurenty'schen Theorie der Skiaskopie.

Von **Dr. O. Neustätter** in München.

(Fortsetzung.)

Aus dem Angeführten ergibt sich einerseits, daß auch unter solchen Einschränkungen die bekannte plötzliche Verdunkelung der beobachteten Pupille beim Auftreffen des Punctum remotum auf die Pupille des Beobachters nicht aufzutreten braucht und auch, daß die Verallgemeinerung, sie „trete überhaupt nicht auf“, nicht richtig ist. Eine weitere Kritik des von LAURENTY (pag. 1463) ausführlicher beschriebenen Versuches ist nicht mehr nöthig. Es handelt sich um den in Fig. 3 angedeuteten Vorgang.

Eine Bemerkung macht LAURENTY noch, welche bisher nicht erklärt ist: „der Schatten scheint manchmal im Centrum der Pupille zu entstehen und sich nach allen Seiten zu verbreiten.“ Dabei kann es sich um sphärische Aberration oder um nicht exacte Accommodation auf die Pupille des Untersuchten handeln.

Schließlich führt LAURENTY noch einen Versuch an, der die Erscheinung des Doppelschattens im Augenblick, wo das Punctum remotum auf dem Spiegel liegt, erklären soll und zur Grundlage seiner Theorie wird. Auch hier liegt eine theilweise richtige Beobachtung vor, die aber in ihrem Zusammenhang mit der Schattenprobe, wie in der Vorstellung von ihrem Zustandekommen mißdeutet ist: „Sieht man durch irgend eine kleine Oeffnung (z. B. durch das Loch unseres Augenspiegels) auf ein Blatt weißes Papier, während jenseits dieser Oeffnung in mäßiger Entfernung ein dunkelrothes oder orangefarbiges Glasscheibchen dieselbe verdeckt, so sieht man bei langsamem Vorüberführen des Glases nach unten am oberen Rande

die weiße Farbe des Papiers auftauchen. Bringt man nun die Glasscheibe zwischen Spiegel und Auge und führt sie wiederum langsam nach unten hin vor der Oeffnung vorüber, so sieht man gerade die umgekehrte Erscheinung: Der weiße Hintergrund erscheint am unteren Rande des Gesichtsfeldes und der gefärbte Theil des letzteren verschwindet schließlich nach oben hin. Wird endlich das gefärbte Glas in der Spiegelsebene selbst an der Oeffnung vorübergeführt, so erhält man mit mehr oder weniger Deutlichkeit den oben beschriebenen Doppelschatten — die für das Punctum neutrum charakteristische Erscheinung (wer diesen Versuch anstellt, wird finden, daß der Doppelschatten nicht früher auftritt, als bis der Rand der Glasscheibe die Mitte der Oeffnung passirt; dies alles erklärt sich meiner Meinung nach ganz einfach daraus, daß unser Auge einen zwischen ihm und dem Spiegel sich bewegenden Gegenstand durch die Oeffnung hindurch umgekehrt projicirt, dagegen zu gleicher Zeit umgekehrt und aufrecht, wenn der Gegenstand sich in der Ebene der Oeffnung bewegt).

Wenn diese Erklärung aber richtig ist, so gilt sie ja auch ganz ebenso für die Schattenerscheinung bei der Skiaskopie! Wir haben an Stelle des farbigen Glases das helle Luftbild, an Stelle des Papiergrundes die Pupille des Untersuchten; es ist klar, daß der vom hellen Lichtkreis nicht mehr bedeckte Theil der Pupille schwarz erscheinen muß. Dieser „Schatten“ muß sich entgegengesetzt bewegen oder gleichsinnig mit der Spiegeldrehung bewegen, je nachdem das Luftbild vor oder hinter dem Spiegel sich befindet. Der Doppelschatten aber erscheint dann, wenn das Luftbild in der Ebene der Oeffnung so weit nach unten oder oben gerückt ist, daß sein oberer, respective unterer Rand die Mitte der Spiegelöffnung passirt.“

Ich habe diese Stellen ausführlich gebracht, weil sie die positiven Anschauungen LAURENTY'S über die Art des Zustandekommens der skiaskopischen Erscheinungen zusammenfassen. Diese Anschauungen sind doch wieder physikalischer Art, im übrigen sind sie nicht haltbar.

Zunächst liegt ein Beobachtungsfehler vor. Zeichnen wir uns den Strahlengang bei dem Versuch mit dem Loch und der Papierfläche. Es sei in Fig. 4 lL die Oeffnung, AB die

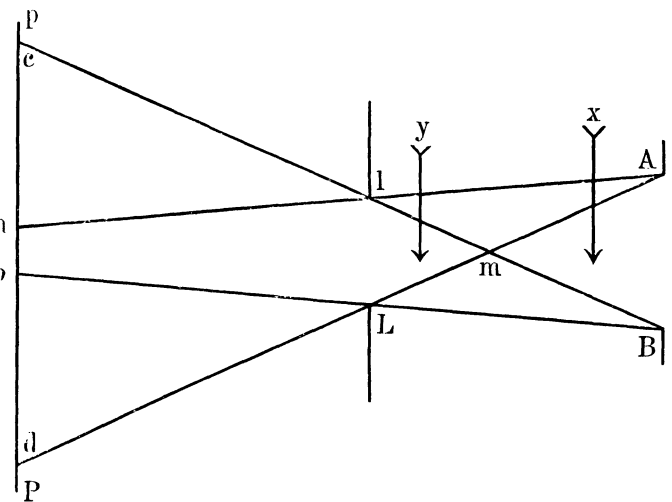


Fig. 4.

Pupille des beobachtenden Auges, pP die fixirte Fläche. Wir brauchen auch hier den Strahlengang nicht nach der Brechung im Beobachteraue zu verfolgen, da die Projection entlang den Grenzstrahlen erfolgt. Diese Thatsache ergibt sich aus der Annahme, daß c, a, b, d auf der Netzhaut als conjugirte Punkte sich abbilden, so daß auf dem Rückweg die Knotenlinie auch wieder mit den Grenzstrahlen in einem Punkt (eben e, a etc.) zusammentrifft. Wir haben oben ein Gleiches für die Pupille gesehen. (Näheres hierüber in meinem

Grundriß.) Die äußersten von pP sichtbaren Punkte sind c und d. Nehmen wir nun an, es würde vor A in der Ebene x die Glasscheibe vorgeschoben oder ein Blatt Papier oder irgend ein abblendender Gegenstand, so würde zuerst der Strahl Ala abgeblendet und, bis die Blende Ad erreicht, sämtliche Strahlen von A, die zwischen ad auftreffen. Dies wird nur als eine unklare Verdunklung wahrgenommen, weil von den gleichen Punkten noch Strahlen in AB eindringen können. Wird nun aber der Strahl ALd abgeblendet, so wird von d nach a zu jetzt Schatten zu wandern beginnen, d. h. entgegengesetzt, wie die Richtung der Blendenbewegung erfolgt. Denn von d aus können dann keine Strahlen mehr in AB eintreten. Trifft die Blende weiterhin elB, dann wird auch von c her Schatten eintreten, der sehr rasch mit dem entgegenkommenden von d in b zusammentrifft, im Augenblick nämlich, wo die Abblendung die Linie LB trifft. Erfolgt die Abblendung in der Ebene des Kreuzungspunktes m, so kommt es zu einem gleichzeitig von oben und unten her nach b zu wandernden Schatten, also nicht etwa im Momente, wo die Abblendung in der Spiegelebene erfolgt. Vielmehr überwiegt, je näher wir der Oeffnung lL kommen, die Erscheinung eines mit der Blendenbewegung gleich gerichteten Schattens — man mache z. B. die entsprechenden Erwägungen für die Ebene y — und im Moment, wo die Abblendung wirklich in die Lochebene fällt, kommt es nur noch zu einem gleichgerichteten Schatten. Von der Richtigkeit dieser hier theoretisch auseinander gesetzten Betrachtung kann man sich leicht jederzeit überzeugen. (Man halte die Oeffnung nicht zu weit vom Auge weg, um die Phasen recht deutlich zu erhalten.)

Damit wäre die Unrichtigkeit der LAURENTY'schen Beobachtungen erwiesen, und damit fällt auch, was er aus ihnen folgert, ganz abgesehen davon, daß man — wie schon rein äußerlich aus der Verschiedenheit der hier, bei richtigem Beobachten allerdings, erhaltenen Schattenerscheinungen gegenüber den oben bei Beobachtung der Pupille des Untersuchten durch die Spiegelöffnung gekennzeichneten sich ergibt — die Erklärung der skiaskopischen Erscheinungen nicht ohne weiteres aus der Beobachtung an einem nur 2fach (durch die Spiegelöffnung und die Beobachterpupille) begrenzten Strahlenverlauf ableiten kann. Denn dort kommt noch die Begrenzung durch die Pupille des Untersuchten hinzu. Es ist also auch die ganze Theorie LAURENTY's hinfällig.

Ich glaube zur Genüge einerseits den Beweis geliefert zu haben, daß LAURENTY's Angriff auf die bisherige „physikalische“ Anschauung unbegründet war, andererseits gezeigt zu haben, daß, was er als Ersatz aufzustellen versucht hat, auf theils mißdeuteten, theils unvollkommenen Beobachtungen beruht, daß die Deutung seiner Beobachtungen, insofern sie richtig sind, auf keine Schwierigkeiten stößt von dem Standpunkte der physikalischen Anschauung, und daß wir demzufolge keinen Grund haben, zur Annahme einer optischen Täuschung zu schreiten. Falls LAURENTY noch andere Gründe oder Beobachtungen ins Feld zu führen vermag, bin ich gerne bereit, auch auf diese noch einzugehen, ebenso zu weiteren Erklärungen, falls die obigen Auseinandersetzungen irgendwie nicht als genügend erachtet werden sollten.

* * *

Die obigen Ausführungen waren schon niedergeschrieben, ehe die neue Arbeit LAURENTY's „Zur Theorie der Bewegung des skiaskopischen Schattens“ (in Nr. 50 der „Wiener Med. Presse“, 1900) erschien.

Herr Dr. BUM gab mir vor der endgiltigen Drucklegung meiner Entgegnung noch Gelegenheit, auf diese neuerlichen Darlegungen LAURENTY's einzugehen.

In diesen sucht LAURENTY durch neue Beweise seine Anschauung zu bekräftigen, daß der Moment des Schatten-

wechsels identisch ist mit demjenigen, wo der Fernpunkt des untersuchten Auges mit der Spiegelebene zusammenfällt, daß das Loch des Augenspiegels ohne Einfluß auf diese Thatsache bleibt und nur eine nebensächliche Rolle spielt. „Seine Bedeutung,“ sagt er, „ist eine rein praktische, es gelangen nämlich durch eine enge Oeffnung nur enge Strahlenkegel ins Auge des Beobachters, so lange der Fernpunkt des untersuchten Auges sich nicht in unmittelbarer Nähe des Spiegels befindet; erst in diesem Fall, wo also die Spitze des Strahlenkegels in die Oeffnung fällt, wird das vom Auge aufgefangene Büschel breiter und liefert größere Zerstreungskreise, d. h. einen unbestimmbaren Schatten. Dagegen erscheint der Schatten bei jeder Lage des Fernpunktes verschwommen, wenn das Spiegelloch groß ist oder überhaupt kein Loch vorhanden ist. Ich glaube also, das kleine Spiegelloch dient nur dem praktischen Zweck, diejenige Zone möglichst auf einen Punkt einzuengen, in welcher ganz besonders starke Verschwommenheit des Schattens auftreten muß.“ Schließlich wird nochmals der Doppelschatten als Characteristicum des Umschlagspunktes aufgestellt.

Sehen wir zu, wodurch LAURENTY diese Behauptungen neuerdings zu beweisen versucht.

Zunächst hat er sich zu seinen Versuchen einer Anordnung bedient, die nicht glücklich zu nennen ist, da sie die Verhältnisse durchaus nicht vereinfacht. Er stellt vor einem kleinen Augenphantom, dessen Netzhautfläche durch eine feine Schraube verstellbar ist, eine Linse von 10 Cm. Brennweite in der Entfernung ihrer Brennweite (10 Cm.) vor dem Knotenpunkt der Phantomlinse auf. Dadurch wird für Einstellung des Phantoms auf Emmetropie der Fernpunkt auf 10 Cm. jenseits der Hilfslinse verlegt und rückt für je eine Dioptrie, Hyperopie oder Myopie (natürlich nur bis — 9 D) um 1 Cm. weiter oder näher.

Diese Anordnung ist schon deshalb nicht günstig, weil hiebei die praktische Ausführung der Skiaskopie nicht leicht ist. LAURENTY gibt selbst an, daß mit dem gewöhnlichen Planspiegel der Schatten kaum sichtbar wird und eine sichere Beobachtung unmöglich wird, sobald der Spiegel in die Nähe des Fernpunktes gelangt. Dies rührt aber nicht daher, daß das Spiegelbild der Lichtquelle an sich sehr weit außerhalb des Fernpunktabstandes liegt — dies ist beim gewöhnlichen Skiaskopieren in höherem Grade der Fall — als vielmehr einerseits von störenden Reflexen, die auf der Phantomlinse entstehen durch das annähernd scharfe Bild, das die Hilfslinse von der Flamme auf ihr erzeugt, andererseits durch die stärkere Zerstreung, die das Licht eben deshalb auf dem Wege zur Netzhaut des Phantoms erleidet. Des Ferneren ist bei Phantomen im Augenblick des Umschlages die Erleuchtung des Spiegellochbildes, d. h. des Gesichtsfeldes an sich fast Null und wird durch die Reflexe die Beobachtung unmöglich. Sonst aber konnte ich die Beobachtungen an einem ähnlichen Phantom allerdings mit etwas weiterer Pupille und schwächerer Linse auch mit den gewöhnlichen, namentlich aber mit undurchbohrten Spiegeln so weit anstellen, daß ich die Schattenbewegung noch deutlich wahrnahm. Ich habe dabei auch Doppelschatten auftreten sehen, aber nicht im Augenblick, wo sich der Fernpunkt auf dem Spiegel befand, sofern ich diesen nicht ziemlich weit vom Auge weghielt. Der Doppelschatten war richtiger und „falscher“ Schatten und wurde bei Benützung eines großen Handspiegels nicht gesehen.

Mit diesem Apparat hat nun LAURENTY unter Aufwand von sehr viel Mühe und Genauigkeit (bis auf $\frac{1}{10}$ Dioptrien) 3 Versuchsreihen angestellt, die seine Thesen beweisen sollen. Als Kriterium, wann der Spiegel im Fernpunkt angelangt war, diente ihm der Doppelschatten. Bei diesen Versuchsreihen stellte sich nun heraus, daß der berechnete Fernpunkt- abstand und der experimentell gefundene fast ganz übereinstimmen, in dem Sinne, daß sich nur geringe Fehler ergaben, um welche der gefundene Abstand vor oder hinter dem Spiegel lag. Bei der ersten Versuchsreihe wurde bei einem

Abstand des Spiegels (vom Beobachterauge) von 1—2 Cm. mit einer centralen Oeffnung des von LAURENTY benützten Convexspiegels von 2 Mm. experimentirt. Es ist leicht erklärlich, daß hierbei thatsächlich die Umschlagsebene etwa auf die Spiegelebene zu liegen kommt, weil die Pupille des Beobachters bedeutend weiter als das 2 Mm.-Loch des Spiegels zu sein pflegt. Die 2. Versuchsreihe ist in diesem Sinne noch günstiger, da der Spiegel bei gleicher centraler Oeffnung 2—6 Cm. vom Beobachterauge entfernt gehalten wurde. Für diese beiden Fälle ist auch der „Doppelschatten“ verständlich (cf. das früher Gesagte und die Figuren 2 u. 3).

Dagegen könnte der 3. Versuchsreihe eine gewisse Beweiskraft für die Behauptung zukommen, daß die Größe des Spiegelloches ohne Bedeutung ist und daher das Zusammenfallen der beiden Momente nur von dem Vorhandensein des Spiegels abhängt. Die Constructionen aber und die Erfahrungen und Anschauungen der übrigen Autoren sprechen dagegen; experimentell nachprüfen konnte ich nicht; ich muß daher die von LAURENTY niedergelegten Beobachtungen hinnehmen (obgleich ich deren Unrichtigkeit annehme). Dann aber wird es sich fragen, ob keine Fehlerquellen vorliegen. Zunächst ist der Spiegel auffällig, der bei einem Loch von 6 Mm. nur noch 7 Mm. Rand besaß. Ob das Loch nicht enger war? Auffällig ist ferner, daß auch das Experiment hier fast ausschließlich positiven Ausschlag ergab,

d. h. der Fernpunkt in Wirklichkeit hinter dem Spiegel lag, und zwar ist das arithmetische Mittel fast dreimal so groß (und auch positiv) gegenüber dem 2. Versuch. Das hieße also, daß in diesem Fall fast immer der Umschlag zwischen Spiegel und Auge des Beobachters erfolgte und dabei sich bis über $\frac{1}{2}$ Cm. hinter den Spiegel verirrt, der 1—3 Cm. vom Auge entfernt gehalten wurde. Gerade diese Entfernung enthält wohl die weitere Fehlerquelle; der Abstand ist ebenso schwer einzuhalten als zu messen; und schließlich ist noch zu bedenken, daß durch das Einschalten der Hilfslinse die Gesichtsfeldlinien vor der Beobachterpupille bedeutend stärker divergiren, so daß sehr leicht die Möglichkeit gegeben ist, daß ein 6 Mm.-Loch noch innerhalb der Gesichtsfeldlinien zu liegen kommt. Schließlich sagt L. nicht, ob er immer die Pupille des Phantoms fixirt hat. Ohne also das Experiment nachgeprüft zu haben, darf ich wohl behaupten, daß es keine Beweiskraft haben dürfte, da zu viele Fehlerquellen — selbst absolute Beobachtungssicherheit bis auf Zehntelmillimeter vorausgesetzt — möglich waren. Hiefür spricht auch die Construction, und zwar nicht nur die für sonstige normale Skiaskopieverhältnisse, sondern auch die mit Berücksichtigung der Hilfslinse gemachte. Durch letztere ändert sich an dem Wesen der Schattenprobe nichts! Nur das Gesichtsfeld wird größer und bei Myopie > -10 D treten noch verwickelte Verhältnisse auf.

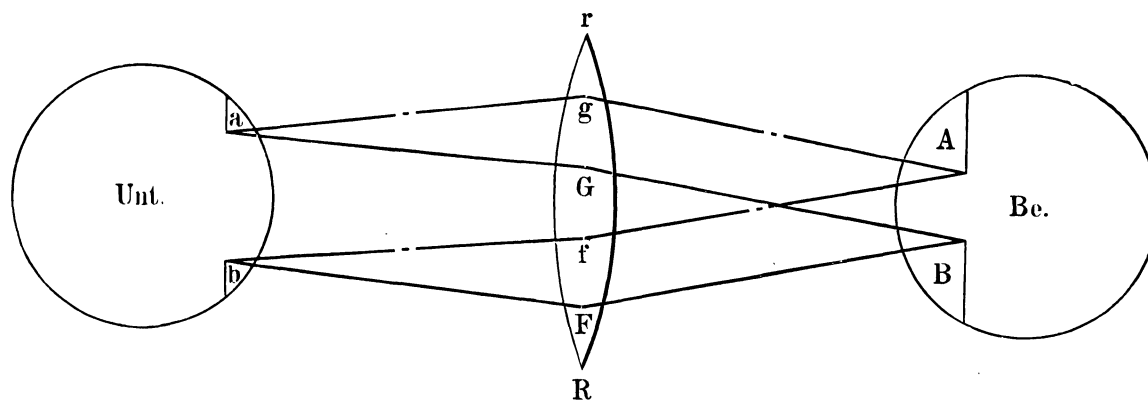


Fig. 5.

Die beistehende Figur 5 mag dies erläutern. Wäre die Linse (rR) nicht zwischengeschaltet, so würde das Gesichtsfeld durch die directen Verbindungslinien aA, bB begrenzt, die auf der Linsenebene ungefähr die Strecke Gf abschneiden würden. Durch die Einschaltung der Linse aber würden die äußeren Grenzlinsen nach g und F hinausgeschoben, das „Gesichtsfeld“ also bedeutend größer, nämlich in dieser Ebene = gF. Außerdem sind dadurch auch die Winkel gAf und GBF bedeutend größer.

Schließlich hat LAURENTY auch noch mit dem unbelegten Plattenspiegel Versuche angestellt und will auch dabei zu dem Resultate gekommen sein, daß der Umschlag erfolgt, wenn der Fernpunkt auf den Spiegel zu liegen kommt. Hier nun kann man sich leicht überzeugen, daß L. nicht Recht

hat, da er wegen der bemerkten Schwierigkeiten an einfach myopisch gemachtem Phantom operirte. Wenn L. Recht hätte, wenn wirklich die Ursache für den Umschlag nur in dem Spiegel läge, dann müßte, was mit einem solchen Spiegel (einige über einander gelegte Objectträger genügen) leicht zu machen ist, bei allmäliger Entfernung des Spiegels vom Auge des Beobachters an das myopische untersuchte Auge hin der Moment kommen, wo der Spiegel auf dessen Fernpunkt auftrifft, in dem Augenblick oder etwas weiterhin müßte der Umschlag eintreten, der Schatten müßte dann entgegengesetzt wandern — dies aber tritt nicht ein und damit ist L.'s Ansicht auch experimentell widerlegt.

(Schluß folgt.)

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von Dr. Hans Herz in Breslau.

(Fortsetzung.)

Allgemeine Symptomatologie.

Die Symptomatologie unserer Erkrankung ist eine ungeheuer mannigfache; können doch natürlich alle Gefäßprovinzen, und noch dazu in sehr verschiedener Weise, betheilt

sein. Bei der Hartnäckigkeit des Grundleidens, bei dem häufigen Wechsel seiner Erscheinungsformen bleiben die meisten Kranken Jahre und Jahrzehnte hindurch Objecte ärztlicher Kunst. Berufene und unberufene Priester des Aeskulap, Spezialisten der verschiedensten Gebiete versuchen ihr Glück an ihnen. Meist nicht schwer zu regieren, sobald sie sehen, daß der Arzt ihren Beschwerden das nöthige Verständniß entgegenbringt, gelten sie sonst vielfach als unleidliche „Neurastheniker“. Und doch ist es nur ein Theil der Kranken, dem die Züge der Neurasthenie und Nervosität, seltener der Hysterie auf das Gesicht geschrieben stehen; bei vielen anderen kommen nervöse Symptome, soweit sie nicht in engster

Beziehung zu den Gefäßstörungen stehen, wenig oder gar nicht in Betracht.

Das Wesen der Erkrankung haben wir in einer übergroßen Labilität der Regulationsapparate des peripheren Kreislaufapparates gesehen. Die Reaction tritt leichter ein und hält meist länger an als normal; die reizbare Schwäche, das schnelle Erlahmen nach heftiger Action, ist seltener ausgeprägt.

In der Regel handelt es sich um paroxysmale Störungen, welche in verschiedenen Abschnitten des Kreislaufapparates zur Beobachtung kommen und im selben Falle bald vasoconstrictorischer, bald vasodilatatorischer Natur sind, wenn auch meist eine von beiden Formen vorwiegt.

Betrachten wir zunächst diese gewöhnliche Art des Auftretens näher. Die selteneren Formen werden wir weiterhin gesondert besprechen, nämlich 1. die örtlich begrenzten vasomotorischen Neurosen, 2. und 3. die rein angiospastische und die rein angioparalytische Form, 4. die constante Form.

Das paroxysmale Auftreten der Erscheinungen ist der Grund, warum das Wesen so vieler Beschwerden dem Arzte oft entgeht: Es ist in der Privatpraxis, welche das Hauptcontingent der Fälle stellt, nur ein Zufall, wenn man den Anfall ohne besondere Veranstaltungen beobachten kann; nicht gerade oft ist derselbe intensiv und anhaltend genug, daß der Arzt den Kranken noch auf sein Ansuchen direct im Anfalle antreffen kann. Nur bei genauer Kenntniß des Krankheitsbildes und bei sorgfältiger Anamnese wird der Verdacht entstehen, daß den Klagen Kreislaufstörungen nervöser Art zugrunde liegen können. Der Arzt muß dann suchen, entweder die Anfälle zu provociren (s. u.), oder eine wiederholte Beobachtung verlangen, um die Diagnose zu sichern, vor allem natürlich auch den übrigen Zustand des Gefäßnervensystems prüfen.

Häufigkeit und Dauer der Anfälle sind keinen Regeln unterworfen: sie können täglich mehrmals oder mit Intervallen von Jahren auftreten, sie können secunden- oder tagelang anhalten. Die Stärke der einzelnen Attaquen ist bei demselben Kranken meist sehr verschieden. Oft wechseln Epochen von häufigen kleinen Anfällen mit solchen, wo nur vereinzelte große Anfälle eintreten, und mit Zeiten völligen Wohlbefindens.

Die Ursache des Anfalls ist öfter gar nicht, meist aber doch bei einiger Aufmerksamkeit zu finden. Es ist schon erwähnt, daß man das auslösende Moment des Anfalls und die eigentliche Ursache der Uebererregbarkeit auseinanderhalten muß, obgleich beide öfter zusammenfallen. Ist erst einmal die ominöse Labilität vorhanden, dann können alle Reize, welche normaler Weise auf die Gefäße wirken, und zahlreiche andere, deren Einwirkung in gesunden Tagen nicht derart manifest ist, die Attaque auslösen. Es erübrigt wohl, hier alle mechanischen, chemischen²⁴⁾, thermischen, elektrischen, psychischen Factoren aufzuzählen, die in Betracht kommen, dieselben werden im Folgenden oft genug erwähnt werden. Es spielt hier aber natürlich die individuelle Empfindlichkeit eine große Rolle; jeder dieser Kranken hat gerade gegen gewisse Reize eine besondere Schwäche, während er andere sehr gut verträgt. Bedauerlich ist, daß jeder Anfall, wodurch immer er ausgelöst sein mag, die Neigung zu neuen Anfällen sehr erhöht, wie das entsprechend der Pathogenese des Leidens sehr erklärlich ist.

Zweitens haben wir es oben als Kriterium der gewöhnlichen Form hingestellt, daß die Störungen an verschiedenen Theilen des Kreislaufapparates bei demselben Individuum auftreten, und zwar, wie wir hier hinzufügen, zugleich oder zu verschiedenen Zeiten.

Natürlich sind, wenn man einen frischen Fall in Behandlung bekommt, die Klagen zuweilen auf ein Organ be-

beschränkt. Aber sorgfältige Anamnese und Untersuchung bezüglich aller in Betracht kommenden Theile, in anderen Fällen der Verlauf beweisen, daß im Allgemeinen jene Regel Giltigkeit hat. Es können in derselben Epoche Anfälle von Congestion und Synkope bald an diesem, bald an jenem Körpertheil auftreten; ein andermal ist jahrelang nur dieser eine, dann wieder längere Zeit nur ein anderer erkrankt, so daß die Patienten ihr augenblickliches Leiden gar nicht mit dem früheren in Verbindung bringen. Einige Beispiele mögen diese Verhältnisse demonstrieren:

Fall 4. Dr. X., Arzt, 37 Jahre alt. Hat im Alter von 16 bis 20 Jahren oft an Nasenbluten und Herzklopfen gelitten. Mitte der 20er Jahre stellte sich ein Hämorrhoidal leiden ein, das infolge starker Blutungen und Schmerzen vor circa 10 Jahren zur Operation führte; seitdem haben sich wieder kleine Hämorrhoiden entwickelt, die gelegentlich etwas bluten, aber keine erheblichen Beschwerden verursachen.

Patient consultirte mich vor circa 6 Jahren wegen Frostfällen, die sich im Anschluß an eine Aufregung zuerst zeigten, dann aber in ganz unregelmäßigen Intervallen, besonders nach Kältereizen, wiederkehrten. Ich konnte einen Anfall selbst beobachten. Derselbe bestand in einem heftigen Schüttelfrost, der mit leichten Angstgefühlen verbunden war. Die Haut fühlte sich eiskalt an, Temperatur in der Achselhöhle 35·8°, im Rectum 37·8°. Der Anfall endete plötzlich mit großer Euphorie, indem die Haut ohne nennenswerthe Schweißbildung warm wurde. Fieber fehlte völlig, ebenso Milzschwellung, Parasiten im Blut etc. Patient hatte übrigens schon vor meiner Behandlung große Dosen Chinin ohne Erfolg gebraucht, so daß Malaria auszuschließen war. Ich diagnosticirte nervösen Krampf der Hautgefäße. Häufiges Frottiren der Haut und folgende kalte Abreibungen, verbunden mit Bromgebrauch durch einige Zeit, brachten nach einigen Wochen völlige Heilung.

Ein Jahr später bei großer Anstrengung in der Praxis Ohnmachtsanfall, der sich nicht wiederholte.

Vor 4 Jahren stürzte X, den ich am Tage vorher gesund gesehen hatte, mit einem furchtbaren Angstzustande in meine Wohnung. Sein Gesicht war hochgeröthet, alle Adern an Hals und Kopf strotzten von Blut, wie ich es sonst nie an einem Kranken gesehen habe, zahlreiche kleine, sonst nicht erkennbare Gefäße traten sicht- und fühlbar hervor. Enormer Schweißausbruch und profuse Speichelsecretion begleiteten den Anfall. Patient klagte, daß ihm der Kopf zerspringe und war sichtlich etwas benommen. Ich ließ ihn sofort die Füße in heißes Wasser stecken und bereitete einen Aderlaß vor; doch kam es nicht zu diesem, da der Zustand ziemlich rapid besser wurde. Als Ursachen ließen sich nur Ueberarbeitung und leichte Obstipation nachweisen. Therapie: Karlsbader Brunnen, Brom, heiße Bäder der unteren Körperhälfte. Die Congestionen wiederholten sich noch recht oft, besonders Nachts, doch nie mehr mit dieser Heftigkeit; nach jedem Anfall waren die Augen mehrere Tage geröthet und von reichlichem Secret bespült. Nach Erholungsreisen blieben die Attaquen oft monatelang weg, kehrten aber doch immer noch wieder.

Seit einem Jahre Symptome von Unterleibsplethora (s. u.).

Fall 5. N., Kaufmannsrau, 34 Jahre. Patientin hat seit Eintritt ihrer Pubertät sehr profuse Menses, welche schon gelegentlich zur Tamponade nöthigten. Die specialistische Untersuchung ergab keine Besonderheiten, die örtliche Behandlung blieb erfolglos. Es bestand dauernd Neigung zu Blutwallungen nach dem Kopfe, besonders bei leichten Erregungen oder in engen Räumen.

Als jungverheiratete Frau litt Patientin jahrelang an „Absterben“ der Hände; dieselben wurden anfallsweise ganz kalt und schwer, dabei bestanden ziehende Schmerzen. Die Erscheinung soll nach dem dritten Wochenbette vor 10 Jahren ganz weggeblieben sein.

Patientin kam zu mir wegen „Magenkrämpfen“, die sich als leichte Gallensteinanfalle herausstellten und auf geeignete Behandlung nachließen. Nebenbei klagte sie über das Auftreten von „Blutbeulen“ in gewissen Intervallen; ich konnte bei längerer Beobachtung öfter das Auftreten kreisrunder, blutig unterlaufener

²⁴⁾ Hervorheben möchte ich die eigenthümliche Intoleranz vieler dieser Kranken gegen Medicamente, besonders Opiate, die schwere Anfälle auslösen. Auch Nicotin spielt als auslösendes Moment eine große Rolle, viele Fälle werden fälschlich als Nicotinvorgiftung geführt.

Stellen, besonders an Oberschenkeln und Gesäß, constatiren, die unter Umwandlung des Blutfarbstoffes in circa 8—10 Tagen wieder verschwanden. Heftige Menorrhagien, Neigung zu Congestionen nach dem Kopf bestanden fort.

Ich behielt Patientin 3 Jahre in meiner Beobachtung. Bemerkenswerth sind noch mehrfache Attaquen von sehr profusen, ganz wässerigen Diarrhöen, die ohne jede Veranlassung einsetzten. Stopfende Medicamente waren ganz erfolglos, einmal bestand der Zustand ununterbrochen 18 Tage.

Bei einer Schwester der Patientin fand ich eine Herzneurose und sehr heftiges, anfallsweise auftretendes Klopfen der Bauch-aorta; sehr deutliche Dermographie. Eine andere Schwester soll an Morbus Basedowii leiden.

Solcher Beobachtungen könnte ich noch manche anführen, wo man nur bei genauer Kenntniß des Krankheitsbildes den Faden findet, der sich durch diese jahrelangen Krankengeschichten hindurchzieht.

Recht verwickelt liegen die Verhältnisse auch, wenn wir während desselben Anfalls Kreislaufstörungen in verschiedenen Gebieten auftreten sehen, wie das gar nicht selten der Fall ist. Ein solches Zusammentreffen könnte ja zufällig sein, ist es aber wohl nur in den allerwenigsten Fällen; vielmehr treten hier sehr feine Beziehungen zwischen einzelnen Gefäßprovinzen zu Tage. Die Beurtheilung derselben ist aber um so schwieriger, als bei den einzelnen Individuen sehr große Verschiedenheiten dieser Beziehungen existiren.

Die Caliberschwankungen, welche bei Erweiterung, resp. Verengerung eines Kreislaufgebietes in einem anderen auftreten, geschehen entweder im gleichen oder im entgegengesetzten Sinne.

„Sympathische“ Veränderungen des Gefäßcalibers sind z. B. in symmetrischen Körpertheilen bekannt; wenn man eine Hand in kaltes Wasser steckt, so contrahiren sich bei vielen Leuten die Gefäße der anderen zugleich; ich habe mehrfach beobachtet, daß bei energischem Reiben eines Ohres auch das andere warm wird. Gleiche Synergie besteht zwischen functionell zusammengehörigen Organen: Fluxion nach den weiblichen Genitalien kann von solcher nach den Mammae begleitet sein. Gerade letzteres Verhalten läßt sich in sehr starkem Maße bei unseren Nervösen beobachten. Hieher gehören z. B. auch die Congestionen im Gebiete der Carotis externa bei Reizen, die zunächst nur das der Carotis interna berühren: hier stellt die Mitbetheiligung der ersteren Gefäßprovinz evident eine Schutzmaßregel gegen allzu starke Ueberfüllung des Schädelraumes dar.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

BOURGET (Lausanne): Die medicinale Behandlung der Perityphlitis.

Die Behandlungsweise B.'s („Therapeutische Monatshefte“, 1901, Nr. 7) beruht auf der Desinfection des Magen- und Dünn-darms und auf der Ausspülung des Dickdarmes.

Sobald ein acuter Anfall begonnen hat, mag er auch noch so leicht sein, setze man den Kranken auf flüssige Diät; er erhält vornehmlich Wassersuppen mit Hafermehl, Reis, Eier. Wenn der Kranke keinen Hunger hat, erhält er leichten Thee mit sehr wenig Milch. Jeden Tag gebe man ihm 15·0—20·0 Grm. Ricinusöl, das Salacetol gelöst enthält (Olei Ricini 20·0 Grm. Salacetol 1·0 Grm.) oder 5—10 Kapseln (à 2·0 Grm. Ricinusöl) und gleichzeitig 1·0 Grm. bis 2·0 Grm. Salacetol. Wenn die gastrischen Störungen vorherrschen, mache man eine Magenausspülung mit einer 1%igen Natriumbicarbonatlösung.

Die Befürchtungen in Bezug auf die Dickdarmausspülungen scheinen B. nicht berechtigt. Zur Spülung genügt 1 Liter Wasser, das man vorsichtig einfließen läßt; man bedient sich zweckmäßig einer weichen Schlundsonde, die allmähig eingeführt wird, damit

die Irrigationsflüssigkeit bis an das Cöcum vordringt. Die eingeführte Flüssigkeit soll eine Temperatur von 38° haben und ein lösliches, nicht toxisches, antiseptisches Mittel enthalten, Verf. benutzt Ichthyol 4:1000. Gleichzeitig mit dieser Lösung läßt er eine gewisse Menge Olivenöl eindringen, das Menthol, Thymol und Aehnliches enthält. Vom 2. oder 3. Tage an reiche man Abführmittel nach folgender Verordnungsweise:

Rp. Natr. bicarbon. purissimi
Natr. phosphor. exsiccati
Natr. sulfur. sicci aa. 5·0
Aquae ad 1000·0
M. D. S. 3- oder 4mal täglich davon 150·0 zu nehmen.

Die Behandlungsdauer mittels der Darmspülungen betrug 2—10 Tage, gewöhnlich waren letztere nach dem 5. oder 6. Tage nicht mehr nothwendig. Dann werden sie durch leichte Abführmittel, Ricinusöl, alkalische Wasser ersetzt. Ist der Kranke einmal von seinem acuten Anfalle hergestellt, dann widersetzt sich B. keineswegs der Operation à froid. N.

JUNICHI MOCHIZUKI (Kioto): Ueber die Resorption der Eiweißkörper von der Schleimhaut des Dickdarms nach Versuchen mit Thymusklystieren.

M. fand in Selbstversuchen („Archiv f. Verdauungskrankheiten“, B. 7, H. 3), daß Zusatz von Traubenzucker zu den Ernährungsklysmen rationell erscheint, doch sind mehr als 10%ige Lösungen wegen ihrer Eigenschaft, den Darmtract zu reizen, ungeeignet. Fett ist selbst in der fein emulgirten Form, in der es in der Milch enthalten ist, für Verwendung zu Nährklysmen unbrauchbar.

Der Eiweißkörper der Thymusdrüse wird bei Eingabe in den Mastdarm gut resorbirt. Diese Resorption wird erkannt durch die eigenthümliche Eigenschaft des Nucleoproteid, die Harnsäureausscheidung zu steigern. Das Gleiche wird auch bewiesen durch die gleichzeitige Steigerung von N und Phosphorsäure im Urin. Hiedurch ist die Resorbirbarkeit für gewisse Eiweißkörper auf diesem Wege festgestellt, und dadurch die Möglichkeit gegeben, einen wichtigen Bestandtheil unserer Nahrung durch Nährklystiere dem Körper zuzuführen. Es scheint sogar diese Gruppe von Eiweißkörpern als eine für diesen Zweck ganz besonders geeignete.

Das in dem Mastdarm befindliche Nucleoproteid steigert die Harnsäureausscheidung im Urin, und muß als die Ursache dieser Steigerung aufgefaßt werden, ohne Vermittelung anderer die Harnsäure steigender Factoren, wie z. B. eines vermehrten Untergangs von Leukocyten oder eines gesteigerten Gewebszerfalls.

Es liegt ein Schluß nahe, auf welchen bereits WEINTRAUD hinwies. Bekanntlich werden normalerweise mit dem Verdauungssecrete und -excrete und den Epithelien und Wanderzellen Kernsubstanzen in den Darmcanal abgesondert, über deren Menge wir keinen auch nur ungefähren Anhaltspunkt haben. Es scheint, als ob diese Kernsubstanzen die Muttersubstanz darstellten für einen Theil der im Urin ausgeschiedenen Harnsäure. B.

P. F. SCHWENN (Kiel): Ein Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans.

Verf. beobachtete einen von den selteneren Fällen, wo ein junges Individuum von der PARKINSON'schen Krankheit befallen wurde und verhältnißmäßig jung derselben erlag. Infolge dessen war der anatomische Befund nicht wie in den meisten bis jetzt untersuchten Fällen durch Altersveränderungen complicirt. Makroskopisch ließ sich („Deutsches Archiv f. kl. Medicin“, B. 70, H. 3 u. 4) selbst bei genauester Untersuchung am Centralnervensystem nichts nachweisen, was als anatomische Grundlage der Krankheit hätte angesprochen werden können.

Es fanden sich aber deutlich nachweisbare mikroskopische Veränderungen der Muskeln. Es waren nämlich in den Interstitien der einzelnen Muskelfasern die länglichen Bindegewebskerne deutlich vermehrt. Dies Verhalten zeigte sich überall, nur an verschiedenen Stellen in verschieden hohem Maße. Rundzellen wurden nicht

gefunden. Die Muskelfasern selbst waren unverändert; sie schienen überall von normaler Breite und zeigten schöne deutliche Querstreifung. Nirgends fanden sich in irgend einer Weise degenerierte Fasern. Auch an den Gefäßen und Nerven zwischen denselben waren keine Besonderheiten erkennbar.

Auf Grund dieser Untersuchungen hat SCH. die Ueberzeugung gewonnen, daß es sich bei der Paralysis agitans in erster Linie um eine auf den erwähnten anatomischen Veränderungen basirende stark progressive Erkrankung der Muskeln handelt, von der allmählig die gesammte Musculatur ergriffen werden kann. N.

LENNANDER (Upsala): Ueber Spaltung der Nieren mit Resection des Nierengewebes bei acuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen.

Der große Aufschwung, den die moderne Nierenchirurgie genommen hat, zeigt sich einerseits darin, daß es bei einer Reihe von pathologischen Zuständen, welche früher die Indication zur Nierenresection abgab, jetzt möglich ist, durch conservirende Operationen die Niere zu erhalten, andererseits aber darin, daß chirurgische Eingriffe jetzt bei Nierenkrankheiten ausgeführt werden, die früher als Domäne der inneren Medicin galten.

Vor einiger Zeit veröffentlichte ISRAEL eine Anzahl von einseitigen Nierenblutungen und einen Fall von vollständiger Anurie, die mit Spaltung der Niere behandelt wurde, und jetzt empfiehlt LENNANDER („Nord. Medic. Ark.“, 1901, Bd. 34) dieselbe Operation bei acuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen. Verf. hat selbst 5 Fälle operirt und kommt auf Grund der bei der Operation erhobenen anatomischen Befunde zu dem Schlusse, daß die acute Pyelonephritis mit miliaren Abscessen bei Pat., die an keiner Urinretention leiden, viel häufiger einseitig sei, als man früher dachte, und daß im Anfange der Krankheit ein großer Theil der Niere sich noch retten läßt und dann seine Function wieder aufnehmen kann.

Die Indication zum chirurgischen Eingriff gaben in allen Fällen schlechter Gesamtzustand, Frostschauer, Fieber, Kopfschmerzen u. s. w., locale Schmerzen und Druckempfindlichkeit, wahrscheinliche Vergrößerung der Niere und veränderte Beschaffenheit des Urins (Eiterkörperchen, Bacterien, übler Geruch) ab.

Die Operation bestand in ausgiebiger Bloßlegung der druckempfindlichen Niere mittels Lumbalschnittes; die Fettkapsel der Niere wurde oft ödematös gefunden, durch die fibröse Kapsel sieht man oft kleine gelbe Flecken an der Nierenoberfläche, welche als miliare Abscesse zu deuten sind. Nach Compression der Nierengefäße wird die Niere mittels Sectionsschnittes gespalten, und zwar circa $\frac{1}{2}$ Cm. nach hinten von der Mittellinie, da die Erfahrung lehrte, daß auf diese Weise das Nierenparenchym am meisten geschont wird. Die pathologisch veränderten Nierentheile, welche den Sitz der kleinen Abscessen bilden, werden resecirt und dann die Schnittfläche, sowie die Umgebung der Niere mit lockerer Gaze fest tamponirt. Die Nachbehandlung ist eine schwierige; vor allem muß auf eine aus der Nierenwunde sich einstellende Blutung geachtet werden.

Bald nach der Operation hören die Schmerzen auf, der Urin wird klar und bacterienfrei; die Fistel heilt spontan oder nach Ausführung einer kleinen Operation.

Der Vortheil der Nierenspaltung gegenüber einer Nierenresection liegt hauptsächlich darin, daß dem Körper eine große Menge secretionsfähigen Gewebes erhalten bleibt. Nach Untersuchungen, die L. anstellen ließ, hat die durch Sectionsschnitt gespaltene Niere einige Zeit nach der Operation circa 40% der ganzen Urinmenge geliefert und mehr als ein Drittel des Gesamtharnstoffes ausgeschieden. Einer von den operirten Pat. überstand kurze Zeit nach der Nierenspaltung eine Pneumonie mit hämorrhagischer Nephritis ohne weitere Folgen.

Von den fünf operirten Fällen LENNANDER's genasen vier, während ein 40jähriger Mann, bei dem es einige Tage nach der Operation zu einer schweren Blutung kam, an Septikämie zugrunde ging.

ERDHEIM.

WALTER ALBERT (Dresden): Sterile Dauerhefe und ihre Verwerthung in der Gynäkologie.

Zu der von THEODOR LANDAU vorgeschlagenen Behandlung des Fluor albus mit Hefezellen hat A. („Centrabl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 17) eine sterile Dauerhefe verwendet, welche keine einzige lebende, d. h. fortpflanzungsfähige Hefezelle enthielt, dabei aber doch alle Eigenschaften der Hefe aufwies. Es werden 4 Grm. steriler Dauerhefe mit 40 Ccm. einer 20%igen Zuckerlösung zu einem Brei angerührt, die Scheide bei erhöhtem Becken entfaltet, eine Celluloidspirale eingeführt und 15 Ccm. des Breies eingespritzt, während man mit den übrigen 5 Ccm. den Wattatampon trinkt, welcher das Herausfließen vermeiden soll. Die Pat. wird dann vorsichtig in Rückenlage ins Bett gehoben und bleibt so 6—8 Stunden liegen. Nach Beendigung der Gärung wird Tampon und Spirale entfernt, die Scheide mit reinem warmen Wasser ausgewaschen. An den beiden folgenden Tagen Früh und Abends Ausspülung mit Kochsalzwasser, am 3. Tage Wiederholung des Verfahrens.

Die Erfolge dieser Behandlung zeigten sich in der mikroskopisch nachweisbaren Abnahme der Virulenz der Scheidenbakterien (Färbungsdifferenz), in der Veränderung des Scheidensecretes, das an Masse immer geringer wurde, und endlich in der schnellen Heilung selbst großer Erosionen an der Portio. Insbesondere die Gonokokken schienen gegen die Gärung sehr empfindlich zu sein.

Auch bei der Vorbereitung für vaginale Operationen leistet die Hefe vorzügliche Dienste: spritzt man sie am Abend vor einer beliebigen vaginalen Operation ein, so ist nach dem Autor die Scheide unzweifelhaft besser desinficirt und vorbereitet, als nach der Anwendung der gebräuchlichen Antiseptica. FISCHER.

ELGART (Brünn): Ueber Osteomyelitis bei Neugeborenen.

Verf. berichtet („Věstník“, III. sjezdu čes. přír. a lék. v Praze 1901, pag. 248) über einen seltenen Fall aus der Praxis seines Chefs NEDOPIL, in welchem sich die Osteomyelitis bei einem neugeborenen Kinde in der zweiten Lebenswoche entwickelte. Durch seine Aetiologie ist dieser Fall sehr interessant. Es handelte sich um vorzeitige Geburt im 8. Monate, wo die Mutter vor 4 Wochen eine schwere acute Polyarthrit durchgemacht hatte. Das Kind, die erste Woche ruhig, bekam ein eitriges-pustulöses Ekzem, und am Ende der zweiten Woche war schon eine entzündliche Schwellung des Schienbeines bemerkbar. Der Absceß wurde 2mal incidirt, und nach 3 Monaten wurde die Nekrotomie des gelockerten Sequesters (die ganze obere Hälfte der Tibia) ausgeführt. Heilung erfolgte nach 6 Wochen und endigte mit einer Verkürzung des Schienbeines um 1.5 Cm., und heute, im 13. Lebensmonate, hat das Kind noch einen $\frac{3}{4}$ Cm. kürzeren Fuß. Es ist genug schwer, sich die Entwicklung der Osteomyelitis in diesem Falle zu erklären, da die Angaben über die ersten Lebenstage des Kindes unverläßlich sind; erst in der zweiten Woche wurde der Arzt herbeigeholt. Möglich, daß die Infectionskeime schon im intrauterinen Leben auf das Kind überkamen, da die Mutter zu Ende der Schwangerschaft einen schweren Gelenksrheumatismus durchgemacht hatte, also eine Krankheit septischen Charakters, die gewiß auch die vorzeitige Niederkunft verschuldete. Doch ist es auch möglich, daß die Infection erst nach der Geburt zustandekam, und zwar aus dem eitrigen Hautekzem. Jedenfalls ist es eine große Rarität, daß sich die Osteomyelitis in so zartem Alter entwickelt. Es ist diese Krankheit gewöhnlich ein Privilegium des 8.—14. Jahres. Auf der Abtheilung NEDOPIL's wurden innerhalb 12 Jahren 10 Fälle 1—8jährige, 90 Fälle 8—17jährige und 13 in späteren Jahren vorgefunden. In der Literatur werden nur etliche Fälle bei Neugeborenen gefunden. Verf. glaubt, daß im Alter von 8—17 Jahren, in welchem sich das Skelet im größten Wachsthum befindet, die active Hyperämie des Knochenmarkes eben das Dispositionsmoment für die Localisation der Entzündung bei septischen Zuständen aller Art bildet. Dem entspricht auch der Umstand, daß die Tibia und das Femur die häufigsten Stellen dieser Affection sind, da hier gewiß auch der Einfluß der passiven Hyperämie wirksam ist (Blutstauung, vielleicht auch eine gewisse „Sedimentation“ der Bacterien in niedrigere Körpertheile). Bei Neugeborenen aber ist diese Ent-

zündung des Markes deswegen selten, weil die septische Krankheit gewöhnlich früher letal endigt, ehe es zu einer Localisation im Marke kommen kann. Ueberdies wird in solchen Fällen angeführt, daß sich dieselben auch durch sehr schweren Verlauf und Gelenkcomplicationen auszeichnen.

STOCK.

Literarische Anzeigen.

Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studierende. Von Professor **Robert Sommer** in Gießen. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg.

In den letzten Jahren ist die psychiatrische Literatur um mehrere umfassende Darstellungen bereichert worden, sowohl in der Form mehr oder weniger eigenartiger Lehrbücher als in der Form gesammelter Krankenvorstellungen mit Analyse der vorgeführten Fälle. Trotzdem erscheint die vorliegende Diagnostik der Geisteskrankheiten nicht überflüssig und ihr ansehnlicher Umfang nicht als Kunstproduct. Ja das Buch enthält mehr, als der Titel verspricht, indem bei der Auswahl des Stoffes auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes Rücksicht genommen ist, dem nach des Verfassers Absicht zugleich mit den einfachen Untersuchungsmethoden die Gesichtspunkte gezeigt werden sollen, von denen aus er die klinischen Complexe auffassen und analysiren kann.

In diesem Sinne werden die einzelnen Geisteskrankheiten besprochen und an gut gewählten, reichlichen Beispielen erläutert; die vereinzelt historischen und etymologischen Bemerkungen sind gut angebracht. Der Lehrzweck ist durch zweckmäßig ausgewählte, deutliche Abbildungen von Kranken (und Präparaten) und durch Wiedergabe ihrer Schriftzüge und ihrer geistigen Producte gefördert. Diesem speciellen Theile ist eine Besprechung der Gruppierung der Geisteskrankheiten vorangestellt. SOMMER unterscheidet wie Andere Geistesstörungen mit nachweisbarer Veränderung der Hirnsubstanz und Geistesstörungen ohne solche. Die ersteren werden in zwei Gruppen geschieden, je nachdem jene Veränderungen anatomisch, bezw. morphologisch nachweisbar (Anhang: Cretinismus) oder chemisch bedingt (Intoxicationen, Autointoxicationen, Infectionen, Anhang: Fieberdelirien) sind. Unter der zweiten großen Gruppe erscheinen: Die genuine Epilepsie, die psychogenen (hyste-

rischen) Zustände, die Zwangsvorstellungen, die Melancholie, die Manie, die hallucinatorische Verwirrtheit, der hallucinatorische Wahnsinn und die Kalatonie. Diesen Krankheiten schließen sich die endogenen, d. h. durch die Componenten der Generation implicite bedingten Formen des Irreseins an; sie werden nach einem prognostischen Gesichtspunkt in die (günstig verlaufenden) endogenen Anfälle von Geistesstörung (periodisches Irresein) und in die (zu unheilbaren Schwächezuständen führenden) degenerativen Formen (inclusive Paranoia) geschieden. Dem speciellen Theile geht in der vorliegenden zweiten Auflage eine groß angelegte allgemeine Diagnostik voraus; diese kann man als die eigentliche Domäne des Verf. ansehen. Aus diesem ersten Theile sei besonders auf die Einleitung (die Beziehungen der Psychiatrie zur Naturwissenschaft und Psychologie) und auf den Abschnitt: Die negativen Symptome, aufmerksam gemacht. Auch der allgemeine Theil enthält gute Abbildungen. Dem Buch mangelt es nicht an wissenschaftlicher Originalität, sie zeigt sich, von Einzelheiten im klinischen Theile abgesehen, besonders im allgemeinen Theile; in erster Linie ist SOMMER'S Buch aber ein gutes Lehrbuch. Auch die Ausstattung kommt seinem Zwecke zu Hilfe und ist zu loben.

INFELD.

Cliniques médicales iconographiques. Par MM. **P. Haushalter, G. Etienne, L. Spillmann, Ch. Thiry.** Fascicule 1. Planches 1 à 7. Paris 1901, C. Naud.

Die Entwicklung der reproducirenden Künste hat auch das Bild der medicinischen Publicistik im mannigfachen Hinsicht verändert; die Illustration ist immer mehr in den Vordergrund getreten und an Stelle langathmiger Krankengeschichten begrüßen wir oftmals treffsichere Abbildungen, welche uns die darzustellenden klinischen Krankheitsbilder und Typen besser und eindringlicher vor Augen führen, als dies selbst die beste Beschreibung zu vollbringen vermöchte. Wo es sich darum handelt, Formveränderungen, z. B. bei Lähmungen, Contracturen, Atrophien, Neubildungen, Veränderungen der Haut bei verschiedenen Hautaffectionen etc., dem Gedächtnisse einzuprägen, da versagt selbst die vollkommenste Beschreibung, wohl aber vermag in solchen Fällen ein gelungenes Bild, eine gute Photographie die gegebene Veränderung unauslöschlich unserer Erinnerung einzuprägen. Diesem Gedankengange ist in dem vorliegenden Bildwerke, das durchwegs vorzügliche Lichtdrucke aufweist, in vorzüglicher Weise Rechnung getragen worden. Die erschienene I. Lieferung illustriert die verschiedenen Formen der progressiven Muskelatrophie.

Br.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

IV.

— 10. September 1901.

Seit wenigen Wochen besitzt Berlin eine Institution, welcher der Zwecke wegen, die sie verfolgt, eine gedeihliche Entwicklung und rege Antheilnahme zu wünschen ist. Ich meine das Centralcomité für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, das sich hier vor kurzem gebildet hat. Dasselbe bezweckt, die wissenschaftliche Fortbildung der praktischen Aerzte durch Vorträge und namentlich durch Curse zu fördern; es hat seinen Sitz in Berlin. Durch die Vorträge und Curse soll den Aerzten fortgesetzt Gelegenheit geboten werden, möglichst ohne Unterbrechung der Praxis ihre Kenntnisse nach dem jeweiligen Stande der Wissenschaft zu ergänzen. Die Fortbildungscurse insbesondere verfolgen die Aufgabe, unter Zugrundelegung von klinischen oder sonstigen Demonstrationen eine Uebersicht über die für die Praxis wichtigeren Disciplinen zu geben, und zwar in der Regel so, daß in jedem Cursus eine Disciplin abgehandelt wird. Die Docenten sowohl, als die Theilnehmer werden streng darauf achten, daß jede Belästigung der Kranken vermieden wird. Die

Docenten erhalten in der Regel kein Honorar. Von den Theilnehmern sollen Beiträge nur soweit erhoben werden, als es zur Deckung der hauptsächlichsten Unkosten und sonstigen baren Auslagen erforderlich ist. Dem Centralcomité liegt es ob, die Bildung von localen Vereinigungen zwecks Veranstaltung von Cursen und Vorträgen anzuregen; es sammelt und bearbeitet ferner das auf das ärztliche Fortbildungswesen bezügliche Material und dient den localen Vereinigungen als Auskunftsstelle über alle hiebei in Betracht kommenden Fragen. Ordentliche Mitglieder (12) sind: Der Minister der Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, ein Mitglied der Unterrichtsabtheilung und ein Mitglied der Medicinalabtheilung des Ministeriums; die Stadt Berlin, die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, der Geschäftsausschuß der Berliner ärztlichen Standesvereine, die Medicinische Facultät der Universität in Berlin, der ärztliche Director der Charité, ein Director einer der städtischen Krankenanstalten in Berlin, ein Director einer der nichtstädtischen Krankenanstalten in Berlin. Die beiden letztgenannten werden, wie die übrigen an der Zahl 12 noch fehlenden, von dem Centralcomité auf 6 Jahre gewählt. Auswärtige Mitglieder sind die ersten oder die stellvertretenden ersten Vorsitzenden der localen Vereinigungen.

Eine Anweisung zur Unterbringung Geisteskranker in Privatanstalten ist unlängst in Preußen erlassen worden. Als solche Anstalten gelten nicht nur die von Privatpersonen, sondern auch die von Genossenschaften und Orden gegründeten und gestifteten. Sonderbestimmungen für Kranke unter 18 Jahren, Ent-

mündigte und dringende Aufnahmefälle. Kranke, deren Aufnahme unzulässig erscheint, sind alsbald zu entlassen. Auch tritt Entlassung ein, wenn der gesetzliche Vertreter des Kranken die Entlassung fordert. Beantragt ein volljähriger Kranker, der nicht entmündigt ist, seine Entlassung schriftlich, so hat der Anstaltsvorstand im Weigerungsfalle den Antrag unter Angabe der Gründe an die Staatsanwaltschaft des zuständigen Landesgerichtes zu richten. Jährlich werden die Privatanstalten zweimal vom Kreisarzt, einmal durch die Besuchscommission revidirt.

Das Reichsversicherungsamt hat an die Vorstände der Invalidenversicherungsanstalten und der auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes bestehenden besonderen Casseneinrichtungen ein Rundschreiben gerichtet, das die Ausdehnung der Heilbehandlungsbestrebungen auf Geschlechtskrankheiten von Versicherten betrifft. Das Reichsversicherungsamt erklärt es darin für erwünscht, daß die Versicherungsträger, soweit dies noch nicht geschieht, in gleicher Weise wie auf sonstige Leiden ihr Augenmerk in Zukunft auch auf die sachgemäße Heilbehandlung von Geschlechtskrankheiten, und zwar thunlichst in Verbindung mit den Organen der Krankenversicherung, lenken. Die Behandlung solle wegen der Ansteckungsgefahr und wegen der auch im Interesse der Versicherungsanstalten liegenden baldigen und sicheren Heilung der Kranken regelmäßig in geeigneten Krankenhäusern stattfinden.

Es dürfte Ihren Lesern aus meinem früheren Berichte noch erinnerlich sein, daß die neue medicinische Studienordnung Deutschlands den Studenten ein „Annum practicum“, das „praktische Jahr“ vorschreibt. Die Ausführung der Bestimmungen über dieses praktische Jahr setzt nunmehr umfassende Vorbereitungen voraus. Als oberster Grundsatz ist aufgestellt worden, daß nur öffentliche Krankenhäuser mit mindestens fünfzig Betten zugelassen werden sollen. Die Zahl der Praktikanten, welche an das einzelne Krankenhaus abgeordnet werden, wird nach der gesammten durchschnittlichen Belegziffer bemessen. Und zwar soll das Krankenhaus berechtigt sein, auf je 25 Kranke einen Praktikanten einzustellen. Die Berechtigung zur Annahme von Praktikanten soll den öffentlichen allgemeinen und den Sonderkrankenhäusern wie den Entbindungsanstalten, Irrenheilanstalten, Augenkliniken, Kinderkrankenhäusern und auch den Volksheilstätten für Lungenkranke gegeben werden. Ausgeschlossen hingegen sollen die Siechenhäuser und Genesungsheime sein, weil diese nicht dem angestrebten Ziele, den Candidaten mit der Krankenbehandlung praktisch vertraut zu machen, genügen. Nächst den Universitätskliniken, den Universitätspolikliniken und den ermächtigten Krankenhäusern kommen nach der Prüfungsordnung für die Ausbildung der Praktikanten noch die medicinischen nichtklinischen Universitätsinstitute in Betracht: die anatomischen, physiologischen, pathologischen Universitätsanstalten, die Anstalten für Arzneimittellehre, für Hygiene und für gerichtliche Medicin. Sie sind jedoch den ermächtigten Krankenhäusern nicht vollkommen gleichgestellt. Es ist vielmehr dem Ermessen der Centralbehörde anheimgestellt, die Zeit, während deren der Praktikant an einer solchen Anstalt beschäftigt war, ganz oder theilweise auf das praktische Jahr anzurechnen. Diesen medicinischen, nichtklinischen Universitätsanstalten stehen selbständige medicinisch-wissenschaftliche Institute, z. B. die pathologischen Anstalten der städtischen Krankenhäuser, gleich, insofern sie die Berechtigung zur Annahme von Praktikanten erhalten haben. Die Ertheilung dieser Berechtigung wird davon abhängig gemacht, daß diese Anstalten einen anerkannten wissenschaftlichen Ruf, sowie hinreichendes Material haben und so ausgestattet sind, daß eine ersprießliche Beschäftigung der Praktikanten gewährleistet wird. Die zur Ausbildung von Praktikanten geeigneten Krankenhäuser und medicinisch-wissenschaftlichen Institute sollen für jeden Kreis durch den Landrath nach Anhörung des Kreisarztes festgestellt werden.

Dn.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den **wachsenden Zuckerconsum und seine Gefahren** spricht BUNGE („Allg. med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 58). Mit dem Aufgeben des Alkohols wächst das Verlangen nach Kohlehydraten, insbesondere nach Zucker. Wenn dieses Verlangen befriedigt wird durch den Genuß natürlicher Nahrungsmittel, zuckerreicher Früchte, so führt, wie immer, der gesunde Instinct zur Erhaltung der Gesundheit. Wenn man dagegen zu unnatürlichen Nahrungsmitteln greift, zu einem mit künstlichen Mitteln dargestellten chemischen Individuum, zum reinen Zucker, so müssen wir schon a priori erwarten, daß diese Abweichung von der Norm nicht ohne nachtheilige Folgen für die Gesundheit bleiben wird. Wenn man aus einem Nahrungsmittel einen einzigen Stoff, z. B. ein Kohlehydrat, den Zucker, herausgreift, ihn chemisch isolirt und allein oder mit geringen Zuthaten genießt, so werden dem Organismus zu kleine Mengen der anderen unentbehrlichen Nahrungstoffe zugeführt. Die Menge von Eiweiß und Fett in den zuckerreichen Früchten ist nicht bedeutend und kann leicht ersetzt werden durch eine kleine Menge animalischer Nahrung, welche reich an diesen Stoffen ist. Dagegen ist der Ausfall an anorganischen Salzen, welcher daraus sich ergibt, daß statt der zuckerreichen Früchte reiner Zucker genossen wird in Quantitäten bis zu mehreren hundert Grammen im Tage, ein sehr bedenklicher, insbesondere der Ausfall an Kalk, an dem unsere Nahrung oft ohnehin schon viel zu arm ist. Es ist ferner zu bedenken, daß die Früchte organische Eisenverbindungen enthalten, an denen gleichfalls leicht Mangel und infolgedessen Blutarmuth eintritt. Wenn also die Kinder nach Zucker verlangen, so gebe man ihnen zuckerreiche Früchte: vor Allem wirklich reife Trauben, ferner Feigen, Datteln, Birnen, Aprikosen, Pflaumen, welche frisch oder getrocknet das ganze Jahr über zu haben sind. Man entziehe den Kindern aber möglichst vollständig alle Zuckerwaren, die aus reinem Zucker mit geringen Zuthaten bereitet werden; Bonbons, Confect aller Art. Der Gebrauch des reinen Zuckers soll möglichst eingeschränkt werden als Zusatz zu Speisen und zu den Genußmitteln Kaffee und Thee, falls man diese letzteren nicht glaubt entbehren zu können.

— In ihren „**Therapeutischen Studien über Ulcus molle**“ („Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von M. KAPOSI“) berichten M. MÖLLER und U. MÜLLERN-ASPERGEN über vergleichende Untersuchungen, die sie über den Werth einiger älterer und der bekannteren neueren Mittel und Methoden für die Behandlung des Uleus molle angestellt haben. Im Ganzen sind 328 Fälle behandelt worden. Vor der speciellen Behandlung wurden die Geschwüre mit dem scharfen Löffel gereinigt, mit der Scheere von unterminirten Rändern befreit und mit 40° heißen Spülungen gesäubert. Das Ergebnis war folgendes: Die besten Resultate bei der Behandlung mit Wundstreupulver ergab das Jodoformogen; noch wirksamer erwies sich die AUDRY'sche Hitzebehandlung, der beste Erfolg überhaupt wurde erzielt durch Behandlung nach AUDRY mit nachfolgendem Jodoformverband.

— Ueber eine **schwere Leuchtgasvergiftung** berichtet THOMALLA („Aerztl. Sachverst.-Ztg.“, 1901, Nr. 16). Der Fall ist wegen einer nach der Vergiftung aufgetretenen, auffällig hochgradigen Appetitlosigkeit bemerkenswerth gewesen. Um das Allgemeinbefinden zu bessern, mußte zunächst die Appetitlosigkeit beseitigt werden. TH. gab Extract. Chinac Nanning 3mal täglich 15 Tropfen in Portwein. Der Appetit stellte sich darauf schon am zweiten Tage ein und wurde von Tag zu Tag besser. Außerdem war Ruhe angeordnet und hydropathische Umschläge um Hals, Brust und Unterleib. Nach Wiederherstellung des Appetits wurde die Diät geregelt. Nach Verlauf einer Woche war kein Eiweiß im Urin, der Appetit war ein sehr guter und infolge dessen das Allgemeinbefinden befriedigend. Die Kranke ist vollkommen genesen.

— Das **Pankreon** ist nach LOEB („Münc. med. Woch.“, 1901, Nr. 31) ein grauröthliches feines Pulver von etwas eigenthümlich nußartigem, nicht unangenehmem Geschmack, das im Wasser und verdünnten Säuren unlöslich, schon bei leicht alkalischer Reaction sich löst. Die Dosis beträgt für Erwachsene

3mal täglich 0·5 in Pulver oder Tabletten, kurz vor der Mahlzeit oder während derselben genommen, für Kinder 0·1—0·15 am besten aus praktischen Gründen in Pulverform verrührt. Bei der Beobachtung von 13 Fällen von Achylia gastrica fand L. in 9 Fällen unzweifelhaften Erfolg des angewandten Mittels, und zwar sowohl in Bezug auf die subjectiven Beschwerden, als auch objectiv auf die Störungen der Stuhlentleerung, mögen sie nun in Diarrhöen oder Obstipation sich geäußert haben.

— Bei einem 45jährigen Manne bestand lange Zeit ein Blasenleiden, das für eine katarrhalische Cystitis und Prostatitis gehalten wurde. Durch das zufällige Auftreten einer Hodenvergrößerung mit kleinhöckeriger Oberfläche, derb elastischer Consistenz, die sofort als syphilitisch erkannt wurde, kam man auf den Verdacht einer **Cystitis luetica**, CHRZELITZER („Berlin. klin. Woch.“, 1901, Nr. 31). Diese Diagnose wurde noch gestützt durch das Bestehen einer Psoriasis palmaris und kleiner papulöser Stellen auf der hinteren Raehenwand. Auf Einleitung einer specifischen Cur verschwanden die syphilitischen Erscheinungen, und es hörten ohne locale Behandlung die quälenden Symptome des Blasenleidens auf. Letzteres war also durch einen gummösen Proceß hervorgerufen. Es fehlt an einem Kriterium, um die syphilitische Natur eines Blasenleidens zu erkennen; umso nothwendiger, ist es bei hartnäckigen, unklaren Cystitiden auch an Syphilis zu denken.

— Zur **Behandlung des Unterschenkelgeschwürs** empfiehlt SCHLEICH („Die Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 1) eine Peptonpaste von folgender Zusammensetzung:

Rp. Pepton. sicc. (Witte),	
Amyl. tritic.,	
Zinc. oxydat.	aa. 20·0
Gummi arab. subtt. pulveris.	40·0
Lysol.	gtt. 15
Ol. Meliss.	gtt. 5
Aq. dest. q. s. ut fiat Pasta SCHLEICH (consistenta mollis).	

Nach vorheriger gründlicher Reinigung des ganzen Unterschenkels, am besten mit der SCHLEICH'schen Marmorseife und Entfernung sämtlicher Borken werden 3—4 Eßlöffel der Peptonpaste über den ganzen Unterschenkel bis in die Nähe des Uleus verstrichen; auf das Uleus selbst wird das SCHLEICH'sche Glutolserum in dünner Schicht aufgepulvert. Die Ränder des Peptonaufstriches werden rings um den Ansatz der Zehen und an der Patella mit einem dicken, schmalen Wattestreifen geschützt, ebenso die Malleolen. Dann wird von den Zehen bis zum Knie ein exact sitzender, faltenloser Verband mit zwei, 8 Cm. breiten und 10 Meter langen Cambricbinden angelegt. Darüber kommen zwei ziemlich straff angezogene gestärkte Gazebinden. Mit einem solchen Verbands, über den Stiefel oder weite Schuhe angezogen werden können, gehen die Patienten 5—6 Tage herum, worauf der Verband gewechselt wird. Bei Anzeichen von Blauwerden oder Oedem der Zehen muß dieses sofort geschehen. Bei größeren Geschwüren (von Handtellerbreite und mehr) ist ein öfterer Verbandwechsel nöthig, bei starker Jauchung Bettruhe bis zur Reinigung der Granulationen. Die Peptonpastenverbände sind noch bis 14 Tage nach vollendeter Heilung fortzusetzen, worauf der Uebergang zu Wachsvaselinbinden, resp. Flanellbinden erfolgt.

— Die **Behandlung von Abscessen der Gelenke mit Glas-speculum-Drainage und reiner Carbolsäure** empfiehlt PHELPS („Münch. med. Woch.“, 1900, Nr. 38). Er bespricht insbesondere die eiterige, resp. tuberculöse Hüftgelenkentzündung. Sobald der Eiter nachweisbar, resp. erreichbar ist, muß er entleert werden unter gründlicher Eröffnung des Gelenkes. Nachdem der kranke Knochen entfernt ist, wird die Höhle mit reiner Carbolsäure gefüllt, letztere nach genau einer Minute mittelst absoluten Alkohols herausgespült, schließlich wird noch eine Auswaschung mit 2%iger Carbollösung gemacht. Die Erfolge sollen vorzüglich sein, wie PH. selbst an 70 Fällen beobachtet hat. Die weitere Behandlung besteht in Drainage mittels Glasröhren, die sich mit Extension combiniren läßt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

26. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden.

HOCHÉ (Straßburg): Ueber die nach elektrischen Entladungen auftretenden Neurosen.

Votr. hat drei einschlägige Fälle beobachtet, von denen einer durch Blitz, zwei durch den Strom der elektrischen Trambahn (500 Volt) zustande gekommen waren. Neben organischen Veränderungen finden sich functionelle Erkrankungen, die gewöhnlich als „Hysterie nach Trauma“ gedeutet und ursächlich auf den Schreck und die sich daran anschließenden Vorstellungen zurückgeführt werden. Diese Annahme darf aber nicht verallgemeinert werden; eine Schreckwirkung findet gerade bei den schwersten, sofort Bewußtlosigkeit herbeiführenden elektrischen Unglücksfällen gar nicht statt. Das verletzende Agens ist wohl geeignet, durch directe Beeinflussung der nervösen Substanz auch länger dauernde Funktionsstörungen hervorzurufen, ohne daß dabei die sogenannte psychogene Wirkung eine Rolle spielte. Daß neben functionellen auch geringe und leicht zu übersehende organische Veränderungen vorkommen, lehrt die Untersuchung des Augenhintergrundes bei manchen Fällen elektrisch entstandener Sehstörungen.

STRÜMPELL (Erlangen): Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse.

Votr. hat einen Kranken mit reiner spastischer Spinalparalyse, den er fast 15 Jahre lang beobachtet hatte, obducirt und als Ursache der Erkrankung primäre Degeneration der Pyramiden-Seitenstrangbahn nachgewiesen.

Der Fall betraf einen Tagelöhner. Sehr langsam und allmähig entwickelte sich eine immer mehr und mehr zunehmende spastische Starre der Beine mit lebhaft gesteigerten Sehnenreflexen. Keine Spur von fibrillären Zuckungen oder Muskelatrophie. Bis zuletzt völlig normale Entleerung von Mastdarm und Blase. Sensibilität normal. Der Kranke starb infolge von Sklerose der Coronararterien und Herzhypertrophie.

Durch diese Beobachtung ist das Vorkommen einer primären Pyramidenbahndegeneration als anatomische Grundlage einer unter dem Bilde der reinen spastischen Spinalparalyse (ERB) verlaufenden Krankheit vollkommen sichergestellt.

J. HOFFMANN (Heidelberg): Die multiple Sklerose des Centralnervensystems.

Die multiple Sklerose kommt am häufigsten zwischen dem 18. und 35. Lebensjahre vor; auf- und abwärts von diesem Alter nehmen die Erkrankungen an multipler Sklerose ab und sind am seltensten im ersten Jahrzehnt und nach dem 60. Lebensjahre. Ätiologisch wichtig schienen dem Votr. schwere Traumen zu sein. In der Hälfte aller Fälle konnte weder vom Votr., noch von den anderen Beobachtern ein ätiologisches Moment festgestellt werden. Man kam so zu der Auffassung, daß die disseminirte Sklerose endogener Natur sei, d. h. eine congenitale, abnorme Veranlagung des Centralnervensystems als die Hauptsache, die verschiedenen ätiologischen Momente, z. B. Erkältung, Trauma, Infectiouskrankheiten, als die Agents provocateurs anzusehen seien.

Die Variabilität der Symptomatologie der Herdsklerose erklärt Votr. durch die absolute Regellosigkeit in dem Auftreten der sklerotischen Herde und die dadurch bedingten functionellen Ausfälle im gesammten cerebrospinalen System. Unter den psychischen Störungen hebt Votr. die Euphorie, andererseits melancholische Zustände, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen hervor, ferner Complication mit Dementia paralytica, Hysterien, epileptische Anfälle, die bekannten skandirenden Sprachstörungen und deren Modificationen, cerebrale Paresen und Bulbärererscheinungen. Häufig sind Schwindelanfälle mit und ohne Doppelsehen, als Frühsymptom Kopfschmerzen. In 50% der Fälle ist der Opticus theilhaftig.

Retrobulbäre Neuritis kann Jahre lang dem Ausbruch des eigentlichen Bildes der disseminirten Sklerose vorausgehen. Nystagmus ist ein sehr wichtiges, dem Intentionszittern an die Seite zu stellendes Symptom. Von den spinalen Symptomen sind die Mehrzahl spastische oder spastisch-ataktische Lähmungen mit gesteigerten Sehnenreflexen, mit und ohne Muskelspannungen, seltener mit Muskelatrophie. Der Gang erscheint spastisch, spastisch-paretisch, schwankend-cerebellar, nie stampfend tabisch. In 75% der Beobachtungen des Vortr. bestand Intentionstremor.

Von Sensibilitätsstörungen sind am häufigsten: Parästhesien, auch Hyperästhesien, selten reißende und lancinirende Schmerzen.

Die Sehnenreflexe sind in den ergriffenen Bezirken zumeist erhöht. Das Verhalten der Hautreflexe ist schwankend. Häufig kommen Harndrang, Dysurie, Tenesmus, Harnträufeln vor, schwerere Sphinkterenlähmungen, Incontinentia alvi et urinae sind viel seltener, ebenso Decubitus. Potenz und Conception leiden unter der multiplen Sklerose kaum, Schwangerschaften verschlimmern aber das bestehende Leiden. Der Verlauf ist überaus wechselnd, oft schleichend, ein anderesmal ganz rasch, apoplectiform. Therapeutisch kommen die physikalischen Heilmittel, milde Hydrotherapie, daneben Chinin, Jodkali, Arg. nitr., Phosphor, Ferrum, Strychnin, Ergotin u. s. w., Nauheim, Wildbad, Baden-Baden in Betracht. Inunctionseuren wirken nicht günstig.

FRIEDMANN (Mannheim): Ueber Myelitis nach Influenza.

Ein Theil der Influenzamyelitiden ist heilbarer Natur. Der Influenzamyelitis eigenthümlich ist auch der relativ große Procentsatz der herdförmig begrenzten Myelitiden, welche durchwegs unter dem Bilde der spastischen Spinalparalyse aufgetreten sind, und welche zumeist günstig verliefen, sofern nicht multiple andere Herde sich ausbildeten. Dieser letzteren Kategorie gehören auch die drei eigenen Beobachtungen des Vortr. an.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

R. Accademia di medicina di Torino.

MICHEL: Orthostatische Albuminurie.

In dem einen von zwei beobachteten Fällen deutlicher als im anderen trat die Albuminurie nur unter einer einzigen Bedingung auf, bei Aufrechtstellung des Patienten. Eine Viertelstunde Aufrechtstehens oder -gehens genügte, um sie zu produciren. Mit der gleichen Rapidität verschwand die Albuminurie, wenn der Kranke saß oder lag. Kein anderes Moment, weder Milchdiät, noch Verdauung und Uebermüdung, schien die Albuminurie beeinflussen zu können. Monatelange chemische Untersuchung des Harnes ergab im Uebrigen durchaus normale Nierenfunction. Es dürfte sich in diesen Fällen um eigenthümliche, intermittirende Circulationsstörungen der Nieren handeln; die Prognose scheint eine durchaus gute zu sein.

ABBA: Das heiße Bad (44° C.) in der Therapie der Pneumonie.

A. gibt an, das heiße Bad werde vorzüglich vertragen, beseitige die Aufregungszustände und die pleuralen Schmerzen, begünstige die Ausscheidung der Toxine, erhöhe den Blutdruck, setze aber die Temperatur nicht herab. Die Wirkung besteht vielleicht darin, daß die Hauptgefäße besser gefüllt, die Lungengefäße entlastet und die im Körper circulirenden Krankheitserreger und deren Producte zur Ausscheidung gebracht werden.

FOÄ: Die Genese von freien Körpern im Peritonealraume.

Vortr. berichtet darüber, daß im Peritonealcavum bisweilen eine Substanz auftritt, welche Fibrin zur Coagulation bringt und durch Attraction weißer Blutzellen eine Art von viscossem Gewebe bildet, die sich später organisirt. Ein andermal ergießt sich aus einem tuberculösen Herde (Appendix, Tube) käsiges Gewebe ins Peritoneum, das, mit Fibrin und weißen Blutzellen untermengt, an der Serosa Fuß faßt und hier ein riesenzellenhaltiges Granulationsgewebe formirt. Mit der Zeit entsteht so ein einem Stiele aufsitzendes Gewebe, ein Polyp. Das Gleiche geschieht, wenn sich irgendwo im Bauchraume Fibringewebe ansiedelt. Auch durch wiederholte Injection von virulenten Coliculturen in den Bauchraum

eines ungenügend immunisirten Kaninchens können schließlich Peritonealpolypen zustande kommen. Die Bacterien ziehen Leukocyten heran, die, von Fibrin zusammengehalten, ein viscossem Gewebe bilden; dieses verwächst allmähig an irgend einer Stelle mit dem Darne, und allmähig entsteht in dieser Weise abermals ein Polyp.

GRADENIGO: Ueber febrile Reaction nach Operationen an den Luftwegen.

Vortr. zählt die Bedingungen auf, welche die Möglichkeit einer Resorption infectiösen Materiales von den Luftwegen aus begünstigt. Die fieberhafte Reaction kann am Tage nach der Operation, doch auch 4 und 5 Tage später eintreten, im letzteren Falle im Zusammenhange mit einer lacunären Tonsillitis, die nicht selten, z. B. die endonasalen Operationen, complicirt. Erscheinen und Intensität des Fiebers hängen ab: 1. Von der Art und Schwere der ausgeführten Operation; 2. von der Constitution des Kranken. Von Operationen, welche besonders leicht zu solchen unliebsamen Complicationen Veranlassung geben, sind zu nennen die Cauterisation der unteren Nasenmuschel und die Abtragung der Pharynxtonsille. Der Kranke soll daher zur Vermeidung derartiger Complicationen zwei oder drei Tage nach solchen Operationen das Bett hüten oder zumindest nicht ausgehen.

MATTIROLI: Erythroltetranitrat bei Bleikolik.

Der Erfahrung, daß die vaso dilatatorisch wirkenden Medicamente die Bleikolik günstig beeinflussen, Rechnung tragend, gab M. bei heftigen Bleikoliken Erythroltetranitrat. Schon nach einer Stunde war zu constatiren, daß der Blutdruck niedriger, der Puls weicher und nachgiebiger wurde. Noch eine Stunde später war der Blutdruck noch weiter gesunken, der Kolikschmerz gewichen. Die Schmerzen blieben darauf den ganzen weiteren Tag aus. Tags darauf erschienen sie wieder, um abermals auf Darreichung von Erythroltetranitrat allmähig zu verschwinden. Dieses Experiment scheint auch eine Bestätigung der Annahme zu sein, daß der Bleikolik vasoconstrictorische Einflüsse zugrunde liegen.

DONATI: Das Blut von mit malignen Neoplasmen behafteten Individuen.

D. hat in ausgedehnten Untersuchungsreihen gefunden, daß ein Typus, eine bestimmte Blutveränderung bei Individuen, die mit einem malignen Tumor behaftet sind, nicht existirt. Trotzdem ist die Blutuntersuchung prognostisch von Werth. Bedeutende Herabsetzung des Hämoglobingehaltes macht immer die Annahme eines malignen Tumors wahrscheinlich; die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt ab, aber nicht im Verhältnisse zum Hämoglobinschwunde; sie nimmt desto mehr ab, je mehr die Kachexie vorschreitet. Zugleich treten auch Veränderungen in Form und Volumen der Erythrocyten ein. Insbesondere dann, wenn der maligne Tumor dem Verdauungstracte angehört, zeigen sich bald Normoblasten und Megaloblasten im Blutbilde. Dazu gesellt sich oftmals Hyperleukocytose. Jugendformen rother Blutkörperchen sind selten, häufiger polychromatische Erythrocyten.

Notizen.

Wien, 21. September 1901.

(Medicinische Rigorosen.) Für die im Studienjahre 1901/1902 abzuhaltenden Rigorosen wurden die nachbenannten Functionäre bestimmt: I. An der Universität in Wien: Zu Regierungskommissären Sectionschef Dr. E. KUSÝ v. DUBRAV, Ministerialrath Dr. J. DAIMER, Sectionsrath Dr. F. ILLING und Statthaltereirath Dr. A. NETOLITZKY; zu Coëxaminatoren beim 2. Rigorosum die Proff. Hofrath Dr. M. GRUBER und Dr. H. OBERSTEINER und zu deren Stellvertretern die a. o. Proff. Dr. A. MONTI und Dr. V. URBAN-TSCHITSCH; zum Coëxaminator beim 3. Rigorosum Hofrath Prof. Dr. I. NEUMANN und zu dessen Stellvertreter Hofrath Prof. Dr. M. KAPOSI. — II. An der deutschen Universität in Prag: Zum Regierungskommissär Landes-Sanitäts-Inspector Dr. V. BRECHLER R. v. TROSKOWITZ und zu dessen Stellvertreter der Oberbezirksarzt Dr. ST. GELLNER; zum Coëxaminator beim 2. Rigorosum der a. o. Prof. Dr. A. EPSTEIN und zu dessen Stellvertreter der a. o. Prof.

Dr. F. GANGHOFNER; zum Coëxaminator beim 3. Rigorosum Prof. Dr. E. ZAUFAL und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. PH. J. PICK. — III. An der böhmischen Universität in Prag: Zum Regierungskommissär Hofrath Dr. I. PELC und zu dessen Stellvertreter Landes-Sanitäts-Inspector Dr. V. SLAVIK und im Falle seiner dienstlichen Verhinderung Landes-Sanitäts-Inspector Dr. F. PLZÁK; zum Coëxaminator beim 2. Rigorosum Prof. Dr. G. KABRHEL und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. K. KUFFNER; zum Coëxaminator beim 3. Rigorosum Prof. Dr. V. JANOVSKY und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. K. SCHWING. — IV. An der Universität in Graz: Zum Regierungskommissär Statthaltereirath Dr. A. SCHNEDITZ und zu dessen Stellvertreter Landes-Sanitäts-Inspector Dr. L. POSSEK und für den Fall seiner dienstlichen Verhinderung Bezirksarzt Dr. A. KUTSCHERA v. AICHBERGEN; zu Coëxaminatoren beim 2. Rigorosum die Proff. Dr. TH. ESCHERICH und Dr. G. ANTON; zu Coëxaminatoren beim 3. Rigorosum die Prof. Dr. W. PRAUSNITZ, Dr. A. JARISCH und Dr. J. HABERMANN. — V. An der Universität in Innsbruck: Zum Regierungskommissär Statthaltereirath Dr. F. SAUTER und zu dessen Stellvertreter Sanitäts-Concipist Dr. F. SANDER; zu Coëxaminatoren beim 2. Rigorosum die a. o. Proff. Dr. K. MAYER und Dr. J. LOOS; zu Coëxaminatoren beim 3. Rigorosum die a. o. Proff. Dr. G. JUFFINGER, Dr. J. RILLE und Dr. A. LODE. — VI. An der Universität in Krakau: Zum Regierungskommissär Oberbezirksarzt Dr. G. BIELAŃSKI und zu dessen Stellvertreter Dr. ST. PONIKLO; zum Coëxaminator beim 2. Rigorosum Privatdocent Dr. J. RACZYNSKI und zu dessen Stellvertreter Dr. E. ROSENBLATT; zum Coëxaminator beim 3. Rigorosum Privatdocent Dr. A. BOSSOWSKI und zu dessen Stellvertreter Privatdocent Dr. A. ROSNER. — VII. An der Universität in Lemberg: Zum Regierungskommissär Hofrath Dr. J. MERUNOWICZ und zu dessen Stellvertreter Landes-Sanitäts-Inspector Dr. J. BARCZYCKI; zum Coëxaminator beim 2. Rigorosum Prof. Dr. ST. BADZINSKI und zu dessen Stellvertreter Primararzt Dr. J. WICKOWSKI; zum Coëxaminator beim 3. Rigorosum Prof. Dr. W. LUKASIEWICZ und zu dessen Stellvertreter Privatdocent Dr. H. SCHRAMM.

(Wiener medicinische Facultät.) Der soeben ausgegebene Lectionskatalog für das Wintersemester 1901/1902 kündigt für die medicinische Facultät 319 Vorlesungen und Curse an, welche von 27 ordentlichen, 44 außerordentlichen Professoren und 118 Privatdocenten, resp. Assistenten abgehalten werden. Auf die einzelnen Disciplinen vertheilen sich die angekündigten Collegien in folgender Weise:

Disciplin	O. Prof.	A. o. Prof.	Docenten, resp. Assistenten	Zahl der Vorlesungen
Geschichte d. Medicin . . .	—	—	2	3
Anatomie	2	1	1	8
Physiologie u. Histologie . . .	3	2	3	16
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	2	3	7	23
Heilmittellehre	1	1	2	8
Interne Medicin	4	9	40	75
Chirurgie	2	6	15	46
Ohrenheilkunde	1	1	5	16
Augenheilkunde	2	4	9	34
Gynäkologie u. Pädiatrik . . .	2	6	19	33
Hautkrankheiten u. Syphilis .	2	5	7	19
Psychiatrie	3	2	4	15
Staatsarzneikunde u. Hygiene	2	2	2	9
Angewandte med. Chemie . .	1	1	2	13
Veterinärkunde	—	1	—	1
Summe	27	44	118	319

Nicht lesen werden im kommenden Semester 2 außerordentliche Professoren und 2 Privatdocenten. — Die Facultät zählte im abgelaufenen Sommersemester 948 ordentliche (gegen 1033 im Sommersemester des Vorjahres), 106 (90) außerordentliche Hörer, 413 (397) Frequentanten und 8 (19) Hospitantinnen. 12 Frauen sind in der Zahl der ordentlichen Hörer enthalten. Die größte Zahl der ordentlichen Hörer lieferten Niederösterreich und Mähren, die größte Zahl der außerordentlichen Hörer Niederösterreich und Böhmen, während sich die Frequentanten der größten Zahl nach aus Amerika, Rußland, Niederösterreich, Böhmen und Holland, die Hospitantinnen aus Rußland, Preußen, Böhmen, Galizien und Serbien recrutirten.

(Habilitationen.) Dr. EMIL KNAUER hat sich als Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. WILHELM KNÖPFELMACHER für Kinderheilkunde und Dr. ARTHUR SCHIFF für interne Medicin an der medicinischen Facultät der Universität in Wien, Dr. OTTO PIFFL für Otologie und Rhinologie an der medicinischen Facultät der deutschen Universität in Prag, Dr. RUDOLPH JEDLICKA für Pathologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten und Dr. KARL WEIGNER für Anatomie an der medicinischen Facultät der böhmischen Universität in Prag, Dr. EDMUND KOWALSKI für Hydrotherapie an der medicinischen Facultät der Universität in Lemberg und Dr. WENZEL CHLUMSKY für allgemeine specielle und orthopädische Chirurgie an der medicinischen Facultät in Krakau habilitirt.

(Verband der Aerzte Wiens.) Die Wiener Aerzteorganisation hat ihre Thätigkeit nach dem Sommer wieder aufgenommen und in der Centralausschußsitzung am 21. d. M. vor allem die Frage des Ausbaues der Organisation erwogen. Wir werden ersucht mitzutheilen, daß die organisirten Aerzte Wiens darüber entrüstet sind, daß Dr. MAX KEIL (Wien, VIII.) unter Bruch des gegebenen Ehrenwortes eine Stelle bei den Meisterkrankencassen bekleidet. — Die ärztlichen Vereine werden gebeten, die Fragebogen, betreffend Krankenvereine und Specialisten, sowie eventuelle Statutenabänderungsanträge ehestens an den Verband einzuschicken.

(Gesellschaft für innere Medicin in Wien.) Unter dem Vorsitze des Docenten Dr. MAX HERZ fand am 18. d. M. im Hörsaale der III. medicinischen Klinik eine zahlreich besuchte Versammlung statt, von welcher die Umgestaltung des „Wiener medicinischen Club“ in eine „Gesellschaft für innere Medicin“ beschlossen wurde. Das von dem Vorsitzenden in Vorschlag gebrachte Präsidium, bestehend aus den Professoren NOTHNAGEL, NEUSSER und v. SCHRÖTTER, wurde einstimmig gewählt.

(Collegiale Aerzte.) Wir entnehmen den Tagesblättern den Bericht über einen Fall von solidarischem Zusammenhalten, der sich kürzlich in Budweis ereignet hat und der die dortigen Collegien überaus ehrt. Die Aerzte der Budweiser Bezirkskrankencasse, die durchwegs der czechischen Nationalität angehören, remonstrirten gegen die versuchten Abstriche an ihren Honorarrechnungen, indem sie ihre Thätigkeit einstellten. Die Krankencasse hatte sich nun an die deutschen Aerzte in Budweis, die seinerzeit infolge der nationalen Strömung aus ihren Stellungen bei der Casse hinausgedrängt wurden, mit dem Ersuchen gewendet, die Stellvertretung zu übernehmen. Die deutschen Aerzte aber lehnten dieses Angebot mit aller Entschiedenheit ab. Ihre Solidarität war von Erfolg begleitet, denn der Conflict zwischen der Bezirkskrankencasse und ihren Aerzten ist nach dreitägigen Verhandlungen in gütlicher Weise beigelegt worden.

(Statistik.) Vom 8. bis inclusive 14. September 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 5765 Personen behandelt. Hiervon wurden 1268 entlassen; 128 sind gestorben (9.1% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 27, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 14, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 11, Scharlach 63, Masern 27, Keuchhusten 14, Rothlauf 29, Wochenbettfieber 2, Rötheln —, Mumps 4, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 505 Personen gestorben (— 37 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. HEINRICH MAYERSBERG im 76. Lebensjahre; in Prag der praktische Arzt Dr. EMANUEL KAPPER, 70 Jahre alt; in Paris der ehemalige Professor der Bacteriologie Dr. STEFANI im Alter von 80 Jahren.

Erklärung.

Seit 15 Jahren werden die überall bekannten und angewendeten Sublimatpastillen in der Adler-Apotheke in München, Sendlingerstraße 13, hergestellt. Die Packung war mit der Bezeichnung Angerer-Pastillen, ferner mit der Schutzmarke der Adler-Apotheke versehen.

Da nunmehr ein neues Unternehmen aufgetaucht ist, das sich mit Herstellung der Sublimat-Pastillen befaßt und hierfür die Bezeichnung „Prof. Dr. v. ANGERER graduirte Sublimat-Pastillen“ gebraucht, ferner Herr Professor Dr. v. ANGERER der bisher die Pastillen fabricirenden Adler-Apotheke das Recht zur weiteren Führung seines Namens auf der Packung der Pastillen nicht mehr zugestehen will, sieht sich der Unterfertigte veranlaßt, zur Klärung des voraussichtlich weite Kreise interessirenden Thatbestandes diese Erklärung

abzugeben. Erfinder der seit circa 15 Jahren von der Adler-Apotheke in München mit der Bezeichnung **ANGERER's Pastillen** in Handel gebrachten Sublimat-Pastillen ist Unterfertiger. Die Erfindung beruht auf der Herstellung einer Sublimatverbindung, welche es möglich macht, das Sublimat in kalkhaltigem Brunnenwasser gelöst zu erhalten. Die Pastillenform ist keine Entdeckung, da dieselbe schon bei Zuckerwaaren im Gebrauch war.

Meine Entdeckung des löslichen Sublimates geschah in der chirurgischen Poliklinik des Herrn Prof. Dr. HELFERICH, welcher diese Mischung auch anwendete. Auch zu dieser Zeit schon wurden von mir Pastillen, allerdings auf sehr einfache Weise, hergestellt. Nach Weggang des Herrn Prof. Dr. HELFERICH wurde die chirurgische Poliklinik von Herrn Prof. Dr. ANGERER, welcher einem Rufe von Würzburg nach München gefolgt war, übernommen.

Bei einem Besuche erwähnte ich die von Herrn Prof. Dr. HELFERICH benutzten Sublimat-Bäuschchen und wies darauf hin, daß ich die, wiewohl von mehreren Seiten abgelehnte Pastillenform allein für die richtige halte, insbesondere für den Kriegsfall, wie mir auch zu Zeiten des Herrn Prof. Dr. HELFERICH Herr Geheimrath Dr. v. NUSSBAUM beipflichtete. Die Versuche, eine geeignete Maschine zu construiren, wurden ohne jede Anregung durch mich allein ausgeführt und es ist mir nach großen Opfern gelungen, eine solche Maschine herzustellen. Es war meine Absicht, die Pastillen zu Ehren des Herrn Geheimrath Dr. v. NUSSBAUM mit dessen Namen zu benennen, was sich jedoch nicht realisirte. Herr Prof. Dr. ANGERER war nun der erste Polikliniker, der in München die von mir erfundenen Pastillen verwendete und darüber einen kleinen Artikel schrieb. Ihm zu Ehren und unter seiner ausdrücklichen Zustimmung habe ich die Sublimat-Pastillen mit Angerer-Pastillen bezeichnet. Lediglich auf diese Weise wurde der Name des Herrn Prof. Dr. v. ANGERER mit den Pastillen in Zusammenhang gebracht. Die Adler-Apotheke führte alsdann für meine Pastillen seit circa 15 Jahren den Namen Angerer-Pastillen. Die Fabrikation erlitt jedoch nach verschiedenen Concurrnzen eine neuerliche Concurrnz durch einen Laboranten, welcher bei mir in der Adler-Apotheke bei der Pastillenfabrikation einmal thätig war, sowie durch einen Gehilfen, der später diesen Betrieb ebenfalls in der Adler-Apotheke kennen lernte. Diesen Herren wurde nunmehr von Herrn Prof. Dr. ANGERER gestattet, die von ihnen fabricirten Pastillen Prof. Dr. Angerer-Pastillen zu benennen, während der Adler-Apotheke die Führung der 15 Jahre im Gebrauche befindlichen Bezeichnung Angerer-Pastillen untersagt wurde. Dieses Ereigniß mußte in den weiteren Kreisen die Meinung erregen, daß nicht ich, sondern Herr Prof. Dr. v. ANGERER der Erfinder der Sublimat-Pastillen sei. Nachdem wohl ohne ungerechtfertigte Selbstüberhebung des Erfinders die Sublimat-Pastille als ein bahnbrechendes Präparat bezeichnet werden darf und die außerordentlich weit verbreitete Anwendung des Mittels genügenden Beweis sowohl für die Vollkommenheit der Erfindung, als der Herstellung bietet, habe ich mich veranlaßt gesehen, sowohl aus dem ideellen Gesichtspunkte des Erfinders, als auch mit Rücksicht auf die allein im Besitze des Originalreceptes befindliche Adler-Apotheke in München diese Zeilen der Oeffentlichkeit zu übergeben. Wenn auch durch das Vorgehen des Herrn Prof. Dr. v. ANGERER die echten, seit 15 Jahren allbekannten, von mir erfundenen Sublimat-Pastillen künftig ohne den Namen des Herrn Prof. Dr. v. ANGERER in den Handel kommen, so hat sich an der Sache selbst doch nichts geändert, indem die Pastillen in gleicher Weise wie seit 15 Jahren auch künftig von der Adler-Apotheke in allbekanntester Weise hergestellt werden. Ich bemerke, daß ich der Adler-Apotheke das Recht eingeräumt habe, nunmehr für die früher mit Angerer-Pastillen bezeichneten Sublimat-Pastillen meinen — des Erfinders — Namen zu führen und werden die nach dem Originalrecept des Erfinders gearbeiteten Sublimat-Pastillen künftig unter der Bezeichnung „Dr. Schillinger's Pastillen, Erfinder Dr. SCHILLINGER, von diesem bis 1901 Angerer-Pastillen genannt“, — ferner versehen mit der Marke der Adler-Apotheke in München — in Handel kommen.

Dr. A. Schillinger, früher Besitzer der Adler-Apotheke.

Unter den Malzbieren steht das beliebte bayerische **Spatenbräu**, das bekanntlich niemals auf der Tafel des Kaisers fehlen darf, an erster Stelle.

Es wird ärztlicherseits als ein hervorragendes **Nährmittel** empfohlen und ist allen sogenannten medicinischen Bieren vorzuziehen. Für Gesunde wie für Kranke bildet es ein **Genußmittel** erster Güte, für Nervöse ein **Opiat**, für katarrhalisch Erkrankte ein **schleimlösendes Mittel**, für Reconvalescenten und schwächliche Personen ein **Kräftigungsmittel**. Der flaschenweise Bezug, die spesenfreie Zustellung in Wien und der Versandt in die Provinz ermöglichen es Jedermann, dasselbe einzulegen. Bestellungen nimmt das **Spatenbräu-Depôt**, Wien, I., Fährichgasse 10, entgegen.

Eingesendet.

Das Präsidium der „Wiener Aerztekammer“ ersucht uns um Aufnahme der nachstehenden Notiz:

„In mehreren Wiener Gemeindebezirken finden in nächster Zeit die Ergänzungswahlen für die Erwerbsteuer-Commissionen statt. Bei der großen Bedeutung für die Aerzte, welche der Zusammensetzung dieser Commissionen zukommt, ist es dringend nothwendig, daß alle interessirten Collegen von ihrem Wahlrechte Gebrauch machen.“

Professor Dr. M. v. ZESSL ist von seiner Ferienreise zurückgekehrt und hat seine ärztliche Thätigkeit wieder aufgenommen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das September-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „**Erbgrind (Favus)**.“ Von Dr. Robert Bernhardt, Arzt am St. Lazarus-Hospital in Warschau.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE

Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Sciophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.



Farbentfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Tannigen.

Prompt wirkend bei chronischer
und acuter Enteritis, speciell der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht
beeinträchtigt.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Somatose.

In-organischer Verbindung
mit 2% Eisen als

Eisen-Somatose

insbesondere bei Chlorosis, Anaemie,
Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & CO.**, Wien, I., Hegelgasse 17.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.
Beste Ersatz für Salicylate. Frei von üblen
Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend.

Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Hervorragendes
Roborans und Stomachicum;
vorzügliches Lactagogum.

Heroin. hydrochl.

Hedonal

Salophen

Trional

Duotal

Epicarin

Europen.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Broncho-alveolitis haemorrhagica. Von Dr. JOSEF THENEN in Wien. — Darmerkrankungen im Wochenbette. Von Dr. ISIDOR FISCHER, Frauenarzt in Wien. — Zur LAURENTY'schen Theorie der Skiaskopie. Von Dr. O. NEUSTÄTTER in München. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** FELIX FRANKE (Braunschweig): Ueber ein typisches Influenzasymptom, die Influenzaangina und über die Influenzaazunge und Influenzamilz. — GEORG REINECKE (Kiel): Ueber einige Fälle von schwarzer Zunge. — OSCAR SIMON (Karlsbad): Untersuchungen über die Lösungsvorgänge bei der croupösen Pneumonie. — ERICH MAYER (Zürich): Ueber Alkaptonurie. — NELLAT (Petersburg): Tonsillitis streptothriptica. — v. SSWELJEW (Dorpat): Aspirin bei exsudativer Pleuritis. — E. WELANDER (Stockholm): Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen. — DÜDERLEIN (Tübingen): Ueber vaginale Uterusexstirpation mit einem Vorschlag einer neuen Operationsweise. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von G. v. BUNGE. — Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studierende. Von Dr. MAX JOSEPH in Berlin. — **Fenilleton.** Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Die gastrische Methode der therapeutischen Quecksilbereinführung. — Orexinum tannicum. — Chinisol. — Ekzem. — Ein Fall von Salipyrinvergiftung. — Der Einfluß der Nahrung auf die Acetonausscheidung. — Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. d. „Fr. Vereinigung d. D. med. Fachpresse“.) I. — **Notizen.** Zu HERMANN NOTHNAGEL's sechzigstem Geburtstage. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Broncho-alveolitis fibrinosa haemorrhagica.

Von **Dr. Josef Thenen** in Wien.

Die aus BIERMER'S ersten umfassenden Arbeiten über die Bronchitis fibrinosa stammende und allgemein noch gültige Annahme, daß Hämoptoë eine häufige Begleiterscheinung der Bronchitis fibrinosa bilde, bedarf nach den Ergebnissen der nunmehr reichen Casuistik einer gewissen Einschränkung in Bezug auf das Verhalten idiopathischer Formen. Während nämlich bei denjenigen Formen, welche sich zu bestehenden Lungenaffectionen hinzugesellen, häufig profuse Blutungen beobachtet werden, bildet die hämorrhagische Expectoratio bei der genuinen Bronchitis fibrinosa ein relativ seltenes Vorkommniß und ist meist so geringfügig, daß die Blutung auf mechanischen Insult der entzündeten Schleimhaut — Hustenreiz, Loslösung der Gerinnsel — zurückgeführt wird.

So kann von den zehn Beobachtungen, welche LETELLIER in seiner These „Contribution à l'étude de la Broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique“ aus der Literatur bis zum Jahre 1888 anführt, nur ein einziger Fall (Observation III, P. CASEAUX — Bull. de la Soc. anat. de Paris 1836) einwandfrei als der idiopathischen Bronchitis fibrinosa zugehörig bezeichnet werden; die Mehrzahl der citirten Beobachtungen — unter diesen auch die erste von JACCOUD als Broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique beschriebene — bezieht sich auf tuberculöse Individuen.

Die außerordentliche Seltenheit einer profusen Blutung bei genuiner fibrinöser Bronchitis rechtfertigt die Mittheilung einer Beobachtung, bei welcher die Hämoptoë nicht als eine accidentelle, sondern als eine durch den ausgebreiteten acuten

Entzündungsproceß der Schleimhaut bedingte Complication zu betrachten war.

Mein Freund L. L., 49 Jahre alt, vorher stets gesund, zog sich im December 1899 eine leichte Erkältung zu und expectorirte plötzlich unter mäßigem Husten große Mengen flüssigen und geronnenen Blutes. Die Blutung wurde, da an der Lunge angeblich keine Veränderungen nachweisbar waren, auf Berstung eines Gefäßes zurückgeführt. Am nächstfolgenden Tage ging L. wieder seiner Beschäftigung nach. Er warf noch viele Wochen hindurch zeitweise kleine Blutklumpen und blutig gefärbten Schleim aus, maß jedoch dieser Erscheinung keine weitere Bedeutung zu, da er als Raucher seit vielen Jahren schleimig-eitrigte Expectoratio hatte.

Im October 1900 zeigten sich Symptome eines Emphyems der linken Highmorshöhle, die nach operativer Behandlung bald schwanden.

L. fühlte sich wieder vollkommen wohl, verbrachte den Winter in bestem Wohlbefinden, bis er sich gegen Mitte Februar 1901 in Wien — wo damals auch Influenza herrschte — abermals eine leichte, mit Schnupfen verbundene Erkältung zuzog, die ihn jedoch so wenig alterirte, daß er den Abend des 15. Februar bis 1/2 Uhr Nachts in Gesellschaft verbrachte. Am folgenden Morgen verspürte er nach dem Verlassen des Bettes leichten Hustenreiz und expectorirte abermals geronnenes Blut, welches zu untersuchen ich Gelegenheit hatte.

Status praes. vom 16. Februar 1901, 9 Uhr Morgens:

Patient fühlt sich subjectiv wohl, hat keine Beschwerden. Er ist mittelgroß, kräftig, sehr gut genährt. Hautfarbe normal, kein Oedem.

Temperatur 36.8.

Puls 72, Schlagfolge rythmisch, Pulsweite mittelhoch, Arterie mittelweit, weich, nicht geschlängelt. Spannung normal.

Athmung: Frequenz 18, costo-abdominaler Typus. Die rechte Thoraxhälfte bleibt deutlich zurück. Zunge feucht, Rachenschleimhaut leicht geröthet.

Thorax breit, gut gewölbt, doch ist die Regio infraclavicularis rechts mäßig abgeflacht.

Spitzenstoß im 5. Intercostalraume innerhalb der Mammillarlinie. Percussion wird nicht vorgenommen.

Auscultation: In der Regio supraclavicularis dextra abgeschwächtes, kaum hörbares Inspirium, begleitet von einem undeutlichen rauhen Flattergeräusch. Expirium nicht hörbar. In der Regio infraclavicularis dextra, insbesondere im 2. Intercostalraume bis zur vorderen Axillarlinie, an Stelle des Inspiriums ein kurzes, lautes Flattergeräusch und daneben die auffallend lauten Aortentöne hörbar; keine Rasselgeräusche. Im 3. Intercostalraume und nach abwärts vesiculäres, vom fortgeleiteten Flattergeräusch begleitetes Athmen. Links vorne normales Athemgeräusch.

Herztöne rein.

Die Untersuchung des Abdomens ergibt normalen Befund.

Harn: gelb, klar, sauer, spec. Gewicht 1020.

Serumalbumin	} 0
Nucleoalbumin	
Zucker	

Chloride nicht vermindert.

Sputum: Dasselbe besteht aus zusammengebackenen, dunkelrothen Blutgerinnseln; flüssiges Blut ist nicht vorhanden. Wird die expectorirte Masse in Wasser gegossen, so löst sie sich in 9 circa 4 Cm. lange, dendritisch verzweigte Blutgerinnsel auf, welche anfangs infolge reichlicher Luftbeimengung an der Oberfläche schwimmen und deren plumpe Ausläufer stalaktitenartig nach abwärts hängen. Nach langem und kräftigem Schwenken der Gerinnsel in Wasser löst sich der aus geronnenem Blute gebildete Ueberzug, und es erscheinen die typischen Bronchialabgüsse der Bronchitis fibrinosa mit theils hohlen, durch Luftperlstrukturartig aufgetriebenen, theils soliden Aesten. Die umhüllende Blutmasse ist am Hauptstamme circa 1—1½ Mm. dick und erstreckt sich in allmäliger Verjüngung bis auf die feinsten Ramificationen.

16. Februar, 6 Uhr Abends: Subjectives Befinden gut. Es werden zwei Blutgerinnsel von der beschriebenen Beschaffenheit ausgehustet.

Temp. 37·0, Puls 78.

Nachts starker Schweißausbruch.

17. Februar, 8 Uhr Morgens:

Temp. 36·6, Puls 70.

Die rechte Thoraxhälfte bleibt insgesamt, besonders jedoch in der oberen Partie bei der Inspiration zurück. Rechts in der Regio supraclavicularis und unterhalb des Schlüsselbeines ist das Inspirium kaum hörbar, leise hauchend. Im 2. Intercostalraume ist das Athmungsgeräusch aufgehoben, das Flattergeräusch nicht mehr hörbar.

Von 4—6 Uhr Nachmittags wurden abermals zehn Blutgerinnsel — jedoch kein flüssiges Blut expectorirt. Um ½7 Uhr trat Schweißausbruch auf, der bis 10 Uhr Abends andauerte. In der Nacht vom 17. auf den 18. Februar wurden bei relativem Wohlbefinden und unbehinderter Athmung unter kurzen, mühelosen Hustenstößen 16 — den beschriebenen gleichende — Blutgerinnsel, jedoch kein flüssiges Blut ausgehustet.

18. Februar, 8 Uhr Morgens: Patient infolge der schlaflosen Nacht ermüdet.

Temp. 37·0, Puls 78.

Im Laufe des Tages wurden nur zwei rothbraun-lackartige Schleimballen ausgeworfen.

19.—25. Februar: Allgemeinbefinden anhaltend günstig. Temperatur und Puls normal; Nachts Schweißausbruch.

26. Februar: Expectoration von fünf ungefähr 2½ Cm. langen Blutgerinnseln.

27. Februar: Expectoration eines rothbraunen lackartigen Sputumballens.

Die rechte Thoraxhälfte bleibt bei der Athmung zurück. Die Regio supraclavicularis dextra deutlich vorgewölbt (so daß die Annahme einer Blähung der Spitze eine zwingende war); unterhalb des Schlüsselbeines bis zum 3. Intercostalraume ist der Thorax abgeflacht.

Die Auscultation ergibt in diesem Bezirke abgeschwächtes, von leisem Schnurren begleitetes Inspirium; Expirium nicht hörbar. Die Aortentöne im ganzen Bereiche sehr laut. Rechts hinten oben abgeschwächtes Athmen mit spärlichen trockenen Rasselgeräuschen.

Percussionsbefund normal; über der Vorwölbung lauter, voller, nicht tympanitischer Schall.

In den folgenden Tagen änderten sich die Eigenschaften des Auswurfes wie mit einem Schlage: Es wurden im Laufe von 24 Stunden nur zwei bis drei erbsen-, seltener bohnen große Klumpen einer zähen, schleimigen, von zahlreichen stecknadelkopfgroßen, grauen Fleckchen durchsetzten, froschlaichartigen Masse ausgehustet. Zweimal, am 1. und 6. März, umschlossen diese Ballen, die leichte Drillung zeigten, einen central gelegenen, korkzieherartig gewundenen, circa 0·2 Mm. dicken und 1 Cm. langen, hellrothen, zierlichen Faden, welcher sich an einem Ende in feine kurze Fäden auflöste.

Gegen Mitte März suchte Patient südliches Klima auf, von wo er nach 4 Wochen mit einer Gewichtszunahme von 5 Kgrm. zurückkehrte. Er gab an, seit 2 Wochen zu verspüren, „daß die Luft wieder rechts oben einströme“. Die Vorwölbung in der Regio supraclavicularis dextra war geschwunden, die Abflachung unterhalb des Schlüsselbeines geringer, doch noch sehr deutlich ausgeprägt. Auscultation und Percussion der Lunge ergaben normalen Befund. Das Sputum war spärlich, enthielt vereinzelte graue Punkte, die sich unter dem Mikroskope als aus Alveolarepithelien bestehend erwiesen; Tuberkelbacillen waren nicht nachweisbar.

Im Anschlusse an die Krankengeschichte sollen nachfolgende Beobachtungen, denen eine gewisse Bedeutung für die Beurtheilung des Falles zukommen dürfte, Erwähnung finden.

Die expectorirten Gerinnsel bestanden stets aus den typisch geformten weißen Bäumchen, welche allseits von geronnenem Blute umhüllt waren. Die mikroskopische Untersuchung derselben nach Entfernung des anhaftenden Blutes mittels physiologischer Kochsalzlösung ergab den schon wiederholt beschriebenen Befund: Geschichteter Bau, faserige Grundsubstanz, in welcher zahlreiche gequollene und degenerirte Epithelien, sowie Leukocyten eingeschlossen waren. Flimmerepithelien waren nicht auffindbar. Nach WEIGERT gefärbt, erschien die faserige Grundsubstanz tiefblau.

Das nach Ablauf der acuten Erscheinungen beobachtete froschlaichartige Sputum ergab einen Befund, den schon P. GUTTMANN und H. SMIDT unter genannter Bezeichnung als charakteristisch für die Reconvalescenz nach acutem Bronchialkatarrh anführen. In der schleimigen Grundsubstanz waren Gruppen und Haufen von in Myelindegeneration befindlichen Alveolarepithelien eingelagert, die in dichte Massen geballt, die grauen Punkte bildeten. Daneben fanden sich zahlreiche Leukocyten und außerdem waren in jedem Präparate mehrere eosinophile Zellen nachweisbar. Die hämorrhagischen Spiralfäden waren zweifellos das Product eines sich nachträglich in den feinsten Bronchien oder Bronchiolen abspielenden fibrinösen Entzündungsprocesses und waren daher den haardünnen — häufig ebenfalls gewundenen — Endramificationen der Bronchialgerinnsel gleichzustellen. Sie mußten natürlich vor ihrer Einhüllung in Schleimmassen, daher gleich bei der Loslösung und Hinausbeförderung von der Bildungsstätte die Drehung erfahren haben, da eine solche in so zierlicher und zarter Form innerhalb der Schleimmasse und ohne stärkere Drillung derselben undenkbar wäre. Sie dürften den von VIERORDT und ESCHERICH bei Bronchitis fibrinosa beobachteten, von genannten Autoren den CURSCHMANN'schen Spiralen gleichgestellten Bildungen zuzuzählen sein, die entsprechend der hämorrhagischen Natur des Processes als Blutfäden erschienen.

Dieselben hatten bei einer Länge von circa 1 Cm. 6 bis 7 Windungen mit einem Windungsdurchmesser von durchschnittlich 2 Mm.; mikroskopisch wurde eine mit rothen Blutkörperchen dicht besetzte, parallelfaserige Grundsubstanz wahrgenommen.

Eine interessante Beobachtung bildete die im Krankheitsverlaufe rasch entstandene und langsam rückgängige Blähung der Lungenspitze, infolge welcher sich eine deutliche Vorwölbung in der Regio supraclavicularis bildete, die selbst von der Pflegerin bemerkt wurde. Dieser Befund hatte insofern diagnostische Bedeutung, als durch denselben die Annahme einer nur auf den unteren Abschnitt des rechten Oberlappens beschränkten Bronchitis fibrinosa eine wesentliche Stütze erhielt. Die Erklärung der Erscheinung mußte in einem durch einen partiellen Entzündungsproceß bedingten ventilartigen Verschuß eines größeren, zur intacten Lungenkuppe führenden Bronchus gesucht werden, durch welchen der expiratorische Luftstrom größeren Widerstand fand, in Analogie zu den bekannten anatomischen Befunden einer umschriebenen Blähung der Alveolen bei Entzündungen kleinerer Bronchien.

Das wesentlichste, für diesen Fall charakteristische Symptom bildete die Expectoration großer Massen geronnenen und geformten Blutes in einem relativ kurzen Zeitraume. Aus demselben konnte mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine ausgebreitete fibrinöse Entzündung der Bronchialschleimhaut mit Zerstörung der Epithelien — entsprechend der Lehre WEIGERT'S — geschlossen werden, da bei solchem Blutergusse aus einer kleinen Fläche es nicht in so kurzen Intervallen zu solch rascher Gerinnung und gleichmäßiger Vertheilung kommen könnte. Die Annahme, daß möglicherweise das die Fibrinbildung bedingende Ferment auch auf den raschen Gerinnungsproceß des Blutes von Einfluß sein könnte, ist nicht ganz von der Hand zu weisen.

Da auch niemals heftiger Hustenreiz bestand, kann die Blutung nicht auf ein mechanisches Moment zurückgeführt werden, so daß der beschriebene Fall den Typus der hämorrhagischen Form einer Broncho-alveolitis fibrinosa bildet, die bei einem vorher gesunden Individuum auftrat und in Heilung überging.

Es muss jedoch das Vorhandensein einer Disposition angenommen werden, da die in der Anamnese angeführte, 14 Monate vor der beobachteten Erkrankung stattgehabte Blutung wahrscheinlich in gleicher Weise verlief.

Darmerkrankungen im Wochenbette.

Von **Dr. Isidor Fischer**, Frauenarzt in Wien.

Mit vollem Rechte hat man in der Gynäkologie während der letzten Jahre dem Verhalten des Verdauungsapparates bei Frauen und insbesondere bei Frauenkrankheiten eine größere Aufmerksamkeit, als früher, zugewendet und hat FRITSCH sogar der 8. Auflage seines trefflichen Lehrbuches ein neues Capitel mit dem zwar nicht sehr glücklich gewählten Titel: „Den Frauen eigenthümliche Darmleiden“ zugefügt. Für das Gebiet der Geburtshilfe und speciell für die Lehre von der Physiologie und Pathologie des Wochenbettes gilt aber noch immer der Satz KEHRER'S im Handbuche von MÜLLER, daß die Frage nach den Magen-Darmfunctionen im Wochenbette keineswegs erledigt sei.

Darum möge es im Folgenden gestattet sein, über eine Reihe von klinischen Beobachtungen im Wochenbett, welche sich auf 500 Puerperen erstrecken und das Verhalten des Darmtractes betreffen, zusammenfassend zu berichten.

Es ist eine allbekannte Erscheinung, daß in den ersten Tagen des Wochenbettes der Stuhlgang retardirt ist. Die erste Entleerung post partum muß meist künstlich herbeigeführt werden, wobei es oft ohne umständliche Proceduren (hohe Darmirrigationen) nicht abgeht. Man hat darum von

einer „physiologischen“ Obstipation im Wochenbette gesprochen und nicht nur diarrhoische, sondern auch feste Spontanentleerungen in den ersten Tagen des Puerperiums für Ausnahmefälle angesehen. Als Ursachen dieser sogenannten physiologischen Stuhlverstopfung werden eine Reihe von Factoren angeführt. Man spricht von einer nicht näher erklärten Atonie des Darmes im Wochenbette; man beschuldigte als Ursachen die Erschlaffung der Bauchmuskulatur post partum, die Bettruhe, die verminderte Nahrungsaufnahme und die vermehrte Wasserausscheidung insbesondere durch Haut und Brüste. Man führt als weiteres ätiologisches Moment die Entleerung des Rectums an, die absichtlich vor der Geburt oder durch den kindlichen Schädel während der Geburt bewirkt wird. Auch eine herabgesetzte Empfindlichkeit und Zusammenziehungsfähigkeit des Mastdarms als Folge des während der Geburt erlittenen Druckes, sowie anatomische Läsionen des Beckenbodens und seiner musculären Antheile werden als Ursache der Obstipation angenommen.

Es ist zunächst keine Frage, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle die Wochenbettsobstipation nur als eine Fortsetzung der schon vor oder während der Gravidität bestandenen Stuhlträgheit der Frauen anzusehen ist. Wir wissen ja, daß fast 70% der Frauen an habitueller Obstipation leiden, auf deren Wesen hier nicht eingegangen werden kann. Da ist es dann kein Wunder, wenn es nur irgend eines aggravirenden Momentes — wie solche oben aufgezählt wurden — bedarf, um diese Darmträgheit zu einer länger dauernden oder schwereren werden zu lassen. Dazu kommt noch, daß viele Frauen, ebenso wie bei der Harnentleerung, auch beim Stuhlabsetzen mit der ungewohnten Rückenlage zu kämpfen haben.

Für die Annahme einer wirklichen nervösen oder musculären Atonie des Darmes und im Speciellen des Dickdarmes, die erst im Puerperium zur Entstehung kommen soll, fehlt heute noch jede physiologisch-experimentelle Basis. Bei den innigen Beziehungen, die zwischen den Nervengeflechten der Genitalorgane und des Darmes bestehen, kann man nur hypothetisch annehmen, daß es durch die länger dauernde Wehentätigkeit zu einer irradiirten Erregung im Gebiete der Nn. splanchnici komme. Klinisch läßt sich hier vielleicht die Beobachtung verwerthen, daß eine unleugbare Beziehung zwischen der Länge der Geburtsdauer und der Intensität der Stuhlträgheit besteht; wir sehen auch, daß diese in der Regel bei Erstgebärenden in stärkerem Maße hervortritt. Die Angabe MÜLLER'S, daß man bei der Sectio caesarea eine stärkere Darmperistaltik wahrnehmen könne, als bei jeder anderen Laparotomie, die einen gegentheiligen Schluß gestatten würde, kann ich nicht bestätigen; gegen die Annahme einer vermehrten Peristaltik unter gewöhnlichen Verhältnissen sprechen die Erfahrungen intra partum, wo es nur selten zur spontanen Stuhlentleerung kommt, wenn wir von dem durch den Schädel bewirkten Auspressen des Rectuminhaltes absehen.

Von weiteren Feststellungen aus den Wochenbettstabellen ist hervorzuheben, daß bei Puerperen, welche von der Geburt ab reichliche, gemischte Kost erhalten, häufiger spontane Darmentleerungen vorkommen, daß ferner der Gebrauch stark purgirender Abführmittel ante partum immer von höheren Graden von Obstipation gefolgt war.

Als Begleiterscheinung der puerperalen Darmträgheit sehen wir häufig Meteorismus auftreten. In einer größeren Zahl von Fällen erreicht der Meteorismus oft schon 12 Stunden post partum solche Grade, daß die schlaffe Bauchwand hoch vorgetrieben, die Zwerchfellgrenze weit hinaufgeschoben erscheint. Der Gasehalt betrifft meist Dünn- und Dickdarm ziemlich gleichmäßig; über Kolikschmerzen wird hiebei manchmal geklagt. Der Meteorismus geht oft stauend rasch zurück, ohne daß ein der Gasmenge entsprechender Abgang von Flatus zu verzeichnen ist, was wohl die Annahme gestattet, daß unmittelbar post partum die Gasresorption vermindert ist,

wobei theils mechanische Verhältnisse — die Verminderung des Druckes innerhalb des Darmrohres, theils Aenderungen in der abdominellen Blutvertheilung in Betracht kommen dürften. Was den letztgenannten Factor betrifft, so ist es ja bekannt, daß es Frauen gibt, die während jeder Menstruation an acutem Meteorismus leiden.

Die Stuhlträgheit im Wochenbette führt in nicht zu seltenen Fällen — ich verfüge über drei Beobachtungen — zu direct ileusähnlichen Erscheinungen. Dazwischen gibt es natürlich eine Reihe von Uebergangsstadien von der hartnäckigen Obstipation angefangen bis zu diesen, den Eindruck schwerer Wochenbettserkrankungen erweckenden Formen. Ihr Auftreten fällt charakteristisch immer auf den dritten oder vierten Wochenbettstag. Die Frauen klagen über heftige Schmerzen im Bauch, Erbrechen gallig gefärbter Flüssigkeit; es wird das Fehlen von Stuhl- und Gasabgang seit der Entbindung angegeben. Wir finden die Kranken sich vor Schmerzen im Bette krümmend, Augen hallonirt, subicterisches Colorit, Zunge trocken, frequenter Puls, vermehrte Respiration, aber normale Temperatur. Das Abdomen ist hoch aufgetrieben, durch die schlaffen Bauchdecken sieht man die lebhafteste Dünndamperistaltik sich abspielen, die von Zeit zu Zeit durch tetanische Darmcontractionen abgelöst wird, welche die Darmschlingen zu tumorähnlichen Gebilden aufsteifen lassen. Die Percussion ergibt auf der Höhe des Abdomens lauten tympanitischen Schall, ebenso nach oben und rechts, während nach links, wo man in der Tiefe das gefüllte Colon descendens oder die Flexur manchmal zu tasten in der Lage ist, gedämpft tympanitischer Schall erscheint.

Die klinischen Symptome, insbesondere die tetanischen Darmcontractionen lassen in erster Linie an eine Darmocclusion denken und wir müssen das Krankheitsbild auch in jene Gruppe von Fällen einreihen, die man früher als paralytischen oder dynamischen Ileus bezeichnet hat, als deren Ursache eine Lähmung oder motorische Insufficienz des Dickdarms als Folge der Wochenbettsobstipation anzusehen ist.

Es gelang in allen 3 Fällen nach längerer Mühe, durch Abführmittel und hohe Darmeinläufe Stuhl zu erzielen, wenn auch in einem Falle schon an die chirurgische Intervention gedacht wurde. Immer wurden hiebei kolossale Mengen anscheinend alter Stuhlmassen entleert. Der überwiegende Theil der in der Literatur als Ileus im Wochenbette beschriebenen Fälle gehört in diese Gruppe und erinnert an die Bemerkung HEIDENHAIN'S, wie viele Fälle einer einfachen functionellen Störung im Ablauf der Darmcontractionen sich unter den durch innere Therapie geheilten Fällen acuten Darmverschlusses verbergen mögen.

Nie darf man aber ganz an das Vorkommen wirklich mechanischer Verschlüssen auch im Wochenbette vergessen. Wir sehen oft bei der Sectio caesarea unmittelbar nach der Entleerung des Uterus ein Convolut von Dünndarmschlingen in den Douglas herabfallen, und wenn auch hier durch das starke Hervorwälzen des Uterus vor die Bauchdecken abnorme Verhältnisse geschaffen werden, so dürfen wir doch annehmen, daß auch bei normalen Verhältnissen ähnliche Vorgänge als occasionelle Momente, z. B. für die Entstehung von äußeren peritonitischen Darmconstrictionen oder für die Entstehung von Achsendrehungen des Darmes in Betracht kommen können. Daß auch ohne Sectio caesarea post partum ein solcher Descensus der Därme entstehen kann, beweist eine Beobachtung von MARS, die — weil in polnischer Sprache abgefaßt — mir nur aus dem Untertitel bekannt ist: Complication des Wochenbettes durch außerordentliche Tympanitis infolge von Senkung der Därme in die Douglastasche. Hier sei auch ein Fall von POLASSON angeführt, wo die Autopsie nach einer Sectio caesarea conservativa als Ursache des Ileus eine Compression des Darmes von Seite des Uterus ergab, woraus der Autor den Schluß zieht, daß bei sehr engem Becken schon aus diesem Grunde

die PORRO'sche Operation vorzuziehen sei. Des Weiteren finden wir in der bekannten LEICHTENSTERN'Schen Arbeit über Darminvagination 7 Fälle verzeichnet, welche während der Schwangerschaft oder während der Geburt entstanden sind, eine Zahl, die nicht gar so klein ist, wenn man bedenkt, daß 180 von den 593 zusammengestellten Fällen die ersten 5 Lebensjahre betreffen. Ein unmittelbarer causal Zusammenhang zwischen Invagination und Schwangerschaft, beziehungsweise Geburt läßt sich aber wohl kaum construieren; am ehesten könnte bei jener die vorhandene Raumbeengung, bei dieser außerdem noch die forcirte Anwendung der Bauchpresse in entferntere Beziehung gebracht werden.

Wie von Seite der Chirurgen, so wurde auch von Seite der Geburtshelfer lebhaft die Frage erörtert, ob eine bestehende Obstipation, hier die puerperale Obstipation, zu einer Temperaturerhöhung führen könne. Die Geburtshelfer, die seit Jahren bestrebt sind, ihr Wartepersonale nicht nur auf regelmäßige, sondern auch ganz zuverlässige Temperaturmessungen zu schulen, konnten dieser Frage vielleicht am ehesten nahe treten. Ich glaube, daß bei der überwiegenden Mehrzahl derselben heute kein Zweifel besteht, daß die Stuhlverstopfung als solche nicht zu einer Temperaturerhöhung Anlaß gibt, eine Thatsache, die auch mein Materiale vollgiltig erweist. Wohl aber kann die Obstipation auf dem Umwege eines Darmkatarrhes Temperatursteigerungen veranlassen. Hier handelt es sich jedoch immer nur um unbedeutliche Erhöhungen (bis höchstens 38.5°), die wir in ursächliche Beziehung mit den Erscheinungen des Darmkatarrhes bringen dürfen. Auch sind diese Fälle, die wir als vollkommen einwandfrei betrachten können — unter 500 meiner Beobachtung nur 3 — gewiß nicht so häufig, als man im Allgemeinen in der Praxis gewohnt ist, leichte Fieberbewegungen mit Verstopfung im Wochenbette in Beziehung zu bringen; hiebei ist des ferneren zu bemerken, daß um die Zeit der nachmittägigen oder abendlichen Temperaturerhöhungen (meist Ende der ersten Puerperalwoche) von einer reinen Obstipation überhaupt nicht mehr die Rede sein kann. Daß bei der großen Zahl von Factoren, die im Wochenbett für eine Temperatursteigerung in Betracht kommen können (Infectionen verschiedener Localisation und Schwere, Brüste), doch ein solcher unzweifelhafter Zusammenhang zwischen Temperatur und Darm aufgestellt werden kann, lehren — abgesehen von dem Umstande, daß es sich immer um nicht intern untersuchte, nicht gonorrhöisch infectirte Wöchnerinnen handelte — die Fälle, wo die katarrhalischen Symptome von Seite des Darmes, die sich an eine Obstipation und nachträgliche Entleerung reichlicher, alter Stuhlmassen anschlossen, besonders deutlich in die Erscheinung traten, reichliche schleimige Beimengungen und auch ausschließlich schleimige Darmausgüsse zur Beobachtung kamen. Diese im Wochenbette im Anschlusse an die Obstipation auftretenden Darmkatarrhe zeichnen sich durch eine besondere Hartnäckigkeit aus und können trotz geeigneten Verhaltens und eingeleiteter Therapie bis in die dritte Puerperiumswuche sich fortsetzen.

Immerhin ist der Zusammenhang zwischen Stuhlverstopfung und Fieber, sowie das Schwinden der Temperaturerhöhung nach Darreichung von Abführmitteln, wie dies schon KÜSTNER dargelegt hat, häufig auch dadurch bedingt, daß es sich um leichte Infectionsprocesse handelt und die Resorption von kleinen Eiterherden oder von Infectionsträgern im Gebiete des Genitalapparates (Lymphbahnen, Gefäße) durch die Compression vonseiten angesammelter Fäcalsmassen befördert wird.

Bei den septischen Puerperalerkrankungen ist die häufige Mitbetheiligung des Darmes im Auftreten von Diarrhöen — meist ein Signum mali ominis — bekannt. Die Diarrhöen verdanken ihre Entstehung theils einfachen Infectionskatarrhen, theils toxischen Einflüssen, seltener dem Auftreten von septischen Dickdarmgeschwüren. Bei den letzteren kann es auch zum Auftreten von Darmblutungen kommen. Bekannt ist es auch, daß die puerperale Peritonitis

sich gegenüber den anderen Formen der Peritonitis durch ihre häufigen Diarrhöen auszeichnet, die ebenfalls als septische aufzufassen sind, aber keineswegs ein constantes Symptom der Peritonitis puerperalis darstellen. Daß der Meteorismus bei der puerperalen Bauchfellentzündung stärker in die Erscheinung tritt, wie bei den Peritonitiden anderer Aetiologie, ist durch die besondere Schlaffheit der Bauchdecken bei Frischentbundenen seit langem erklärt.

In einem Falle meiner Beobachtung war das Einsetzen einer puerperalen Parametritis mit ausgeprägten ileusartigen Erscheinungen derart combinirt, daß diese das Krankheitsbild fast ausschließlich beherrschten, der Meteorismus, die zu tastenden gefüllten Darmschlingen, das Fehlen von Stuhl und Flatus, das Erbrechen eine Darmocclusion nahelegten; nur der stattgehabte Schüttelfrost und die Temperatursteigerung veranlaßten mich, noch weiter nach einer puerperalen Erkrankung zu fahnden, die sich schon nach 2 Tagen in einem großen parametranen Exsudate manifestirte. Es ist keine Frage, daß in diesem Falle die Mitbetheiligung des benachbarten Peritonealüberzuges reflectorisch nach Analogie der Darmparese bei erst einsetzender Peritonitis zu einer weiteren Steigerung der bestandenen Wochenbettsobstipation geführt hat, die — wie wir gesehen haben — auch als solche zu ileusähnlichen Symptomen führen kann.

Die Appendicitis im Wochenbette ist meist die Fortsetzung eines schon vor oder während der Gravidität bestandenen Processes. Es ist nicht dem Wochenbett als solchem, sondern der Geburt oder dem bei complicirender Appendicitis häufig erfolgenden Abortus zuzuschreiben, wenn es in den ersten Wochenbettstagen zu schweren Perforationserscheinungen kommt, die fast immer einen letalen Ausgang bedingen. War nicht schon vor oder während der Schwangerschaft der Verdacht auf eine Erkrankung des Appendix wachgerufen worden, so wird die Diagnose meist erst am Obductionstische gestellt werden können. FRÄNKEL, der die Beziehungen zwischen Appendicitis einerseits, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett andererseits eingehend dargelegt hat, weist auch darauf hin, daß es bei bestehender Appendicitis im Wochenbett zu secundärer puerperaler Infection vom Darne aus (*Bacterium coli*) kommen könne, ebenso zu localen parametranen oder perimetritischen puerperalen Entzündungsprocessen, vielleicht vermittelt durch die im Ligamentum appendiculo-ovaricum oder durch die retrocöcal verlaufenden Gefäße.

Die bei Frauen im Puerperium sehr häufig zu beobachtenden Hämorrhoiden verdanken ihre Entstehung schon der Gravidität, welche die Circulationsverhältnisse in den Mastdarmvenen immer mehr schädigt; sie erreichen unmittelbar post partum ihre größte Ausbildung, erscheinen oft nach der Entbindung stark geschwellt und ödematös, bilden sich aber in den ersten Wochenbettstagen meist rasch zurück. Nur zweimal sind stärkere Entzündungserscheinungen und Ulcerationen vermerkt.

Eine ebenfalls sehr verbreitete Erkrankung, namentlich des Spätwochenbettes, ist die *Fissura ani*; man hat sie vorwiegend auf Verletzungen nach operativen Geburten (*Forceps*) bezogen. Ich sah sie in gleicher Zahl nach spontanen und operativen Geburten auftreten; ihre Entstehung ist auch nicht auf den Druck des kindlichen Schädels intra partum zu beziehen, da sie gleicherweise bei Schädel- und Beckenendlagen, bei lange aufdrückendem und rasch durchtretendem Kopfe beobachtet werden. Fast immer sieht man sie jedoch bei Wöchnerinnen, welche in den ersten Wochen des Puerperiums an hartnäckiger Obstipation gelitten haben, weshalb ich sie durch Verletzungen der im Wochenbette stark hyperämischen und leichter vulnerablen Schleimhaut durch feste Skyballa bedingt ansehe. Sie sitzen meist an der hinteren, weniger dehnbaren Mastdarmwand, schwanken in ihrer Größe zwischen 5—10 Mm. Länge, 2—5 Mm. Breite und reichen in der Regel bis auf die Muscularis. Durch die secundäre Stuhl-

verhaltung kommt es häufig zu einem schwer zu bekämpfenden *Circulus vitiosus*. Prolaps des Mastdarmes gehört zu den seltenen Complicationen des Wochenbettes.

Zahlreich sind die durch die Geburt verursachten oder sich an dieselbe anschließenden Continuitätsstrennungen des Darmes, wozu die completen Dammrisse, die Mastdarmscheidenfisteln primärer und secundärer Entstehung, sowie die violenten Darmverletzungen bei geburtshilflichen Kunstfehlern gehören. Zum Schlusse mögen die ebenfalls in den Rahmen der Wochenbettspathologie fallenden Darmperforationen pelveo-peritonitischer und parametraner Herde puerperalen Ursprungs wenigstens anführungsweise Erwähnung finden.

Zur Laurenty'schen Theorie der Skiaskopie.

Von Dr. O. Neustätter in München.

(Schluß.)

Schließlich wären noch die Unrichtigkeiten aufzudecken, die sich in den Schlußfolgerungen aus den falschen Prämissen, aber unabhängig von diesen, anhäufen. Man könnte nämlich die Beobachtungen L.'s selbst als richtig annehmen, ohne deshalb zu den weiteren unrichtigen Angaben zu gelangen.

So heißt es: „Aus der erleuchteten Pupille treten nur solche Strahlen aus, welche in umgekehrter Richtung vom Spiegel her in dieselbe gelangten.“ Selbst das menschliche Auge als ideellen optischen Apparat mit ganz regelmäßigen Brechungsverhältnissen vorausgesetzt — was nicht der Fall ist, wie die Thatsache beweist, daß wir im Fernpunkt des untersuchten Auges noch eine Erleuchtung von deren Pupille mit einem durchlochtem Spiegel erhalten — würde dies nur möglich sein, wenn der Spiegel kein Spiegel, sondern eine Lichtquelle wäre, d. h. Spiegelfläche und Spiegelbild in einer Ebene lägen und das untersuchte Auge auf diese eingestellt wäre.

„In das Auge des Beobachters gelangt also in jedem Moment bei der Drehung des Spiegels und von einem beliebigen Punkt des Luftbildes her nur ein solches Strahlenbündel, dessen Richtung, d. h. dessen mittlerer Strahl durch den Drehpunkt des Spiegels geht, welcher stets als in der Verbindungslinie der Pupillencentren liegend gedacht werden kann.“ Wie von jedem beliebigen Punkt des Luftbildes her ein Strahlenbündel nach dem Drehpunkt mit seiner Mittellinie gelangen soll, ist unmöglich auszudenken. In den Figuren hat L. selbst jedenfalls diese Construction nicht zu Wege gebracht. Es würde zu langer und elementarer Auseinandersetzungen bedürfen, um die hier und weiterhin gebrachten recht verworrenen Auseinandersetzungen klar zu legen. Etwas für den Leser Brauchbares, der sich hier nur im Allgemeinen für die Skiaskopie interessirt, würde sich dabei nicht ergeben.

Ich beschränke mich daher darauf, nur noch zwei vorstechende Punkte zu berühren, das sind einerseits die Figuren, welche scheinbar eine sehr einfache und klare Darstellung der Skiaskopie geben und auf den mit den optischen Verhältnissen nicht näher Vertrauten einen bestechenden Eindruck machen können und auf ein letztes Experiment.

Die Figuren I, II und III würden an sich richtig sein, wenn die Spiegelöffnung bei a thatsächlich punktförmig wäre. Daß aber diese Constructionen auch für eine flächenhafte Spiegelöffnung gelten sollen, das ist die falsche Ausdehnung, die denselben gegeben wird. Wie die Verhältnisse in Wirklichkeit liegen, geht aus meinen oben (Fig. 2 u. 3) gegebenen Constructionen hervor. Selbst für eine punktförmige Pupille falsch ist Fig. IV gezeichnet. Hier kann im Moment, wo das Bildende über den Punkt a heruntertritt, theoretisch nur eine plötzliche allgemeine, in allen Theilen der Pupille bc gleichzeitig auftretende Verdunklung erwartet werden, nicht aber ein Doppelschatten. L. selbst hält dies für die richtige

Annahme und versucht eine wieder unhaltbare Deutung, weshalb man doch einen Doppelschatten sehen soll: „Daß dieser Doppelschatten nicht momentan über das ganze Gesichtsfeld sich ausbreitet, sondern eine deutlich wahrnehmbare Bewegung zeigt, liegt daran, daß das helle Luftbild von einem Halbschatten umgeben ist, dessen Theile einer nach den andern den Punkt *a* passiren; da nun dieser Halbschatten, von innen nach außen gerechnet, immer dunkler

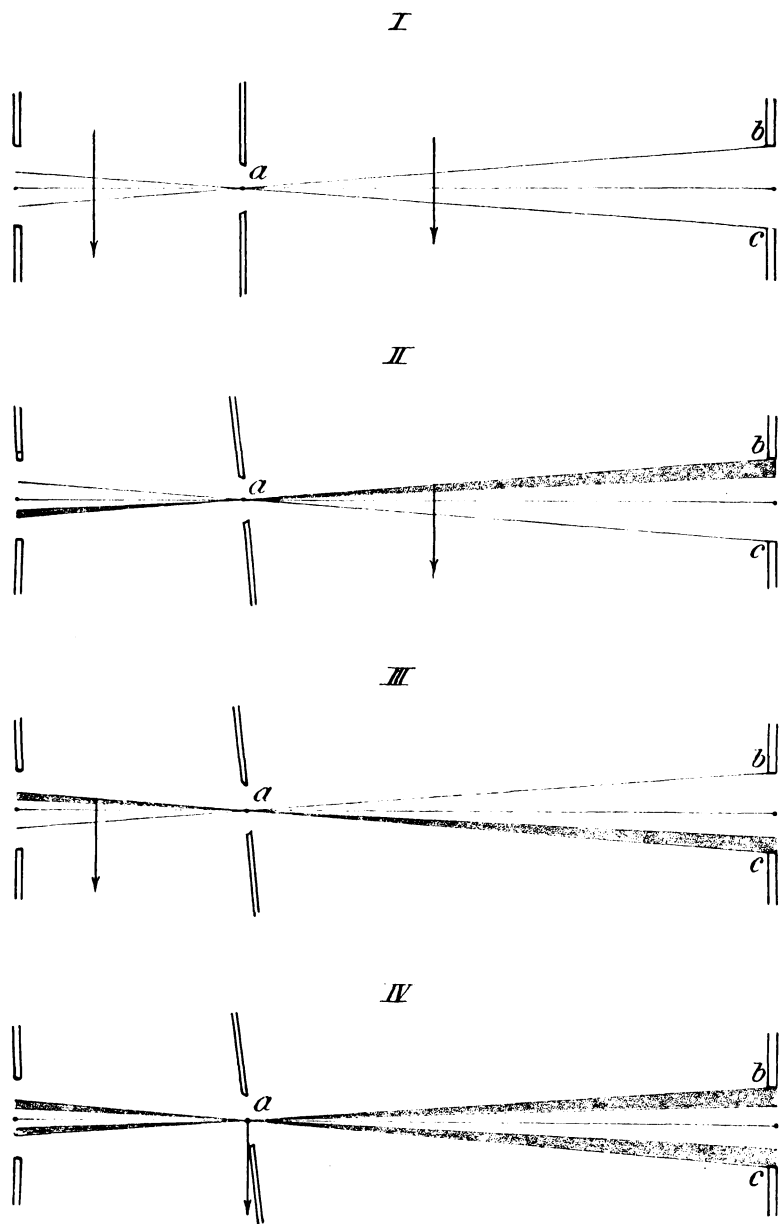


Fig. 6.

wird, so ergibt sich dadurch eine scheinbare Schattenbewegung.“ Das Luftbild ist allerdings in seinen Randpartien schwächer hell als im Centrum, da die Erleuchtung durch ein Zerstreuungsbild erfolgt; aber daß dadurch eine Schattenbewegung bewirkt werden soll, ist natürlich unmöglich; es kann nur eine Schattenvermehrung oder richtiger Lichtverminderung auftreten.

Wird die Spiegelöffnung flächenhaft, dann tritt natürlich auch der Umschlag nicht unbedingt an ihr und nicht in ihrer Mitte auf; es sind vielmehr wieder die oben construirten Verhältnisse maßgebend.

Schließlich führt L. nochmals den schon oben erwähnten Versuch mit dem Durchblicken durch eine Oeffnung nur mit geringen Modificationen an und meint wieder, daß wir beim Skiaskopiren den genau gleichen Fall haben. Dies ist, wie schon angedeutet, nicht richtig; wir haben vielmehr, sobald wir einen belegten Spiegel mit Oeffnung haben, mit zwei

Oeffnungen zu rechnen: der des untersuchten Auges und des Spiegels. Dadurch wird die relative Weite dieser Oeffnungen zu einander von Einfluß, was bei jenem Versuch nicht der Fall ist. Außerdem hat auch das Vorhandensein der Linse hinter der einen Oeffnung (untersuchten Pupille) einen Einfluß auf die Schattenerscheinungen. Der Versuch kann also nur ein ganz ungefähres, aber kein genaues Bild der Vorgänge geben, seine Beweiskraft ist daher hinfällig. Die genauere Darstellung der Verhältnisse ergibt sich aus Fig. 4.

Unrichtig ist es auch, daß bei Verdecken der Oeffnung unmittelbar vor oder hinter ihrer Ebene ein Doppelschatten auftritt. Könnte man in der Ebene des Loches die Abblendung vornehmen, so würde mit dieser eine gleichsinnige Abschattung (in Fig 4 von *c* nach *b* bei Abblendung von *l* nach *L*) eintreten und der Rest dann plötzlich verschwinden (*b* *d*). Da dies aber nicht möglich ist, so erhalten wir nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch verschiedene Erscheinungen, je nachdem wir diesseits oder jenseits so nahe als möglich an der Oeffnung *l* *L* die Karte verschieben. Jenseits erhalten wir niemals eine Erscheinung, die irgendwie einem Doppelschatten gleicht. Diesseits erhalten wir eine gleichsinnige Verdeckung und ganz am Schluß allerdings eine entgegengesetzte Schattenbewegung. Es wird eben, wenn die abblendende Karte auf das Strahlenbündel *A* *L* *B* (Fig. 4) trifft, zuerst Strahl *A* *L* und folglich seine Fortsetzung *L* *d* wegfallen und gegen *b* zu ein Schatten wandern. Diese Wanderung erfolgt, wie man sich durch Fixirung des abblendenden Blattes beim Versuch überzeugen kann, nicht, wie nach L.'s Figur Nr. IV zu erwarten wäre, wenn die Karte in der Mitte der Oeffnung des Spiegels liegt, sondern an deren Ende.

Beim optischen reellen Bild liegen übrigens die rein mechanischen Schwierigkeiten nicht vor; da können die theoretisch geforderten Verhältnisse geschaffen werden. In diesem Fall wird aber eine genaue Beobachtung nicht von einem Doppelschatten, sondern von der plötzlichen Ausbreitung des Schattens nach unten sprechen müssen.

Zum Schlusse möchte ich hier anfügen, daß man eventuell allerdings und sogar auch mit dem unbelegten Plattenspiegel einen „Doppelschatten“ wahrnehmen kann. Ich erwähne dies, um etwaigen falschen Auslegungen dieser Thatsache und einer Deutung in L.'s Sinne vorzubeugen. Es kann dies nur vorkommen, wo es sich um abnorme Verhältnisse handelt, die wir in der principiellen Theorie natürlich nicht mit den Thatsachen vermengen dürfen, welche uns eine Vorstellung von dem richtigen normalen Sachverhalt geben sollen.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Oefter noch läßt sich eine Art Antagonismus zwischen verschiedenen Gefäßprovinzen constatiren. Wenn irgend ein größeres Gebiet blutreicher oder blutärmer wird, so muß sich das übrige Gefäßsystem der veränderten Blutmenge anpassen. Bei der Schnelligkeit, womit diese nervösen Störungen eintreten, wird der Ausgleich durchaus nicht immer durch eine andere Einstellung des gesammten Gefäßtonus besorgt, sondern nur durch gewisse Gefäßprovinzen, benachbarte oder ferner liegende, welche sich entsprechend verengern resp. erweitern.

Die ausgleichenden Schwankungen der benachbarten Gefäße, die durchaus nicht rein mechanisch zu erklären sind, wie das meist geschieht, bedingen es z. B., daß die Gefäß-

verhältnisse der Hautdecken keinen sicheren Anhalt geben für die Füllung der tieferen Theile. Starke Injection des Gesichts kann mit Anämie des Gehirns verbunden sein, wie der Symptomencomplex und insbesondere die directe Betrachtung der Gefäße des Augenhintergrundes zeigt. Dieser gelegentliche Antagonismus der Hautgefäße und der tiefen Gefäße — ein ähnlicher findet sich wahrscheinlich oft zwischen inneren Organen und ihrer bindegewebigen, resp. serösen Umhüllung — wird uns noch beschäftigen.

Oft aber sind es entferntere Körpertheile, welche entgegengesetzte Phasen der Gefäßfüllung zeigen. Zwischen Gehirn- und Unterleibsgefäßen besteht ein derartiger Zusammenhang, der auch schon unter physiologischen Verhältnissen in Erscheinung tritt. Zahlreiche Fälle von Congestion nach dem Kopfe nehmen vom Unterleibe ihren Ausgang, und es ist sehr wahrscheinlich, daß oft die Contraction im Gebiete des Splanchnicus das Primäre ist (daher das Erlöschen des Wärmegeföhls im Leibe und der Eintritt desselben im Kopfe: aufsteigende Hitze). Wir werden auch Fälle kennen lernen, welche einen ähnlichen Antagonismus zwischen den Arm- und den Lungengefäßen nahelegen.

Aus allen diesen sympathischen und antagonistischen Vorgängen müssen wir noch den Schluß ziehen, daß es sehr schwer sein kann, über den primären Sitz der Krankheit klar zu werden. Niemand kann im Einzelfalle sicher sagen, ob die dem Kranken lästigste und dem Arzte auffallendste Störung die primäre ist; entziehen sich doch zahllose kleine Schwankungen und an manchen Organen selbst die größten ganz unserer Kenntniß.

Die dritte, oben erwähnte Thatsache, daß vasoconstrictorische und vasodilatatorische Symptome sich meist bei demselben Kranken zeigen, können wir nach dem Gesagten sehr kurz behandeln.

Wir haben oben in Fall IV und V Beispiele gesehen, wie in verschiedenen Lebensepochen bald diese, bald jene Kategorie überwiegt. Es ist weiterhin erörtert, wie zu gleicher Zeit beide Formen auftreten können, ohne daß es immer möglich ist, eine als die primäre zu kennzeichnen.

Aus letzterem Verhalten könnte man schließen, daß es doch öfter Fälle gibt, die z. B. nur zu Vasodilatationen neigen, und daß die dabei beobachteten vasoconstrictorischen Phänomene secundäre Ausgleichsvorgänge seien. Bei der großen Exactheit, mit der, wie oben geschildert, alle Regulationsmechanismen zusammenarbeiten, möchte ich für die überwiegende Mehrzahl der Fälle daran festhalten, daß die Regulation nach beiden Seiten gestört ist.

Auf Fälle, in welchen anscheinend nur Symptome einer Kategorie auftreten, kommen wir noch zurück. Hier sei nur erwähnt, daß bei langer Dauer der Krankheit nicht selten allmählig Zeichen einer Gruppe ganz überwiegend bleiben und schließlich selbst permanent werden können (s. u.), so daß nur die Anamnese noch den wahren Sachverhalt aufdeckt.

Wir gehen nun dazu über, die einzelnen Symptome zu schildern, durch welche sich die Veränderung der örtlichen Kreislaufverhältnisse anzeigt. Entweder findet eine vermehrte Blutdurchströmung unter großem Nachlaß der Widerstände statt: Congestion, active Hyperämie; oder die Organe werden durch Erhöhung der Spannung in den Gefäßen und Geweben arm an Blut: Synkope, locale Anämie. Eine dritte Form, bei welcher Blutüberfüllung mit evidenter Verlangsamung des Stromes verbunden ist (regionäre Cyanose, locale Asphyxie, venöse Hyperämie) wird uns wegen der sehr schwierigen, dabei zu erörternden Kreislauffragen unten noch besonders beschäftigen; hier beschränken wir uns auf die Schilderung der Symptome von Congestion und Synkope.

Vorausschicken müssen wir, daß wir an zahlreichen Organen gar keine oder doch keine zureichenden Methoden besitzen, um diese Strömungsänderungen zu constatiren, und wo wir die Abweichungen nachweisen können, da handelt es sich meist schon um sehr erhebliche Grade. Wir haben also Grund zu

der Annahme, daß bei leicht erregbarem Gefäßnervensystem sehr viel mehr derartige Schwankungen vorkommen, als wir wahrnehmen. Zahllose Unlustgefühle verschiedenster Art bei diesen Kranken lassen sich ungezwungen auf diese Schwankungen zurückführen.

Die Symptome, welche wir auf Veränderungen des örtlichen Kreislaufs beziehen müssen, lassen sich in objective und subjective einteilen.

Objectiv läßt sich an den dem Auge zugänglichen Theilen (Haut, Schleimhäute, Augenhintergrund, Trommelfell) die reichlichere Füllung mit Blut durch die hochrothe Färbung direct beobachten. Meist ist nur diese diffuse arterielle Röthung vorhanden.

Nicht selten aber sieht man auch die kleinen Arterien strotzend mit Blut gefüllt, ja es treten feinste Gefäßchen, die sonst gar nicht bemerkbar sind, deutlich hervor. Auch die Venen sind unter Umständen, wie man z. B. am Ohr deutlich sehen kann, stärker gefüllt und führen helleres Blut. Schlingelung der Arterien läßt sich besonders an manchen Stämmchen, z. B. der Temporalis, den Rachengefäßchen, nachweisen, ohne daß sonst Arteriosklerose besteht.

Der Puls in den großen zuführenden Arterien kann, für den Finger wie für den Sphygmographen, ganz unverändert bleiben; mit dem Blutdruckmesser erhält man meist örtlich recht hohe, doch nicht übermäßige Zahlen. Es kann eben, wie in der Einleitung auseinandergesetzt, die örtliche Blutdurchströmung sehr vermehrt sein, ohne daß die centralen Apparate und die Wand der großen Arterien dabei betheiligt sind. In anderen Fällen werden auch letztere erweitert, das Arterienrohr erscheint bei der Palpation weit, der Puls ist magnus, celer und ausgesprochen dirot. Auch sichtbar werden dann bei nicht zu tief gelegenen Arterien die Pulsationen. In manchen Gefäßen gibt sich die vermehrte Blutdurchströmung durch ein — übrigens auch subjectiv vom Kranken empfundenes — Schwirren bei der Palpation kund. Auch hört man in ihnen leichter Geräusche und starke, man kann wohl sagen: erschütternde Töne, als normal.

Wichtiger noch ist, daß auch kleine, sonst pulslose Arterien zu pulsiren anfangen, und schließlich deutlicher Capillarpuls gar nicht selten zu constatiren ist. Letzterer ist überhaupt bei Leuten mit vasomotorischer Ataxie, z. B. bei künstlich erzeugter Hautröthung, häufig vorhanden, als prägnantester Ausdruck der wechselnden Contraction und Erschlaffung des Gewebes.

Die Temperatur des activ hyperämischen Theiles ist erhöht. Die Differenz kann an symmetrischen Körperstellen mehrere — angegeben finde ich bis 7 — Grade Celsius betragen.

Sehr wichtig ist die Zunahme des Umfanges, die an den gefäßreichen inneren Organen (Leber, Uterus) sehr beträchtlich werden kann. Aber auch an äußeren Theilen ist die Schwellung nicht unerheblich: die Ohren erscheinen gedunsen, die Augäpfel treten bei vermehrtem Blutgehalt in der Augenhöhle etwas hervor. In einem meiner Fälle, in dem Congestivzustände in den Händen bestanden, war das Vorquellen des Nagelfalzes in den Anfällen der Kranken selbst aufgefallen. Sehr gut zeigt sich die hyperämische Schwellung auch an den Schwellkörpern der Nase, am Zäpfchen. Höchstwahrscheinlich ist es wohl meist nicht der Blutgehalt allein, der erhöht ist, auch die Menge des Gewebssaftes ist etwas vermehrt. Die Neigung zu Blutaustritten und zu vermehrten Secretionen, welche hier angeschlossen werden könnte, wird an anderer Stelle dieser Arbeit besprochen werden.

An den Extremitäten ließe sich die Zunahme — ebenso natürlich die Abnahme — auch mittels des Plethysmographen feststellen. Nur ist zu berücksichtigen, daß der oben erwähnte Antagonismus zwischen den oberflächlichen und den tiefen Gefäßen die Schwankung des Gesamtvolumens einer Extremität sehr vermindern oder gar aufheben kann. Leider stand mir ein geeigneter Apparat nicht zur Verfügung.

Neben diesen objectiv nachweisbaren Störungen, die uns, wie man sieht, meist nur relativ grobe Veränderungen angeben, stehen die subjectiven. Es herrscht unter vielen Aerzten ein großes Mißtrauen gegen die Verwerthung der subjectiven Angaben nervöser Personen. Doch glaube ich, daß ein psychologisch gut geschulter Arzt sehr bald herausfinden wird, was von den Erzählungen eines Patienten eingebildet, falsch gedeutet oder aufgebauscht ist, und was nicht. Und gerade die Gefäßsymptome sind vielfach so charakteristisch, daß man oft schon nach der ersten Schilderung eines Kranken eine Kreislaufsstörung als höchst wahrscheinlich annehmen kann. Nur ist natürlich — daran ist festzuhalten — ein Maß für die Stärke der Störung in der Stärke der subjectiven Beschwerden absolut nicht vorhanden: bei enormer Empfindlichkeit der leitenden Bahnen oder der aufnehmenden psychischen Apparate wird die geringste Abweichung von der gewöhnlichen Innervation schon enorme Ausschläge geben, während selbst grobe Kreislaufsstörungen bei anderen Kranken keine oder geringe Belästigungen machen. Nicht nur die Glaubwürdigkeit des Kranken bezüglich Existenz und Stärke der von ihm geschilderten Symptome, auch seine subjective Empfindlichkeit muß durch eine genaue psychologische Analyse des Falles festgestellt werden. Das ist mühevoll und vielleicht für manchen exacten Diagnostiker ein Greuel, aber es ist möglich und ergibt tiefe Einblicke in das Wesen complicirter Krankheitsvorgänge.

Mit diesen Einschränkungen also halte ich die subjectiven Symptome sehr wohl für verwerthbar. Dieselben bestehen bei Congestivzuständen erstens in unverkennbaren Gefäßsymptomen: einem starken Klopfen in den zuführenden Adern oder dem blutüberfüllten Organ, einem höchst lästigen pulssynchronen Pochen, Sausen, Schwirren, Kratzen. Von der mit dem Puls synchronen Verstärkung, wie sie sich bekanntlich bei Schmerzen der verschiedensten Genese so oft findet, können intelligente Patienten das Symptom leicht trennen, zumal wenn überhaupt eigentlicher Schmerz fehlt. Besonders die Pulsation großer Gefäße, z. B. der Halsschlagadern, wird manchmal sehr charakteristisch geschildert; die Kranken beschreiben genau den Verlauf derselben.

Zweitens stellen sich Organgefühle ein. Zunächst allgemeine: ein Gefühl von Unlust, Spannung, Ueberfüllung, Hitze, Brennen. Bei hohen Graden kommt es wohl auch zu dumpfen, drückenden Schmerzen, die aber in der Regel nur an bereits kranken Organen (z. B. cariösen Zähnen) oder an eng eingeschlossenen (Gehirn) wirklich extreme Grade erreichen. Ferner zeigen sich gewisse spezifische Sensationen, die wir bei der Besprechung der einzelnen Organe zu erörtern haben (Schwindel und Angstgefühl bei Kopfcongestion u. s. w.).

Drittens endlich scheint eine übermäßige Blutdurchströmung, welche nicht durch die Function bedingt ist, eine ungünstige Wirkung auf die außerwesentliche Leistung der Organe zu Gunsten vermehrter innerer (chemischer und mechanischer) Arbeit im Organ selbst zu haben: daher eine gewisse Functionsschwäche, welche meist objectiv wenig nachweisbar ist, von den Patienten selbst aber als eine Hemmung, als ein Widerstand bei willkürlicher Inbetriebsetzung der Maschine empfunden wird (Schwierigkeit des Schluckactes bei Pharynxcongestion u. s. w.). —

Die örtliche Anämie ist objectiv bei allen sichtbaren Theilen zunächst durch die Blässe charakterisirt. Die Contraction des Gewebes, die wir oben als wichtigste Ursache der Herabsetzung des Blutkreislaufes geschildert haben, äußert sich an der Haut, wo sich alle musculären Elemente betheiligen, oft im Auftreten der Cutis anserina. Die kleinen Gefäße sind wenig sicht- und fühlbar; die Retinalarterien z. B. werden ganz dünne Fäden. Die zuführenden Arterien können sich, ähnlich wie bei der Congestion, sehr verschieden verhalten. Zuweilen verengern sie sich enorm. Dann fühlt man bei Synkope der Arme die Radialis als ein stark contractirtes Rohr, der Puls ist klein, stark gespannt, in der

sphygmographischen Curve zeigt sich die Rückstoßelevation klein, die Elasticitätselevationen sind deutlich, die erste derselben nicht weit von der Curvenspitze. Ja, es kann in extremen Fällen der Puls ganz verschwinden. Wohl in dem größeren Theile der Beobachtungen aber bleiben die großen Zuflußröhren, soweit nachweisbar, unverändert. Dann ist entweder nur durch die wachsenden Widerstände im Gewebe die Strömung gehemmt, ohne daß die zuführende Arterie sich wesentlich in ihrem Spannungszustande geändert hat. Oder es ist nur ein Theil des versorgten Gebietes anämisch, während das übrige vielleicht umsomehr Blut aufnimmt; wir haben ja schon oben den Antagonismus der oberflächlichen und tiefen Theile erwähnt. Nur die Rückstoßelevation schien mir immer recht klein. — Bei Stichen oder kleinen Schnitten ist die Blutung oft auffallend gering.

Die Temperatur des anämisirten Theiles sinkt natürlich, am stärksten an den periphersten Körperteilen, wo die Wärmeabgabe um größten ist.

Die Abnahme des Umfanges ist vorhanden, aber meist nicht sehr manifest. Plethysmographische Untersuchungen liegen leider nicht in genügendem Maße vor.

Erreicht die Absperrung der Blutzufuhr gewisse Grade oder dauert sie länger an, so treten Functionsstörungen an den Organen auf, welche die Kranken sehr belästigen, sich hier aber viel öfter, als bei den Congestivzuständen, auch objectiv constatiren lassen. Feinere Organe (Gehirn, Auge, Ohr) setzen momentan ihre äußeren Functionen zum großen Theile aus (Ohnmacht, Gesichtsverdunklung, Schwerhörigkeit), während gewisse innere Reizerscheinungen als Zeichen der gestörten Gewebsarbeit auftreten (Singultus, Funkensehen, Klängen). In größeren Theilen, z. B. den Muskeln, kommt es wenigstens zu sehr auffälliger Erschwerung und einer gewissen Steifigkeit der Bewegungen, die subjectiv als Ermüdung empfunden wird; nur in extremen Fällen wird die Kraftlosigkeit so groß, daß man von einer vorübergehenden Lähmung sprechen kann. Wie weit gewisse Reizerscheinungen (klonische Zuckungen, Zittern) unter diesen Umständen bei unseren Kranken auf Anämie der Muskeln beruhen, ist nicht zu entscheiden. In leichten Fällen fehlt diese Symptomenreihe ganz oder ist nur angedeutet.

Abgesehen von diesen Functionsstörungen bestehen die subjectiven Beschwerden bei der localen Anämie in einem Gefühl der Taubheit, des Eingeschlafenseins, der „Vertodtung“; auch neuralgiforme Schmerzen sollen vorkommen. An der Haut bestehen noch Ameisenlaufen, Kältegefühl, Abstumpfung der Sensibilität. Aber sehr viele locale anämische Zustände geringeren Grades machen keine eigenthümlichen subjectiven Symptome. Die Kranken empfinden natürlich eine gewisse Schwäche der Function, sie sind müde und unlustig, haben aber keine charakteristischen Klagen. Vasoconstrictorische Phänomene werden daher, selbst bei sorgfältiger Untersuchung, sicherlich noch viel öfter übersehen, als vasodilatatorische. —

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

FELIX FRANKE (Braunschweig): Ueber ein typisches Influenzasymptom, die Influenzaangina und über die Influenzazunge und Influenzamilz.

Das erste Symptom, auf das Verf. schon früher einmal aufmerksam gemacht hat, besteht („Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, B. 70, H. 3 u. 4) in einer eigenthümlichen streifenförmigen Röthung nur des vorderen Gaumenbogens, die oft mit ganz auffälligen, bisweilen schweren subjectiven Empfindungen verbunden ist. Diese Röthung des vorderen Gaumenbogens hat den Werth eines typischen Zeichens; seine Bedeutung erhöht sich dadurch, daß es in vielen Fällen sehr lange nach dem Ueberstehen der Influenza erhalten bleibt, und daß es sich beim Ueberstehen eines

neuen Anfalles fast ohne Ausnahme wieder deutlicher markirt. Die streifenförmige Röthung ist bisweilen nur 2—3 Mm. breit, meist nach oben, nach dem Zäpfchen zu, etwas breiter, 6—7 Mm. Das Zäpfchen bleibt ohne Ausnahme frei, die Grenze zwischen ihm und der Röthung ist gewöhnlich außerordentlich scharf. Von dieser streifenförmigen Röthung werden in vielen Fällen gar keine Symptome ausgelöst, oder dieselben sind sehr gering. Nicht selten aber werden außerordentlich heftige Beschwerden, Schluckzwang, Schnürgefühl, ja hochgradige Schmerzhaftigkeit empfunden.

Ein zweites, fast ebenso häufiges Influenzasymptom ist nach FRANKE die Schwellung der vorderen Zungenpapillen, die schon am 2. und 3. Tage bestehen soll. Die Papillenspitzen sind mehr oder weniger geschwollen und leuchten mitunter als lebhaft rothe Knöpfchen aus dem Belage heraus. Die Schwellung beschränkt sich oft nur auf die äußerste Zungenspitze, in wenigen Fällen über das ganze vordere Zungendrittel. Mit der Zungenveränderung sind verhältnißmäßig wenig subjective Beschwerden verbunden, die dann als Wundgefühl und Brennen beschrieben werden.

Ein drittes Zeichen, das F. ziemlich häufig bei lang hingezogener oder häufig rückfälliger, chronischer Influenza gefunden hat, ist die mitunter sehr bedeutende Milzschwellung. Sie ist fast ohne Ausnahme nur durch die Percussion festzustellen, da die Milz bei der Influenza so weich ist, daß man sie selten fühlen kann. Die Milzvergrößerung ist auch prognostisch wichtig. Bleibt sie nämlich längere Zeit bestehen und trotz sie sogar der Eisen- und Arsenarreichung sowie strenger Betruhe, so bleiben Rückfälle der Influenza oder Nachkrankheiten nicht aus, oder der Kranke erholt sich überaus langsam, behält lange Neigung zu Schweißen, Unlust zu geistiger Thätigkeit sowie Empfindlichkeit gegen Abkühlung.

B.

GEORG REINECKE (Kiel): Ueber einige Fälle von schwarzer Zunge.

Als schwarze Zunge ist eine eigenthümliche Erkrankung der Zungenoberfläche bekannt, welche nach der dunklen, bald schwarzen, bald bräunlichen, selten grünlichen Verfärbung benannt ist. Diese ist stets beschränkt auf den vorderen Zungenabschnitt bis zu den Papillae circumvallatae und pflegt sich hier über einen größeren oder kleineren oder auch den ganzen Bezirk der Zungenoberfläche auszubreiten. Letzteres kann innerhalb einiger Stunden vor sich gehen, während die Dauer der Erkrankung zwischen wenigen Tagen und einer ganzen Reihe von Jahren schwankt, so daß man eine acute und eine chronische Form derselben unterschieden hat. Bei beiden sind Recidive häufig („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, Bd. 70, H. 5 u. 6).

Irgend welche subjective Krankheitserscheinungen können dabei fehlen, während in anderen Fällen mehr oder weniger unangenehme Empfindungen an der Zunge, sowie leichte Herabsetzung der Geschmacksempfindung angegeben werden, wobei es indeß zweifelhaft bleibt, ob diese subjectiven Sensationen mit der Schwarzfärbung der Zunge in ursächlichem Zusammenhang stehen. Die Erkrankung tritt sowohl selbständig auf, wie im Gefolge mannigfacher anderer Krankheiten, so bei Störungen von Seiten des Magens, bei chronischer Bleiintoxication, bei Diabetes und bei mannigfachen Infectiouskrankheiten, wie Scharlach, Influenza, Tuberculose und zumal der Syphilis. Alter und Geschlecht haben keinen Einfluß auf ihre Entstehung.

Die dunkle Färbung ist ausschließlich gebunden an die Epithelhauben der Papillae filiformes. Eine meist zu beobachtende Verlängerung derselben hat zu dem Namen der schwarzen Haarzunge Veranlassung gegeben. R. hat 7 einschlägige Fälle beobachtet, 5 davon betrafen syphilitische Individuen; hier lag es nahe, die Verfärbung als eine durch Quecksilber entstandene anzusehen; in einem Falle sprach der Verlauf für den parasitären Ursprung der Affection.

B.

OSCAR SIMON (Karlsbad): Untersuchungen über die Lösungsvorgänge bei der croupösen Pneumonie.

Aus den an todttem Gewebe vorgenommenen Untersuchungen („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 5 u. 6) folgt, daß bei der Einschmelzung des pneumonischen Infiltrates Producte entstehen, denen man auch im Darmcanal bei der Verdauung begegnet. Bei der Lösung der Pneumonie ist ein Ferment thätig, welches wahrscheinlich an die Leukocyten gebunden ist und eiweißverdauend wirkt.

In diesem Vorgang, dem autolytischen Proceß, wie ihn JACOBY nennt, der Selbstverdauung SALKOWSKI'S, würden wir demnach einen Act der Selbstreinigung des Organismus zu erblicken haben; stirbt irgendwo Zellmaterial ab, so sind in der absterbenden Zelle schon Vorrichtungen enthalten, welche den todtten Zelleib, seien es Leberzellen oder Leukocyten, in Lösung bringen und so aus dem Körper schaffen helfen.

Bei der Analyse der pneumonischen Lunge sind Amidosäuren entstanden, welche anscheinend zum Theile auch bei der physiologischen Lösung der Pneumonie in den Harn übergehen. Diese Amidosäuren, Leucin und Tyrosin, finden sich im Harne bei der acuten gelben Leberatrophie, sowie bei der Phosphorvergiftung. Die Amidosäuren sind nachgewiesen in der Leber und in den Muskeln bei der Autodigestion dieser Organe und ebenso auch bei der Autolyse der grau hepatisirten pneumonischen Lunge. Die Anwesenheit von Leucin und Tyrosin im Eiter ist schon lange bekannt. Wir sehen die Amidosäuren also überall dort, wo eine regressiv Metamorphose vor sich geht, und wir müssen ihnen deshalb dieselbe Rolle zuerkennen, welche HOFMEISTER dem Auftreten des Pepton im Harn und in den Geweben beigelegt hat. Sie stellen einen Ausdruck von Einschmelzung der Gewebe dar.

B.

ERICH MAYER (Zürich): Ueber Alkaptonurie.

Unter „Alkaptonurie“ versteht man eine Anzahl auffälliger Harnreactionen, die darin bestehen, daß sich die Urine beim Stehen an der Luft, noch bevor sie in ammoniakalische Gährung übergehen, von der Oberfläche her braun färben. Frisch entleert, sehen solche Harne nicht abnorm aus. Versetzt man sie dagegen mit Alkalien, so tritt sofort von der Oberfläche her eine dunkelbraune Färbung ein, welche rasch nach den tieferen Schichten hin fortschreitet. Hierbei wird aus der Luft reichlich Sauerstoff absorbiert. Eine weitere charakteristische Reaction gibt der Alkaptonharn mit Eisenchlorid. Ein Tropfen einer solchen erzeugt, dem Harn zugesetzt, eine trübgrüne Färbung, welche sofort wieder verschwindet und bei erneutem Zusatz des Reagens noch einigemal auftritt. Diese Erscheinungen sind auf die Anwesenheit der Homogentisinsäure zurückzuführen.

Es ist nur wichtig zu erfahren, ob Alkaptonurie dauernd ohne Schädigung ertragen wird, sowie ob sie das Symptom einer tiefgehenden Störung bedeutet oder nicht. M. berichtet („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 5 u. 6) über einen Fall von Alkaptonurie eines Kindes, das im Alter von 1½ Jahren bereits deutliche Alkaptonurie aufwies; der Urin ließ in der Wäsche nicht fortzubringende braune Flecken zurück. Das Kind hat sich in zwei weiteren Beobachtungsjahren vollkommen normal weiter entwickelt, die Alkaptonurie ist bestehen geblieben. Der chemische Charakter des die Alkaptonurie bedingenden Stoffes ist ein harmloser und bedingt keine bedeutende Abweichung vom normalen Ablaufe des Stoffwechsels, solange eine gewisse Grenze der gebildeten Homogentisinsäuremenge nicht überschritten wird.

Br.

NELLAT (Petersburg): Tonsillitis streptothriptica.

Seit jeher ist es bekannt, daß sich in den Mandeln Klümpchen oder Pfröpfchen bilden, und es wurde bis jetzt allgemein angenommen, daß diese Pfröpfchen aus degenerirten Epithelzellen, Krystallen und verschiedenen Mikrokokken bestehen. H. hat nun 136 solcher Pfröpfchen untersucht und sich dabei überzeugt („Wratsch“, 1901, Nr. 14), daß sie durchwegs aus fadenförmigen Gebilden bestehen, die sämtliche charakteristischen Merkmale der

genannten Streptothrix besitzen. Er machte infolgedessen den Vorschlag, dieselben als Streptothrix tonsillaris zu bezeichnen. Ferner zog er in Betracht, daß bei Pat., die die fraglichen Pfröpfchen haben, zugleich auch verschiedene Schmerzempfindungen im Rachen, Trockenheit, Gefühl von Fremdkörper und Husten bestehen, und daß nach Entfernung der Pfröpfchen sämtliche Empfindungen verschwinden; die Besichtigung und Palpation ergeben häufig Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit auf Druck; befinden sich die Pfröpfchen nur auf der einen Mandel, so sind auch die Schmerzempfindungen auf diese letztere beschränkt; werden die Pfröpfchen entfernt, so verschwinden, wie gesagt, die Erscheinungen, um jedoch wieder aufzutreten, sobald die Pfröpfchen sich wieder gebildet haben. Auf Grund dieser Thatsachen glaubt N. die in Rede stehende parasitäre Affection der Mandeln als selbstständige Krankheitsform darstellen zu können. Die genannte Pilzart bildet nicht selten die Ursache von Katarrhen des Nasenrachenraumes, der Nase, der Ohren, am häufigsten des Kehlkopfs und der Luftröhre. N. ist der Ansicht, daß auch die sogenannte Angina follicularis nichts anderes darstellt, als ein mehr acut gewordenes Stadium der von ihm erwähnten parasitären Affection der Tonsillen; unter 17 Fällen von acuter Angina follicularis fand er in 16 die genannte Pilzart. Nach Ansicht des Verf.'s ist die geschilderte Krankheitsform auch für die Lungen von großer Bedeutung, indem sie zu Lungenabsceß führen kann. Die genannte Pilzart befindet sich stets in den Taschen der Mandeln; sie kann infolgedessen am besten durch Spaltung dieser Taschen, bezw. durch partielle Spaltung der Mandeln vernichtet werden. Von guter Wirkung sind anscheinend auch Pinselungen mit Jodtinctur. Lb.

V. SSAWELJEW (Dorpat): Aspirin bei exsudativer Pleuritis.

Ungefähr 9—10 Jahre lang hat Verf. bei serösen pleuritischen Exsudaten Natrium salicylicum angewendet. Statt dieses letzteren verwendet er jetzt in geeigneten Fällen das Aspirin, und zwar seitdem dieses neue Salicylpräparat in den Handel gelangt ist. Bis jetzt hat Verf. noch nie einen Fall erlebt, der ihn an dem Vortheil dieses Ersatzes hätte zweifeln lassen. Vielmehr erlebte er durch denselben vorzügliche therapeutische Resultate. Besonderes Interesse beansprucht in dieser Beziehung folgender Fall aus der Praxis des Verf.'s, der der gegenwärtigen Mittheilung („Allg. med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 54) zugrunde liegt und einen an exsudativer Pleuritis erkrankten Arzt betrifft. Verf. wurde zu dem erkrankten Collegen, der seine Erkrankung auf anhaltende körperliche Ueberanstrengung und Erkältung zurückführte, am 17. November, d. h. erst mehrere Tage, nachdem der Patient dauernd das Bett hüten mußte, zugezogen. Die Untersuchung ergab folgendes Resultat: Die rechte Brusthälfte blieb bei den Athmungsexcursionen hinter der linken Brusthälfte zurück. Die rechten Intercostalräume waren im Vergleich mit den linken vorgewölbt. Die Palpation ergab auf der rechten Seite gar keine Schmerzhaftigkeit. Der Fremitus pectoralis fehlte auf dieser Seite fast vollkommen. Die Percussion ergab in der rechten Hälfte des Brustkorbs eine Dämpfung, die vorn bis zur 4. Rippe verlief, unten ohne jegliche Unterbrechung in die Leberdämpfung übergang und hinten sich ununterbrochen fortpflanzte, fast bis zum Angulus der rechten Scapula hinreichend. Bei der Auscultation des Dämpfungsgebietes erwies sich das Athmungsgeräusch als im höchsten Grade abgeschwächt. Hinten hörte man oberhalb des Dämpfungsniveaus deutliche Reibegeräusche.

Verf. verordnete Aspirin in Dosen von 1·0 stündlich bis zum Gesamtverbrauch von 4 Pulvern allabendlich. Schon nach der ersten Einnahme des Aspirinpulvers trat bei dem Patienten profuser Schweiß auf, der fast die ganze Nacht anhielt. Der Aspiringebrauch wurde ununterbrochen 9 Tage lang fortgesetzt. Auf der Brust lag während dieser Zeit ein Watteverband, der nach einiger Zeit durch einen warmen Umschlag ersetzt wurde. Am 20. November wurde auf das Gebiet unterhalb des Angulus der rechten Scapula ein spanisches Fliegenpflaster applicirt, dasselbe nach 9 Stunden entfernt und auf das betreffende Gebiet ein Verband angelegt. Vom 25.—26. November bekam der Patient 3mal täglich 30 Tropfen Extr. colae fluid. in Wasser oder Wein.

Innerhalb 9 Tage hat der Patient im Ganzen 36 Grm. Aspirin zu sich genommen. Letzteres modificirte den Verlauf der Temperatur in der Weise, daß die abendlichen Steigerungen nie über 37·5 betrugten, während des Morgens die Temperatur bis auf 36·0—37·0 und einige Bruchtheile sank. Trotz der unter der Einwirkung des Aspirins eingetretenen, sehr reichlichen Schweißsecretion begann die tägliche Harnmenge, die auf 750 Ccm. gesunken war, langsam zu steigen und erreichte die Höhe von 850—900 Ccm. und darüber. Die Zunahme der täglichen Harnquantität konnte bereits am 4. Tage der Aspirinbehandlung wahrgenommen werden. Am 26. November war das Dämpfungsgebiet, das sich während der Aspirinbehandlung allmählig verkleinerte, schon fast vollständig verschwunden; dementsprechend war das Athmungsgeräusch bereits deutlich wahrnehmbar, während das Reibegeräusch bloß in den tieferen Bezirken wahrgenommen werden konnte. Nach weiteren 10—12 Tagen war der Patient vollständig wieder hergestellt. L—y.

E. WELANDER (Stockholm): Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen.

Seit der Empfehlung dieser neuen Methode der Syphilisbehandlung sind Jahre verstrichen, und sie ist vielfach nachgeprüft worden, im allgemeinen mit Bestätigung der von WELANDER gemachten Angaben. Diesem selbst ist es im vorliegenden Artikel („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. LIV) vor allem darum zu thun, einige der Methode zur Last gelegte Nachtheile zu entkräften. GSCHWEND hob unter Anerkennung der Vorzüge der Salbensäckchenbehandlung hervor, daß sie häufig Stomatitis erzeuge, und daß ihr rasch eintretende Recidiven folgen. Bezüglich des ersten Einwandes beschränkt sich W. auf den Hinweis auf das eigene Material, dem zweiten begegnet er energischer, einmal sei das nach jeder Behandlungsmethode beobachtete Auftreten vereinzelter Schleimhauterosionen (Syphilide érosive) kein Recidiv, andererseits sei die Behandlungsdauer bei den Kranken GSCHWEND'S fast durchwegs eine sehr kurze, also unzureichende gewesen. Auch SCHUSTER ist nun schon unter den Bekehrten zu finden, allerdings mit gewissen Vorbehalten, die aber durchaus nicht stichhältig sind; so unter anderem, es sei das Tragen der Säckchen untertags beim Herumgehen kein Vortheil, weil das verdampfende Quecksilber sich zu Tröpfchen condensire und als solches nicht aufgenommen werde, was durch ein einfaches Experiment W.'s widerlegt wird. Auch der Versuch SCHUSTER'S, der veranschaulichen sollte, daß bei dieser (oder der Einklatschungs-) Methode ausschließlich die Resorption durch die Haut maßgebend sei, ist kein glücklicher zu nennen, weil durchaus nicht klar werde, ob er die Ansicht vertritt, daß das mechanisch in die Haut gelangte Hg resorbirt wird oder etwa die sich bildenden Dämpfe? Durch einen sehr einfachen Versuch mittels auf den Leib gebundener kleiner Schächtelchen mit Doppelboden und Bohrlöchern, in welchen sich Hg-Salbe befindet, weist nun W. nach, daß es nur die Dämpfe sind, die zur Absorption gelangen.

Die weiteren Einwendungen, die von anderen Seiten erhoben wurden, beziehen sich auf die Remanenz des also einverleibten Hg, es sollte viel rascher ausgeschieden werden als bei anderen Verfahren. Es ist dies der am wenigsten stichhältige Einwand, schon deshalb, weil einzelne Untersuchungen anderer Autoren, so insbesondere die zahlreichen eigenen W.'s, dargethan haben, daß für die verschiedenen Applicationsarten des Quecksilbers die Form der Elimination eine ziemlich gleiche ist und daß sie in ziemlich constanter Weise nach der Einverleibung des Hg durch Monate anhält. Zum Schlusse wird auch noch die Frage der Remanenz des Hg in der Haut bei der Einreibungsur gestreift und dargethan, daß das in den Follikeln zurückbleibende Quecksilber als Dépôt angesehen werden kann, von welchem immer kleine Mengen verdunsten, die dann zur Absorption gelangen. Allerdings scheinen die Mengen des so zur Resorption gelangenden Quecksilbers für praktische Zwecke nicht ausreichend (jedenfalls meint der Autor hier, wenn der Einreibung unmittelbar die Reinigung der Haut mittels Seife und Wasser folgt, wie in dem ad hoc angestellten Versuche) und bieten keinen vollen Ersatz für die mit der Einreibungsur verbundenen Unannehmlichkeiten. DEUTSCH.

DÖDERLEIN (Tübingen): Ueber vaginale Uterusexstirpation mit einem Vorschlag einer neuen Operationsweise.

Bei Vergleichung der Ligatur- und der Klammernmethode stellt DÖDERLEIN („Archiv für Gynäkologie“) vor allem fest, daß hinsichtlich der Blutstillung sowohl für den Operateur, als auch für die Kranke die Klammern zweifellos den Vortheil haben, daß die Operationsdauer wesentlich abgekürzt wird und die Blutstillung eine sichere und zuverlässige ist. In dem Maße, als die Operationschwierigkeiten durch Unzugänglichkeit der Ligamente, schwere Beweglichkeit des Uterus wachsen, in dem Maße empfindet der Operateur jedesmal aufs Neue die unmittelbaren Vorzüge der Klammernmethode. Hier steht aber der Nachtheil gegenüber, daß die Peritonealhöhle nicht verschlossen werden kann, daß sie in weiter Communication mit der Vagina bleibt, wodurch es zu secundärer Infection und Darmprolaps kommen kann. Um sich gegen diese Complicationen zu schützen, hat D. nach Beendigung der Operation in Beckenhochlage ein Jodoformgazekissen eingeführt, welches die Därme nach unten hin vor jeder Berührung schützen soll. Die Klammern werden nach 2×24 Stunden abgenommen. Mit der Entfernung der Gaze kann, wenn keinerlei Störungen eintreten, bis zum 10. Tage gewartet werden; sie darf nur im Speculum erfolgen, damit nicht mit dem Streifen verklebte Därme vorgezogen werden.

D. glaubt, daß die beiden Verfahren der Ligatur- und der Klammernmethode sich in dem Sinne ergänzen sollten, daß sie sich ausschließen. Bei leichteren Fällen verdient die Ligaturversorgung der Gefäße den Vorzug; in jenen Fällen aber, wo die Durchführung der Operation mittels der Ligatur auf solche Schwierigkeiten stößt, daß die Operationsdauer wesentlich verlängert würde, die Blutstillung nicht nur erschwert, sondern auch unsicher wird, hat die Klammerversorgung einzutreten.

Bei Anwendung der medianen Spaltung ist der Autor auf ein neues Verfahren der Uterusexstirpation gekommen, wobei das hintere Scheidengewölbe und meist auch schon der Douglas durch einen Längsschnitt eröffnet, die hintere Cervixwand gespalten werden, worauf durch zwei seitliche von der Mittellinie aus geführte Querschnitte die hintere Scheidenwand von der Cervix abgelöst und das Loch im Peritoneum vergrößert wird. Dann wird die Längsspaltung der hinteren Uteruswand fortgesetzt und der Uterus von hinten eventuell unter Verkleinerung herausgezogen. Es folgt die Spaltung der vorderen Uteruswand bis zum Peritonealumschlag, so daß der Uterus nunmehr bis auf die vordere Cervixwand entzweigeschnitten ist. Mit der Spaltung der vorderen Cervixwand schließt die Uterusexstirpation. Bei letztgenanntem Act hat man eine Verletzung der nach oben reichenden Blase nicht zu fürchten. Es kommt nur noch die Versorgung der Ligamente. Als Hauptvortheil

der Operation ist hervorzuheben, daß durch die präliminare Entwicklung des in zwei Hälften gespaltenen Uterus das sonst verborgene und schwierige Operationsgebiet freigelegt und der Außenfläche des Körpers so nahe gerückt wird, daß die Uebersichtlichkeit eine gleiche ist, wie etwa bei Operationen an den äußeren Genitalien. D. glaubt ferner einen Vortheil in der Verhütung der Blasenverletzungen erlangt zu haben. Die Gefahr der Impfcedive durch Eröffnung des Uterus bei malignen Neubildungen schlägt D. nicht hoch an. FISCHER.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von G. von Bunge. Erster Band. Sinne, Nerven, Muskeln, Fortpflanzung in 28 Vorträgen. Mit 67 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Ein Lehrbuch ist dies Werk genannt, ein Buch der Erbauung und des Genusses muß es genannt werden, denn ein bedeutender Geist, gereifte, tiefe Erfahrung und ehrliche Ueberzeugung sprechen aus jeder seiner Seiten. Ob B. an Stellen, wo es ihm erforderlich erscheint, den Quellen unseres Wissens als objectiver Beobachter nachgeht, ob er selbst als forschender Historiker auftritt, wie z. B. bei der Ehrenrettung FRANZ JOSEPH GALL'S, dessen Größe und dessen Charakter im Lichte der Darstellung BUNGE'S zu wahrhaft monumentaler Höhe heranwachsen, immer folgen wir mit Bewunderung der Formvollendung seines Vortrages und der Klarheit seiner Gedankenfolge. In dem bisher erschienenen ersten Bande sind die Physiologie der Sinne, des Gehirnes, des Sympathicus, der Muskeln und Nerven, die thierische Electricität, Stimme und Sprache, schließlich Fortpflanzung, Vererbung und Regeneration bearbeitet worden. Br.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studierende. Von Dr. Max Joseph in Berlin.

II. Theil: Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1901, G. Thieme.

Ref. hat die 1. Auflage dieses Buches (1894) bereits in diesen Blättern besprochen und derselben eine günstige Prognose gestellt. Diese günstige Prognose hat sich erfüllt, indem Verf. in der That in die Lage kam, 1896 eine 2. und nun die 3. Auflage des Buches auszugeben. Die vom Ref. damals hervorgehobenen Vorzüge der 1. Auflage sind den Neuauflagen treu geblieben. Bei der letzten, 3. Auflage hat Verf. die praktische Eintheilung getroffen, das Nebensächlichere von dem Wichtigeren durch Anwendung kleineren Druckes zu trennen. Der so gewonnene Raum wurde hauptsächlich einer ausführlichen Besprechung der Gonorrhoe zugewendet. Und so sei auch diese Auflage den Lesern empfohlen. —y.

Feuilleton.

Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

I.

Hamburg, 23. September 1901.

Es war hohe Zeit, die immer mehr zunehmende Zahl von Sectionen dieses alljährlichen Congresses der Naturforscher und Aerzte Deutschlands und — wir dürfen hinzufügen — Oesterreich-Ungarns wieder zu reduciren. Die Zersplitterung wurde immer drohender und, so sehr auch jedes neuauftauchende Specialgebiet seine Berechtigung hatte, eine Uebersicht, ein Theilnehmen an den zeitlich collidirenden Vorträgen wurde immer mehr zur Unmöglichkeit. So hat denn die schon in den letzten Jahren begonnene Verschmelzung zu combinirten Sitzungen weitere Fortschritte gemacht. In der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe hat dieser Verschmelzungsproceß in 6 Fällen

nahestehende Fächer wieder vereinigt; in der medicinischen sind z. B. Physiologie, Anatomie, Histologie und Embryologie unter ein Dach gebracht; Balneologie, Hydrotherapie, Innere Medicin und Pharmakologie tagen in einer Abtheilung gemeinsam; ebenso Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. Auch Hygiene, Bacteriologie und Tropenhygiene sind zusammengelegt worden. Eine fernere Reform „Gemeinsamer Verhandlungen und Referate verwandter Disciplinen“ über Themata, welche die Vertreter verschiedener Gebiete gleichmäßig interessiren, hat weiteren Ausbau gefunden, und von der Bildung eigener Abtheilungen für Geschichte der Medicin, Medicinische Geographie, Unfallheilkunde etc. ist ganz Abstand genommen worden. So haben wir es denn glücklich statt mit 38 nur noch mit 27 Abtheilungen zu thun, 11 naturwissenschaftlichen und 16 medicinischen.

Die altherwürdige Hammonia, welche schon 1830 und 1876 die Naturforscher glänzend aufnahm, hat uns nach einem Vierteljahrhundert wiederum ihre Pforten gastlich geöffnet. Senat und Bürgerschaft, wissenschaftliche Vereine und hervorragende Persönlichkeiten, die Kreise des Gelehrtenthums, der Handels- und der Rudersportwelt haben sich zusammengethan, um die Versammlung würdig auf dem Boden der Hansastadt zu empfangen. Sie hat auch dafür Sorge getragen, daß die Gelehrten nach der Arbeit

geistige Erholung, angenehme Geselligkeit und so manches Schöne, das sonst keine deutsche Stadt bieten kann, genießen. Die Alster, der Hafen und seine großen Dampfer, das neue prächtige Rathhaus, der Zoologische Garten geben diesmal dem Programm sein besonderes Gepräge neben den auch anderwärts üblichen Vereinigungen bei Festmahl, Concert und Ball. So kommen denn diesmal auch die vielen „Schlachtenbummler“ des Naturforschertags, die wohl hier und da bei einem Vortrag anstandshalber hospitiren, aber vorwiegend eine amüsante Woche mit Freunden und Collegen verleben wollen, ganz trefflich auf ihre Rechnung.

Doch zunächst ruft uns die übliche „Feierliche Eröffnung“, welcher die ersten Vorträge über allgemeine interessante Themata folgen, in den großen Saal des in der Vorstadt St. Pauli gelegenen Concerthauses, das sich vornehm aus seiner Nachbarschaft von kleinen Theatern, Spielbuden, Circus, Singspielhallen und Restaurants für Land- und Wasserratten heraushebt. Umgeben es doch auch Stätten der Humanität und Wissenschaft, Krankenhäuser, Stern- und Seewarte; schmückt es sich doch heute ganz besonders als festliche Halle zur Aufnahme von mehreren Tausenden der hier zusammengeströmten Naturforscher und Aerzte, und — last not least — eines zum eisernen Bestand dieser Congresses gehörigen Damenflors.

Endlich legt sich das Brausen und Summen, die schwarzbefrackten, mehrfach ordengeschmückten Herren nehmen ihre Plätze ein, und auf der Estrade des fahngeschmückten Saales, auf welcher der vielgliederige Vorstand und die Mitglieder der Ausschüsse, sowie zahlreiche wissenschaftliche Notabilitäten placirt sind, tritt feierliche Ruhe ein.

Von dankenswerther Kürze waren diesmal die wenigen Begrüßungsreden, zunächst ein herzliches, kerniges „Willkommen“ von Prof. VOLLER (Hamburg), welcher die rapide Entwicklung der Naturwissenschaften seit dem ersten Hamburger Congreß vor 71 Jahren in kurzen Zügen schildert. Noch schlummerten damals die großen Errungenschaften der Neuzeit, die Energie- und Entwicklungslehre. Und selbst vor 25 Jahren konnte die Wissenschaft, obwohl kurz vorher die Gründung des deutschen Kaiserreiches erfolgt war, sich noch nicht ohne die Besorgniß neuer politischer Verwickelungen ihrer Arbeit ruhig hingeben. Das ist unter der Regierung des kriegsbereiten Friedensfürsten Kaiser Wilhelms II. anders geworden. Nachdem seine Rede in einem dreifachen Hoeh auf diesen ausgeklungen, brachte uns Se. Magnificenz der Bürgermeister Dr. ILACHMANN im Namen des Senates einen Gruß. Er betonte, daß den Gästen Hamburgs zwar nicht der glänzende Hintergrund einer Universität oder eines Fürstenhofes geboten werden könne, wohl aber das Bild der verjüngten, verschönten Hansastadt, die neben ihren großartigen Hafenbauten, ihren dem Handel gewidmeten Stätten auch der Wissenschaft, der Hygiene und dem Volkwohl zahlreiche Stätten von vollkommener Ausstattung bereitet habe. Hamburg hat schon darin gesucht, den Fortschritten der Wissenschaft auf jedem Gebiete zu folgen. Es hat zahlreiche Institute geschaffen, an denen Gelehrte von Ruf wirken, und das alles haben Bürgersinn und Gemeingefühl der Solidarität geschaffen. Darum ist die Bürgerschaft stolz darauf, die Männer der Wissenschaft hier würdig empfangen zu können.

Der nie fehlende Geh. Admiralitätsrath Dr. NEUMAYER, dessen würdiges Antlitz auf der Tribüne sichtbar wurde, brachte einen Gruß im Auftrage der wissenschaftlichen Institute und Vereine Hamburgs, das in gemeinsamer Arbeit jetzt so Großes erreicht habe. Früher als eine vorwiegend materiellen Interessen gewidmete Stadt bezeichnet, ist es heute so reich an Stätten der Forschung, der Gesundheitspflege, der Krankenbehandlung und der Nächstenliebe, wie wenige ihrer Schwestern im Deutschen Reiche. — Der letzte Redner war Prof. HERTWIG (München), welcher dem Dank der Congreßbesucher Ausdruck verlieh und Hamburg feierte, das durch seine Vergangenheit, sowie geographische Lage, nicht minder aber durch seine Intelligenz und Thatkraft so bedeutend und geachtet dasteht. Die Handelswege hat es zu Culturwegen gemacht. In einem Ausblick auf die voraussichtliche Gestaltung dieser Versammlungen im neuen Jahrhundert betonte er die Nothwendigkeit, durch Verringerung der Sectionen, durch gemeinsames Ver-

handeln und zusammenfassende Uebersichten die specialistischen Einzelforschungen der Wissenschaft und Menschheit nutzbar zu machen. Er hoffe, gerade dieser Jahrescongreß werde stets ein Bollwerk gegen jede Zersplitterung bleiben.

Von den eigentlichen Rednern dieser „Eröffnungssitzung“ fehlte HOFMEISTER (Straßburg), der in letzter Stunde wegen Krankheit abgesagt hatte. So waren uns nur zwei Redner geblieben, E. LECHER (Prag) und TH. BOVERI (Würzburg). Wir können nicht behaupten, daß die Wahl der Themata dieser beiden Redner für eine „allgemeine Sitzung“, an welcher doch eine große Anzahl von Damen (und nicht bloß von verheirateten) theilnimmt, eine sehr glückliche war. Es gilt dies, auch wenn wir aller Prüderie (nach dem Grundsatz: *Naturalia non sunt turpia*) fern sind, zunächst von BOVERI'S Vortrag: „Das Problem der Befruchtung“. Denn es ist bei allem wissenschaftlichem Interesse der Zuhörerinnen doch unmöglich, dabei Dinge zu umgehen, die besser in einer Sectionssitzung besprochen werden. Was aber LECHER'S Vortrag betrifft, so war er für diesen Kreis viel zu gelehrt, trocken und ermüdend. Auch solche Vorträge gehören besser ins Colleg. Für die allgemeinen Sitzungen sollte man nur solche Redner zu gewinnen suchen, welche Themata von allgemeinem Interesse auch leicht verständlich zu behandeln wissen.

Sachlich waren natürlich beide Vorträge, obwohl sie uns deplacirt schienen, von großer Gediengenheit. Freilich müssen wir es uns versagen, LECHER'S Vortrag: „Ueber die HERTZ'Sche Entdeckung und deren weitere Ausgestaltung“ hier ausführlich zu referiren. Was seit den genialen Forschungen des Hamburgers HEINRICH HERTZ und seit MAXWELL über kurzdauernde elektrische Ströme im Aether, über schnell hin und her pendelnde elektrische Kraft, den sogenannten „Verschiebungsstrom“ und oscillirenden Wechselstrom erforscht ist, wie die Lehre von den „transversalen Aetherschwingungen“ durch eine Unsumme von Versuchen und geistreichster Arbeit weiter ausgebaut worden ist, das schilderte der Redner in chronologisch-historischem Rückblicke über die letzten 25—30 Jahre. Er zeigte, wie MARCONI'S ruhmvolle Entdeckung der „drahtlosen Telegraphie“ jene Vorarbeiten mit elektrischen Wellen zuerst praktisch nutzbar gemacht, wie er die aufgespeicherte Energie auf 300 Kilometer weit entsendet hat. Auch auf das Wesen des „Cohaerers“, welcher die „Aether-Telegraphie“ ermöglicht, ging Redner ein, ebenso auf den Gegensatz von Luft- und Drahtwellen und auf die molecularen Verhältnisse beider. Die elektromagnetische Lichttheorie hat in den neuesten staunenswerthen Arbeiten auf diesem Gebiet eine glänzende Bestätigung gefunden, zumal durch die Versuche über den Einfluß magnetischer Kraft auf die Spectrallinien leuchtender Gase. Die Fülle der Thatsachen, complicirten Versuche und subtilsten Einzelheiten, die LECHER hier in den engen Rahmen eines Vortrages zusammendrängte, läßt es erwünscht sein, daß dieser im Buchhandel erscheinen möchte, so daß auch der in physikalische Details nicht Eingeweihte bei ruhiger Lecture des Gebotenen sich freuen kann.

Was BOVERI uns bot, war wegen der geistreichen Schlüsse, die er aus zahllosen embryologischen Untersuchungen auf die Fortpflanzung der Thier- und Pflanzenwelt zog, besonders interessant. Er knüpfte an die Beobachtungen O. HERTWIG'S (1875) über den Befruchtungsvorgang beim See-Igel an, weil diese für alle späteren Forschungen über das Verhältniß des Spermatozoon zum Ei grundlegend gewesen sind. An trefflichen Wandtafeln erläuterte der Redner das Einbohren des Spermatozoon in das Ei, das Abfallen der Geißel, die Verschmelzung des Kopfes und Mittelstückes mit dem Eikern und die sofortige Verdickung der Dotterhaut, welche anderen Spermazellen das Eindringen unmöglich macht. Ferner beschrieb er die jetzt viel genauer erkannten Vorgänge bei der Kern- und Zelltheilung, die immer weiter bis zur Vollendung des Organismus als geordneter Complex specifisch qualifizirter Zellen fortschreiten. Die Frage: „Was bringt das Sperma in das Ei hinein, um dies zur Entwicklung anzuregen?“ ist dahin zu beantworten, daß es in ihm nur eine „Hemmung auslöst“, die das unbefruchtete Ei an der Entwicklung verhindert.

Das Dirigirende für diesen Vorgang ist das von BOVERI entdeckte „Centrosoma“, das, außerhalb des Kernes im Proto-

plasma gelegen, ein wahres „Theilungsorgan“ und in jeder Zelle zu finden ist. In dem nicht befruchteten Ei bildet es sich zurück; im befruchteten wird es durch das Spermatozoon ersetzt, von dem wieder alle Centrosomen des neuen Individuums abstammen. Eine weitere Frage: „Weshalb verschmelzen überhaupt zwei hochgradig verschiedene Keimzellen mit einander?“ beantwortete BOVERI an der Hand der Beobachtungen, welche man an einzelligen Lebewesen gemacht hat. Hier können Zellentheilung und Zellenpaarung (Conjugation) alterniren; es entsteht bei letzterer eine Mischung der individuellen Eigenschaften zweier Zellen, nicht (wie man früher annahm) eine „Verjüngung“. Befruchtung und Entwicklung sind nur Qualitätenmischung; der sexuelle Vorgang aber ist eine Art von Arbeitstheilung, bei welcher das Ei das Protoplasma liefert, die Samenzelle nach der Vereinigung, obwohl selbst protoplasmallos, doch durch das Centrosoma die Vorbedingung der Weiterentwicklung des Eies in dasselbe hineinträgt. — Mit gespanntester Aufmerksamkeit folgte das Auditorium diesen fesselnden Auseinandersetzungen, welche auch auf die Vererbung individueller Eigenschaften der Menschen ein neues Licht werfen.

Inzwischen haben nun auch die Arbeiten in den Sectionen — und es steht viel Arbeit bevor — begonnen. Allein der Arbeit winkt auch der Lohn. Denn Hamburg kargt nicht mit festlichen Veranstaltungen, in denen die Gelehrten Erholung und Genuß seltener Art finden sollen. Schon als „Vorschuß“ war uns Sonntag, noch ehe wir etwas geleistet hatten, ein entzückender Blumenorso auf der Alster geboten, der, bei herrlichem Sommerwetter, glänzend verlief. Das organisatorische Talent des Alsterclubs, die brillanten Leistungen des Wassersports und die fröhliche Stimmung — es war ein ausgezeichnetes Ensemble. — Der gestrige Abend brachte Concert und Illumination im „Zoologischen Garten“, und heute steht uns nach den Sectionssitzungen ein doppeltes Vergnügen bevor, welches die Mitglieder auch zur „Arbeitstheilung“ veranlassen wird. Die Dampfer „Auguste Victoria“ und „Palatia“ werden ihre Gäste an Bord mit einem Diner bewirthen und bis Brunshausen fahren; die andere Hälfte der Besucher wird dem festlichen Empfang im Rathhause, welchen der Senat veranstaltet, beiwohnen. So winkt der Arbeit nicht nur immer wissenschaftliche Befriedigung, sondern auch der Lohn, die schönste Hansastadt von ihren schönsten Seiten kennen zu lernen.

Als Vorort der Naturforscher-Versammlung pro 1902 wurde Karlsbad gewählt. F.

Kleine Mittheilungen.

— Die **gastrische Methode zur therapeutischen Quecksilbereinführung** erörtert L. BROCC („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 14). Die Hauptsache ist, ein lösliches Präparat oder ein gelöstes einzuführen. BROCC hat daher den Liquor Van Swieten (0.1%ige spirituöse Sublimatlösung) oder Quecksilberbiodid in wässriger Lösung oder Syrup verordnet, und zwar in zweifacher Weise: in großen Dosen entweder einmal oder zweimal täglich oder in fractionirten Dosen vier- bis sechsmal täglich vor den Mahlzeiten. Die erstere Art bietet den Uebelstand, daß die Wirkung geringer und für den Darmtract manchmal irritirend ist. Bei der zweiten Art verschwindet die irritirende Wirkung fast ganz, namentlich bei gehöriger Verdünnung des Medicaments durch Milch oder Vichywasser. Leichte, 3—4 Tage dauernde Koliken bleiben freilich nicht aus. Im Allgemeinen wird die Stuhlentleerung jedoch völlig geregelt. Ein zweiter Uebelstand ist der oft unüberwindliche Widerwillen gegen das Medicament. Meist gelingt es jedoch, durch Verabreichung in Milch oder, wenn diese nicht vertragen wird, durch Zusatz von Corripientien Abhilfe zu schaffen. Einen absoluten Widerwillen oder gastrische Intoleranz hat BROCC nur einmal beobachtet. Ein großer Fehler der Methode ist ihre Unbequemlichkeit. Die Patienten können der Vorschrift nicht genügen wegen ihrer Beschäftigung oder vergessen die Ausführung. Abhilfe kann geschaffen werden durch Fläschchen, welche, die Tagesdosis enthaltend, von den Patienten bei sich geführt werden, oder durch leicht lösbare Tabletten etc. Diesen Nachtheilen stehen erhebliche Vorzüge gegenüber. Die Dosirung erreicht fast

dieselbe Präcision wie bei den Injectionen. Die locale Reizwirkung auf den Digestionstract wird auf das Minimum beschränkt. Der Patient kann selbst und ohne Gefahren die Behandlung durchführen. Schmerzen, Abscesse, auch die momentane Unbekömmlichkeit spielen eine Rolle. Zudem ist die Wirksamkeit außerordentlich, namentlich gegenüber den Pillen. Der Magen scheint die kleineren Dosen besser vertragen zu können.

— Das **Orexinum tannicum**, ein vorzügliches Stomachicum, wird nach KUCK („Der Kinder-Arzt“, 1901, Nr. 6) in Dosen von 0.2—0.5 Grm. je nach dem Alter der Patienten zweimal am Tage gegeben. Die Verabreichung geschieht 1—2 Stunden vor den Hauptmahlzeiten, zweckmäßig in etwas Wasser oder Fleischbrühe; in der Zwischenzeit soll dann nichts genossen werden. Diese Medication wird 5 Tage hindurch fortgesetzt, um nach mehrtägiger Pause in derselben Weise ein- oder mehreremale wieder aufgenommen zu werden. Jedoch kann auch ohne jeden Schaden das Mittel wochenlang genommen werden. Das Orexintannat kann auch in Chocoladetabletten, deren jede 0.25 Grm. Orexin enthält, verordnet werden.

— Zur Conservirung von Leichen hat SCHIEFFERDECKER das **Chinosol** verwendet („Sitzungsber. d. Niederrhein. Ges. f. Nat. u. Heilk. zu Bonn“, 1901, 12. Juni). Das Chinosol (oxychinolin-sulfosaures Kalium) ist ein gelbes, aromatisch riechendes, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver, das sehr stark desinficirend wirkt und dabei relativ ungiftig ist. Man kann es in zwei Formen, als gereinigtes und als rohes Chinosol von der Fabrik (Franz Fritzsche & Co., Hamburg-Uhlenhorst) beziehen. Es werden 50 Grm. in 3 Liter Wasser gelöst, und nachdem diese dem Körper einverleibt sind, wird noch $\frac{1}{2}$ Liter Wasser nachgespritzt, um das Chinosol aus den großen Körpergefäßen zu verdrängen und besser im Körper zu vertheilen. Die Injection geschieht am besten durch einen Irrigator und geht sehr schnell und bequem. Die Farbe der Organe wird nicht verändert; auch das Blut und die Muskeln zeigen ihre gewöhnliche rothe Farbe. Nur das Gehirn erscheint etwas mehr gelb gefärbt. Bei dieser stärkeren Injectionsflüssigkeit werden auch der Darm und die Haut hinreichend desinficirt und conservirt. Das Chinosol hat einen angenehm aromatischen Geruch, der nach der Injection indessen auch nur schwach hervortritt. Da es relativ ungiftig ist und die Haut in keiner Weise angreift, so ist es im Gebrauch recht angenehm. Bei der jetzt angewandten Menge von Chinosol würde dasselbe, falls es den Körper gleichmäßig in allen Theilen durchdringt, in einer Concentration von 1:1000—1:1400 in demselben enthalten sein, was vollkommen genügt, um sämmtliche Pilze zu tödten. Es würde infolge dessen also voraussichtlich eine Infection durch die Leiche nicht mehr möglich sein. Zur Desinfection der Hände und etwaiger Wunden ist eine Lösung von 1:500 sehr bequem.

— Bei **Ekzem** verordnet KROMAYER („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1901, Nr. 8) Folgendes:

Rp. Lenigalloli,
Zinc. oxyd.,
Amyl. pur. aa. 20.0
Vasellini 40.0
Mf. ungt.
D. S. Zinkpasta.
Rp. Lenigalloli 10.0
Ol. cadini 5.0
Zinc. oxyd.,
Amyl. pur. aa. 20.0
Vasellini ad 100.0
Mf. ungt.
D. S. Theerpasta.
Rp. Lenigalloli 10.0
Ungt. Wilkinsonii 90.0
Mf. ungt.
D. S. Salbe.

— Einen Fall von **Salipyrinvergiftung** beschreibt BRUECK („Dermatologisches Centralblatt“). 3 bis 4 Stunden nach Einnahme von 1 Grm. Salipyrin gegen Influenza traten zunächst in den Interdigitalfalten der rechten Hand nach der Dorsalseite zu große rothe Flecken auf, die ein unangenehmes Brennen und Jucken verursachten. Bald stellten sich ähnliche Flecken auch an den entsprechenden Stellen der linken Hand ein. Am nächsten

Morgen erschienen ähnliche, symmetrisch angeordnete Flecken an der Dorsalseite des dritten und fünften Fingers beider Hände, an der Innenfläche der Lippen und an der Glans penis. Am nächsten Tage trat das Exanthem noch deutlicher hervor, die Bläschen am Penis confluirten, die ganze Partie war ödematös geschwollen, an einzelnen Stellen die Epidermis eingerissen und das rothe, nässende Corium bloßgelegt. In den folgenden Tagen blaßte das Exanthem an den Händen rasch ab, während die Blase auf dem Rücken des Penis zu einer Borke eintrocknete, die sich erst nach 8 Tagen ablöste. An den Händen vereinzelt Desquamation, die noch 14 Tage später deutlich sichtbar war. Daß es sich hier um die toxische Wirkung des Antipyrins handelt, geht einerseits daraus hervor, daß Verf. wiederholt Salicyl ohne jede Störung genommen hat, andererseits aus der Thatsache, daß später nach unbewußter Einnahme von 0.2 Antipyrin in einer Tablette ein ähnliches Exanthem, wenn auch in milderer Form, auftrat.

— Den **Einfluß der Nahrung auf die Acetonausscheidung** hat SCHUMANN-LECLERCQ studirt („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 24) und gefunden, daß der Fettumsatz des Körpers wahrscheinlich die wesentlichste, vielleicht die einzige Ursache der Acetonausscheidung ist, gleichviel, ob dies in der Zerstörung von Körperfett oder Nahrungsfett, im Hunger, bei Fettkost, bei einseitiger Fleischkost etc. zutage tritt, und daß die Kohlehydrate acetonhemmend wirken durch ihren großen Einfluß auf den Fettstoffwechsel, indem sie das labile Fett vor der Verbrennung in Aceton schützen.

— Ueber die **Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik** berichtet GONCZY v. BISTE („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 18). Ein 20jähriger Mann hatte durch Stich eine Wunde erlitten, welche 4 Cm. unterhalb des linken Ellbogengelenkes sämtliche Streckmuskeln durchschnitt. Er war nicht imstande, seine linke Hand im Gelenke zu heben und die Finger zu strecken. Nach vergeblichen Versuchen, die Nervenstümpfe 8 Monate später durch Naht zu vereinigen, wurde ein Jahr nach der Verletzung durch Vernähung der abgetrennten Sehne des ellenseitigen Handgelenkbeugers an den Sehnen des Fingerstreckers und gleichzeitige Befestigung des Stumpfes dieses Muskels an dem gemeinsamen Fingerbeuger (der Operationsgang muß im Original nachgelesen werden), eine Streckmöglichkeit der vier langen Finger erzielt, noch weitere 4 Monate später auch der Daumen wieder streckfähig gemacht durch Uebertragung der Sehne des speichenseitigen Handbeugers auf die Sehne des langen Daumenstreckers.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

SCHATZ (Rostock): Ueber die Hirnscheitelbeinlagen.

Man kann die LITZMANN'sche Obliquität nicht richtig erklären und verstehen, wenn man nicht vorher die Aetiologie der NÄGELE'schen Obliquität als ihres Gegentheiles klar versteht. Beide sind zwar in geringem Grade auch bei normalem Becken häufig genug zu beobachten, treten aber recht deutlich nur bei engem Becken, und zwar am meisten bei plattem Becken hervor. Wir müssen von den beiden Obliquitäten je eine primäre und eine secundäre streng von einander unterscheiden. Die primären, welche in der Schwangerschaft und noch in der ersten Zeit der Geburt bestehen, können während der Geburt in die wichtigeren secundären übergehen.

Beim platten Becken steht am Ende der Schwangerschaft und bei Beginn der Geburt der Kopf zunächst so auf dem Beckeneingange, daß die Pfeilnaht gleich von vornherein oder wenigstens bald nach Beginn der Geburt quer verläuft, ohne daß dabei auch der Rücken des Kindes rein seitlich zu liegen braucht. Dieser kann sehr wohl stark nach vorn oder hinten abweichen. Die Kindes- oder Uterusachse wird in manchen Fällen senkrecht stehen auf der Beckeneingangsebene, also mit der Beckeneingangsachse zusammenfallen. Anderemale aber, wie z. B. bei Hängebauch, wird sie oben von ihr mehr oder weniger stark nach vorn, anderemale aber nach hinten abweichen. Ihr unteres Ende trifft allemal auf die querverlaufende Pfeilnaht. Weicht nun die Uterusachse, respective Kindesachse mit ihrem oberen Ende wie bei Hängebauch einigermaßen stark nach vorn ab, so wird dadurch ihr unteres Ende nach hinten verschoben. Ist diese Drehung groß genug, so kann die Pfeilnaht sogar hinter die Mitte des Beckeneinganges zu stehen kommen, und so besteht von vornherein eine — also primäre — NÄGELE'sche Obliquität oder Vorderscheitelbeinlage. Steht hingegen die Uterusachse zur Beckeneingangsachse parallel, so würde bei normaler Conjugata die Pfeilnaht in die Beckeneingangsachse fallen und genau im queren Beckendurchmesser verlaufen. Bei engem Becken aber und normalem Kopfe muß sie vor den queren Durchmesser des Beckeneinganges fallen, weil die nach hinten gelegene Hälfte des Kopfes dicker, als die hintere Hälfte der Conjugata lang ist. Es besteht also von vornherein eine wenn auch nur geringgradige Hinterscheitelbeinlage — eine primäre LITZMANN'sche Obliquität.

Bei der Geburt treten nun durch einen eigenthümlichen Vorgang ganz neue Verhältnisse ein, welche die secundären Obliquitäten erzeugen.

Während durch die Wehen der innere Muttermund geöffnet und der Kopf in den Hals eingetrieben wird, entsteht eine Verlängerung oder Reckung des ganzen kindlichen Körpers. Der Uteruskörper selber wird dabei zwar kürzer und schmaler, aber, da der Uterushals jetzt zur Umhüllung des Kindes mit herangezogen wird und der ganze Uterus länger und schmaler erscheint, also mehr cylindrisch, und weil der Kopf noch nicht in das Becken eintreten kann, muss der Uterusgrund im Bauche um so höher emporsteigen. Dies kann aber bei wenigstens annähernd normalen Bauchdecken und Bauchinhalt nur geschehen durch größere Vorwölbung der oberen Bauchhälfte. Sobald nun die Bauchpresse in Wirkung tritt, sucht der Bauch die ihm eigene Kugelform wieder anzunehmen; er drückt mit seiner oberen vorgewölbten Hälfte den ihn vorwölbenden Uterusgrund nicht nur nach unten, sondern auch möglichst nach hinten und läßt umgekehrt die unteren Theile des Uteruskörpers nach vorn hin ausweichen, während der unterste Theil des Collum uteri auf dem Beckeneingange festbleiben muß. Es entsteht also am ganzen Gebärschlauche eine nach vorn convexe Krümmung. Diese Krümmung ist nicht ganz gleichmäßig, sondern am stärksten in der Höhe des inneren Muttermundes, weil dort die activen und passiven Theile des Gebärschlauches zusammenreffen. Das Kind, welches jetzt cylinderförmig gereckt im Gebärschlauche liegt, erfährt durch diesen die gleiche, für dasselbe freilich seitliche Krümmung mit der Convexität nach vorn, und auch bei ihm ist die Krümmung nicht ganz gleichmäßig, sondern in der Höhe seines Halses, welcher jetzt etwa in der Höhe des inneren Muttermundes liegt, am größten. Die Krümmung des cylindrischen Fruchtkörpers mit der Convexität nach vorn bewirkt nun an der Basis des Kopfes eine Bewegung nach vorn und dementsprechend am Scheitel nach hinten, weil der Kopf im Ganzen seine Stellung auf dem Beckeneingange noch beibehalten muß. Durch diese Drehung des Kopfes um seinen geraden Durchmesser kommt die Scheitellaht, welche anfangs in der vorderen Hälfte des Beckeneinganges gestanden hatte, in die hintere Hälfte; es entsteht die secundäre NÄGELE'sche Obliquität, deren Folgen für die Form und den Eintritt des Kopfes ins Becken SCH. als nicht hierher gehörig nicht weiter verfolgt.

Da also der Uebergang von der primären LITZMANN'schen in die secundäre NÄGELE'sche Obliquität — das ist ja der bei weitem häufigste Fall — lediglich durch die kind-seitliche Krüm-

mung des Fruchtkörpers mit mütter-vorderer Convexität zustande kommt, so muß der Uebergang zur NÄGELE'schen Obliquität ausbleiben und die LITZMANN'sche Obliquität bestehen bleiben, wenn jene Krümmung des Fruchtcylinders ausbleibt.

Man wird den Uterus drehen oder heben können, um den nach hinten liegenden Rücken nach vorn zu bringen. Es kann dies natürlich nur dann zur Correctur der LITZMANN'schen in die NÄGELE'sche Obliquität führen, wenn der Kopf in LITZMANN'scher Obliquität noch nicht zu weit ins Becken eingetreten ist. Anderemale wird man durch Entleerung der Blase, manchmal nur durch möglichst starkes Zurückbiegen des Uterusgrundes, nicht selten auch dadurch Hilfe schaffen können, daß man den über der Symphyse noch zu weit vorstehenden Kopf nach der Kreuzbeinhöhle hin zurückdrängt, wodurch er zugleich um seinen geraden Kopfdurchmesser gedreht wird. Dieser ja zunächst liegende Handgriff führt aber nur bei leichten Fällen und unsicher zum Ziel. Bei tiefstehendem oder doppeltem Promontorium wird man damit, wenn das Becken einigermaßen eng ist, nur sehr selten etwas erreichen, und SCHATZ hat in einem solchen Falle, wo das erste Kind in LITZMANN'scher Obliquität hat perforirt werden müssen, beim zweiten Kinde, um es zu retten, die Symphyseotomie ausgeführt.

Zweifel bestätigt, daß die hintere und vordere Scheitelbeinstellung durch Abknickung der Uterusachse zustande kommt, und zwar sind die Beweise für diese Behauptung die bisher veröffentlichten Gefrierdurchschnitte. Diese Durchschnitte sind Augenblicksbilder von Gebärenden, und es ist die Behauptung nicht richtig, daß das Uebersinken des Uterus eine Leichenerscheinung ist. Der sichere Gegengrund gegen diese Behauptung ist das Vorhandensein von Abknickungen des Uterus nach vorn gegen die Bauchwand der in Rückenlage gefrorenen Leiche. Bei dem einen Gefrierschnitt wurde **ZWEIFEL** darauf aufmerksam, daß die Abknickung des Uterus, bezw. der Rumpfachse des Kindes gegen die Kopfachse abhängig ist vom Sitz der Placenta. Sitzt diese vorn, so zieht sich die vordere Wand des Uterus weniger energisch zusammen, dafür umso stärker die hintere Wand. Hierbei übt die Wirbelsäule einen Druck in einer nach vorn gerichteten Achse auf den Kopf aus, und dieser rollt mit quer gestellter Pfeilnaht in dem Sinne, daß die Pfeilnaht sich der hinteren Beckenwand nähert.

W. A. FREUND: Ueber congenitalen Uterusvaginalprolaps.

Da die Kenntniß des congenitalen Uterusvaginalprolapses trotz mehrfacher Mittheilung des Vortragenden noch wenig verbreitet ist, so benutzt F. einen im Wintersemester 1900/1901 auf der Straßburger Klinik von ihm beobachteten und operirten Fall dieser Art, um die Hauptlinien des anatomischen und klinischen Bildes der Affection zu zeichnen.

Die 65jährige V. J. hat seit frühester Kindheit an Prolaps gelitten, der sich mit der Zeit vergrößerte und sich seit einem Jahre mit Harnbeschwerden, Incontinentia urinae complicirt hat. Man constatirt vollständige Eventration der Beckeneingeweide und Tiefstand der Baueingeweide; in der Harnblase ein Concrement. Der Prolaps reicht mit vorzugsweiser, dorsalwärts gerichteter Entwicklung bis zur Mitte der Oberschenkel und erreicht mit 42 Cm. den Umfang des Kopfes eines 3jährigen Kindes.

Nach gehöriger Vorbereitung wird zunächst mittels Vaginalvesicalsechnittes der 155 Grm. schwere harte Harnstein entfernt. Da nach Primaheilung der Incision die alte Cystitis anhält, so wird eine breite, quere Blasenfistel angelegt und die Blase drainirt. Nach Heilung der Cystitis wird nach vergeblichen Versuchen, den mühsam reponirten Vorfall zurückzuhalten, die Laparotomie gemacht, der Uterus in den unteren Bauchwundwinkel eingenäht, die Vaginalwände durch eingelegte trockene Nähte fest aneinandergehalten, eine tiefgreifende Perinealplastik ausgeführt. Vollkommen geheilt nach 4 Wochen entlassen, kehrt (nach Mittheilung des Herrn Privatdocenten Dr. FUNKE) die Person mit einem Recidiv in die Klinik zurück; das Recidiv hatte sich nach vollkommener Zerreißung des neugebildeten Damms entwickelt. Eine NEUGEBAUER-Operation und HEGAR'sche Kolpoperineorrhaphie ist dann von Dr. FUNKE mit vollkommenem Heilerfolge ausgeführt worden.

Die Hauptzüge des anatomischen und klinischen Bildes der Affection sind:

1. Beginn als Hernia Douglasii bei congenital tiefer Douglas-tasche.
2. Genereller oder auf das Becken beschränkter Infantilismus.

3. Beginn in der Jugend, häufig schon in der Kindheit mit auffallender Toleranz gegenüber den sonstigen Beschwerden des Prolapses.

4. Beginn der Erkrankung als Vorfal der hinteren Vaginalwand.

5. Tiefstand der Darmeingeweide, speciell des Dünndarms und der Flexura iliaca in der Douglastasche.

6. Schwierige Reposition und Retention.

7. Operative Behandlung im Allgemeinen nach den modernen Principien der Radicaloperation der Hernien einzurichten, allerdings mit den casuell gebotenen Modificationen.

A. Martin bezweifelt die Häufigkeit von Atavismus für das Zustandekommen des Prolapses, er sah wiederholt, daß Masturbation die Ursache des Vorfalles bei jugendlichen Personen war. Die Fixation des Uterus am Kreuzbein zur Heilung des Prolapses war ihm wiederholt unmöglich.

Mackenroth schildert einen Fall, indem er gleichfalls den Vorfal des Mastdarmes infolge von Atavismus als das Primäre ansah, denn Prolapsus ani fehlte fast vollständig, erst später stellte sich nach einer Geburt ein Vorfal des Uterus ein.

W. A. Freund: Für die geschilderten Vorfälle ist es charakteristisch, daß sie sich nach hinten mehr entwickeln als nach vorn; allerdings gelingt es häufig schwer, den Uterus zu reponiren, ihm gelang es jedoch stets. Der Ausdruck Atavismus sei falsch, es handele sich um Infantilismus.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

HEUBNER (Berlin): Chorea.

Nach Ausschließung der sogenannten Chorea hysterica, *Maladie de tic u. a.*, begrenzt sich der Begriff der eigentlichen gemeinen Chorea immer enger. Bei dieser letzteren tritt ein Zusammenhang mit Rheumatismus, je mehr und genauer man darauf achtet, immer constanter zu Tage. Mit einem Hinweis auf die MEYER'schen Befunde aus der HAGENBECK'schen Klinik theilt der Vortragende mit, dass bei Beobachtung von 27 Fällen von Rheumatismus und 77 Fällen von Chorea unter ersteren 2 bereits Chorea gehabt, während von letzteren ca. 32% die Chorea im Anschluß oder nach Rheumatismus acquirirt hätten. Nach des Vortragenden Meinung ist die genuine Chorea zu der rheumatischen, respective zu den infectiösen Erkrankungen zu rechnen. Dafür spricht neben anderem, daß Chorea gern in rheumatischen Familien auftritt, daß sich auch bei Chorea rheumatische Exantheme zeigen, und ferner die Neigung beider Erkrankungen, sich bisweilen in die Lunge zu ziehen und zu Recidiven zu führen. Beide sind häufig complicirt durch Endocarditis, gleichgiltig, ob es sich um schwere oder leichte Primär-Erkrankung handelt. HEUBNER weist noch auf die interessanten Beobachtungen von LITTEN hin, daß Chorea sich gleichfalls wie der Rheumatismus im Anschluß an eine Gonorrhoe findet, wo sie als ein rheumatisches Aequivalent aufzufassen ist. Der Vortragende weist auch noch darauf hin, daß die echten Choreabewegungen beinahe regelmäßig, wenigstens ein Theil derselben, den Eindruck von Gemüths- oder Affectsbewegungen machen, daher man auch die wirkliche Chorea nur nach dem 3. und 4. Lebensjahre findet, in einer Zeit, wo die Kinder bereits gelernt haben, ihre Gemüthsbewegung durch eine bestimmte Muskelbewegung auszudrücken.

Bei HEUBNER's Auffassung der echten Chorea als einer infectiösen rheumatischen Erkrankung müssen Betruhe und schweißtreibende Methoden indicirt und von Vortheil sein. Daneben kommt Arsen zur Anwendung.

Soltmann (Leipzig) betrachtet die Chorea als eine psychomotorische Neurose, bei der durch Irradiation der Willensimpulse den Willensbewegungen nicht intendirte Mitbewegungen beigemischt werden. Das kann durch Läsionen im Gehirn, auch durch infectiöse Noxen (Rheumatismus) wie auch auf dem Wege des Reflexes geschehen (Chorea symptomata, idiopathica, reflectoria). Die eigentliche Chorea idiopathica entsteht auch nach **SOLTANN** meist durch Rheumatismus. Die Annahme der Franzosen ging schon dahin, daß kleinste Partikelchen vom Endocard fortgerissen werden; sie unterbrechen dann im Cortex an Ort und Stelle meist die Willensbahn, der Impuls kommt auf Abwege und erzeugt, wenn die Innervationsdosis zur Bewegung die nothwendige Intensität besitzt, und nicht zur rechten Zeit erfolgt, die Mißbewegung. Sogar experimentell hat man durch Einführung kleinster Partikelchen in die Blutbahn Chorea erzeugt. Die Chorea idiopathica ist daher wohl meist eine embolische Infectiouskrankheit, respective Intoxication.

v. Szontagh (Budapest) hebt als ätiologisch wichtige Momente für die Chorea eitrige Anginen und Scarlatina hervor.

Müller (Hannover) meint, daß, falls jüngere Kinder von der Chorea befallen würden, diese nach seiner Beobachtung meist intelligente seien.

Heubner (Berlin) hält gleichfalls die eitrige Angina, sowie andere Infectionen, wie Scharlach und Masern, für wichtige ätiologische Momente bei der Entstehung von Chorea. Dies sind Momente, welche mit der Theorie des rheumatischen Aequivalents zusammenfallen.

THIEMICH (Breslau): **Klinische Beobachtungen über die Functionsfähigkeit motorischer Rindenfelder beim Säuglinge.**

THIEMICH ist durch Untersuchung der Bewegungen junger Säuglinge zu dem Resultat gekommen, daß dieselben bereits vom 3.—4. Monate an eine Reihe corticaler Coordinationen (Faustschluß, Beinverkürzung und Beinverlängerung) besitzen, so daß die Functionsfähigkeit der motorischen Rindenfelder für dieses Alter erwiesen ist. Mitunter findet sich die gleiche Leistung schon bei Neugeborenen. Schwere, zur Atrophie führende Erkrankungen verzögern die Entwicklung, beziehungsweise bedingen eine große Erschöpfbarkeit der Kinder, ein schnelles Verschwinden der Coordinationen.

H. GUTZMANN (Berlin): **Zur diätetischen Behandlung nervöser Sprachstörungen im Kindesalter.**

Vortragender bezieht seine Mittheilungen hauptsächlich auf stotternde Kinder, die der Mehrzahl nach neuropathisch belastet und nervös oder neurasthenisch sind. Man findet bei ihnen sehr häufig Verdauungsstörungen, die zum Theil Folge einer fehlerhaften Ernährungsweise sind. Besonders wirkt eine übermäßige Fleischnahrung schädigend. An zwei Beispielen zeigt der Vortragende, wie durch eine Veränderung der Diät, Einschränkung der Fleischnahrung, Bewegung in freier Luft, regelmäßige Waschungen morgens und abends auch ohne eine besonders ausgedehnte Uebungstherapie nervöse Sprachleiden zum Verschwinden gebracht werden können.

Carsteus (Leipzig): Für die Thatsache, daß neuropathisch belastete Kinder bei Erkrankungen des Darms Sprachstörungen zeigen, spricht die Erfahrung, daß bei Typhusfällen in derselben Familie Aphasie gehäuft beobachtet wurde.

Abtheilung für Chirurgie.

SCHEDE (Bonn): **Ueber Rückenmarkstumoren und ihre chirurgische Behandlung.**

SCHEDE berichtet über 4 von ihm in Gemeinschaft mit Geh.-Rath Prof. SCHULTZE beobachtete und von ihm operirte Fälle von Rückenmarkstumoren.

1. 49jähr. Näherin. Vor 9 Jahren erste neuralgische Schmerzen, seit 17 Monaten spastische Lähmung beider Beine, die seit 13 $\frac{1}{2}$ Monaten nahezu total war. Patellarreflexe verstärkt. Blasenlähmung, die höchst gelegenen Störungen gehörten dem 7. Dorsalsegment an, dementsprechend wurde der Bogen des 5. Brustwirbels entfernt und das obere Ende des Tumors sofort gefunden. Zu seiner Entfernung war noch die Wegnahme des 6. und 7. Bogens nöthig. Der Tumor lag extradural, war 4 Cm. lang, 2.6 breit, 1 $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{2}{3}$ Cm. dick und erwies basales hartes Fibrosarkom. Wundverlauf tadellos. Nach 6 Monaten macht Patientin im Bett alle Bewegungen mit den Beinen, nach 1 Jahr geht sie im Zimmer ohne Stock und steigt Treppen, nach 14 Monaten geht sie mit einem Stock $\frac{1}{2}$ Stunde weit.

2. 28jähr. Gärtnerbesitzer. 3 Jahre neuralgische Schmerzen längs des rechten unteren Rippenbogens, dann rasch zunehmende spastische Lähmung, erst des rechten, dann auch des linken Beines, die im Laufe von 6 Monaten fast total wird. Detrusorlähmung, doppelseitiger Fuß- und Patellarcloonus, Fehlen des Bauchdeckenreflexes. Herabsetzung der Sensibilität bis zum Nabel, hyperästhetische Zone 3 Finger breit höher. Ein Tumor wird in der Höhe des 8. Dorsalsegments und 7. Brustwirbels diagnosticirt und gefunden und nach Resection des 6. und 7. Bogens entfernt. Er saß subdural und war ein Fibromyxosarkom, fast ebensogroß wie der vorige Tumor. Heilung wie im vorigen Fall. Nach 6 Monaten ist Pat. imstande, $\frac{3}{4}$ Tagewerk als Gärtner zu leisten.

3. 24jähr. Student. 5—6 Wochen lang vage Schmerzen im Rücken beim Bücken etc., dann Parästhesien im linken Bein, Einschlafen desselben, Unsicherwerden des Ganges, dann auch Taubsein im rechten Bein, Parese des Detrusor. Beiderseits Fußclonus, Patellarcloonus. Starke Herabsetzung der Sensibilität bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse, geringere bis zum Nabel. Bauchreflex nur im Epigastrium. Romberg. Nach 4 Monaten totale spastische Lähmung beider Beine. 2—3 Finger breit vom Nabel ab-

wärts hyperästhetische Zone. Diagnose: Tumor am 10.—11. Brustsegment, gegenüber dem 9.—10. Brustwirbel. Entfernung des 8.—10. Bogens. Der Tumor, ebenfalls ein hartes Fibrosarkom, liegt subdural unter dem 9. und 10. Bogen. Entfernung desselben. Naht der Dura. Vorübergehende Eiterung der Wunde und Ausfluß von Liquor cerebrospinalis. Schließlich Heilung.

Nach 7 Monaten ist die Ataxie rechts ganz links bis auf geringe Reste verschwunden. Patellarreflexe rechts normal, links noch etwas gesteigert. Alle Bewegungen kräftig. Geht weite Wege ohne den Stock zu benutzen, kann den ganzen Tag ohne Ermüdung im Laboratorium arbeiten.

4. 47jähr. Mann, vor 20 Jahren Lues. Beginn vor 16 Jahren mit Schmerzen, die als ischiadische gedeutet wurden. Vor 15 Jahren Lähmungserscheinungen im rechten, vor 10 im linken Bein. Vor 8 Jahren beginnende Blasenlähmung. Damals völlige schlaffe Lähmung der vom linken Nerv. peroneus, fast völlige der vom rechten versorgten Muskeln. Entartungsreaction. Sensibilität abgestumpft. Langsames Fortschreiten der Lähmung auf den Tibialis. Dann Lähmung der Beuger vom Oberschenkel, fast völlige Anästhesie im ganzen Bereich der Beine, Reitsattelähmung, blitzartige Schmerzen in beiden Beinen. Diagnose, ob Cauda- oder Conustumor, nicht ganz sicher. Wegnahme des Bogens des 1. Lendenwirbels, entsprechend der oberen Grenze der Störungen, läßt die Spitze eines Tumors erkennen, der das Rückenmark um einen Wirbel in die Höhe gedrängt hat. Ein hühnereigroßes Stück wird entfernt. Aber Pat. stirbt unter enormem Verlust von Liqu. cerebrospinalis aus dem Duralsack nach 11 Tagen. Die Section ergibt, daß der ganze Sacralcanal enorm ausgeweitet ist und der Tumor 13 $\frac{1}{2}$ Cm. lang, 9 $\frac{1}{2}$ Cm. tief und 8 Cm. breit war. Es war ein Angiomyxosarkom, zwischen 4. und 5. Brustwirbel durch die Intervertebrallöcher beiderseits in die Psoasmusculatur durchgewuchert. Auf jeder Seite fand sich hier ein taubeneigroßer Knoten. Keine Metastasen.

SCHEDE bespricht die Diagnose der Rückenmarkstumoren, die Technik der Operation. Er legt vor Allem Werth darauf, einen größeren Verlust an Liq. cerebrospinalis zu verhindern und erreicht dies nach dem Vorgang von SICK durch leises Abschnüren der Dura mit oberhalb und unterhalb der Incisionsstelle mittels einer Aneurysmanadel eingeführte Fäden und spätere sorgfältige Naht. (Demonstration des Präparats.)

Graff (Bonn) kann noch über einen ähnlichen Fall berichten, den er in Vertretung von SCHEDE vor 14 Tagen operirt hat. Es handelte sich um einen Tumor in der Größe und Form einer Knackmandel, der sehr gefäßreich war und mikroskopisch wie ein Cavernom aussah.

Notizen.

Wien, 28. September 1901.

Zu Hermann Nothnagel's sechzigstem Geburtstag.

HERMANN NOTHNAGEL ist nicht der Mann, dessen Sinn auf rauschende Ovationen gerichtet ist. Wenn wir seinen sechzigsten Geburtstag, der auf den heutigen Tag fällt, feiernd begehen, so entspringt dies einem tiefempfundenen Herzensbedürfnis seiner Schüler, all die Liebe, Dankbarkeit und Verehrung, die sie für ihren Meister empfinden, nach außen hin zu bekennen. Man wird uns nicht dithyrambischen Ueberschwanges zeihen, wenn wir in unserem Meister den großen Forscher, Lehrer und Arzt — und nicht zuletzt auch den edlen Menschen, den Bekenner einer geläuterten, im höchsten Sinne humanistischen Weltanschauung feiern.

Die Verdienste NOTHNAGEL'S als Forscher stehen in unbestrittener Bedeutung da und sein Name glänzt als Stern erster Größe am Himmel der deutschen Klinik. Auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Gehirnes und Darmes hat er grundlegende Arbeiten geschaffen, an denen die großen Umwälzungen, welche die Medicin gerade in den letzten Decennien erfahren hat, nichts Wesentliches zu ändern vermochten.

Es handelt sich eben um Producte eines echten Forschergeistes, aus einer glücklichen Vereinigung scharfer Beobachtungsgabe, strenger Logik und umfassenden Wissens hervorgegangen. Nicht nur auf die genannten Gebiete allein hat sich NOTHNAGEL'S

Forschung beschränkt, da jede Einseitigkeit ihm fern liegt, — auf allen Gebieten der internen Klinik hat er Hervorragendes, Dauerndes geleistet. Ein unvergängliches Verdienst hat sich NOTHNAGEL durch die Herausgabe des „Handbuches der speciellen Pathologie und Therapie“ erworben. Seinem Rufe sind die besten Männer der klinischen Wissenschaft gefolgt; er selbst hat die Erkrankungen des Darmes und Peritoneums für dieses Sammelwerk bearbeitet und damit ein classisches Werk geschaffen, bestimmt, in unseren wirren, trüben Zeiten die besten Traditionen aus der Blütezeit der klinischen Wissenschaft aufrecht zu erhalten. Es kann getrost ausgesprochen werden, daß an Competenz auf dem Gebiete der Darm-pathologie Niemand an NOTHNAGEL heranreicht, und daß wir ihm für seine profunden Arbeiten gerade auf diesem Gebiete aus tiefstem Herzen dankbar sein müssen.

Auch der Lehrer NOTHNAGEL verdient mit Recht gefeiert zu werden. Die krystallene Klarheit seines Vortrages, die strenge Logik der Ideenentwicklung, die von Nihilismus und Optimismus gleich weit entfernte Darstellung der Therapie, unterstützt von einer edlen Vortragsform, die nicht durch Witz, sondern durch Ernst gewinnen will, machen das Anhören seiner Vorlesungen zu einem wahren Genuß, und jeder, der guten Willens ist, kann aus denselben das lernen, was er für das praktische Leben benöthigt. Man darf es ruhig als Verdienst NOTHNAGEL'S bezeichnen, daß eine große Zahl tüchtig geschulter jüngerer Aerzte in seinem Hörsaal ihre Bildung auf dem Gebiete der neueren Medicin erworben haben. Neben der Wissenschaft bespricht NOTHNAGEL in seinen Vorlesungen auch Fragen der ärztlichen Ethik, und schon mit seinem ersten Satze: „Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein“, hat er ein Programm entwickelt, welches ihm die Herzen seiner Hörer gewinnen mußte. Was NOTHNAGEL als Lehrer für seine engeren Schüler bedeutet, können nur diejenigen ermessen, welchen das Glück zutheil wurde, an seiner Klinik sich ausbilden zu dürfen. Hier lernen die Aerzte, die eine vertiefte Bildung auf klinischem Gebiete erwerben wollen, klinisch denken und beobachten. Daß die Lehren NOTHNAGEL'S vielfach auf fruchtbaren Boden gefallen sind, geht daraus hervor, daß die Beiträge seiner Schüler zu dem von ihm herausgegebenen Sammelwerke mit unter die besten und gediegensten Bestandtheile desselben zählen.

Zum Schlusse noch ein Wort über NOTHNAGEL als Mensch. Hier ist er am besten durch die Worte des Altmeisters Goethe gekennzeichnet, welcher ja schon Alles, was Menschengestalt ausdenken, Menschenherz zu fühlen vermag, in unübertreffliche Kernworte umgeprägt hat. Seinem Satz: „Edel sei der Mensch, hilfreich und gut“, entspricht unser Meister NOTHNAGEL im vollen Maße. Ein Abglanz aus Weimars großen Tagen ruht auch auf ihm, der als Professor in Jena Weimars unvergleichliche Culturtradition in sich aufnahm, und gibt sich in seiner geläuterten Bildung, seinem harmonischen Wesen und in dem unerschrockenen Bekennen zu einer von allen beengenden Vorurtheilen freien Weltanschauung kund.

Mit dem sechzigsten Lebensjahre tritt der Mensch in des Lebens Herbst. Wir alle wollen dem Wunsche Ausdruck geben, daß dieser Herbst ein fruchtreicher und gesegneter sein möge, daß es unserem Meister, der neben dem verdienten Ruhm und Erfolg auch so manchen herben Schicksalsschlag erfahren hat, vergönnt sein möge, noch lange in ungebrochener Frische zu wirken, zum Ruhme der Wissenschaft und zur Freude seiner Schüler.

Dr. MAX KAHANE.

(Ist der ärztliche Berufszwang gesetzlich begründet?) Ueber diese wichtige Frage wurde im Vorstande der Wiener Aerktekammer ein interessantes Referat erstattet, aus dem auch hervorging, welcher Art zuweilen die Entscheidungen des Wiener Magistrates sind. Das Substrat des Falles ist folgendes: Der Arzt Dr. W. in Wien erhielt während seiner Ordinationsstunde die Aufforderung, zu einer Frau zu kommen, die sich vor etwa drei Stunden mit Arsenik vergiftet hatte. Um derselben möglichst schnell Hilfe angeeiden lassen zu können und den raschesten Transport in ein Spital zu ermöglichen, berief er selbst telephonisch die

Rettungsgesellschaft. Wäre das Vorgehen des Arztes ein strafbares gewesen, hätte gewiß die Strafbehörde ihres Amtes gewaltet. Ut aliquid fecisse videatur, stellte jedoch das magistratische Bezirksamt dem Arzte ein Decret zu, in dem ihm für sein Vorgehen eine strenge Verwarnung gegeben und die energische Aufforderung an ihn gerichtet wurde, in künftigen Fällen unverweigerlich persönlich die Hilfe angeeiden zu lassen. Das Decret, in dem der Herr Bezirksamtsleiter dem Arzte den Vorwurf machte, er hätte „Brechmittel und die Magenpumpe“ anwenden sollen, berief sich auf alte Verordnungen aus vergangenen Jahrhunderten, die, wie der Kammerreferent trefflich ausführte, sämmtlich direct entweder falsch citirt oder unrichtig angewendet waren. Das Decret berief sich auf das Sanitätsgesetz vom Jahre 1870. In diesem Gesetze heißt es ausdrücklich, „daß die Gemeinde verpflichtet ist, für die Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe zu sorgen“. Es klingt daher geradezu heiter, daß der Herr Bezirksamtsvorstand aus diesem Gesetze folgert, daß die Gemeinde einen beliebigen Privatarzt zwingen kann, die ihr selbst zukommenden Pflichten zu erfüllen. Das im Decrete citirte Hofkanzleidecret vom 2. Januar 1770 spricht ausdrücklich davon, daß „nur angestellte Aerzte sich nicht von dem Orte ihrer Anstellung entfernen dürfen“. Aus diesem 130 Jahre alten Decrete folgert der löbl. Magistrat, daß ein Privatarzt gezwungen werden kann, Hilfe zu leisten. Auch die Hofkanzleidecrete vom Jahre 1808 und 1832 sind heute völlig obsolet geworden, da sie Bestimmungen enthalten, die heute nicht mehr praktisch durchführbar sind. So heißt es in diesen Hofkanzleidecreten: „Die Medici wollen sich der chirurgischen Heilungen enthalten“, ferner die „Aerzte sollen sich eines christlichen Lebenswandels befleißigen etc. und sich friedlich betragen“, ferner „in Wien dürfen nur die in den k. k. Erbstaaten promovirten Aerzte Heilungen ausführen“. Und so fort con grazia! Es ist völlig klar, daß der Magistrat nicht berechtigt ist, Aerzten Rügen zu ertheilen, insbesondere in Decreten, die so mangelhaft begründet sind und auch so ungenau adjustirt, daß in denselben sogar eine Recursfrist anzugeben vergessen wurde. Zudem sind die in demselben gegebenen ärztlichen Rathschläge völlig unrichtig. Es ist wissenschaftlich strittig, ob nach drei Stunden bei einer Arsenikvergiftung noch eine Magenausspülung indicirt ist, geschweige denn, ob ein Jurist — ein Laie — einem Arzte darob einen Vorwurf erheben kann. Der Vorstand der Aerktekammer ist der Ansicht, daß der Magistrat zu diesem Decrete nicht berechtigt war. Hat Dr. W. strafbar gehandelt, so möge das Strafgericht seine Schuldigkeit thun, das Recht jedoch, Ermahnungen zu ertheilen, steht nur dem Ehrenrathe der Kammer zu. Der Vorstand der Kammer erblickte in dem Vorgehen des Dr. W. nichts Rügenwerthes und gab ihm den Rath, gegen dieses mangelhaft adjustirte und juridisch ungenügend belegte Decret den Recurs an die Statthalterei zu ergreifen. Der Wiener Magistrat sollte im Interesse seines eigenen Ansehens es vermeiden, derartige wirkungslos bleibende „Decrete“ in Hinkunft zu ediren.

(VIRCHOW-Jubiläum.) Das von Prof. MATSCH entworfene und künstlerisch ausgeführte Behältniß der VIRCHOW-Adresse wird demnächst im Atelier des Künstlers (XIX., Silbergasse 55) zu sehen sein. Herr Prof. MATSCH ladet die Aerzte für den 3., 4. und 5. October zur Besichtigung desselben ein. Die Unterschriftblätter zur Adresse befinden sich im Institute des Herrn Hofrath TOLDT (IX., Währingerstraße 13) und können dort (Vormittag von 9 bis 1 Uhr, Nachmittag zwischen 5—7 Uhr) besichtigt werden.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der am 23. September d. J. abgehaltenen Sitzung wurde ein Gutachten über ein Ansuchen um Bewilligung zur Errichtung einer privaten orthopädischen Anstalt in Wien abgegeben. Ferner wurde eine Aeüßerung über die allgemeine Einführung der aseptischen Impfung in Nieder-Oesterreich erstattet und zu diesem Behufe die in der k. k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien geübte Methode unter Anwendung der Tegminverbände und eines eigenen Impfbesteckes empfohlen. Weiter wurde über die von einer Marktgemeinde Nieder-Oesterreichs beabsichtigte Einleitung der Abwässer in einen Flußlauf ein Referat erstattet. Schließlich wurde für die

Errichtung eines privaten frauenärztlichen Institutes in Wien die Vorschreibung gewisser Bedingungen beantragt.

(Vom Verbands der Aerzte Wiens.) Die Wiener Aerzte-Organisation hat in der letzten Sitzung des Centralausschusses Stellung genommen zu dem Projecte des Arbeiter-Consumvereines in Simmering, aus den Ersparnißgeldern die Familienversicherung bei den Mitgliedern durch pauschalirte Cassenärzte einzurichten. Die Aerzte erblicken in dieser Absicht eine schwere Schädigung ihres Standes, weshalb sich die Aerzte-Organisation dem von der Wiener Aerztekammer erlassenen Verbote der Annahme einer derartigen Stelle auf das Entschiedenste anschließt.

(Todbringende Experimente.) Amerikanischen Tagesblättern entnehmen wir die Darstellung von dem unglückseligen Verlaufe, den in Havana Experimente zur Feststellung der Aetiologie des Gelbfiebers genommen haben. Die Berechtigung zu derartigen Versuchen an Menschen scheint uns selbst da nicht gegeben, wo dieselben mit Wissen und Willen ihrer Opfer geschehen, und die Geschichte unserer Wissenschaft muß, indem sie solche Versuche verzeichnet, eher zur Verabscheuung denn zur Nachahmung derselben auffordern. Acht Personen hatten sich in Havana zu den von amtlicher amerikanischer Seite dort mit Gelbfieberskeimen vorgenommenen Versuchen hergegeben, d. h. sich von Mosquitos, die nachweislich angesteckt waren, stechen lassen. Zwei davon sind gestorben, drei liegen im Sterben, zwei befinden sich nach schwerer Erkrankung auf dem Wege der Besserung, nur eine blieb gesund. Zu den Opfern, welche die Versuche der amerikanischen Aerzte gefordert haben, gehört auch eine junge Krankenpflegerin namens KLARA MAAS. Sie hatte als Wärterin der Rothen-Kreuz-Gesellschaft im spanischen Kriege Dienste geleistet. Aus Manila nach Havana zurückgekehrt, stellte sie sich gegen eine Entschädigung von „100 Dollars“ als Versuchsobject zur Verfügung. Sechs verschiedenemale ließ sie sich von mit Gelbfieber angesteckten Mosquitos in den Arm stechen, ohne zu erkranken. Als sie bei einem mit einer anderen Person vorgenommenen Versuche zugegen war, wurde sie zufällig von einem Mosquito gebissen, worauf sie an Gelbfieber erkrankte und starb.

(Statistik des Alkoholismus in Böhmen.) Dem eben erschienenen Berichte des Landesausschusses des Königreiches Böhmen über die Verbreitung und die Ursachen des Alkoholismus daselbst entnehmen wir folgende Daten: Der in Böhmen topographisch abgrenzbare Alkoholismus umfaßt jene Bezirke, in welchen der ortsübliche Tagelohn am niedrigsten ist. Die Altersperiode vom 40. bis 60. Jahre ist relativ am meisten am Alkoholismus betheilig, und zwar mit 27.7‰. Es läßt sich nicht immer präcise feststellen, ob selbst bei einem notorischen Trinker der Alkohol die Ursache der Geistesstörung oder Trunksucht ein bloßes Symptom ist; auch die Erblichkeit, die psychopathische und neuropathische Constitution, sowie gewisse somatische, tuberculöse Erkrankungen, chirurgische Leiden, Anämie u. dgl. haben auf die Entwicklung des Alkoholismus einen großen Einfluß, da sie die mit den ebengenannten Leiden behafteten Personen instinctiv zum Trinken geistiger Getränke als vermeintlich stärkender Mittel verleiten. Aus derselben Ursache ist die Trunksucht in Gegenden, in denen die Ernährung des Volkes eine sehr ärmliche ist, stärker verbreitet.

(Aerztliche Fortbildungscourse in Berlin.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Zu dem diesmaligen Cylus von Vorträgen sind bereits nicht weniger als 1140 Meldungen eingelaufen. Man erkennt hieraus einerseits mit Freuden den Bildungsdrang unserer heimischen Aerzte und andererseits die Nothwendigkeit der Einführung einer Institution, durch welche sich auch die älteren, bereits practicirenden Collegen im fortlaufenden Contacte mit ihrer Wissenschaft erhalten können.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. September 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 5874 Personen behandelt. Hievon wurden 1193 entlassen; 143 sind gestorben (10.7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 14, Dysen-

terie —, Blattern —, Varicellen 19, Scharlach 77, Masern 35, Keuchhusten 15, Rothlauf 36, Wochenbettfieber 4, Röheln —, Mumps —, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 496 Personen gestorben (— 9 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Gran der dortige Comitatsarzt Dr. FRANZ MATRAY; in Budapest Dr. JOSEF VESZELY, 48 Jahre alt; in Komorn der Regimentsarzt Dr. ALBERT ABEL; in Leipzig der Professor und langjährige Redacteur der SCHMIDT'schen Jahrbücher, Hofrath WINTER, im Alter von 85 Jahren; in Dresden der ehemalige russische Gesandtschaftsarzt in Persien Dr. JULIUS CÄSAR HÄNTZSCHE, 77 Jahre alt.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect über Prof. Dr. BIEDERT'S Rahmgemenge-Präparate in technischer Vollendung. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

Steiermärk.
ROITSCHE
SAUERBRUNN **Jempel-Styria Quelle**
WELTBERÜHMTES
Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Sanatorium

1423

für **Nervenranke u. Morphinisten**
in **Wien-Hacking** (Westbahn).

Geistesranke ausgeschlossen.

Docent Dr. Hölländer
ärztlicher Leiter.

Dr. Ph. Oesterreicher
Anstaltsarzt.

PRIVAT-HEILANSTALT

für
Gemüths- u. Nervenranke

in
Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Schutzstoffe des Blutes. Von Geh.-Rath Prof. EHRLICH in Frankfurt a. M. — Aetiologisches zum Morbus hungaricus. Von Dr. TIBERIUS VON GYÖRY in Budapest. I. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** JORDAN (Heidelberg): Ueber die Aetiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infectionen. — PREISWERK (Basel): Caries profunda. — F. SCHLEISSNER (Prag): Favus bei Neugeborenen. — OSCAR WYSS (Zürich): Medianusdurchtrennung. Heilung. — LENNANDER (Upsala): Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über locale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. — FRANTA (Prag): Ueber die Behandlung chronischer Entzündungen des Uterus und der Adnexa durch intrauterine Injectionen nach GRAMMATIKATI'S Methode. — R. DOHRN (Dresden): Ueber Entbindungen in der Agone. — FRANZ TORGLER (Klagenfurt): Das gespaltene Doppelspeculum, dessen Anwendung und Werth. — J. KRON (Berlin): Ein Beitrag zur Lehre über den Verlauf der Geschmacksfasern. — SIEGFRIED KAMINER (Berlin): Ueber den Einfluß der Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Proceß und den therapeutischen Werth der Einleitung des künstlichen Abortus. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der physikalischen Therapie. Herausgegeben von Dr. A. GOLDSCHNEIDER, a. o. Professor in Berlin, und Dr. PAUL JACOB, Privatdocent in Berlin. — Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Von Dr. H. GUTTMANN. — Physikalisch-diätetische Behandlung der Magenkrankheiten. Von Dr. ALBERT WITTGENSTEIN. — Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnabscesses. Von Prof. Dr. W. OKADA in Tokio. — **Feuilleton.** Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. (Orig.-Corresp.) II. — **Kleine Mittheilungen.** Jodipin. — Psoriasisbehandlung. — Resultate der Behandlung des Furunkels und Anthrax mit Sauerstoff. — Zur Tannoformbehandlung der Nachtschweiß der Phthisiker. — Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung. — Indicationen zur Operation bei Perforativperitonitis. — Der Werth des Gurgelns. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) II. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Schutzstoffe des Blutes.

Von Geh.-Rath **Prof. Ehrlich** in Frankfurt a. M. *)

Die Wesensverwandtschaft der normal vorhandenen und der durch Immunisirung künstlich erzeugten Schutzstoffe des Blutserums fordert für beide Arten von Körpern einen einheitlichen Entstehungsmodus. Die Aufstellung einer Bildungstheorie mußte von den künstlich erzeugten Immunsstoffen ausgehen, da diese dem Experiment leichter zugänglich sind. Als Resultat angestrebter Einzelforschung gibt heute die von mir vor vier Jahren aufgestellte Seitenkettentheorie eine befriedigende und für weitere Forschung fruchtbare Erklärung der meisten Erscheinungen auf dem Gebiete der Immunität.

Die Anschauung, daß die Antitoxine des Serums durch Umwandlung der in den Organismus eingeführten Toxine entstanden sind, muß als mit den vorliegenden Thatsachen unverträglich zurückgewiesen werden. Die Antitoxine können ebenso wie die entsprechenden normal im Serum vorhandenen Substanzen nur Producte der Zellen des Organismus selbst sein. Die Vorgänge, die sich bei der Bildung derselben in der Zelle abspielen, bilden den Hauptinhalt der Seitenkettentheorie.

Die Grundlage der Theorie bildet die Erkenntniß, daß sich Toxin und Antitoxin direct beeinflussen, und zwar so, daß beide Substanzen zu einer ungiftigen chemischen Verbindung sich vereinigen. Ausgedehnte Versuche, die ich mit

dem Diphtheriegift und Diphtherieantitoxin anstellte, führten zu einer Bestätigung dieser Anschauung, zugleich aber zu einer Einsicht in die äußerst complicirte Beschaffenheit des Diphtheriegiftes und zu der Auffindung ungiftiger Derivate dieses Toxins, der Toxoide. Man muß nach diesen Untersuchungen dem Toxinmolecul ganz bestimmte Eigenschaften zuschreiben, deren wichtigste an zwei getrennte chemische Gruppen desselben geknüpft sind, eine toxophore Gruppe als Trägerin der eigentlichen Giftwirkung und eine haptophore Gruppe, welche sich mit einer entsprechenden Gruppe des Antitoxins chemisch verbindet. Die Existenz dieser beiden Gruppen klärt das Wesen der Vergiftung und vor allem das der Antitoxinbildung auf. Die Antitoxinbildung erweist sich unabhängig von der toxophoren Gruppe und erscheint lediglich als eine Function der haptophoren Gruppe des Toxins. Die haptophore Gruppe der Toxine — und darin besteht ein fundamentaler Unterschied gegenüber den Giften bekannter chemischer Constitution, z. B. den Alkaloiden — geht auch mit gewissen Substanzen der lebenden Zelle eine chemische Bindung ein, die die Grundbedingung der Giftwirkung, zugleich aber auch der Antitoxinbildung darstellt. Ganz analoge synthetische Processe müssen sich aber auch im Organismus bei der Aufnahme der Nährstoffe durch die Zelle, bei der Assimilation, abspielen. Diese Fähigkeit der Zelle, Nährstoffe chemisch zu verankern, ist nun auch ihrerseits von dem Vorhandensein gewisser chemischer Gruppen in der Zelle abhängig, welche zu den betreffenden Nährstoffen eine maximale chemische Verwandtschaft haben und welche als Seitenketten oder Receptoren des Zellprotoplasmas bezeichnet werden. Die chemische Bindung der Toxine im Organismus geschieht nach demselben Princip wie diese Bindung der Nährstoffe, indem durch ein Spiel des Zufalls die haptophore Gruppe gewisser Toxine mit der haptophoren

*) Nach dessen in der combinirten Sitzung der medicinischen Hauptgruppe der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg gehaltenen Vortrage.

Gruppe von Nährstoffen identisch ist. Mangel an derartigen Receptoren bedingt in manchen Fällen natürliche Immunität.

Durch die chemische Bindung der haptophoren Gruppe eines Toxins wird die Zelle einerseits in den Wirkungsbereich der toxophoren Gruppe gebracht, andererseits wird hiedurch ein Regenerationsvorgang eingeleitet, der zur Bildung der Antitoxine führt. Die durch das Toxin besetzten Receptoren des Protoplasmas sind für das Leben der Zelle unbrauchbar geworden und werden durch Neubildung (Regeneration) ersetzt. Bei solchen Vorgängen findet aber nach einem von WEIGERT aufgestellten Gesetz nicht nur ein Ersatz, sondern eine Ueberschussproduktion statt. Der Ueberschuss neugebildeter Receptoren kann so groß werden, daß dieselben am Protoplasma nicht mehr Platz haben, abgestoßen werden und endlich frei im Blute kreisen.

Diese Theorie macht vor allem die specifischen Beziehungen zwischen Toxin und Antitoxin verständlich, indem dieselbe chemische Gruppe (Receptor) des Protoplasmas, welche die Bedingung der Toxinwirkung bildet, im freien Zustand als Antitoxin wirkt. Die Theorie erklärt auch, weshalb nur hochcomplicirte, den Nährstoffen analoge Substanzen zur Antitoxinbildung geeignet sind. Eine glänzende Bestätigung fand sie vor allem in der Thatsache, daß auch wirkliche Nährstoffe, z. B. die Eiweißkörper der Milch, das Eieralbumin u. s. w., zur Bildung eigentlicher Antikörper im Organismus befähigt sind.

Ich gehe nunmehr zu den viel complicirteren Erscheinungen über, die sich bei der Immunisirung mit Zellen, insbesondere mit Bakterien (Typhus, Cholera etc.) abspielen, und die bei der Wirkung dieser „bactericiden“ Sera zutage treten. Ein näherer Einblick in den Mechanismus dieser Vorgänge war erst dann möglich, als man die Untersuchungen an den Hämolytinen anstellen konnte, die viel einfachere Versuchsbedingungen bieten.

Die Hämolytine sind Substanzen, welche durch Behandlung von Thieren mit den rothen Blutkörperchen fremder Species entstehen. Sie bringen die rothen Blutkörperchen dieser fremden Species zur Auflösung und verhalten sich in jeder Hinsicht wie die bactericiden Stoffe des Serums (Bacteriolysine). Die Hämolytine und die Bacteriolysine setzen sich aus zwei Substanzen zusammen, von denen die eine (Complement) schon im normalen Serum vorhanden ist, die andere erst (Immunkörper, Amboceptor) durch die specifische Immunisirung entsteht. Auf Grund von Untersuchungen, die ich gemeinsam mit Dr. MORGENROTH anstellte, ergibt sich, daß der Immunkörper von den Zellen, Blutkörperchen, respective Bacterien, chemisch gebunden wird und dann seinerseits das Complement bindet und so dessen zerstörende, fermentartige Wirkung auf die Zellen vermittelt. Dem Immunkörper kommen zwei haptophore Gruppen zu, das Complement entspricht in seinem chemischen Bau einem Toxin mit haptophorer und toxophorer Gruppe.

Die Entstehung der Immunkörper und Complemente findet gleichfalls in der Seitenketten-Theorie ihre zwangloseste Erklärung. Man muß im Protoplasma nur das Vorhandensein von „Receptoren zweiter Ordnung“ als Analogie der Immunkörper annehmen, die dazu bestimmt sind, hochcomplicirte Nahrungsstoffe an sich zu reißen und diese durch ihre specifische Verwandtschaft zu den Complementen der fermentativen Wirkung der letzteren nahezubringen. Die Complemente sind als Zellsecrete aufzufassen, die den Zwecken der inneren Verdauung dienen.

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, verliert die Immunitätsreaction des Organismus ihr mystisches Aussehen und erscheint nur als das Widerspiel uralter Protoplasma-Eigenschaften.

Die Immunität stellt also nur ein Capitel der allgemeinen Ernährungsphysiologie dar, und da sich Vorgänge, die denen der Antikörperbildung analog sind, im normalen Stoffwechsel bei der Aufnahme von Nährstoffen etc. fort und

fort mannigfach abspielen, so kann es nicht Wunder nehmen, daß das Blutplasma — als Repräsentant aller Gewebe — eine Unzahl von abgestoßenen Receptoren enthält, die ich als „Haptine“ bezeichnet habe. Von solchen Haptinen ist eine große Anzahl, wie die Classe der natürlichen Antitoxin-fermente, Antifermente etc., bereits bekannt. Unter ihnen sind diejenigen, welche sich gegen pflanzliche und thierische Zellen richten, von größtem Interesse. Es sind dies die Agglutinine, die die Bacterien oder Zellen zur Verklebung bringen, und die bactericiden, respective cytotoxischen Substanzen, welche mit der natürlichen Immunität in näherer Beziehung stehen. Bei einer eingehenderen Analyse der einzelnen Funktionsgruppen des Blutes hat sich herausgestellt, daß dieselbe Function nicht einer einheitlichen Substanz zukommt, sondern bei derselben Wirkung den angegriffenen Materialien entsprechend verschiedene Substanzen in Betracht kommen. So drängen die Erfahrungen über Agglutinine, Bacteriolysine etc. zu der von mir vertretenen plurimistischen Auffassung des Haptinapparates. Die Haptine verdanken ihre Entstehung zum größten Theil nur einem gewissen Zufall und sind gewissermaßen als Luxusproducte aufzufassen. Ihre Zusammensetzung ist einem steten Wechsel unterworfen.

Wenn auch ein relativ geringer Theil der Haptine im Sinne von Vertheidigungsmitteln wirkt, so ist es nicht zugänglich, das ganze Haptinsystem unter dem Namen des Alexins zusammenzufassen, schon weil dadurch eine falsche unitarische Anschauung erweckt wird. Denn auch die normale hämolytische und bactericide Kraft des Blutserums beruht auf dem Zusammenwirken zweier Substanzen, des Zwischenkörpers (Amboceptor) und des Complements, die den beiden Componenten des künstlich erzeugten Hämolytins entsprechen, und nicht, wie BUCHNER es annimmt, von diesen principiell zu trennen sind. BUCHNER'S Beweisführung für die Sonderheit der normalen thermostabilen Stoffe, die er Hilfskörper nennt, ist unzureichend. Natürlich vorkommende und immunisatorisch erzeugte Hämolytine entfalten ihre Wirkung genau nach dem gleichen Mechanismus.

Die Complemente des Serums können sowohl gegen eigene, wie gegen fremde Zellen wirken, wenn letztere nur durch geeignete Amboceptoren ihrer Wirkung zugänglich gemacht worden sind. Trotzdem verhindert im Organismus eine als „Horror autotoxicus“ zu bezeichnende Regulations-Vorrichtung, daß im Organismus Amboceptoren gegen das eigene Gewebe entstehen. Dieser Horror autotoxicus des Organismus ist für die Pathologie von besonderer Bedeutung. Während man durch Injection von fremdartigem Zellmaterial beliebige cytotoxische Substanzen, wie Hepatotoxin, Nephrotoxin etc., erzeugen kann, ist es durch diesen Regulationsmechanismus verständlich, daß bei der in der menschlichen Pathologie häufig vorkommenden Resorption eigener Körperbestandtheile die Bildung von Giften gegen das eigene Parenchym (Autotoxinen) ausbleibt. So gelang es mir im Verein mit Dr. MORGENROTH, leicht durch Blutimmunisirung mit derselben Blutart Isohämolytine, niemals aber Autolytine zu erhalten. Den Isotoxinen muß schon nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen eine große Rolle in der Diagnostik und Pathologie zugeschrieben werden.

Aetiologisches zum Morbus hungaricus.

Von Dr. Tiberius von Györy in Budapest. *)

I.

Unter dem Namen Morbus hungaricus verewigte die Geschichte jene epidemische Krankheit, welche im Laufe des XVI.—XVIII. Jahrhunderts das Ungarland weit über seine Grenzen berüchtigt machte und welche hauptsächlich unter

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für innere Medicin der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Bromocoll

Nervinum und Anti-Epilepticum.
Geschmacklos. Ohne schädliche Einwirkung auf den Magen.

Bromocoll-Salbe 20%

Ausgezeichnet juckentstillende Salbe.
Besonders bei Urticaria, Prurigo, Pruritus, Ekzem etc. indicirt.

Peruol

Farb- und geruchloser Ersatz für Perubalsam als Antiscabiosum.
———— Beschmutzt die Wäsche nicht. ————

Tanocol

Neues, völlig unschädliches, im Magensaft unlösliches Darmadstringens.
Vorzüglich bewährt bei acuten und chronischen Enteritiden.

Tanocol-Chocolade-Tabletten

Speziell für die Kinderpraxis.
Original-Cartons à 20 Tabletten à 2 g, je $\frac{1}{4}$ g Tanocol enthaltend.

Resorbin

Reizlose, wasserhaltige Fetteulsion, von zahlreichen ärztlichen Autoritäten erprobt, als Salbe und Salbengrundlage. — Gegen Frost- und Brandschäden.

Quecksilber-Resorbin,

grau und rot

Durch Zinnober rotgefärbt. Speziell für die Fälle, wo Charakter der Krankheit und Medicament dem Behandelten unbekannt bleiben sollen.

In dosirten Glastuben à 15 und 30 resp. 25 und 50 g Inhalt.

(D. R. G. M.) $\frac{33\frac{1}{3}}{100}$ % $\frac{50}{100}$ %

Verordnung: Ad tubam graduatam!

Chloroform-Anschütz

Chem. rein; aus Salicylidchloroform. — In Originalpackungen à 25 und 50 g.
Hält sich unverändert in der Originalpackung.

Tropfer dazu,

zuf jede Originalflasche des Chloroform-Anschütz passend.

Muster und Literatur halten wir jederzeit zur Verfügung der Herren Aerzte.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharm. Abthlg.

Berlin S. O.

den Kriegsv Verbündeten Ungarns größere Verheerung anrichtete als das Schwert der Türken. Zur Neige der ersten Hälfte des XVI. Jahrhunderts schlug diese Krankheit ihren Herd in Ungarn auf, sich alsbald über Wien in Deutschland, Belgien und Holland verbreitend. Ueberall, wo sie auftrat, entstieg ihren Spuren eine umfangreiche Literatur, welche bestrebt war, den Begriff des Uebels zu umschreiben. Unter den massenhaften Autoren gelang es jedoch bloß wenigen, das eigentliche Wesen des Uebels zu erkennen. — Wir können in dieser Literatur die von Zeit zu Zeit wechselnden allgemeinen medicinischen Anschauungen selbst in ihren Uebergangsphasen bis zum Ende verfolgen; wir haben Gelegenheit, über den klaren, verständnißvollen und ungekünstelten Ideen-gang mehr als 300 Jahre alter Bücher zu staunen und uns zum Gegensatze darüber zu wundern, welche mißglückte Commentatoren diese Krankheit vor kaum 40 Jahren fand. Es gibt, wenn auch in sehr geringer Anzahl, Autoren, die den Versuch auf Grund des historischen Materials machten, die Frage über das Wesen der Krankheit zu klären. Die Ursache der Erfolglosigkeit ihrer Bestrebungen werden wir zunächst darin finden, daß sie bloß einen geringen Bruchtheil der vorhandenen Literatur verworthen; und wenn wir sehen, wie proteusartig das Bild ist, welches die verschiedenen Autoren von dem Uebel entwarfen, so wird dies zur Entschuldigung der einzelnen sich Versuchenden dienen. Denn bloß wenn man die bis zur Grenze der Möglichkeit gesammelte Literatur in chronologischer Reihenfolge und historischem Zusammenhange überliest — gleicht sich der auffallende Unterschied zwischen den einzelnen herausgegriffenen Beschreibungen aus; das Wesen der Krankheit läßt sich nur aus der zusammenhängenden Bearbeitung sämmtlicher — und zwar mehr als 70 — uns zur Verfügung stehenden Werke erkennen.

Doch nicht nur der wissenschaftlich fixirende Name dieser Krankheit mag uns interessiren, sondern auch die Frage, auf welcher Verhältnisse Boden wuchs sie so groß heran, aus welchem Grunde vermied sie im Großen und Ganzen die Ungarn, schonte die Türken und richtete Verheerungen unter den Deutschen an? — alles Fragen, welche Erklärungen nach sich ziehend, die Richtungen der Forschung auf mehrerlei Wege lenkte.

Die Schwierigkeiten einer Erklärung mußten mit den nämlichen Waffen besiegt werden, mit welchen die moderne Seuchenforschung auch heutzutage in den Kampf gegen ihre Probleme zieht. In diesem Sinne waren zunächst die während der Entstehung und Dauer der Epidemie in unserem Vaterlande bestandenen hygienischen Verhältnisse zu erforschen: die tellurischen Verhältnisse, das Klima, die Luft, das Wasser u. s. w. — als allgemeine, die socialen, namentlich infolge der damaligen kriegerischen Verhältnisse eingetretenen Veränderungen (veränderte Lebensweise u. s. w.) — als specielle Schädlichkeitscoefficienten. Ueberdies war der Organismus der diesen Schädlichkeiten ausgesetzten Individuen in seiner Gesamtheit zu erforschen und in Erwägung zu ziehen. Hinsichtlich des letzteren Punktes finden wir nur sporadisch einige Aufzeichnungen. Ueberall ist bloß von den äußeren Krankheitsursachen und kaum irgendwo von dem Grad der Disposition, nirgends aber von sämmtlichen meritorischen Ursachen die Rede. Auf diese Weise war der letztere Factor — die Disposition — nur von den modernen Gesichtspunkten der allgemeinen Pathologie zu beurtheilen und unter Berücksichtigung der gesammten nationalen und individuellen Verhältnisse eher auf dem Wege einer causalen Reconstruction als registrativ festzustellen.

Während dieses Strebens suchte ich auch die Erklärung, warum es bisher nicht gelungen ist — und was alles diesem Gelingen in dem Weg stand — die Frage des Morbus hungaricus endgiltig ins Reine zu bringen. Es ergab sich, daß oft Irrthümer — ursprünglich aus kaum einigen Zeilen bestehend — von Autor auf Autor, von Generation auf Gene-

ration übergangen und den Anlaß zu Bände ausfüllenden Irrthümern späterer Autoren gaben.

Um die oben berührten Fragen beantworten zu können, ist es nothwendig, daß wir vor allem anderen in Kürze des Naturzustandes Ungarns zu jener Zeit, wo in demselben der Morbus hungaricus wüthete, gedenken. Nur auf dieser Basis als ätiologischer Grundlage werden wir die Dimensionen der durch die Epidemie angerichteten Verheerungen und ihr verschiedentliches Verhalten den einzelnen Nationalitäten gegenüber vollständig zu begreifen vermögen.

Wir finden kaum einen Autor, der nicht über die hier herrschenden stiefmütterlichen hygienischen Verhältnisse klagen würde. Sind auch diese Klagen oft übertrieben, so sind sie doch in mancher Beziehung auch wahr. Ende des XV. Jahrhunderts war Ungarn ein wahrhaftes Paradies auf Erden. Von dieser Zeit an jedoch ging es stufenweise dem Verderben entgegen, was der fortwährenden Kriegführung und nicht nur unseren Feinden, den Türken, sondern auch unseren Allirten, den Deutschen, nicht minder auch uns selbst, den unseligen Bruderkriegen zur Last gelegt werden muß. — Seit die Türken das Land betreten hatten, war die Bodencultur vollständig brachgelegen. Die bereits in Angriff genommene Ablassung der Sümpfe und Austrocknung des Moors gerieth ins Stocken; ein großer Theil des Landes, so jenseits der Donau, das Gebiet zwischen der Drau und Sau, das Alföld (d. i. die große ungarische Ebene) und hauptsächlich die südliche Gegend (das sogenannte Banat) bestand aus lauter Sümpfen, welche die Luft verpesteten und den Baumstand außerordentlich verringerten. So haben z. B. nach den Aufzeichnungen des Feldchirurgen KRAMER zwischen 1717—1734 40.000 Deutsche ihr Grab in Ungarn gefunden, infolge der ungesunden Verhältnisse, namentlich seiner Versumpfung wegen. Allgemein war die Klage, daß in Ungarn die Tage sehr warm, die Nächte sehr kalt und feucht seien und daß die Jahreszeiten im Allgemeinen zu Extremen neigen, der Sommer sehr heiß, der Winter außerordentlich kalt sei. Dies hängt unbedingt mit der eben erwähnten Versumpfung zusammen; der Zusammenhang ist ein directer, insofern als die aus den vielen Sümpfen aufsteigenden Dünste die Luft dumpfig machten, welche aus dieser Ursache mit Sonnenuntergang leicht abkühlte und die Nächte kühl machte; indirect ist der Zusammenhang dadurch, daß die Sümpfe die Wälder und hiemit auch deren klimamildernde Wirkung vernichteten. Noch im Jahre 1882 hat von unserem Vaterlande die nämlichen klimatischen Nachtheile JOHANN HUNFALVY registriert. Umso mehr ausgesprochen mußten sich diese Nachtheile zur Zeit der geschilderten Verhältnisse bemerkbar machen und zur Geltung kommen, und darum können wir auch an den auf unser Klima bezugnehmenden Aufzeichnungen — welche in gleicher Weise von den Lippen unserer Feinde als Anklage, von denen unserer wohlwollendsten Freunde als Klage laut werden — nicht zweifeln, so gerne wir auch der patriotischen Vertheidigung FUKER's gegen diese Anklagen Glauben schenken möchten. FUKER seufzt auf: „Heiße Tage und kalte Nächte — de quibus doctissime plurimos graece iuxta atque latine disserere audias! Sed quis nescit, naturalem hunc ordinem esse?“ Doch hatte er nicht recht. Der Feldchirurg KRAMER führt an, daß die Luft in Ungarn so feucht ist, daß selbst in dem mit dreifacher Schichte überzogenen Zelte das Hemd der Schlafenden während der Nacht ganz naß wurde. Ende September waren die Abende schon sehr kühl, im October stellte sich der erste Schnee ein und herrschten kalte Winde; von November bis Februar war eine große Kälte und die Schneedecke lag viel höher als wo immer in Deutschland. Im März begann das Frühjahr und der Mai war schon sehr warm, die Monate Juli und August drückend schwül.

Alle diese Klagen wurden unter den Krankheitserregern des Morbus hungaricus aufgezählt; an den plötzlichen Temperaturwechsel — wie dies bereits mehrere Autoren richtig

hervorhoben — waren die Fremden nicht gewöhnt; für sie waren diese unbedingt schädlicher als für die acclimatisirten Eingeborenen.

Nach COBERUS genügte die Luft Ungarns an sich schon, das Leiden hervorzubringen. Seine eigene Erkrankung schreibt er auch dieser zu, und von derselben sagt er: „A summo vertice ad imos usque talos nil nisi morbus hungaricus eram.“

Doch nicht bloß die Sumpfwässer, sondern auch die Flußwässer waren ungesund. Die Donau war stets unrein, und COBERUS meint, daß sie nicht Danubius, „sed recte, quod nubes et nebulas densissimas exhalare solet, Dansubius vocatur“. Das daraus geschöpfte Wasser verursachte Durchbrüche und jenseits der Einmündung der Theiß war das Wasser schon entschieden stinkend. Derselbe Beobachter beschreibt unter anderem den Fall eines welterfahrenen Feldarztes, der einen Schluck Donauwasser getrunken hatte, davon erkrankte und starb. Er habe ihn vergebens gewarnt, nicht zu trinken, er achtete nicht auf ihn; „iuxta Danubium tandem occubuit ille, quem Tigris et Euphrates salvum et incolumem Europae reddiderant.“ — Aber nicht bloß die Verbesserung, sondern auch die Befruchtung und Pflege des Bodens ruhten vollständig. Die Einwohnerschaft verarmte vollständig und sie verminderte sich in den letzten Jahren des XVII. Jahrhunderts infolge des Zusammenspiels des Feindes, einiger zeitweiliger Hungersnothjahre, der Pest, der großen Kindersterblichkeit und der vollständig vernachlässigten hygienischen Verhältnisse auf die kleine Zahl von 2 Millionen Einwohnern. Von „unserer übriggebliebenen kleinen Nation“ sprechen unsere Chroniken dieser Zeit.

Und unter solch segenslosen, traurigen Verhältnissen hatte die sich selbst überlassene Natur für die täglichen Bedürfnisse der vorhandenen Bevölkerung nicht nur gesorgt, sondern sie that dies reichlich, wenn auch launisch. Denn obwohl es an gewissen Orten und zu gewissen Zeiten Jahre der Noth gab, in welchen nichts wuchs und in welchen der durch Noth und Hunger abgequälte menschliche Organismus zum natürlichen Nährboden der epidemischen Krankheiten wurde, im Allgemeinen kann aber doch behauptet werden, daß die durchschnittliche Fruchtbarkeit des Landes auf einer sehr hohen Stufe stand. Dafür zeugt das massenhafte Wild, Hornvieh, Schweine und Schafe, die große Menge Weines, Bieres, dann das viele Obst, welches bei den Hochzeiten des XVI.—XVII. Jahrhunderts verzehrt wurde, wie dies BR. RADVÁNSZKY in einem voluminösen Buche zusammenstellte. Die zeitgenössischen Reisenden schreiben geradezu märchenhafte Dinge über die damalige Fruchtbarkeit Ungarns. So hat unter Anderen EDWARD BROWN, der in der zweiten Hälfte des XVII. Jahrhunderts im Auftrage der Londoner ärztlichen Gesellschaft Ungarn bereiste, das von ihm Gesehene und Erfahrene in einem auch in die „hoch Teutsche Sprach“ übersetzten Buche niedergeschrieben. Er gedenkt darin besonders unseres feinen und für geringes Geld erhältlichen Brotes, sowie unseres prächtigen Getreides. Er lobt unsere Mineralwässer und vortrefflichen Weine, hinsichtlich deren Ungarn alle Länder Europas übertrifft. Der Tokayer-Wein war damals schon berühmt, und FUKER nennt denselben die „universalis vera medicina“.

BROWN spricht auch über unsere Flüsse. „Die Theiß — sagt er — wird vor den fischreichsten Fluß in Europa, wo nicht der gantzen Welt gehalten, so daß man alldar ein gemeines Sprichwort hat, daß dieser Strom bestehe in zwei Theilen Wasser und einem Theil Fisch“. Von den Gänsen schreibt er, sie wären so fett, daß man sie von der Ferne für Pelikane oder Löffelgänse ansehen möchte.

Ueber ähnlichen Ueberfluß äußert sich an verschiedenen Stellen auch COBERUS. Eine die Obstfehsung genügend charakterisirende Sache ist es, daß er 1598 — damit die Soldaten von dem vielen Obstgenuß nicht erkranken — sechzig Schiffe Obst ins Wasser zu streuen bemüssigt war. In demselben Jahre gab es in der Gegend von Veszprém so viel

Wildschweine, daß dieselben, als man sie aufscheuchte, „in die Lanzen hineinliefen“. „Terra bonis superfluens“ nennt er unser Land.

Es sind dies nur hingeworfene, illustrirende Beispiele jenes großen Ueberflusses, welcher zu jener Zeit auf allen Gebieten, in seinen sämtlichen Erzeugnissen Ungarn charakterisirte. Doch all dies war keine Gabe der zielbewußten Cultur, sondern bloß ein besonderes Spiel der Natur, welches leicht zur Uebertreibung des Wohlseins und der Genüsse führte. Aber so wie auch die Veränderungen des Klimas sich in Extremen bewegten, ebenso stand die Sache mit den Gaben der Natur.

Die Räubereien des Feindes erstickten in der Bevölkerung den Sparsamkeitssinn vollständig und hiemit auch die Vorsorge; für die Zukunft wurde nichts aufgehoben; was ihnen an Ueberfluß blieb, verschleuderten sie für unglücklich billiges Geld. Wenn es auf diese Weise infolge der Ungunst der Witterung ab und zu vorkam, daß nichts wuchs und auch der Viehstand zugrunde ging, so kam die Bevölkerung beinahe vor Hunger um. Zum Glücke waren die gutgerathenen Jahre im Uebergewicht gegen die schlechten und den ein, zwei schlecht und recht durchgehungenen Jahren folgte wieder eine dauerhaftere Aera der Fruchtbarkeit.

Dies waren im Großen die Naturverhältnisse.

Wir sehen hieraus, in welch stiefmütterlichem Zustande einerseits das Land schmachtete und welch reichlich gedeckte Tafeln andererseits die hereinziehenden Fremden erwarteten. Beide Umstände trugen ihre besonderen Schädlichkeiten in sich, welche, wenn sie auch nicht imstande waren, den Morbus hungaricus specifisch hervorzubringen, doch im Großen dazu beitrugen, daß sie miteinander und im Vereine mit anderweitigen noch aufzuzählenden Umständen den Weg für diese Krankheit öffneten.

Der Boden konnte dort und zur Zeit, wo er sumpfig war, seine schädliche Wirkung auf zweierlei Weise entfalten: a) auf dem Wege der Bodennässe, infolge deren hohen Grades die Wälder zugrunde gingen und das Klima in das Extrem umschlug und durch die starken Ausdunstungen auch sumpfig wurde; zu diesem letzteren Umstande gesellte sich auch noch die Miasma verbreitende schädliche Wirkung der Ausdünstung, besonders unter den Soldaten, welche oft genöthigt waren, mehrere Nächte nacheinander auf der bloßen Erde zu schlafen; b) vermöge seines das Trinkwasser verderbenden Einflusses. Die Qualen des Durstes machten die Soldaten im Getränke nicht wählerisch, und wenn es nichts Anderes gab — hauptsächlich keinen Wein —, so tranken sie das schmutzige Wasser der Sümpfe. Die Warnung der Feldärzte, das Verbot der Commandanten — sie waren vergeblich.

Zum Verderben der Luft trugen aber auch noch andere Factoren bei, mit deren Aufzählung wir bereits den Kreis der Schädlichkeiten des Lagerlebens berühren. Der viele unbeseitigte Schmutz und Unrath verdarb im höchsten Maße die Atmosphäre der Lager; Leichen und Aeser lagen unbestattet umher; auch hinsichtlich der Beerdigungen wurde keine genügende Sorgfalt verwendet, denn die Leichen, wenn man sie auch begrub, wurden nicht tief genug in die Erde versenkt. Hierauf weist jene Aufzeichnung von COBERUS, wonach im Jahre 1598 der Friedhof von Esztergom (Gran), welcher mit frischen Leichen bevölkert wurde, bald darauf von einem ungeheueren Schwarm von Würmern bedeckt war. Im Jahre 1687 beklagt sich GEORGI noch immer, daß die Leichen nicht tief genug vergraben werden. — Kein Wunder, daß außer den Würmern auch andere Insecten in der Umgebung der Lager auftauchten, welche die Soldaten in ihrer Ruhe und im Schlafe störten, ja dieselben sogar bis zur Verzweiflung trieben. COBERUS — dessen Augenmerk sich gerade auf die genaue Beobachtung der geringfügigen Details richtete — beschäftigt sich auf mehreren Seiten seiner Aufzeichnungen mit den Belästigungen dieser kleinen Insecten. Er schreibt unter anderem, daß die Läuse sich derart vermehrt hatten,

daß man sich selbst durch fortwährendes Wechseln der Hemden derselben nicht zu erwehren vermochte. Außerdem wurden die Soldaten von Fliegen, Mücken und Gelsen (*culices*, GOLTZschen *vocati*) unablässig gebissen. „Vidi — schreibt COBERUS — apud plures ex grege milites . . . eousque hanc pestem progressam fuisse: ut cervicibus a tergo erosis et carne ad unum et alterum digitum non iam excoriata, sed excavata, miserrime discerpti cum gemitu et fremitu vitam finirent“ (I. 49).

Die auf der Hand liegenden übrigen Schädlichkeiten wollen wir bloß erwähnungsweise verzeichnen; sind dieselben doch aus allen Kriegen, welche die Menschen gegen einander führten, allgemein bekannt. Hieher gehören: unregelmäßige Mahlzeiten, unregelmäßiger Schlaf, das lange Nachtwachen, die vielfältigen Entbehrungen, die außergewöhnlichen seelischen Aufregungen, als Heimweh und Furcht, die Widerwärtigkeiten des Wetters und als hervorragend geeigneter Züchter aller Krankheiten und hauptsächlich der Epidemien: die Menschenanhäufung.

Alle diese Umstände werden das Kriegsvolk nur schwerer treffen, wenn ein Krieg unter so mißlichen pecuniären Umständen wie im Jahre 1542 begonnen wurde, als die lächerliche Summe von 30.000 Gulden für die Besoldung und Verproviantirung des gegen die Türken ziehenden, aus 64.000 bis 70.000 Köpfen bestehenden Heeres reichen sollte, wie dies sehr richtig schon Graf UETTERODT v. SCHARFFENBERG hervorhob.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Ehe wir in die specielle Betrachtung eintreten, wie sich diese Symptome nun an den einzelnen Körpertheilen äußern, möchte ich schon hier anstatt in einem späteren diagnostischen Theile Gelegenheit nehmen auseinanderzusetzen, wie man diese Symptome provociren kann. Die Kranken kommen zum Arzt mit subjectiven Klagen, deren Deutung natürlich meist zweifelhaft ist, und es ist aus äußeren Gründen sehr oft nicht möglich, spontane Anfälle direct zu beobachten. Ich habe daher viel Mühe darauf verwandt, solche Anfälle zur Sicherung der Diagnose hervorzurufen.

Das gelingt in manchen Fällen sehr gut, in manchen gar nicht, wie das leicht verständlich ist. Die Zahl der Reize, welche den Anfall auslösen können, ist sehr groß, und es geht nicht an, in jedem Falle alle durchzuprobiren. Die meisten Kranken reagiren nur auf gewisse Reize, auf die meisten gar nicht.

In praxi bleibt nichts übrig, als sich an diejenigen Momente zu halten, welche gerade nach der Lage des einzelnen Falles mit einiger Wahrscheinlichkeit als anfallsauslösend anzunehmen sind. Manchmal aber kennen wir die Reize gar nicht. Oder dieselben sind nicht Gegenstand ärztlicher Probirkunst: wenn z. B. die Anfälle erfahrungsgemäß besonders durch ängstliche Träume, durch starken Meteorismus, durch allzu häufige Geschlechtsacte, durch erschwerte Menstruation u. s. w. veranlaßt werden. Und auch dort, wo man die auslösenden Reize kennt und anwenden kann, mißlingt nicht ganz selten gerade der einzelne Versuch: nicht in jedem Zeitpunkt ist ja vermöge der verschiedenen Einstellung des Betriebes eine Disposition zu solchen Kreislaufstörungen vorhanden. Auch scheint manchmal die mit dem Experiment verbundene psychische Erregung als augenblickliche Hemmung zu wirken. Endlich läßt sich die Zeitdauer eines Experiments nicht immer beliebig lange einrichten. Nicht uninteressant war mir folgender Fall.

Fall 6. K., Chemiker, 30 J., Neurastheniker. Befindet sich wegen Bronchitis in meiner Behandlung. Klagt nebenbei über „Absterben“ der Hände in der Kälte. Ich lasse den Patienten die Hände in Schnee stecken; nach kurzer Zeit sind sie kalt, dabei aber leicht rosaroth, die Kälteempfindung ist so stark, daß der Versuch abgebrochen werden muß. Synkope ist dabei weder subjectiv noch objectiv zu constatiren. Etwa nach 1 Stunde erscheint Patient, der unterdeß mit warmen Handschuhen bekleidet sich an dem ziemlich kalten Wintertage im Freien bewegt hatte, mit der Angabe wieder bei mir, daß eben der Anfall eingetreten sei. Ich fand die Hände leichenblaß, kalt, etwas steif, mit ziemlich stark herabgesetzter Tast- und Temperaturempfindung. Durch Reiben ging der Zustand in wenigen Minuten zurück.

Trotz mancher Mißerfolge waren im Ganzen meine Versuche doch von gutem Ergebnis. Von der Häufigkeit und Wichtigkeit dieser Gefäßneurosen kann sich überhaupt nur jemand überzeugen, der sich durch diese Methoden die manifesten Wirkungen der Kreislaufsstörung öfter vor Augen bringt.

Psychische Reize habe ich selten angewendet. Durch kurzdauernde geistige Thätigkeit sind Anfälle kaum auszulösen, wenn ich auch in einem Falle Gelegenheit hatte, zu sehen, daß ein mehrstündiges wissenschaftliches Gespräch mit einer Congestion nach dem Kopfe endete. Erregung von Affecten würde vielleicht öfter erfolgreich sein. Aber die Patienten nehmen solche „Versuche“, z. B. plötzliches Erschrecken, Erregung intensiven Schmerzgefühles, sehr ungünstig auf, und, was schlimmer ist, sie werden mißtrauisch und damit ein sehr viel schlechteres Object der Therapie. Zudem wirken diese Affecte zugleich derart auf das Herz und die allgemeine Gefäßspannung, daß die Beurtheilung der Reizeffecte recht schwer wäre. Ich wende diese Methoden nie mehr an.

Einmal habe ich versucht, in der Hypnose das Eintreten eines congestiven Zustandes nach dem Aufwachen zu suggeriren: ohne jeden Erfolg. Während der Dauer der Hypnose gelang es mir, bei einer sehr suggestiblen Patientin Angstgefühl und zugleich Erblässen herbeizuführen; einen directen Einfluß habe ich auch hier nie erlangt. Wenn FOREL²⁵⁾ in der Hypnose die Menstruation bis auf die Minute regelt, Röthung bestimmter Körpertheile oder Hautstellen, Nasenbluten, ja sogar blutende Stigmata in seltenen Fällen erzielt, so bedürfen solche Angaben, selbst wenn es sich um Personen mit sehr labilem Gefäßsystem gehandelt hat, gar sehr der Bestätigung.

Hier sind die bekannten plethysmographischen Untersuchungen von ANJEL²⁶⁾ zu erwähnen, der zwar keine manifesten Anfälle provocirte, aber das Armvolumen genau bestimmte. Normalerweise pflegen bei geistiger Arbeit infolge Erweiterung der Gehirngefäße die Armarterien sich zu verengern und eng zu bleiben, so lange die geistige Arbeit dauert. Bei gewissen Neurasthenikern genügte schon die mit der Einleitung der Untersuchung verbundene psychische Erregung, um eine Volumensabnahme des Armes derart zu erzeugen, daß eine folgende geistige Arbeit ohne weiteren Effect blieb. Nur oscillirt infolge des labilen Gleichgewichts der Innervation beim Neurastheniker die Säule des Manometers, die beim Gesunden während der Arbeit feststeht, auf und ab, und es dauert dies auch nachher noch einige Zeit fort. Im nüchternen Zustande war dies Oscilliren am stärksten und konnte durch Reizmittel vorübergehend beseitigt werden. Endlich konnte ANJEL auch bei Gesunden nach großen Dosen Tabak und Kaffee diese „neurasthenische Gefäßreaction“ hervorrufen. Die Versuche verdienen fortgesetzt zu werden.

Mechanische Reize haben mir nur selten diagnostisch zum Nachweis einer vasomotorischen Ataxie geholfen; wobei ich vorweg nehme, daß die mechanische Uebererregbarkeit der Hautgefäße, die durch Streichen und Klopfen leicht als Dermographie u. s. w. zu erweisen ist, mit der allgemeinen

²⁵⁾ AUGUST FOREL, *Der Hypnotismus*. Stuttgart 1895, 3. Aufl., pag. 69.

²⁶⁾ ANJEL, *Arch. für Psychiatrie*, 1884, XV.

Gefäßneurose nur in lockerem Zusammenhange steht. Sehr starke körperliche Arbeit soll bei manchen Leuten Anfälle auslösen; doch habe ich das im Experiment nicht deutlich nachweisen können. Nur in einem einzigen Falle, in diesem aber sehr prägnant, konnte ich durch Anwendung eines mechanischen Reizes eine Uebererregbarkeit der peripheren Gefäße nachweisen; es gelang mir bei einer Kranken, die durch längere Zeit wegen „Beschäftigungsneurose“ in ärztlicher Behandlung war, wiederholt nach mäßig starkem Umschnüren des rechten Armes mit einem Handtuch, als ich nach circa 5 Minuten die Schlinge löste, eine strotzende Hyperämie des Armes zu erzeugen. Am linken Arm und den Beinen konnte ich ähnliches nicht erzielen, auch blieb diese reactive Hyperämie, die ja bei wirklicher Zuschnürung mit einem Gummischlauche nicht wunderbar wäre, in allen anderen Fällen, die ich darauf hin untersuchte, aus.

Fall 7. Fr. L., 30 Jahre alt, Schreiberin. Klagt seit einem halben Jahre über eine Erschwerung ihrer Schreibthätigkeit: nach ein- oder mehrstündigem Schreiben stellt sich in der Hand Zittern und ein schmerzhaftes Ermüdungsgefühl ein, dabei wird nach Angabe der Patientin die Hand ganz roth. Ich fand an der neuropathisch beanlagten Patientin Tachykardie; ziemlich starke mechanische Muskelerregbarkeit; erhöhte Sehnenreflexe. Die Menses pflegten enorm stark zu sein, zweimal will Patientin an „Blutfleckenkrankheit“ gelitten haben. Endlich constatirte ich oben geschildertes Phänomen. Ich konnte Patientin, die mich nur einigemal aufsuchte, nie lange genug beobachten, um eine Schreibprobe anzustellen. Auch ist mir über den weiteren Verlauf nichts bekannt.

Den mechanischen Reizen schließe ich die kinetischen an, die Circulationsstörungen, welche durch Veränderung der Lage des Körpers im ganzen oder seiner einzelnen Theile zu einander zustande kommen. Hier ist die Ausbeute für unsere Zwecke größer: es gibt in der That Fälle, in denen es durch einfache Lageveränderungen möglich ist, Circulationsstörungen in gewissen Körpertheilen zu erzielen. Die Beschwerden der Kranken geben oft einen Fingerzeig, nach dieser Seite hin Untersuchungen anzustellen.

Am bekanntesten in dieser Hinsicht ist wohl das Verhalten bei Erythromelalgie, wo das Herabhängen der Glieder sehr oft den Anfall auslöst. Aber auch ohne daß diese furchtbare Affection mit ihren unerträglichen Schmerzen vorhanden ist, kommt es beim Herabhängenlassen der Glieder bei unseren Kranken öfter auffällig schnell zu Hyperämien. BOUVERET²⁷⁾ schildert eine neurasthenische Kranke, die lange durch ausgesprochene Bewegungsasthenie ans Bett gefesselt war. Sobald man sie aufstellte, wurden Füße und Beine roth und dann blau, während sie im Bette gewöhnlich kalt und blaß waren. Aehnliche Cyanose — wir kommen auf diese Kreislaufsstörung noch zurück — habe ich auch gesehen. Andererseits begünstigt das Emporheben der Arme über den Kopf, z. B. selbst eine derartige Schlafstellung, das Eintreten von Synkope.

Fall 8. E., Kaufmann, 45 J. Ausgesprochene Neurasthenie, vielleicht durch geschlechtliche Verirrungen hervorgerufen. Klagt seit Jahr und Tag über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, psychische Erregtheit, Angstgefühl etc. Seit einigen Wochen Bronchiolitis mit asthmatischen Zuständen.

Tritt im Mai 1899 in meine Behandlung. Ich constatirte neben allgemeinen nervösen Symptomen vasomotorische Attaquen: Kopfcongestion, Synkope der Arme, Anfälle von Unterleibsplethora (Brennen im Leibe, Verstopfung, Leberhyperämie, meist mit hämorrhoidalen Blutungen endend). Bei der langen Dauer der Beobachtung konnte ich die Anfälle gelegentlich direct beobachten. Beim Spazierengehen klagte Patient über eine Art Platzangst, die sich bei Geschäftsgängen weniger äußerte; indem ich ihn begleitete, konnte ich constatiren, daß diese Platzangst mit Kopfcongestion

verbunden war. Ferner fand ich im Urin zahlreiche Briefcouvertkrystalle (s. g. Oxalurie) und gelegentlich Eiweiß. Mikroskopisch war im Urin nie etwas für Nierenleiden Charakteristisches zu finden, erst in den letzten Wochen (Februar 1901) traten nach einer schweren Angina unter Vermehrung der Eiweißmenge einzelne hyaline und gekörnte Cylinder auf.

Dieser Mann, bei dem die Erkrankung der Gefäßnerven durchaus nicht der wichtigste, wenn auch vielleicht der lästigste Theil des Krankheitsbildes ist, machte mich auf Folgendes aufmerksam: Sobald er die Hände über den Kopf erhebt, werden dieselben ganz blaß, während das Gesicht sich röthet, die Carotiden zu klopfen beginnen; bald folgt ein deutlicher Angstzustand, die Augen treten etwas hervor, die Ohren werden glühend roth. Läßt man die Hände weiter hochhalten, so bleiben sie kalt, aber der Kopf bekommt ziemlich plötzlich wieder seine normale Blutfülle. Ich habe das Experiment öfter mit demselben Erfolge wiederholt. Es besteht also beim Hochheben der Arme eine Neigung zu Synkope in ihnen, die unmittelbar von Kopfcongestion gefolgt wird; nach einiger Zeit scheint sich der Organismus der veränderten Circulation in den Armen durch andere Vertheilung anzupassen und die Kopfgefäße bekommen normales Caliber.

Hierher gehören ferner Fälle, bei welchen der Uebergang von liegender in sitzende Stellung, respective umgekehrt, circulatorische Störungen im Kopfe auslöst. Sehr oft klagten die Patienten, daß sie früh beim Aufstehen Symptome zeigen, die ungezwungen auf Gehirnämie bezogen werden können. Ich habe diese Zustände nie direct beobachtet. Dagegen verfüge ich über einen Fall, wo beim Aufrichten Congestion nach dem Kopfe eintrat.

Fall 9. Frau C. Recht blutarme Frau von einigen 30 Jahren. 3 Geschwister, die mir bekannt sind, leiden ebenfalls an mehr oder minder ausgesprochenen Gefäßstörungen. Patientin ist seit Jahren wegen zahlreicher nervöser Herz- und Unterleibsbeschwerden, die sehr wechselten, von mir und anderen Aerzten behandelt worden. Atonie der Unterleibsorgane, Hängebauch; seit einem Partus sehr intensive Schmerzen in der linken Synchrondrosia sacroiliaca. Von Affectionen an den peripheren Gefäßen war eine andauernde, sehr lästige Kälte der Füße und eine Neigung zu „Uebersteigungen“ nach dem Kopfe öfter beobachtet.

April 1897 consultirte mich die Patientin, der es damals im Uebrigen leidlich gut ging, wegen Schwindelanfällen, die sich besonders frühmorgens beim Aufrichten einstellten. Die äußeren Gegenstände drehten sich dabei, und zwar stets nach rechts, auch traten im rechten Ohr Geräusche dabei auf, ferner Brechreiz und Kopfdruck. Patientin gab an, bei den Anfällen sehr roth auszu sehen. Specialistische Untersuchung hatte am Ohr nichts ergeben, was zur Erklärung dieser Labyrinth Symptome dienen konnte, dieselben waren als nervös bezeichnet worden. Auch nach dem Mittagsschlaf stellten sich manchmal diese Beschwerden ein, während sie sonst höchstens andeutungsweise sich bemerkbar machten.

Ich ließ Patientin eine Stunde auf dem Sopha liegen und dann plötzlich den Oberkörper aufrichten. Dabei constatirte ich starke Congestion nach dem Kopfe, die, wie die Augenspiegeluntersuchung ergab, auch das Gebiet der Carot. int. mit umfaßte. Zugleich hatte Patientin die oben geschilderten Schwindel- und Gehörssymptome.

Patientin versuchte vielerlei erfolglos gegen ihre Beschwerden. Nach einigen Monaten hörten dieselben ohne ersichtlichen äußeren Einfluß auf. Ich habe Patientin in den folgenden Jahren mit allerhand nervösen Störungen wiedergesehen, diese Art des Schwindels trat nicht wieder auf.

Ich erkläre mir das Eintreten der Congestion folgendermaßen. Beim Aufrichten entsteht momentan normalerweise eine geringe Erschwerung der Zufuhr nach dem Kopfe, welche sich bei zahlreichen Personen in Unlustgefühlen, bei sehr Anämischen in Ohnmacht äußert. Wahrscheinlich wird bei guter Regulation diese relative Anämisirung durch eine geringe Erweiterung des Strombettes sofort ausgeglichen; im vorliegenden Falle hätten wir dann ein typisches Beispiel

²⁷⁾ L. BOUVERET, Die Neurasthenie. Deutsch von OTTO DORNBLÜTH. Leipzig und Wien 1893.

starker Uebererregbarkeit gewisser, sonst zweckmäßig arbeitender Mechanismen.

Recht bequem erscheint zur Prüfung der Einfluß chemischer Agentien, von denen viele imstande sind, Anfälle auszulösen. Ich habe zur Prüfung in zahlreichen Fällen das Amylnitrit benützt. Die vielgeschilderte Amylnitritwirkung, der typische Congestivzustand nach dem Kopfe, tritt, wie mich zahlreiche Versuche gelehrt haben, an den einzelnen Individuen bei höchst verschiedener Quantität des wirkenden Stoffes, nach sehr verschiedener Zeitdauer und in sehr verschiedener Stärke auf. Besonders die Zeitdauer bis zum Eintritt deutlicher Symptome ist sehr wechselnd; eine große Beobachtungsreihe ergab, wie auffällig schnell fast alle Kranken mit labilem Gefäßsystem auf die Einathmung reagiren. Pathognomonisch ist dieses Symptom ebenso wenig, wie ein anderes; es stellt ja nur die Reaction des Kopfgefäßapparates auf einen bestimmten Reiz dar und kann daher bei vasomotorischer Ataxie fehlen, wenn z. B. andere Gefäßprovinzen mehr ergriffen sind, kann andererseits auch bei sonst normalen Menschen da sein, welche gerade gegen Amylnitrit eine besondere Idiosynkrasie besitzen. Gleichwohl sind diese Ausnahmen selten; im Ganzen wird man Kranke, welche wenige Secunden nach Applicirung einiger Tropfen Amylnitrit mit deutlichen Congestivsymptomen reagiren, in die hier geschilderte Kategorie rechnen müssen.

Einigemal habe ich mir auch in Fällen, wo die Symptome zweifelhaft waren, und der Tabak in der Anamnese, sei es als ursächliches, sei es als auslösendes Moment in Frage kam, durch eine Rauchprobe Sicherheit verschafft (siehe Fall 1). Es ist in der That sehr auffällig, wie dann zuweilen alte Raucher, die früher viel vertrugen, nach einer Cigarre mit deutlichen (übrigens in ihrem Charakter recht variablen) Kreislaufstörungen an Kopf und Händen reagirten.

Die Zahl der chemischen Stoffe, die man noch probiren kann, ist natürlich sehr groß, ich habe noch mit einigen experimentirt, im allgemeinen bewegen sich die Resultate in den skizzirten Grenzen.

Thermische Reize sind besonders in solchen Fällen zur Aufklärung der Diagnose zu versuchen, wo gerade durch sie Anfälle hervorgerufen werden. Es gelingt zuweilen, z. B. durch Eintauchen in Eiswasser, Synkope der Extremitäten hervorzurufen. Im Allgemeinen muß ich allerdings sagen, daß selbst in typischen Fällen die immerhin kurzdauernden Temperatureinflüsse, mit denen ich experimentirte, selten Effect hatten. Ich glaube wohl, daß man durch Steigerung der Reize mehr erzielen wird; aber ich wollte die betreffenden Kranken, welche große Scheu vor den Kälteeinflüssen, um die es sich meist handelt, mitbrachten, nicht mit solchen quälen. Zudem weisen Thatsachen darauf hin, daß ein ganz acuter Kältereiz zuweilen momentan anregend auf den örtlichen Kreislauf wirkt. So kann ich die von SOLIS-COHEN (l. c.) bereits angegebene Beobachtung bestätigen, daß bei der chronischen localen Asphyxie der Hände, mit der wir uns noch später zu beschäftigen haben und die nicht selten mit Kältewirkungen im Zusammenhange steht, die Extremität, in Eiswasser gesteckt, hellroth werden kann; besonders gelingt das Experiment, das eine Verbesserung der örtlichen Kreislaufbedingungen anzeigt, wenn vorher die Hände, z. B. durch Wärmewirkung, etwas weniger blau geworden sind.

Für ein vorzügliches diagnostisches Mittel, namentlich bei den Fällen, in denen der Kopf sehr in Mitleidenschaft gezogen ist, halte ich die elektrische Prüfung; vor Allem mit dem galvanischen Strom. Ich kenne keine Kategorie von Kranken, welche derartig empfindlich gegen eine Durchleitung ganz geringer Ströme, von $\frac{1}{2}$, von $\frac{1}{4}$ MA. durch den Kopf ist, wie gerade diese Kranken mit labilem Gefäßnervensystem. Es gibt natürlich hysterische Personen, welche, noch ehe man den Strom einleitet, schon unerträgliche Beschwerden beim Aufsetzen der Elektroden empfinden; unsere Kranken aber bleiben absolut ruhig, so lange kein Strom

da ist, und fangen erst bei einer bestimmten Stärke zu klagen an. Ich habe in Fällen, die mir zweifelhaft schienen, durch zahlreiche Stromschließungen und -unterbrechungen die Zuverlässigkeit der subjectiven Angaben festgestellt, indem ich z. B. ansagen ließ, wann der elektrische Geschmack auftrat; die Kranken empfanden ihn nie bei unterbrochener Stromleitung, aber schon sehr stark bei ganz geringen Strömen. Eine gewisse Rolle spielt bei der großen Empfindlichkeit dieser Kranken gegen den elektrischen Strom die ihnen eigene Verminderung des elektrischen Leitungswiderstandes; vor allem aber sind eben die Kopfgefäße bei ihnen enorm labil. Denn steigert man den Strom nur mäßig, auf $1\frac{1}{2}$, auf 2 MA., so treten auch objective Zeichen veränderter Circulation im Kopfe auf; meist handelt es sich dabei um Congestivzustände mit starkem Schwindel, seltener — man kann dies eher mit plötzlich eingeschalteten starken Strömen erzielen — um ohnmachtsähnliche Erscheinungen; in beiden Fällen ist man bald genöthigt, das Experiment abubrechen. Ueberhaupt waren sehr viele dieser Kranken nur schwer zur Vornahme einer galvanischen Untersuchung respective Behandlung zu bewegen; es ergab sich meist, daß sie anderen Aerzten gerade deshalb weggelaufen waren, weil sie ihre elektrischen Prozeduren nicht vertrugen. — Wohl die Hälfte aller Kranken mit vasomotorischer Ataxie besaßen diese Empfindlichkeit.

Auch die Wirkung des faradischen Pinsels auf die Haut, das verschieden schnelle Entstehen von Hautröthe und Wärmegefühl an ihr, ist nicht unwichtig; doch sind Symptome an der Haut aus gleich zu erörternden Gründen nicht ausschlaggebend.

Aus dieser Uebersicht der Prüfungsmethoden ergibt sich, daß dieselben es in vielen, wenn auch lange nicht in allen Fällen gestatten, das Bestehen einer Uebererregbarkeit des Gefäßnervensystems objectiv festzustellen, sei es, daß man die vom Kranken geschilderten Symptome unter seinen Augen entstehen läßt, sei es, daß man andere derartige Störungen provocirt, über die sonst in der Anamnese nicht besonders geklagt wurde. Ja man hat bis zu einem gewissen Punkte die Möglichkeit, den Grad der Labilität festzustellen. Es ist dies weniger beim Vergleich der verschiedenen Kranken wichtig: bei der ungeheuren Verschiedenheit der Individuen sind derartige vergleichende Tabellen recht schwer aufzustellen. Aber bei derselben Person schien mir, besonders auch prognostisch, wiederholte Prüfung nach einer Richtung hin wichtig. Gerade darin zeigt sich oft objectiv die Besserung, daß die Kranken wieder ohne Beschwerden eine Cigarre rauchen oder den galvanischen Strom in mäßiger Stärke vertragen.

Natürlich sind diese Untersuchungsmethoden einer sehr großen Variation und, bei sorgfältigem Studium an einem klinischen Material, bedeutender Verbesserung fähig.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

JORDAN (Heidelberg): Ueber die Aetiologie des Erysipels und sein Verhältniß zu den pyogenen Infectionen.

Aus den Darlegungen J.'s ergeben sich folgende Schlußfolgerungen („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 35):

Das Erysipel ist ätiologisch keine spezifische Erkrankung. Am Kaninchenohr kann typisches Erysipel nicht nur durch Streptokokken, sondern auch durch Staphylokokken, Pneumokokken und Bacterium coli erzeugt werden.

Das menschliche Erysipel wird in der Regel vom Streptococcus pyogenes verursacht, kann aber auch, wie einwandfreie Beobachtungen ergeben, durch Staphylococcus aureus hervorgerufen werden. Die Frage, ob auch die facultativen Eitererreger, wie Pneumokokken, Bacterium coli, Typhusbacillen beim Menschen Erysipel machen können, ist noch als eine offene zu bezeichnen!

Diese ätiologische Auffassung steht im vollen Einklang mit den klinischen Verhältnissen. Eine genaue Analyse der klinischen Erfahrungen ergibt nämlich, daß der Typus der Erkrankung durchaus kein constanter ist, daß vielmehr eine Reihe von Variationen vorkommen. Zwischen den Fällen, die unter stürmischen septischen Erscheinungen in wenigen Tagen zum Exitus letalis führen, und solchen, die ohne Störung des Allgemeinbefindens gleichsam ambulant verlaufen, werden alle möglichen Uebergänge beobachtet. Die sogenannten Schulfälle von Erysipel, bei denen unter Schüttelfrost, Erbrechen und hohem Fieber die Hautröthe einsetzt, stellen nur eine Form der erysipelatösen Erkrankung dar. Fälle, die Abweichungen von dem gewohnten Bilde darboten, hat man unter den Begriff der Pseudoerysipiele oder phlegmonösen Erysipiele eingereiht.

Dem Auftreten von Fieber kann bezüglich der Unterscheidung des echten vom falschen Erysipel keine ausschlaggebende Bedeutung zuerkannt werden.

Die Unterscheidung von Erysipelen und Pseudoerysipelen ist bei dem jetzigen Stand der Lehre nicht mehr haltbar, denn es kommen klinisch eine Reihe von Varietäten vor, und ätiologisch besteht keine Differenz. Es handelt sich bei den verschiedenen Formen vielmehr nur um Intensitätsstufen derselben Erkrankung, welche durch die wechselnde Virulenz der Kokken und die verschiedene Widerstandsfähigkeit der Gewebe bestimmt werden.

B.

PREISWERK (Basel): **Caries profunda.**

Unter Caries profunda versteht man jenes Progressionsstadium der Zahncaries, wobei der Fornix cavi pulpae entweder selbst cariös oder höchstens in einer Dicke von $\frac{1}{2}$ Mm. normal hart ist, die darüber liegende cariöse Schichte aber im zweiten Stadium der Caries — knorpelig erweicht und pigmentirt — sich befindet und spontane Schmerzerscheinungen noch nicht stattgefunden haben („Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde“, 1901, Nr. 3).

Vom klinischen Gesichtspunkte aus darf eine Caries profunda diagnosticirt werden, wenn bei größerer Ausdehnung des Cariesherdes die Nähe der Pulpa wahrscheinlich ist, ohne daß dieselbe an irgend einer Stelle freigelegt oder infolge der Caries afficirt ist.

Die Therapie kann eine prophylaktische, eine palliative und eine spezifische sein.

Die prophylaktische Behandlung hat darin zu bestehen, daß durch frühzeitiges Ausfüllen der durch Caries superficialis oder media gesetzten Defecte der Proceß zum Stillstand gebracht wird. Besonders ist dabei die kegelförmige Caries beachtenswerth, die mit ihrer Spitze oft in ungeahnter Schnelle den Fornix erreicht. Die Aufgabe der palliativen Behandlungsart besteht in der Aufhebung der hervorstechendsten Symptome; demnach in erster Linie in Ausfüllung des Defectes, dann in denjenigen Maßnahmen, die eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen physikalische und chemische Insulte wieder zur Norm zu führen imstande sind; also im künstlichen Wiederaufbau des beträchtlich verdünnten Fornix. Dies geschieht in der bekannten Weise durch Auflegen eines nichtleitenden Materials, wie Guttapercha, Asbest etc.

Der Erfolg einer spezifischen Behandlungsweise ist nur auf einer bacterio-pathologischen Grundlage denkbar. Nach P. ist für die spezifische Behandlung der Caries profunda das Jodoform ein, wenn auch nicht vollkommenes, so doch sehr schätzbares Medicament.

L.

F. SCHLEISSNER (Prag): **Favus bei Neugeborenen.**

Favus bei Neugeborenen ist eine relativ seltene Beobachtung, zumindest weist die Literatur dieses Gegenstandes bloß zwei derartige Fälle auf, sicherlich nur darum, weil die Infectionsmöglichkeit eine außerordentlich eingeschränkte ist. SCH. beschreibt nun („Archiv f. Derm. u. Syph.“, Bd. LIV) zwei solche Fälle. Die Infection erfolgte im ersten Falle von der favuskranken Mutter auf das Kind. Bei demselben erschienen an der Wange am 9. Lebenstage einige leicht infiltrierte Flecke, wie nach Insectenbissen, die aber

innerhalb weniger Tage peripher an Ausbreitung gewannen und in deren Centrum herpesähnliche, miliare, rasch zerfallende Bläschen aufschossen, an deren Stelle kleinst lamellöse Schuppung trat. Die an dem mütterlichen Kopfe gemachte Favusdiagnose ließ auch hier Favus mit Wahrscheinlichkeit annehmen, was durchs Mikroskop Bestätigung fand; am 17. Krankheitstage war durch das Auftreten kleiner, gelber Scutula auch klinisch die Diagnose ohne weiteres möglich. Bei einem zweiten Kinde, das mit dem ersten vor Sicherstellung der Diagnose wegen Ueberfüllung der Anstalt (Findelanstalt) einen Tag lang in einem Bettchen gelegen hatte, traten ähnliche Efflorescenzen am rechten Stirnbeinhöcker auf, deren Untersuchung Favuspilze ergab. Der Autor weist hiebei mit Recht auf die hohe Disposition der kindlichen Haut hin, sowie weiters, daß sich aus der Beobachtung der beiden Fälle die Incubationsdauer, wie bei den künstlichen Uebertragungen, auf ungefähr 6—8 Tage berechnen ließ.

DEUTSCH.

OSCAR WYSS (Zürich): **Medianusdurchtrennung. — Heilung.**

Die scharfe Durchtrennung eines Nerven bietet keinen erheblichen Schmerz, auch nach der Durchtrennung nicht; erst am 2.—5. Tage treten neuralgieähnliche, zum Theil sehr heftig zuckende Schmerzen in den der Sensibilität beraubten Gebieten auf („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 36).

Schmerzen sind später immer dort am stärksten, wo die vorrückenden Spitzen der auswachsenden Achsencylinder stehen, zumal bei Druck gegen diese Stellen, und zwar handelt es sich um Kitzelschmerzen, die nach den sensibilitätslosen Gebieten ausstrahlen. Von Zeit zu Zeit wird besonders bei Hyperämie der Nachwuchszone ein spontanes, momentanes, lancinirendes Stechen gefühlt. Die von neuem wieder sensibel gewordenen Hautbezirke zeichnen sich im Anfang dadurch aus, daß die Betastung (ausstrahlend) schmerzhaft ist, jedoch nicht intensiv, sondern mehr dem Bestreichen mit dem faradischen Strom entspricht. Ebenso wird Anfassen von kalten, weniger von warmen Gegenständen als Schmerz empfunden; oder es besteht wenigstens eine Hyperästhesie gegen relativ geringe Wärmeunterschiede. Ob eine raschere Abkühlung der in der Sensibilität gestörten Bezirke nervösen oder vasogenen Ursprungs ist, bleibt zweifelhaft. Es können die proximalen Achsencylinder in andere distale Achsencylinder (oder besser gesagt, an Stelle dieser) auswachsen, und thun dies zweifellos sehr häufig, wenn die Schnittflächen beider Nerven nicht ganz genau so aufeinander liegen, wie sie zusammengehören. Die Achsencylinder wachsen auch in Gebiete a. s. wo vorher keine Anästhesie bestand, in unserem Falle in solche, wo die Hautsensibilität dem ungestörten Radialis angehört. Dies zeigt sich durch Auftreten der erwähnten gleichen Berührungsschmerzen in solchen Gebieten. Daß hier vor der Verletzung schon Radialis und Medianus gemischt die Haut mit Sensibilität versehen, ist umso wahrscheinlicher, wenn wir annehmen, daß die Achsencylinder in ihre persistirenden Scheiden auswachsen, nicht neue Bahnen aufsuchen und nicht die SCHWANN'schen Scheiden um sich anlagern. Dafür spricht auch der Umstand, daß die scharfe Grenzlinie in der Vola gegen den Ulnaris von neuen Achsencylindern nicht überschritten wurde.

Es muß bei Hautveränderungen, die nach Nervendurchtrennung (Lähmung) auftreten, genau unterschieden werden, ob es sich wirklich um „trophische Störungen“ handle oder nur um Verletzungen (Brandwunden etc.), die gerade nur wegen der mangelnden Sensibilität zustande kommen. Das Auswachsen der Achsencylinder ist ein successives, und es offenbart sich die distale Wachstumsgrenze jeweils durch intensivere Berührungsschmerzen. Die durchtrennten Achsencylinder wachsen circa 2 Mm. pro die aus.

B.

LENNANDER (Upsala): **Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über locale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.**

Während früher die Ansicht allgemein verbreitet war, daß das Peritoneum parietale und viscerales und die Serosa des Darmes vollständig unempfindlich sind, so lange sie nicht entzündet sind,

hat L. bei mehreren unter SCHLEICH'scher Anästhesie vorgenommenen Laparotomien die Beobachtung gemacht, daß Magen, Darmcanal und Mesenterium, sowie die Gallenblase weder Schmerz-, noch Berührungs-, Wärme- oder Kältenerven besitzen, daß hingegen das Peritoneum parietale sehr reich an Schmerznerve sei, u. zw. sowohl in gesundem, als auch in krankem, entzündetem Zustande. Seiner Meinung nach liegt die Ursache des Kolikschmerzes in einer hastig aufgetretenen Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale im Anschluß an eine acute Ausdehnung eines Theiles des Darmcanales.

Weiters theilt Verf. mit („Centralbl. f. Chir.“, 1901, 8), auf welche Weise er mittels Localanästhesie die Bruchoperation nach BASSINI vollständig schmerzlos gestaltete. Infiltration der Haut nach SCHLEICH, Bloßlegung der Aponeurose im oberen Wundwinkel und Aufsuchen des N. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis nach Theilung der Aponeurose in der Faserrichtung; in die bloßgelegten Nerven wird je eine PRAVAZ'sche Spritze einer $\frac{1}{2}$ —1% Cocainlösung injicirt, worauf das ganze subcutane Bindegewebe und die Aponeurose schmerzlos durchtrennt werden können. Hingegen waren der Bruchsackhals und die angrenzenden Theile des Peritoneums nie ganz schmerzlos. Große Erfolge sah Verf. von einer Vereinigung der localen mit der allgemeinen Anästhesie. Man spritzt vor Beginn der Operation $\frac{3}{4}$ —1 Cgrm. Morphium ein und wendet die SCHLEICH'sche Infiltration in und unter die Haut und der Aponeurose an. Wenn die Infiltration der Subserosa nicht gelingt, läßt man den Pat. Chloroform oder Aether einathmen; sobald er nicht reagirt, wird das Peritoneum parietale durchschnitten, die Adhäsionen werden gelöst; wenn aber der Darm zur Resection oder Anastomose zurechtgelegt ist, wird die Inhalation ausgesetzt, da die Operation am Darm schmerzlos ist. Die Narkose wird erst wieder für kurze Zeit eingeleitet zum Herausnehmen der Compressen aus der Bauchhöhle, zur Reposition der Därme und zur Naht des Peritoneums, weil diese Eingriffe als sehr schmerzhaft empfunden werden. Der Verbrauch von Chloroform bei dieser combinirten Methode ist sehr gering, daher die Operation sehr wenig gefährlich.

ERDHEIM.

FRANTA (Prag): Ueber die Behandlung chronischer Entzündungen des Uterus und der Adnexa durch intrauterine Injektionen nach Grammatikati's Methode.

Verf. behandelte 20 Fälle chronischer Entzündung des Uterus und der Adnexa (Endometritis, Metritis, Para-, Perimetritis, Salpingo-Oophoritis u. s. w.) meistens puerperalen und gonorrhoeischen Ursprungs; alle Pat. wurden schon früher durch längere Zeit ($\frac{3}{4}$, auch mehrere Jahre) ohne Erfolg behandelt. Die Injektionen wurden ambulant vorgenommen, gewöhnlich dreimal in der Woche („Věstnik“, III. sjezdu čes. přir. a lek. v Praze, 1901, pag. 254). Die Pat. bekamen durchschnittlich 34 Injektionen. Vom Anfange der Behandlung hatte sich gewöhnlich die Menstruation nicht mehr eingestellt. Die Erfolge waren sehr gut. Die Schmerzen und die unregelmäßigen Blutungen hörten auf, die Menstruation regelte sich, die Exsudate schwand rasch, die Schwellung des Uterus oder der Adnexa nahm ab, die Pat. fühlten sich frisch und stärker. Von 20 Kranken heilten 4 vollkommen, 16 wurden bedeutend gebessert; das sind gewiß ermutigende Erfolge, wenn man bedenkt, daß es sich meistens um arme Pat. handelte, die sich durchaus nicht schonen konnten. Bei herabgekommenen anämischen und hysterischen Kranken ist eine Behandlung dieser Art nicht rathsam.

STOCK.

R. DOHRN (Dresden): Ueber Entbindungen in der Agone.

Der Gedanke, eine rettungslos dahinstorbende Schwangere vor ihrem nahen Tode im Interesse des Kindes zu entbinden, ist erst in der Neuzeit aufgekommen. Es galt nur als Axiom, den Leib der schwangeren kranken Mutter nach ihrem Tode dem Kaiserschnitte zu unterwerfen, womit man dem kindlichen Leben genügend Sorge zugewendet zu haben glaubte. Zum erstenmale wurde es im Jahre 1840 von RÖSER, einem praktischen Arzte in Bartenstein in Ostpreußen, ausgesprochen, daß es statthaft sei, eine

aussichtslos dahinstorbende Frau noch vor ihrem Tode auf Grund der Rücksicht auf das Kind blutig zu entbinden. Dann kam 1858 ein Fall in Breslau, welcher zu einer gerichtlichen Verfolgung der beteiligten Aerzte und des Ehemannes, der seine Einwilligung gegeben hatte, führte, was wohl die Veranlassung ward, daß das nachfolgende Jahrzehnt keinen ähnlichen Fall aufweist. Erst RUNGE betonte anfangs der 80er Jahre wieder die Berechtigung des Kaiserschnittes an der Sterbenden, den er dann für indicirt hält, wenn Diagnose und Prognose des Arztes mit Sicherheit den Tod der Hochschwangeren in kürzester Zeit in Aussicht stellen, die Frucht lebt und eine Entbindung durch den Beckencanal keine bessere Prognose bietet und endlich der bevorstehende Exitus letalis von der Einleitung der Geburt keinen Erfolg mehr erwarten läßt.

D. bespricht („Sammlung klinischer Vorträge“, Nr. 304) nun die Schwierigkeiten, welche sich in der Praxis unserem Vorgehen entgegenstellen. Dazu gehört vor allem der Widerwille, welcher im Publicum gegen die Vornahme des Kaiserschnittes an der Sterbenden herrscht. Es ist ferner leicht, die tödtliche Krankheit festzustellen, aber oft unmöglich, den Zeitpunkt des Ablebens genau zu bestimmen. Ebenso erweisen sich für die Rettung des Kindes bei schweren Krankheiten der Mutter die Aussichten oft als sehr zweifelhaft. Bei der Feststellung des kindlichen Lebens begegnen wir häufig schon infolge äußerer Umstände großen Schwierigkeiten, durch Auscultation und Betastung die schwachen Lebensäußerungen des Kindes mit der nöthigen Genauigkeit festzustellen.

Am besten gestaltet sich die Aussicht für das Kind, wenn die Mutter an unoperirbaren Tumoren litt, welche dem Kinde den Ausweg aus dem Becken verlegten. Hier kann man am ehesten bei der Operation auf ein lebensfrisches Kind hoffen.

Verweigern die Angehörigen ihre Zustimmung zur Operation, so muß man dem Schicksal des Kindes seinen Lauf lassen; denn bei dem jetzigen Stande der Gesetzgebung ist der Arzt in solchen Fällen nicht ausreichend geschützt, da es an Bestimmungen fehlt, welche unser Vorgehen einwandfrei begrenzen, sowohl den Pat. als auch den Arzt schützen.

FISCHER.

FRANZ TORGLER (Klagenfurt): Das gespaltene Doppelspeculum, dessen Anwendung und Werth.

Vom röhrenförmigen Speculum fordert man, daß es dem Untersucher die pathologischen Verhältnisse der Vagina und der Vaginalportion sichtbar, ferner die locale Behandlung derselben möglich mache. Um auch alle kleineren operativen Eingriffe ohne Assistenz zu ermöglichen, hat T. („Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, Bd. IV. H. 2) das HEITZMANN'sche Doppelspeculum derart modificirt, daß er das innere Speculum der ganzen Länge nach, das äußere, kurze bis 2.5 Cm. vor dem vaginalen Ende gespalten hat. Dieser Spiegel ermöglicht das sofortige Anhängen der Portio mittels Kugelzange nach Einstellung durch das längere Speculum, die nachfolgende leichte Abnahme dieses inneren Rohres, worauf die Portio bis ganz nahe an den Introitus heruntergezogen und alle kleineren therapeutischen Eingriffe leicht vorgenommen werden können (Scarification der Portio, bilaterale Discission des Muttermundes, kleine Polypenoperationen, Sondirung des Uterus. Dilatation des Cervicalcanales, Uterustamponade, intrauterine Spülungen und Aetzungen, Vaporisation, Galvanocauterisation, Curettement). Die beiden Specula sind aus vernickeltem Metall, daher leicht zu sterilisiren und reinzuhalten.

FISCHER.

J. KRON (Berlin): Ein Beitrag zur Lehre über den Verlauf der Geschmacksfasern.

In einem Falle, in welchem es sich wahrscheinlich um luetische Meningitis mit Symptomen von Seiten der mittleren Schädelgrube handelte („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 12), ging die Störung des Geschmacks in ihrem Verlaufe der der Sensibilität im Gebiete des 3. Trigeminusastes parallel. Dieser Befund spreche mit der Deutlichkeit eines Experiments für den Verlauf der Geschmacksfasern durch den 3. Ast des 5. Nerven. Da sich nach dem Zurückgehen der Ptosis und der Abnahme des Verbandes schon am

nächsten Tage eine geringe Erosion der Cornea feststellen ließ, die bald zu einer Keratitis neuroparalytica führte, so nimmt Verf. eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Cornea an, für die zuerst die Ptosis einen natürlichen Schutz schuf. INFELD.

SIEGFRIED KAMINER (Berlin): Ueber den Einfluß der Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Proceß und den therapeutischen Werth der Einleitung des künstlichen Abortes.

Faßt man die Ergebnisse der Untersuchungen K.'s („Deutsche med. Woch.“, 1901, Nr. 35) zusammen, so ergibt sich daraus die Thatsache, daß die Einleitung des Abortes in vielen Fällen die Gefahren der Schwangerschaft für die Phthise vermindert, und daß der Eingriff auf den Organismus der kranken Frau nach diesen von berufener und berufenster Seite vorgenommenen Operationen nicht im entferntesten in seinen Folgen mit denen der Entbindung zu vergleichen ist. Daraus ergibt sich, daß unter Würdigung der oben genannten Umstände man häufig berechtigt, niemals aber verpflichtet sein wird, den Abort einzuleiten. Es kann in dieser Frage nicht generaliter, wie MARAGLIANO es wünscht, sondern nur von Fall zu Fall entschieden werden. Andererseits aber wird man sich der Ueberzeugung nicht verschließen können, daß es fast immer für eine tuberculöse Frau ein Unglück ist, wenn sie schwanger wird, und deshalb wird es vielleicht mehr wie bisher Sache der Aerzte sein müssen, die Frau auf die ihr drohenden Gefahren aufmerksam zu machen, andererseits für ihren Theil die aus diesen Erwägungen resultirenden Consequenzen in anticonceptioneller Hinsicht zu ziehen. N.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der physikalischen Therapie. Herausgegeben von Dr. A. Goldscheider, a. o. Prof. in Berlin, u. Dr. Paul Jacob, Privatdocent in Berlin. I. Theil, 2. Band. Mit 175 Abbildungen. Leipzig 1901, G. Thieme.

Dem Eröffnungsbande des ersten Theiles dieses groß angelegten Werkes, welchem wir bereits eingehende Würdigung zu Theil werden ließen, ist rasch der zweite, die Mechanotherapie, Orthopädie, Elektro und Lichttherapie umfassende Band gefolgt. Er schließt sich würdig seinem Vorgänger an, da auch er das Wichtigste aus den genannten Gebieten in übersichtlicher Fassung und guter Diction bringt. Wenn einzelne Autoren allzu breit geworden, so ist dies ein Fehler, der den ersten Auflagen von Sammelwerken naturgemäß anhaftet und in der Folge sicherlich zu vermeiden sein wird. Die Massage wurde von zwei Autoren bearbeitet. Die historische Einleitung und die Darstellung der Physiologie der Massage hatte Referent übernommen, während die „Technik der Massage“ der bewährten Feder ZABLUDOWSKI'S (Berlin) entstammt. Dieser unermüdete Vorkämpfer für physikalische Methodik, dessen Verdienst um die wissenschaftliche und praktische Förderung der Massage in jünster Zeit durch Berufung auf einen Lehrstuhl Anerkennung gefunden, hat die ihm gestellte schwierige Aufgabe mit seltenem Geschick gelöst. Wenn von einigen allzu breit angelegten Capiteln und einzelnen Absurditäten — hiezu zählen wir Z.'s manuelle Behandlung der Impotenz und dessen in Fig. 43 dargestellte Methode der gleichzeitigen mechanischen Behandlung der Occipitalnerven und der Analgegend — abgesehen wird, kann seine Darstellung der manuellen Massage in Wort und Bild als mustergiltig erklärt werden. Seine Photogramme verdienen ganz besondere Anerkennung. Den Anhang bildet ein vom ausgezeichneten Dresdener Mechanotherapeuten v. REYHER übersichtlich und gründlich bearbeitetes Capitel über Beziehung der Massage zu den anderen physikalischen Heilmethoden und über ärztliche Erfahrungen. Seine Worte über die Aufgaben der Schule der Massage gegenüber sollten auch in Oesterreich gehört werden.

Die nächsten Abschnitte sind der Gymnastik gewidmet, deren historischen Theil PAGEL (Berlin) bearbeitet hat. Ihm schließt sich Prof. ZUNTZ mit einem mustergiltigen Capitel „Physiologisches“ an,

in welchem der berühmte Physiologe die Ergebnisse der Forschung auf diesem Gebiete, wo er selbst so Hervorragendes geleistet, in wohlgruppirter Darstellung zusammenfaßt. Auch das nächste Capitel, „Turnen, Turnspiele und Sport“ aus der Feder von LEO ZUNTZ ist geeignet, das Interesse des Lesers zu fesseln.

Die „schwedische Heilgymnastik“ hat Dr. EMIL ZANDER, den Sohn des hochverdienten Stockholmer Gymnasten, zum Verfasser, welcher sich seiner nicht leichten Aufgabe, die Principien der Widerstandsgymnastik dem deutschen Aertzepublicum zu entwickeln, mit Geschick unterzogen, nicht ohne auch diesen Anlaß zu einzelnen Ausfällen auf diejenigen zu benützen, die in verba patris et magistri nicht schwören.

PAUL JACOB hat die „Uebungstherapie“ in formvollendeter übersichtlicher Weise conform dem derzeitigen Stande unseres Wissens und unserer Erfahrung bearbeitet, während RUDOLF FUNKE die „Bewegungsformen und Apparatgymnastik (mit Ausschluß der schwedischen Heilgymnastik)“ darstellte, ein ziemlich uferloses Thema, welches die Herausgeber offenbar aus dem Grunde eingefügt, um einzelne recht klaffende Lücken der Schweden auszufüllen, die gerne übersehen, was jenseits der Grenze Skandinaviens geleistet wird. Auch FUNKE'S Arbeit verdient volle Anerkennung.

Die nächsten Capitel bilden: Mechanische Orthopädie, von VULPIUS mit gewohnter Meisterschaft bearbeitet, eine gute, compendiös gehaltene Elektrotherapie von L. MANN, historisch von PAGEL eingeleitet, mit einem Anhang: „Beziehungen zu den anderen physikalischen Heilmethoden und ärztliche Erfahrungen“ von M. BERNHARDT, das Schlußcapitel eine treffliche Darstellung des jüngsten Zweiges der physikalischen Methoden, der Lichttherapie, von H. RIEDER, mit einer historischen Einleitung von J. MARCUSE.

Der 535 Seiten umfassende zweite Band des ersten Theiles birgt, wie aus dieser kurzen Inhaltsangabe zu ersehen, einen kolossalen Stoff in ausnahmslos guter Bearbeitung. Wir sehen den folgenden Bänden mit großem Interesse entgegen. BUM.

Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Von Dr. H. Guttman. Dritte, gemäß dem „Arzneibuche für das Deutsche Reich“ von 1901 vollständig umgearbeitete Auflage. Berlin 1901, S. Karger.

Das handliche Buch erscheint in dritter, verbesserter Auflage. Die Verschiedenheit der Reaction des kindlichen Organismus gegenüber Medicamenten im Vergleich zum Verhalten in späteren Jahren hat den Autor zu einer sorgfältigen Bearbeitung der alphabetisch geordneten Arzneiverordnungen veranlaßt. Der Anklang, den das kleine Werk bei praktischen Aerzten gefunden, drückt sich in den relativ rasch einander folgenden Auflagen aus. Die bei jedem Medicamente angeführte ungefähre Preisberechnung wird besonders in der Armenpraxis sehr willkommen sein. Praktisches Format und gute Ausstattung erhöht den Werth des Buches. NEURATH.

Physikalisch-diätetische Behandlung der Magenkrankheiten. Von Dr. Albert Wittgenstein. Leipzig 1901, C. G. Naumann.

Das kleine Büchlein bietet dem Praktiker eine bequeme und gute Handhabe, sich über Technik und Anzeigen der unter häuslichen Verhältnissen anwendbaren, nicht medicamentösen Hilfsmittel bei Magenerkrankungen in ausreichender Weise zu orientiren. Es trägt seinem Vorsatze, den Bedürfnissen der Praxis zu dienen, in ausreichendem Maße Rechnung und wird sicherlich auf dem vielfach noch strittigen Gebiete der Magentherapie für den Praktiker, der die Zeit nicht hat, große specialistische Werke durchzustudiren, klärend und belehrend wirken. NI.

Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnhabscesses. Von Prof. Dr. W. Okada in Tokio. (Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie.) Herausgegeben von Doc. Dr. HAUG in München. 3. Bd., 10. H. Mit 2 Tafeln. Jena 1900, Gustav Fischer.

Zu den schwersten Complicationen einer eitrigen Mittelohrentzündung gehören die Gehirnhabscess. Die alten Aerzte kannten

wohl schon den Zusammenhang dieser beiden Leiden, allein sie deuteten ihn falsch. Sie verwechselten Ursache und Wirkung und leiteten die Paukeneriterung vom Gehirnabsceß her. Heute ist es zur unumstößlichen Wahrheit geworden, daß gerade das umgekehrte Verhältniß immer, oder doch fast immer statthat. Aber selbst LEBERT, der um die Mitte des vorigen Jahrhunderts einen höchst schätzenswerthen Beitrag zu diesem Capitel der Pathologie des Ohres geliefert und unsere diesbezüglichen Kenntnisse beträchtlich erweitert hatte, war noch in einem großen Irrthume, wenn auch nach einer anderen Richtung hin, befangen. Er huldigte nämlich der Ansicht, daß die Gehirnabscesse für den Operateur ewig ein Noli me tangere bleiben werden. Nun, man weiß, daß zum Glück der leidenden Menschheit diese Prophezeiung sich nicht erfüllt hat.

In seiner ausgezeichneten Monographie, welche sich bloß mit dem Kleinhirnabsceß beschäftigt, stützt sich O. auf ein reiches

Material von 165 (worunter 5 selbstbeobachtete) aus der Literatur gesammelten Fällen, die zu erheblichem Theile mit bestem Erfolge operirt wurden. Die Resultate würden sich indessen noch viel günstiger gestalten, wenn wir in der Lage wären, die cerebrale Mitaffection frühzeitig zu diagnosticiren und somit auch einzugreifen, bevor noch der Erkrankungsproceß sich auf die Meningen erstreckt hat.

Die Arbeit O.'s ist ganz danach angethan, uns dem ersehnten Ziele näher zu bringen. Mit dem Bienenfleiß eines echten Gelehrten hat der Autor alle Momente zusammengetragen, welche geeignet sind, das noch ziemlich dunkle Gebiet zu erhellen, und mit dem geschulten Verstande eines geistvollen Forschers hat er die Aufgabe auch richtig gelöst. Er hat uns auf dem steilen Wege zur klaren Diagnose um ein tüchtiges Stück vorwärts geführt.

EITELBERG.

Feuilleton.

Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

II.

Hamburg, 27. September 1901.

Der gastliche Empfang, welcher den Naturforschern und ihren Damen hier zu Theil geworden, gipfelte in zwei gleichzeitigen Veranstaltungen, dem Empfang im Rathhause durch Bürgermeister und Senat, und dem Festdiner auf dem Riesendampfer „Auguste Victoria“. Es wurde uns wirklich die Wahl recht schwer gemacht. Denn das neue, erst seit 4 Jahren vollendete Rathhaus, ein imponirendes Werk im Style der deutschen Renaissance, mit seinen Festsälen, seinem reichen, decorativen Sculpturenschmuck, den herrlichen Wandbildern und Prunkstücken ist schon an sich eine Sehenswürdigkeit, um wie viel mehr in strahlender Beleuchtung und bei solchen Empfängen. Rathhaus- und Bürgerschaftssaal, der Bürgermeister- und Kaisersaal mit seinen hamburgischen Landschaftsgemälden, der Phönixsaal, die Rathslaube — solche Festräume angefüllt mit einer großen Menge distinguirter Gäste, denen der Senat der Hansastadt die Honneurs macht, und ein reiches Buffet erlesener Genüsse bietet — in der That, ein großartiges Bild. Den zahlreichen Besuchern, die der Einladung gefolgt sind, wird der Abend in bester Erinnerung bleiben. Aber auch die 1200, welche gegen Abend mit kleineren Dampfern elbeabwärts zu dem bei Brunshausen verankerten „Schwimmenden Palaste“ fuhren, sind befriedigt, ja entzückt gewesen. Schon die Elbfahrt an zahllosen, den Hafen durchkreuzenden Dampfern und Barkassen vorbei, vorüber an den großen Werften von Bloter und Voss, weiterhin an den villengeschmückten Höhen von Blankenese war genüßreich. Die in leichtem Nebel versinkende Sonne, die gelblich-röthlichen Lichteffecte des Wassers, die aufblitzenden Leuchttürme — alles war für uns Landratten ein Schauspiel. Und nun die „Auguste Victoria“ im elektrischen Lichtglanze strahlend, die Begrüßung seitens des Capitäns oben an der Treppe, die glänzenden Speisesäle, das ausgesuchte Menu, die durch Wein und Sect bald entfesselte Heiterkeit und schließlich die Besichtigung der geradezu mustergiltig zweckmäßigen Cabinen, Salons, Küchen u. s. w. Wenn die Hamburg-Amerika-Linie mit dieser Einladung hätte Propaganda für ihre Luxusdampfer machen wollen, hätte sie diesen Zweck völlig erreicht. Denn als wir unter Feuerwerk und bengalischer Beleuchtung wieder fortfuhren, herrschte nur eine Stimme des Lobes.

Doch diese Vergnügungen, die Festmale, Concerte, Bälle, Festtheater und Ausflüge können uns nicht als die Hauptsache, sondern nur als angenehme Zugabe zu dem ernstesten Zwecke des Congresses gelten. So vereinigte man sich denn fleißig in den Sectionen, wo tüchtig gearbeitet, viel vorgetragen und demonstriert wurde. Combinirte Sitzungen führten uns gestern (26. September) wieder in größere Säle zusammen. Zunächst lautete das Thema

„Schutzstoffe des Blutes“. Von den beiden Referenten hatte GRUBER (Wien) abgesagt, was umso mehr zu bedauern war, als es nicht unwichtig ist, wenn eine so wichtige, keineswegs abgeschlossene Frage von verschiedenen Seiten erörtert würde. EHRlich (Frankfurt a. M.), zur Zeit wohl eine der ersten Autoritäten auf diesem Gebiete, entwickelte in geistvollem und gediegenem Vortrage¹⁾ die Ergebnisse seiner Forschungen.

An diese fesselnden Mittheilungen schlossen sich sofort in einem anderen Saale drei Vorträge aus dem Gebiete der Descendenzlehre, welche deren heutigen Stand von drei verschiedenen Gesichtspunkten aus, dem botanischen, zoologischen und paläontologischen, schilderten. Der Botaniker HUGO DE VRIES aus Amsterdam (geb. 1848 zu Harlem) beherrscht die deutsche Sprache vollkommen, was auch kaum zu verwundern ist, da er in Heidelberg und Würzburg studirt hat, zuerst in Halle Privatdocent wurde und sich durch drei im Auftrage des preußischen Landwirtschafts-Ministeriums verfaßte Monographien über Culturpflanzen (Rothklee, Zuckerrübe und Kartoffel) zuerst in Deutschland bekannt gemacht hat. Sein Specialfach, das er als Professor der Botanik in Amsterdam bekleidet, ist die Pflanzenphysiologie. Das Wachsthum der Pflanzen, die osmotischen Erscheinungen der lebenden Zelle, die intracelluläre Pangenese, die Entstehung der Pflanzenarten, schließlich die „Mutationstheorie“, das waren seine Lieblingsfächer. So war er denn, wie wenige, in der Lage, die Bedeutung der Descendenzlehre und der Mutationsperioden im Pflanzenreiche zu würdigen. Im Gegensatz zur Systematik, die mit constanten Quoten rechnet, fußt die Descendenzlehre auf der Thatsache der langsamen, aber stetigen oder stoßweisen Umwandlung der Arten. Solche neugebildete, dann lange fortbestehende Formen und Arten findet man einzeln oder gruppenweise bei Natur-, Cultur- und Zierpflanzen. Interessant war nun die Vorführung von großen Abbildungen solcher Pflanzen, welche sich gerade jetzt in einer Umwandlung befinden, wie z. B. die aus Amerika eingeführte, „Großblumige Nachtkerze“, die jährlich eine stattliche Reihe sofort vollendeter, neuer Typen hervorbringt. Diese bleiben dann zum Theil constant, ohne Rückschlag zur Mutterart. Die kräftigsten dieser neuen Typen bleiben erhalten, die schwächeren gehen wieder unter, weil sie unfruchtbar sind. E. KOKEN (Tübingen), der Paläontolog (geb. 1860 in Braunschweig), ist durch seine Untersuchungen über „fossile Saurite“ in weiten Kreisen bekannt. Ueber den phylogenetischen Zusammenhang der Krokodiliden, über die Entwicklung und Descendenz der Gastropoden vom Cambium bis zur Trias, über das Problem der Eiszeit besitzen wir werthvolle Arbeiten aus seiner Feder. Er suchte darzulegen, wie wir trotz der Lückenhaftigkeit des Materials vorgeschichtlicher Thierfunde immerhin aus den Resten früherer Lebewesen Schlüsse für die Descendenzlehre ziehen können, wenn wir die jeweiligen geologischen Umwandlungen gleichzeitig mit berücksichtigen. Wir lernen dann zwischen den ältesten, einfachsten und den späteren höheren Thierformen Uebergänge finden und verstehen die neuen,

¹⁾ Wir publiciren das Resumé dieses Vortrages an leitender Stelle dieser Nummer. Red.

durch Anpassung veränderten Typen, die Dauertypen und Mittelformen, das Auftreten und Zurückgehen bestimmter Thiergruppen u. s. w. Jeder Stamm ist in der Modalität seiner Entwicklung gewissen Gesetzen unterworfen, die weniger vom „Kampf ums Dasein“ oder von der „Natürlichen Züchtung“ abhängen, als von dem Willen und der Gewährung der Thiere, sich äußeren Bedingungen anzupassen. Die Artenbildung durch eine gewisse Spaltung auf der einen Seite, das Fortbestehen mancher einfachen Arten durch lange Perioden der Erdentwicklung andererseits erläuterte der Redner an typischen Beispielen (Ichthyosaurus, Rhinoceros, Lingula u. a.), wobei er die Wichtigkeit der amerikanischen paläontologischen Funde hervorhob. Interessant sind die Uebergänge zwischen Fischen, Reptilien, Vögeln und Säugthieren, die immer wieder den neuen Lebens- und Zweckmäßigkeitsbedingungen angepaßt werden. Höchst belehrend sind aber auch die uns noch unerklärlichen Ausnahmen, so z. B. die Resorption von Zahnreihen im Gebiß mancher Thiere, bei denen die Milch- und bleibenden Zähne sich nie ausbilden, die Entstehung zurückgebogener, also für Kampf oder Vertheidigung nicht mehr brauchbarer Hörner. In vielen solchen uns unzuweckmäßig erscheinenden Abänderungen können wir nur ein selbständiges Weitergehen über das Maß der Nützlichkeit hinaus erkennen. — Der dritte Redner HEINRICH ERNST ZIEGLER aus Jena (geb. 1858 zu Freiburg i. B.) ist, nachdem er zu Straßburg i. E. Assistent gewesen, wohl der erste Vertreter der „phylogenetischen Zoologie“ in Deutschland geworden, nachdem eine solche Professur in Jena gestiftet wurde. Der Schwerpunkt seiner Thätigkeit liegt auf dem Gebiete der Entwicklungsgeschichte. Weiteren Kreisen sind seine geistvollen Auseinandersetzungen zwischen Darwinismus und den socialdemokratischen Theorien bekannt geworden. Was „den gegenwärtigen Stand der Descendenzlehre in der Zoologie“ anlangt, so hält der Redner an der Ueberzeugung fest, daß die nun 4 Jahrzehnte bestehende Theorie auf zweifellosen Thatsachen beruht, völlig bestätigt und in wissenschaftlichen Kreisen anerkannt ist. An der stammesgeschichtlichen Auffassung des Thierreichs ist nicht mehr zu rütteln. Die Entwicklung der Thierwelt kann nur historisch aufgefaßt und verstanden, durch Skepticismus, Ueberlieferungen oder Wunderglauben nicht erschüttert werden. Er beleuchtete dann die große Verschiedenheit und Zahl der Arten, z. B. bei den Vögeln, die spärlichen Ausläufer von Arten früherer Epochen und die mannigfaltigen Localformen mancher Thiere. Die Mutationen sind meist nur innerhalb gewisser Localgrenzen entstanden. Ferner ging er auf die Entwicklung, Rückbildungs- und Verkümmervorgänge, sowie auf gewisse Analogien solcher Formen mit denen der embryonalen Entwicklung ein. Während die Descendenztheorie DARWIN'S allgemein acceptirt ist, hat die Selectionstheorie nicht volle Bestätigung gefunden. Für die Festigung, Verstärkung und die weitere Ausbildung solcher Eigenschaften, welche der Erhaltung der Art dienen, ist die Zuchtwahllehre zwar noch heute maßgebend. Aber bei anderen Eigenschaften, welche ohne sichtbaren Nutzen sind, hat die Theorie sich nicht bewährt. Die Descendenzlehre ist von der Vererbung im Allgemeinen nicht abhängig, wenn auch manche Eigenschaften und Variationen sich forterben. Jedenfalls vollzieht sich die phylogenetische Entwicklung in sehr langen Zeiträumen. Sehr fesselnd waren schließlich die Aeußerungen über die Frage der Descendenz bezüglich des Menschengeschlechtes; doch erklärte er sich mit aller Entschiedenheit für die Abstammung vom anthropoiden Affen, in der er, da hier nur die Consequenz eines Naturgesetzes vorliegt, nichts Entwürdigendes für den Menschen zu sehen vermag. Vielmehr habe diese stufenweise Entwicklung des Körpers und Geistes des Menschen für ihn gerade etwas Ehrendes. Es liege hier eine rein naturwissenschaftliche Frage vor, die, unbeirrt um anderweite Anschauungen, Befangenheiten und Vorurtheile, nur der auf thatsächlichen Beobachtungen gegründeten Wahrheit zu dienen habe.

Ueber die Schlußvorträge der letzten allgemeinen Sitzung und einige andere Vorkommnisse wird sich mein dritter Bericht verbreiten.

F.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber das **Jodipin** (MERCCK) liegen mehrere Publicationen vor, die neuerdings den großen Werth dieses Mittels für die Praxis bestätigen. Nach BAUM („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 6) ist Jodipin überall anzuwenden, wo das Jodkali am Platz, namentlich aber da, wo dieses schlecht vertragen wird, wo es versagt oder wo bei länger dauernder Krankheit Abwechslung in der Behandlung erwünscht ist. WANCKE („Corr.-Blätter d. Allg. ärztl. Vereins von Thüringen“, 1901, Nr. 6 u. 7) zieht das Jodipin allen anderen Jodmitteln vor. Die Jodipinbehandlung wirkt günstig bei allen tertiären gummösen Formen der Syphilis, in den Fällen der Syphilis cerebri sensu strictiori und der Syphilisepilepsie, soweit dieselbe auf gummösen Processen in den Meningeën oder in der Gefäßwand beruht. Ferner scheint sie auch bei Fällen postsyphilitischer Erkrankungen, bei der Tabes dorsalis und besonders bei progressiver Paralyse dann eine langdauernde, weitgehende Remission bewirken zu können, wenn die Fälle noch frisch sind und wenn es sich um Mischformen handelt des diffusen degenerativen Hirnrindenprocesses mit gummösen Neubildungen. GROUVEN hat das Präparat in der Bonner dermatologischen Klinik angewendet, und zwar hauptsächlich im sogenannten Tertiärstadium der Syphilis, entweder mittels interner Darreichung von 3mal täglich 1 Theelöffel des 10%igen oder mittels subcutaner Einverleibung des 25%igen Jodipins. Bevorzugt wurde die Injectionstherapie. Die Resultate waren im höchsten Grade zufriedenstellend; niemals traten Erscheinungen von Jodismus oder sonstige Unzutraglichkeiten ein, der therapeutische Erfolg entsprach vollkommen dem einer energischen Jodkalibehandlung. („Arch. f. Dermatol. u. Syph.“, LVII. Bd., 1. u. 2. H.)

— Bei der **Psoriasisbehandlung** verwendet MORGENSTERN („Therap. d. Gegenwart“, 1901, Nr. 6) die bekannten Specifica, Chrysarobin etc., ist jedoch der Ansicht, daß dauernde Heilung nur durch medicamentöse Bäderbehandlung zu erreichen sei. Er geht folgendermaßen vor: Je nach dem Kräftezustand des Patienten werden täglich oder einen Tag um den andern allmählig in ihrer Temperatur zu steigernde Seifenbäder gegeben und obendrein die einzelnen Herde vor und während der Badezeit energisch mit Seife und Bürste abgerieben. Nach dem Bade Bestreichung der Plaques mit einer 10%igen Salicylschwefelpaste:

Rp. Acid. salicyl.	2'0
Sulf. praecip.	10'0
Zinc. oxydat.,	
Amyl.	aa. 19
Vaselin	50'0

Nach 5—6tägiger Behandlung sind die Schuppen beseitigt und nun werden die einzelnen Stellen mit einer 10%igen Chrysarobin-Traumaticinlösung mittels eines steifen Borstenpinsels bestrichen. Diese Chrysarobineur wird an 5 hintereinanderfolgenden Tagen jedesmal nach vorhergehendem Bade täglich einmal ausgeführt, sodann wird einige Tage pausirt, um eine Dermatitis oder übermäßige Resorption von Traumaticin zu vermeiden, dann der Cyclus wieder begonnen, bis sich alle Plaques zurückgebildet haben. An Stelle des Chrysarobins verwendet Verf. gern die Präcipitat-Wismuthsalbe. Sie führt zwar nicht so schnell zum Ziel, dafür aber treten Recidive viel seltener danach auf.

Rp. Hydrarg. praecip. alb.	
Bismuth. subnitr.	aa. 8'0
Vaselin flav.	ad 100'0

Eventuell läßt sich die Salbe verstärken durch einen Zusatz von Hydracetin 3'0. Von der internen Arsenbehandlung hat Verf. keine Erfolge gesehen, nach Joddarreichung sah er manchmal eine schnellere Resorption der Plaques eintreten. Einen Hauptwerth dagegen legt er auf vegetabilisches Diätregime mit Gestattung von Fischen, Eiern, Milch und Käse. Auch nach Beseitigung der Plaques müssen lange Zeit noch die warmen Bäder, verbunden mit Frictionen des Körpers mit Seife, fortgesetzt werden.

— Ueber günstige **Resultate der Behandlung des Furunkels und Anthrax mit Sauerstoff** berichtet THIRIAR („Allg. Wiener med. Ztg.“, 1901, Nr. 11). Der Sauerstoff hält nach den Erfahrungen des Verf. mit absoluter Sicherheit die charakteristische Mortification beim Furunkel und beim Anthrax auf; in dem

Momente, wo die Sauerstoffbehandlung eingeleitet wird, steht der gangränöse Proceß still; die Periode der Elimination und Reparation beginnt unmittelbar und die Heilung geht mit wunderbarer Schnelligkeit von statten. Die Anwendungsweise des Sauerstoffes ist die folgende: Man verschafft sich einen Behälter mit Sauerstoff, der auf 120 Atmosphären comprimirt ist. An der Oeffnung desselben befestigt man eine Kautschuk- oder Glasröhre, welche am anderen Ende eine PRAVAZ'sche Nadel trägt, so daß man das Gas zur subcutanen Injection oder zur Einblasung in die inficirten Höhlen benutzen kann. Die einzige Vorsicht, die man hierbei beachten muß, ist die, daß man den Abgang des Sauerstoffes gehörig regelt. Man macht dies so, daß man die Nadel in aseptisches Wasser taucht und nun allmähig den Hahn öffnet; das Aufwallen des Gases in Wasser läßt leicht einen Schluß auf die Geschwindigkeit des Ausströmens und auf die Menge zu. Nachdem man nun vorher die Gegend, in welche man injiciren will, aseptisch gemacht hat, macht man in den Tumor und in seine Umgebung Injectionen, indem man die PRAVAZ'sche Nadel einsticht. Für einen Furunkel genügt eine einzige an der Basis des Tumors gemachte Injection. Für einen größeren Anthrax muß man 4 bis 6 Injectionen in der Circumferenz machen. Wenn schon Gangrän aufgetreten ist, injicirt man sorgfältigst Sauerstoff in alle vorhandenen Höhlungen. Es ist nothwendig, alle inficirten Stellen, wo der Eiter sich ansammelt, zu behandeln, man muß den Krankherd sozusagen mit einer Atmosphäre von Sauerstoff umgeben. Nach kurzer Zeit verschwinden die Schmerzen, das Oedem wird geringer oder verschwindet vollständig, in wenigen Tagen tritt Vernarbung ein. Im ersten Moment, wenn der Sauerstoff mit Gewalt in die verhärteten und entzündeten Gewebe eindringt, entsteht manchmal ein starker Schmerz, hervorgerufen durch die Ausdehnung derselben, aber bald darauf tritt Linderung ein, die in völlige Schmerzlosigkeit übergeht.

— Zur **Tannoformbehandlung der Nachtschweiße der Phthisiker** berichtet A. NOLDA („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 26) Folgendes: Die Anwendung ist ganz einfach: Einpuderung oder Einreibung der Körperstellen, welche zum Schwitzen neigen, mit einem Theile Tannoform auf zwei Theile Talcum venetum; unangenehme Nebenwirkungen fehlen vollkommen, das Mittel ist ganz ungiftig. N. hatte in 8 Fällen mit mäßigen Nachtschweißen 7mal einen vollen Erfolg zu verzeichnen, während in dem 8. Falle nur eine Besserung, aber kein vollständiges Aufhören der Transpiration eintrat. Tannoform ist somit ein vorzügliches Mittel gegen die Nachtschweiße der Phthisiker. Morgens soll man die eingegebenen Hautpartien mit Franzbranntwein abreiben und diese Franzbranntweinwaschungen kurz vor dem Einreiben des Pulvers Abends wiederholen, damit die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen gut gereinigt und ganz offen sind.

— Ueber **acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung** berichtet PFIFFL („Prager med. Woch.“, 1900, Nr. 20). Als Cardinalgrundsatz bei der Behandlung der acuten Mittelohrentzündung gilt in der ZAUFAL'schen Ohrenklinik in Prag das Bestreben, die Schmerzen zu lindern und den Proceß selbst derart zu beeinflussen, daß der natürliche Durchbruch des Trommelfells hintangehalten und ein künstlicher Durchbruch (Paracentese) nicht nöthig wird. Zur Erreichung dieses Zieles kommen Umschläge von heißer essigsaurer Thonerde zur Verwendung; innerlich wird von Anfang an Natr. salicyl. in Dosen von 0.5 Grm. alle 2 Stunden, bei Kindern entsprechend weniger, gereicht. An Stelle des Natr. salicyl. kann, wenn es nicht vertragen wird, Salophen gegeben werden. Bei dieser Behandlung wird die Paracentese des Trommelfells nur relativ selten nöthig. Sie soll gemacht werden, wenn am 7. oder 8. Tage Fieber und Schmerzen nicht abgenommen, ja sogar zugenommen haben.

— Die **Indicationen zur Operation bei Perforativperitonitis** erörtert ROPER („Lancet“, 1901, Juni). Die beste Zeit für die Operation ist das zweite Stadium der Krankheit, das sich nach den ersten stürmischen Perforationserscheinungen einstellt und klinisch als eine subjective Besserung darstellt. Diese scheinbare Besserung, durch die sich der unerfahrene Beobachter leicht über die Schwere der Krankheit täuschen läßt, beruht auf einer Darm-

lähmung, die auf das Anfangsstadium der Darmreizung (verstärkte Peristaltik als Ursache der Schmerzen) infolge von septischer Infection der localen Darmganglien folgt. Narcotica (Opium, Morphinum) wirken nicht nur schmerzlindernd, sondern tragen durch ihren Einfluß auf die Peristaltik dazu bei, das erste Stadium abzukürzen und das zweite herbeizuführen. Gleichzeitig mit der Lähmung des Darms läßt die Spannung der Bauchdecken nach, so daß die stark aufgeblähten paralytischen Darmschlingen sich im Leibe einigermaßen ausdehnen können und nicht gar zu große Beschwerden durch Druck auf die Brustorgane verursachen. Ist bei Blinddarmentzündung noch keine Perforation erfolgt oder ist die Perforation bei normaler Lage des Wurmfortsatzes unter Umständen erfolgt, die sofortige Verklebungen und somit eine Einkapselung des Abscesses zustande bringen, so ist die Operation zu widerrathen, weil der Wurmfortsatz alsdann besser in einer ruhigen Zeit extirpirt wird, andererseits ein abgekapselter Absceß schwer zu finden ist und die Gefahr besteht, beim Aufsuchen desselben die Verklebungen zu lösen und das Peritoneum zu inficiren. Operationen während des ersten Stadiums des Shoks hält Verf. nicht für rathsam. Bei Moribunden, ausgesprochener Septikämie u. s. w. zu operiren, heißt nur, die Operation discreditiren. Bei gutem Kräftezustande kann die Operation aufgeschoben werden, bis sich herausstellt, ob sich ein Absceß bildet oder nicht. Des weiteren ist sorgfältige Beobachtung nothwendig, um zu entscheiden, ob eine allgemeine oder localisirte Peritonitis besteht, ob sich der Absceß durch peritonitische Verwachsungen abkapselt oder nicht. Von Medicamenten zieht Verf. das Opium dem Morphinum vor, weil dieses den Darm stärker lähmt.

— Den **Werth des Gurgelns** vertritt im Gegensatz zu SÄNGER der französische Autor H. LAVRAND („Journ. d. scienc. méd. d. Lille“, 1901, 30. März). Man kann mit dem Kehlkopfspiegel bei geeigneten Personen sehen, daß das Gurgelwasser nicht nur in den Raum hinter den Mandeln gelangt, sondern sogar bis zur Stimmritze, daß also bei den von GUINIER in Montpellier angegebenen Gurgelungen des Kehlkopfes der Kehledeckel den Zutritt des Wassers nicht versperrt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“)

II.

Abtheilung für innere Medicin.

CURSCHMANN (Leipzig): Zur Diagnostik der entzündlichen Exsudate der rechten Fossa iliaca.

Maßgebend für das therapeutische Verhalten des Arztes ist die Feststellung der Abscedirung. Zur Erkennung derselben hat sich dem Votr. in 60 Fällen die Zählung der weißen Blutkörperchen im Blut als sehr zuverlässiger Wegweiser gezeigt. Physiologisch sind 8000—10.000 Leukocyten im Cubikmillimeter. Bei den Fällen, in denen nur ein seröses, resorptionsfähiges Exsudat vorhanden ist, vermehrt sich diese Zahl gar nicht oder nur in geringen Grenzen, auch nach oben schwankend. In den Fällen dagegen, die zur Eiterung neigen oder kommen, steigt sie von Anfang an sofort erheblich an bis auf 20.000—25.000. Diese Leukocytose ist ein sicheres Zeichen eines verborgenen Eiterherdes, sicherer als oft der palpatorische oder sonstige klinische Befund, besonders als Puls und Temperatur. In eitrigen Fällen vermehrt sich die Leukocytose meist noch von Tag zu Tag, nach der operativen Entleerung sinkt sie rasch ab bis zur Norm, so auch nach spontanem Durchbruch in den Darm, nach außen u. s. w. Wo das nicht der Fall ist, besteht noch eine Eiterretention. Schließlich äußert sich Votr. noch über den Werth der Probepunction. Sie verläuft zuweilen resultatlos und ist dabei nicht ungefährlich.

Lenhartz (Hamburg) hat die Probepunction in etwa 50 Fällen doch diagnostisch sehr bewährt gefunden. In den Fällen, wo sie nichts ergab, trat denn auch stets spontane Heilung ein. Man muß sie genau an der Stelle der größten Schmerzhaftigkeit machen. Die Verwachsungen schützen gerade in den eitrigen Fällen vor Infection des Peritoneums. In drei Fällen hat L. nach Aspiration des Eiters sogar Heilung eintreten sehen, wenn nämlich der Absceß oberflächlich liegt.

v. Ziemssen (München) hat von der Probepunction niemals Schaden gesehen, wenn man ganz senkrecht einsticht. Aber sie gibt keine Sicherheit der Entscheidung.

Stintzing (Jena) steht infolge eines unglücklich verlaufenen Falles der Probepunction zurückhaltend gegenüber.

Curschmann hat auch zweimal tödtliche Peritonitis danach gesehen.

STINTZING (Jena): Ueber Neuritis und Polyneuritis.

Vortr. bemängelte den Mißbrauch der Bezeichnung Neuritis bezw. Polyneuritis. Dieselbe werde auch ausgedehnt auf Erkrankungen, bei denen es sich nicht um Entzündung, sondern um primäre degenerative Atrophie der Nerven handle. Das secundäre Hinzutreten der Bindegewebswucherung zu letzterer mache im späteren Verlaufe die Trennung von der chronischen Entzündung anatomisch schwierig oder unmöglich. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung des klinischen Verlaufes und der Aetiologie sei aber eine reine Scheidung der primär entzündlichen und degenerativen Formen multipler Nervenerkrankungen durchführbar, sie sei auch im Interesse einer streng gegliederten Systematik und des Unterrichtes wünschenswerth. Die angestrebte Unterscheidung wird vom Vortr. unter Erörterung der einzelnen bisher zur Polyneuritis gerechneten Erkrankungen geläutert. Schließlich gelangt Vortr. unter gleichzeitiger Berücksichtigung der ins Schwanken gekommenen Neuronlehre, die zum Fallenlassen der Bezeichnung „peripherischer“ Nervenaffectionen in vielen Fällen zwingt, zu folgender Nomenclatur und Eintheilung:

1. Teleneuritis multiplex; dazu gehören die echten Nervenentzündungen nach Lepra, Beriberi und einzelne primäre Formen mit unbekannter Ursachen.

2. Teleneurosis multiplex (degenerativa); dazu gehören diffuse und systematische Teleneurosen toxischen, infectiösen und constitutionellen Ursprungs: nach Alkohol-, Arsenik-, Blei-, Quecksilber-, Schwefelkohlenstoff-Vergiftung, nach Typhus, Variola und anderen Infectiouskrankheiten; nach Diabetes, schwerer Anämie, Carcinom, Gicht u. s. w.

3. Teleneuritis degenerativa multiplex, die multiplen entzündlich degenerativen Formen, zu denen die postdiphtheritische Lähmung und ein Theil der primären Formen mit unbekannter Ursache, einschließlich der teleneuritischen Form der LANDRY'schen Paralyse gehören.

GAERTNER (Wien): Ueber ein neues Hämoglobinometer.

Der neue Apparat, Hämophotograph genannt, besteht aus einem kleinen Copirrahmen, in welchem ein mit einer Scala versehener „photographischer Keil“ und eine planparallele Glaskammer von 2 Mm. Höhe befestigt sind.

Der photographische Keil ist ein Diapositiv, welcher an dem einen Ende glashell und gegen das andere zu fortschreitend dunkler respective undurchsichtiger wird.

Die Dunkelkammer wird mit einer in bekannter Weise herzustellenden 1^o/₁₀igen wässerigen Lösung des zu untersuchenden Blutes beschickt, ein Blatt photographischen Papiers in den Rahmen gelegt und das Ganze dem Lichte ausgesetzt. Nach Ablauf weniger (2—12) Minuten bildet sich auf dem Papier einerseits der Keil, andererseits in Form einer gleichmäßig patenten Fläche die Blutlösung ab.

Man hat nun zu vergleichen, mit welchem Punkte des Keils das Blutbild am Tage identisch ist. Dies geschieht durch Nebeneinanderlegen der zu vergleichenden Objecte unter Zuhilfenahme einer Blende. Fixiren des Bildes ist nicht nothwendig. Der wichtigste Vorgang des Apparates ist der, daß auf Identität, nicht auf bloße Aehnlichkeit der zu vergleichenden Objecte eingestellt wird. Das photographische Papier ist außerdem für geringe Intensitätsunterschiede im Hämoglobingehalt empfindlicher als unser Auge bei directer Betrachtung.

Abtheilung für Chirurgie.

BARDENHEUER (Köln): Operative Behandlung der traumatischen Ischias.

Vortragender spricht sich dahin aus, daß die Ursachen für die Entstehung der Ischias die traumatische directe und indirecte Verletzung, Contusion, Zerrung des Plexus ischiadicus, und zwar in dem Verlaufe der sacralen Wurzel, von dem Wirbelcanale bis zum Foramen sacrale ant., anzusehen seien. Er empfiehlt daher Bloßlegung und Ausmeißelung der sacralen Wurzeln des Plexus ischiadicus aus dem knöchernen Canale.

B. erklärt durch 4 Beispiele, in welcher Weise der traumatische Reiz entstanden ist.

In allen 4 Fällen bestand bei der Operation eine Anschwellung des Nerven, Röthung und Verdickung des Periostes und der Nervenscheide, während in einem 5. Falle, wo wegen einfacher nicht traumatischer Ischias operirt wurde, ohne daß eine traumatische Ursache aufzufinden war, die Nervenscheide in den Nates selbst glänzend weiß war, und die Schwellung des Nerven fehlte. Der Erfolg war in allen 4 Fällen ein guter, 2 sind schon 3, resp. 2¹/₂ Jahre operirt, der ischiatische Schmerz hat sich nicht mehr eingestellt, die Patienten sind dauernd arbeitsfähig geblieben, während sie vorher im Begriffe standen, ihren Dienst aufzugeben.

B. glaubt daher die Bloßlegung der Nerven, die partielle Resection der Synchondrosis, empfehlen zu müssen, in den Fällen von Ischias mit traumatischer Ursache, insoferne jede andere Behandlung im Stiche läßt.

Die Operation wird in analoger Weise wie die Totalresection der Synchondrosis ausgeführt, wie B. sie in München auf der Naturforscherversammlung 1899 beschrieb, und zwar von einem kleinen bogenförmigen Schnitte aus mit der Convexität nach innen (hinten) sehend. Die Operation, die Ausdehnung der Resection, wird bedeutend eingeschränkt. Die Rückenmuskulatur wird von der hinteren Seite der Wirbelsäule nach hinten abpräparirt und mit Haken nach hinten gehalten, ferner werden die Glutealmuskeln sammt Periost vom Os ileum abgelöst und soviel nach vorn geschoben, daß man das Foramen ischiadicum in der ganzen Breite und Höhe vor sich liegen sieht, alsdann wird vom Seitenrande das Os sacrum bis zur Höhe der oberen Umrandung des Foramen ischiadicum ein nach oben sich verbreiternder, anfänglich 1, nach oben 2—2¹/₂ Cm. breiter Streifen abgemeißelt, der M. pyriformis wird alsdann quer durchtrennt und nach unten respective oben geklappt, worauf man den peripheren Theil der unteren Wurzeln des Plexus vor sich liegen sieht. Nun sucht man an der vorderen Fläche des Os sacrum mit dem Finger die Foramina sacralia ant. palpatorisch auf und meißelt mit Hammer und Meißel nach oben einen Keil aus der Synchondrosis mit der Spitze nach oben, mit der Basis nach unten gelagert heraus, und zwar über dem Hebel, welcher vor den Plexuswurzeln und hinter dem Os sacrum liegend nach oben eingeführt worden ist; der Keil muß so groß sein, daß man die sacralen Wurzeln frei vor sich liegen hat. Alsdann führt man, an den Wurzeln entlang, eine Sonde in die Foramina sac. ant. und meißelt mit einem schmalen Meißel, während ein schmaler Hebel entlang der Wurzel von dem freiliegenden Foram. sacral. ant. aus bis in den Canal hineingeführt ist, die Brücke zwischen den Sacrallöchern, die hintere und vordere Wand des Foramen aus, bis die betreffende Wurzel frei zu Tage liegt. Die obere, die Lumbalwurzel braucht man nicht frei zu legen. Es bleibt daher nach oben eine Knochenbrücke stehen, so daß die Continuität im Beckenknochenringe nicht aufgehoben ist, wodurch der aseptische Verlauf mehr gesichert wird. Nach der vollendeten Operation wird ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drainrohr eingeführt, die Wunde, insoweit sie durch Haken gequetscht worden ist, geglättet mit Messer, Pincette und Scheere und alsdann die Wunde ganz vernäht und ein Oclusivverband darüber gelegt.

Der Verlauf war jedesmal ein guter, reiner, nur trat in einem Fall eine leichte Retention des Secretes ein.

König (Berlin) kann nicht nur als Arzt, sondern auch als Patient hier mitsprechen. Er hat 3mal eine traumatische Attaque durchgemacht, jedesmal beim Reiten. Das drittemal mit einer wahrscheinlichen Ruptur des Peroneus. Quoad therapiam möchte er doch der Nervendehnung, trotzdem sie un-

längst in der Berliner medicinischen Gesellschaft abgethan werden sollte, sehr das Wort reden. Das BARDENHEUER'sche Vorgehen, so wichtig für die Tuberculose der Synchronosis, sei keineswegs die geeignete Methode für die Ischias.

Schede (Bonn) hat mindestens 20 Fälle durch Nervendehnung geheilt.

Bardenheuer (Köln) glaubt, daß man die Nervendehnung vorausschieken kann und nach Erfolglosigkeit die Resection der Synchronosis machen soll.

HELPERICH (Kiel): Bemerkungen über plastische Chirurgie.

H. bespricht die Beziehungen zwischen einer etwa erforderlichen verstümmelnden Operation (Amputation, Geschwulstexstirpation) und der darnach nothwendigen plastischen Operation in sachlicher und zeitlicher Beziehung.

Wenn es auch Jeder weiß, so wird doch nicht selten darin gefehlt bei der Exstirpation maligner Geschwülste, vielleicht noch öfter seit der häufigen Anwendung localer Anästhesie. Die Exstirpation oder Amputation soll vorgenommen werden ohne jede Rücksicht auf die etwa erforderliche Plastik; die Befreiung des Patienten von seinem Carcinom oder die Absetzung der durch schwere fortschreitende Entzündung das Leben gefährdenden Extremität etc. — ist die zur Erhaltung des Lebens erforderliche Aufgabe. Besser die einfache Amputation durch Zirkelschnitt oder die verstümmelnde Exstirpation einer malignen Geschwulst ohne jede Plastik, als die Gefährdung des Hauptzweckes der Operation!

H. erläutert das principiell Wichtige dieses Vorgehens, welches im einzelnen Fall nothgedrungen gewiß schon jeder chirurgisch thätige Arzt geübt hat, an mehreren Beispielen, besonders am Keilschnitt bei Lippencarcinom, und hebt Einzelheiten dieser Behandlung sowie speciell den Nutzen solchen Vorgehens bei der Operation maligner Tumoren an dem Kopfe hervor.

König (Berlin) hat mit dem von HELPERICH perhorrescirten Keilschnitt bei Lippencarcinom die beste Statistik erreicht und kann diese Methode nur empfehlen.

Krause (Berlin) sagt, daß schon VOLKMANN stets empfohlen hat, ohne Rücksicht auf die nachfolgende Plastik zu operiren.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

GANGHOFNER (Prag): Zur Diagnose der Tetanie im ersten Kindesalter.

Bei Prüfung des von THIEMICH angegebenen Verfahrens der galvanischen Erregbarkeitsbestimmung konnte der Vortragende bei 49 Fällen, sämmtlich mit deutlicher Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven, 41mal = 83% auch galvanische Uebererregbarkeit im Sinne THIEMICH's nachweisen, in dem KOZ bei weniger als 5 M. A. im Bereiche des N. medianus auszulösen war. GANGHOFNER ist der Meinung, daß das Eintreten der KOZ zuweilen verdeckt wird durch frühzeitigen K. S. tet., wodurch bei unzweifelhaftester Tetanie das Ergebnis der galvanischen Untersuchung scheinbar negativ ist.

Bei länger beobachteten Fällen ergab sich häufig eine auffällige Incongruenz in dem zeitweisen Auftreten der mechanischen Uebererregbarkeit einerseits, der galvanischen Uebererregbarkeit andererseits. Es kann einmal die eine, einmal die andere Art von Erregbarkeit zeitweilig fehlen, in manchen Fällen sieht man die mechanische, in anderen die galvanische Uebererregbarkeit länger persistiren. Von Wichtigkeit für die praktische Verwerthbarkeit der THIEMICH'schen Untersuchungsmethode ist der Umstand, daß die Prüfung eines einzigen Nerven genügen soll, andererseits gibt sie dadurch nicht Aufschluß über den oft wechselnden Erregbarkeitszustand aller in Betracht kommenden Nerven, während die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit täglich an allen Nerven unschwer geprüft werden kann. GANGHOFNER anerkennt den diagnostischen Werth der galvanischen Untersuchung, kann jedoch der galvanischen Uebererregbarkeit im Sinne von THIEMICH nicht einen so weitgehenden Vorrang vor allen anderen Latenzsymptomen der Tetanie einräumen, daß man aus ihrem Vorhandensein allein die Diagnose zu stellen berechtigt wäre.

GANGHOFNER hält aufrecht, daß die meisten Fälle von Laryngospasmus junger Kinder zur Tetanie gehören, auch wenn man als Kriterium der Zugehörigkeit zur Tetanie die galvanische Uebererregbarkeit heranzieht, was aus der Prüfung von 34 Fällen von Stimmritzenkrampf hervorgeht. Ferner zeigten 17 Fälle von Eklampsie, welche sich durch Steigerung der mechanischen Nervenirregbarkeit als

tetanoide Zustände documentirten, auch galvanische Uebererregbarkeit, während in 4 nicht zur Tetanie gehörigen Eklampsiefällen weder die mechanische, noch die galvanische Erregbarkeit erhöht war. Inwiefern eine wesentliche Scheidung zwischen zwei Gruppen von functionellen klonischen Krämpfen sicherer als bisher dadurch ermöglicht wird, daß man das THIEMICH'sche Verfahren der complete galvanischen Prüfung eines Nerven in Anwendung zieht, müssen noch ausgedehntere Untersuchungen von Eklampsiefällen lehren.

Thiemich (Breslau) glaubt nach weiterer Fortführung seiner Versuche (an ca. 200 Fällen) sagen zu dürfen, daß mit dem Nachweis der galvanischen Uebererregbarkeit eine bestimmte Gruppe von Kindern charakterisirt ist, von denen einige alle Erscheinungen der Tetanie aufweisen, andere wiederum nur die galvanische Uebererregbarkeit. Letztere sei abhängig von der Ernährung, vom Füllungszustand des Reagens, wodurch zugleich ein Hinweis für die Therapie gegeben werde.

Auf die Anfrage HEUBNER's, wie THIEMICH die Fehlerquelle, welche durch den Leitungswiderstand der Haut bedingt sei, ausschalte, erwidert der letztere, daß er am Horizontalgalvanometer direct Stromintensität in M. A. abgelesen habe, wobei nur ganz minimale Fehler vorlagen.

Soltmann (Leipzig) schließt sich nach Nachprüfung der THIEMICH'schen Methode der Auffassung GANGHOFNER's und KRANICH's an. Allein man muß doch bezüglich der sogenannten galvanischen Uebererregbarkeit im ersten Lebensalter vorsichtig sein, denn diese hängt zum Theil auch mit der Leitungsgeschwindigkeit zusammen und der Aufnahmefähigkeit des elektrischen Reizes entsprechend den physiologischen Entwicklungsvorgängen. Der Nerv reagirt hier wie bei ermüdeten Theilen des Erwachsenen, d. h. mit der Erscheinung der partiellen Entartungsreaction.

Thiemich (Breslau) ist gegenüber SOLTSMANN der Ansicht, daß die galvanische Uebererregbarkeit über 6—8 Monate sicher nichts mehr mit der Entwicklung zu thun habe; das beweisen schon die großen auch von GANGHOFNER beobachteten Schwankungen bei den einzelnen Kindern.

Ganghofner (Prag): Bezüglich der Art und Weise der elektrischen Prüfung steht er auf dem Standpunkt von THIEMICH. Was die galvanische Untersuchung von Fällen von Eklampsie betrifft, so ist auch er der Ansicht, daß dieselbe unsere Hilfsmittel zur Feststellung des tetanoiden Zustandes hiebei in wünschenswerther Weise vermehrt, insbesondere in zweifelhaften Fällen. Durch die Angaben THIEMICH's über den Einfluß der Ernährung auf den Erregungszustand würden die Verhältnisse sich allerdings complicirter gestalten.

Notizen.

Wien, 5. October 1901.

(Intervention von Advocaten bei ehrenrätlichen Verhandlungen der Aerztekammer.) Wie in Nr. 37 des Blattes mitgetheilt, hat das Ministerium des Innern entschieden, daß nichts dagegen einzuwenden sei, wenn Aerzte sich bei Verhandlungen vor dem Ehrenrathe durch Advocaten vertreten lassen oder in Begleitung derselben vor dem Ehrenrathe erscheinen — soweit die Geschäftsordnung der diversen Ehrenräthe nicht dagegen spricht. Der Vorstand der Wiener Kammer, der ohnehin mit einer kaum zu bewältigenden Arbeitslast durch die Ehrenrathsangelegenheiten überbürdet ist, hat sich im Principe gegen jedwede Vertretung der beschuldigten Aerzte durch Advocaten ausgesprochen und einstimmig beschlossen, der Vollversammlung der Kammer eine dahingehende Aenderung der Geschäftsordnung für den Ehrenrath vorzuschlagen, daß jedwede Vertretung vor dem Ehrenrathe als unzulässig erklärt werden solle.

(Personalien.) Der Polizei-Chefarzt von Wien, Regierungsrath Dr. ANDREAS WITLACIL, hat um seine Pensionirung angesucht. WITLACIL ist seit dem Jahre 1856 im Staatsdienste und bekleidet seit dem Jahre 1892 die Stelle eines Polizei-Chefarztes. — Der durch das Ableben Prof. v. FODOR's erledigte Lehrstuhl der Hygiene an der Budapester Universität wird im Schuljahre 1901/2 durch die Docenten Dr. SIGMUND GERLOCZY (Gebäudehygiene) und WILHELM FRIDRICH (Gewerbehygiene) supplirt werden.

(Wiener Aerztekammer.) Die nächste Vollversammlung der Wiener Aerztekammer findet Dienstag den 8. October statt. Auf der Tagesordnung stehen Referate über die Zulässigkeit der Uebertragung einer Privatpraxis gegen Entgelt, über die Zulassung von Parteienvertretern im ehrenrätlichen Verfahren, über Verhandlungen mit einigen Versicherungsgesellschaften u. s. w.

(Pfändbarkeit des ärztlichen Warteimmers.) Vor kurzem hat sich in Wien der folgende bemerkenswerthe Gerichtsfall ereignet: Ein Arzt war von zwei Gläubigern bedrängt;

der eine willigte in Ratenzahlungen ein, denen das Pfandrecht auf Mobilien als Sicherstellung diente, während der andere die sofortige Bezahlung des vollen Schuldbetrages verlangte, widrigenfalls er auf das Mobilien Execution führen wollte. Da der Arzt nicht bezahlen konnte, wurde er thatsächlich exequirt, wogegen sein Vertreter die Einstellung des Verfahrens gemäß § 251, Z. 2 der Executionsordnung begehrte, weil die gepfändeten Gegenstände die Einrichtung des ärztlichen Wartezimmers bilden und dem Arzte die Ausübung seines Berufes ohne Wartezimmer unmöglich sei. Das Executionsgericht gab diesem Begehren statt, indem es die Execution einstellte und alle schon vollzogenen Executionsacte gemäß § 39, Z. 2, für aufgehoben erklärte.

(**Ärztlicher Wettbewerb in Sommerfrischen.**) Der ärztliche Verein im XIX. Bezirke von Wien hat in seiner letzten Plenarversammlung folgende Resolution gefaßt: „In der Erwägung, daß die Mitglieder des Vereines darüber Klage führen, daß verschiedene Aerzte, die sich in Sommerfrischen zu ihrer Erholung aufhalten, hier ohne Zuziehung eines Ortsarztes practicieren, in der Erwägung, daß durch dieses illoyale Vorgehen die ansässigen Aerzte in ihrer materiellen Existenz bedeutend geschädigt werden, beschließt der ärztliche Verein des XIX. Bezirkes in seiner am 7. September abgehaltenen Versammlung: 1. Der ärztliche Verein des XIX. Bezirkes spricht die entschiedene Mißbilligung über das ungehörige Vorgehen solcher Aerzte aus. 2. Diese Resolution ist an den Geschäftsausschuß des österreichischen Aerzteverbandes mit dem dringlichen Ersuchen zu richten, diese Angelegenheit auf die Tagesordnung des nächsten Aerztevereinstages zu stellen.“

(**Eine ärztliche Honorarfrage.**) Die Anfrage eines Arztes, wie er sich verhalten solle, da die Bezahlung für eine von ihm behandelte arme Kranke seitens der Heimatgemeinde verweigert wurde, hat die schlesische Aerztekammer in folgender Weise beantwortet: „Nach den bestehenden Gesetzen und Entscheidungen kann der Arzt, welcher einen Armen über dessen Ersuchen behandelt, lediglich den Honoraranspruch gegen den Besteller, niemals aber gegen die Heimatgemeinde desselben erheben. Nur die Aufenthaltsgemeinde, welche gesetzlich verpflichtet ist, den in ihrem Gebiete erkrankten auswärtigen Armen bis zur möglichen Entlassung zu verpflegen, hat rücksichtlich der Verpflegskosten (wozu auch die Kosten der ärztlichen Behandlung gehören) einen Ersatzanspruch an die Heimatgemeinde, muß die Erkrankung jedoch der Heimatgemeinde ohne Verzug anzeigen, widrigenfalls sie für alle aus der Verzögerung der Anzeige entstehenden Nachteile der Heimatgemeinde verantwortlich ist. Dagegen besteht kein Gesetz, welches die Heimatgemeinde dem behandelnden Arzte direct haftbar erklären würde.“

(**Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.**) In der am 30. September d. J. abgehaltenen Sitzung wurde ein Gutachten über ein Gesuch um Bewilligung zur Errichtung eines „Kneipp-Bureau in Wien“ abgegeben.

(**Wanderversammlung für Psychiatrie und Neurologie in Wien.**) Am 11. und 12. October d. J. findet die Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien statt. Die Sitzungen werden im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte abgehalten. Vorträge haben u. a. angemeldet: A. PICK, „Zur topisch-diagnostischen Bedeutung der Echo-lalie“, ZUCKERKANDL, „Ueber ein neues sympathisches Organ“, OBERSTEINER, „Ueber einen Fall von Porencephalie“, BIEDL, „Zur Schilddrüsenfrage“, v. WAGNER, „Die Versorgung der criminellen Geisteskranken, die Aufnahme in die Irrenanstalten“, v. KRAFFT-EBING, „Die Entmündigung“, SCHLÖSS, „Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten“, KARPLUS, „Zur Kenntniß der basalen Hirnaneurysmen“, v. SÖLDER, „Zur Pathogenese der Kohlenoxydlähmungen“.

(Aus Berlin) schreibt uns unser dortiger Correspondent: Am 13. September hat hier der preußische Medicinalbeamten-Verein seine 17. Jahresversammlung abgehalten. Der erste Verhandlungsgegenstand war die Bekämpfung der Tuberculose, über welche KRAUSE aus Sensburg referirte. Vortr. hält die obligatorische Anzeigepflicht und die entsprechende Aufklärung des Volkes

für die wirksamsten Maßregeln gegen diese fürchterliche Seuche. Therapeutisch scheint ihm das Tuberculin werthvoll. — Sodann sprach PLACZEK (Berlin) über den Erhängungstod, den er auf Vagusläsionen zurückführt. — STOLPER (Berlin) discutirte die aus der Unfallversicherungs-Gesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen und WOLFF (Harburg) besprach Theorie und Praxis der Enteisung des Grundwassers. — Schließlich referirte WERNICKE (Posen) über Schutzmaßregeln in Epidemiezeiten. An dieses Referat schloß sich eine lebhafte Discussion über die Dienstesobliegenheiten des Kreisarztes, eine Frage, die bekanntlich derzeit in Deutschland überaus actuell ist.

(**Tuberculose-Prophylaxe.**) Nach einer zwischen Deutschland, Rußland und Rumänien jüngst abgeschlossenen Convention darf an Lungenkranke in Zukunft kein Reisepaß verabfolgt werden.

(**Verstaatlichung des ungarischen Sanitätswesens.**) Den Berichten der ungarischen Tagesblätter zufolge steht die Verstaatlichung der Institution der Kreisärzte bevor, und ist darin der erste Schritt zur Verstaatlichung der gesammten Sanitätsverwaltung zu sehen. Die Kreisärzte werden gegen Gehaltsbezug den Gemeinde-Sanitätsdienst zu erledigen haben; die Ausübung der Privatpraxis bleibt ihnen natürlich gestattet; je nach der Größe ihrer Privatpraxis wird ihr Gehalt 1200—2400 K betragen. Lobenswerthe Dienstführung soll durch Versetzung auf einträglichere Posten belohnt werden.

(**Heiteres aus der Praxis.**) Der „Reichs-Med.-Anz.“ meldet: Ein in Schwaben als Leichenschauer angestellter Bader stellte einen Leichenschein folgenden Inhaltes aus: Todtgeborenes Kind. Todesursache: Darmkatarrh.

(**Statistik.**) Vom 22. bis inclusive 28. September 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 5945 Personen behandelt. Hievon wurden 1271 entlassen; 143 sind gestorben (80·3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 50, egypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 23, Scharlach 93, Masern 33, Keuchhusten 16, Rothlauf 24, Wochenbettfieber 1, Röteln —, Mumps 3, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis 1, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 573 Personen gestorben (+ 77 gegen die Vorwoche).

(**Institut für physikalische Heilmethoden.**) Die Herren Dr. LEOPOLD FREUND und Dr. MAX KAHANE haben unter diesem Namen in Wien I., Bauernmarkt 9, ein Institut begründet, welches für die Untersuchung und Behandlung mit Roentgenstrahlen, die Phototherapie nach FINSEN, die Behandlung mit Hochfrequenzströmen nach d'ARSONVAL, sowie für verwandte elektrotherapeutische Behandlungsmethoden eingerichtet ist. Sprechstunden 1/2 11 bis 1/2 12 Uhr Vormittags, 3—6 Uhr Nachmittags.

Vichy. Es gibt wohl kaum einen Badeort, welcher sich eines so internationalen Charakters erfreut, wie das Bad Vichy. Alle Nationen vereinigen sich hier, und wenn außerhalb dieses Curortes politische Stürme wehen — in Vichy reichen sich im friedlichen Beisammensein alle Völker die Hand. Vichy im Departement Allier liegt 259 Meter ü. M. am Fuße der Auvergnen Berge und am rechten Ufer des Allier-Flusses.

Durch umgebende Bergketten ist dieser bedeutendste Curort Frankreichs gegen Ostwinde geschützt.

Die 13 Quellen sind alkalische Thermen, ausgezeichnet durch Gehalt an kohlen-saurem Natron und höhere Temperatur, und gelten als Prototyp eines reinen Natronwassers. Die Temperatur schwankt zwischen 12—44° C. Die Quellen, deren Ergiebigkeit 500.000 Liter pro Tag beträgt, werden zum Trinken und Baden benützt, und sind die Badeetablissemments entsprechend dem Rufe Vichys als Königin der Thermen Frankreichs mit einer Frequenz von 60.000 Curgästen jährlich und einer Zahl von 10 Millionen Flaschen Wasser, die im Jahre exportirt werden, in großartigem Style eingerichtet, das BADELEBEN ist das glänzende eines Weltcurortes. Aus den Quellen werden ein Badesalz, sowie auch die zum innerlichen Gebrauche benützten Vichyer Pastillen bereitet. In Bezug auf Heilanzeigen ist Vichy das französische Karlsbad, und findet es vorzüglich Anwendung: bei allen Formen von Magenkatarrh, bei Darmkatarrh, Leber- und Milzleiden, Katarrh der Harnorgane mit Gries- und Steinbildung, Gallensteinen, Gicht, Diabetes. In Vichy ist die Methode, nicht nur des Morgens, sondern auch im Laufe des Tages die Quellen zu trinken, viel allgemeiner als in Deutschland. Kranke mit Harnconcrementen oder Gallensteinen läßt man oft bis zu 10 Becher von 250 Grm. täglich trinken.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

RUDOLF VIRCHOW.

Zu seinem 80. Geburtstage.

Die gesammte medicinische Welt hat sich zu einem großen Festtage gerüstet. In allen Städten und Ländern des Erdenrundes, die Universitäten, medicinische Schulen, Gesellschaften, Vereinigungen besitzen, wurden Ehrungen vorbereitet und Stimmen der Verehrung laut. Ein Heros unserer Wissenschaft, RUDOLF VIRCHOW, feiert heute seinen achtzigsten Geburtstag.

Rüstig und frisch wie selten einer, jung im Gemüthe, mit regsamem, schaffendem Geiste und feurigen Herzens schreitet er nun schon ein Decennium auf der Bahn des Greisenalters einher und erfüllt seine mannigfachen, selbst-erkorenen Aufgaben und Pflichten mühelos und rastlos wie vor vielen Jahren.

Ein Heros der Arbeit ist dieser Mann, ein ragendes Beispiel dafür, daß der Feuereifer und die Thatkraft der auserkorenen Vollnatur dem Ansturme des Lebens diamantengleich widerstehen und im Ringen um die Palme des Ruhmes stets von Neuem auflodern und erstarken.

Hat doch VIRCHOW erst in den letzten Tagen ein Werk beendet und in verhältnißmäßig kurzer Zeit fertig gebracht, das allein den größten Theil eines gewöhnlichen Menschenlebens auszufüllen vermöchte. Wir meinen die Neuaufstellung, Sichtung und Ordnung der Schätze des pathologischen Museums, zu deren Sammlung er die Anregung gab, die er zu unübertrefflicher Vollkommenheit führte und zu deren Besichtigung er für heute, an seinem Jubeltage, die große Schaar seiner Jünger, Verehrer und Bewunderer geladen hat.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, den ungeheuren Inhalt dieses so reichen Lebens auch nur annähernd zu erschöpfen; berufeneren Federn mag es überlassen sein, das Verhältniß VIRCHOW's zu den Naturwissenschaften überhaupt, zur Medicin im besonderen, eingehend zu erörtern und alles darzulegen, was den Namen „VIRCHOW“ und den Stempel seiner originellen Schaffensart trägt.

Kein medicinisches Werk ward ja seit vielen Decennien geschrieben, wo nicht in jedem Capitel und in engem Zusammenhange mit dem dargestellten Gegenstande der Name „RUDOLF VIRCHOW“ nothwendig wiederkehrte; jede unserer Lehren, jedwede medicinische Disciplin trägt an erster Stelle, in ihren wichtigsten Partien eine tiefe Spur VIRCHOW'scher Eigenart und VIRCHOW'scher Schöpferkraft.

Das Hauptwerk seines Lebens, mit dem die Erinnerung an ihn für alle Zeiten unabänderlich bestehen bleibt, „Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebslehre“ (1858), ist eine mächtige Basis geworden, auf der sich das Gebäude der gesammten Medicin der Gegenwart erhebt, und die herrschende Richtung, der sich das Denken und das Erdenken aller Forscher und medicinischen Gelehrten zunächst anzupassen hat.

Schon in jungen Jahren, 27 Jahre alt (1848), hat er eine, zumal für die damaligen Verhältnisse überaus schwierige Mission mit seiner tiefen Gründlichkeit und seiner echten Wahrheitsliebe getreulich und vollkommen erfüllt. Von der Regierung nach Oberschlesien gesandt, um die dort herrschende Epidemie von Typhus exanthematicus zu studiren, faßte er die Ergebnisse seiner Untersuchungen in einem Werke zusammen, das zum Ausgangspunkte und zur Richtschnur für alle geworden ist, die sich nach ihm auf ähnlichen Gebieten haben bethätigen und bewähren müssen. In freimüthiger, unnachsichtlicher Weise, ein schon damals unerschütterlicher Oppositionsmann, legte er die Verwaltungssünden in den betroffenen Regierungsbezirken bloß und empfahl eingehende Reformen in socialer und hygienischer Richtung. Ein Jahr vorher hatte er in Gemeinschaft mit BENNO REINHARDT das „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“ gegründet, das heute bereits mehr als 150 Bände aufweist; zu seinen Mitarbeitern zählt es fast alle zeitgenössischen Forscher und Lehrer, in seinen Bänden birgt es die geistige Arbeit mehrerer Generationen, es ist eine Fundgrube des Wissens und der Erkenntniß. Als sein Leiter mit der Herausgabe des „Archivs“ begann, fehlten die Theilnehmer, fehlten die Beiträge. Doch VIRCHOW verzagte nicht. Man nehme die ersten Bände der großen Zeitschrift hervor. Mehr als die Hälfte der Publicationen in den ersten Jahren sind VIRCHOW's ureigenste Werke. Das in fast jeglicher Hinsicht noch öde Gebiet der pathologischen Anatomie bebauend, hat er, Forscher, Redacteur und Mitarbeiter in einer Person, die Spalten seines Archivs gefüllt. Er befruchtete sein Wissensgebiet, gab Anregungen aus dem unerschöpflichen Born seiner Originalität und unübertrefflichen Beobachtungsgabe und heute — sind die Spalten des „VIRCHOW'schen Archivs“ bereits zu eng geworden für das Uebermaß an

Material, das sich ihm darbietet. Heute vermag sein Begründer, der es seit nunmehr 54 Jahren leitet, den Strom der sich Andrängenden kaum abzuwehren und zu hemmen.

VIRCHOW'S Vielseitigkeit, seine Begeisterung für alles Gute und Schöne und seine kräftige Art des Eintretens für seine Ueberzeugung lenkten bald auch die Aufmerksamkeit der Zeitgenossen auf ihn, die wohl gleiche socialpolitische Ziele, nicht aber gleiche Wissensgebiete mit ihm verbanden. Diesem Umstande war es zuzuschreiben, daß unserem Altmeister schon zu einer Zeit ein Abgeordneten-Mandat angeboten ward, wo er noch nicht einmal das gesetzlich bestimmte Alter erreicht hatte und die Wahl ablehnen mußte. Sein politischer Feuereifer hat ihn einmal in harte Bedrängniß gebracht. Es war zur Zeit der Februarwahlen, im Jahre 1849; da prägte VIRCHOW so manches scharfe Wort, und manch herber Tadel von seinen Lippen erbitterte seine politischen, mächtigen Gegner. So kam es denn auch, daß er damals seiner Stelle als Prosector enthoben und nur auf Fürbitte seiner zahlreichen Anhänger, doch unter der Bedingung der Widerrufbarkeit seiner „Begnädigung“, in seinem Lehramte belassen wurde. Es wäre eines VIRCHOW nicht würdig gewesen, wenn er als Gnadengabe angenommen hätte, was ihm und nur ihm vor allen Fachcollegen gebührte. Sein gerader Sinn und seine Unnachgiebigkeit im Kampfe um Recht und Pflicht ließen ihn den Verzicht auf dieses verlausulirte Geschenk aussprechen — er ging nach Würzburg, das ihm willig das Lehramt des Ordinarius für pathologische Anatomie übertrug. Die Genugthuung ward ihm nicht lange vorenthalten, denn schon 1856 kehrte er, durch den Minister RAUMER zurückberufen, als Director des neu errichteten pathologischen Institutes und ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie nach Berlin zurück.

Hier schuf er, dem sich mit dem glücklichen Gedanken stets zur rechten Zeit auch das richtige Wort einstellte, seine beiden Monumentalwerke, die „Cellularpathologie“, welche in die meisten lebenden Sprachen übersetzt worden ist, und „Die krankhaften Geschwülste“. Beide Werke bilden zusammen die „Vorlesungen über Pathologie“. Die heutige pathologische Anatomie verdankt VIRCHOW fast in allen ihren Theilen ihre wesentliche und grundlegende Gestaltung. Die Lehre von der Entzündung, von den Tumoren entzündlicher und degenerativer Natur, der Tuberculose, die Lehre von der Pyämie, Metastasenbildung, Thrombose und Embolie, die Leukämie, die verschiedenen Degenerationen und Veränderungen der Organe, die pathologisch-chemischen Veränderungen des Blutfarbstoffes unter gewissen Verhältnissen u. v. a. m. hat er theils neu entdeckt und begründet, theils von Grund auf umgeformt oder wesentlich gefördert.

Mit dem Reichthume seiner Gedanken hat er ungezählte Schüler beschenkt und deren vom Meister angeregte Bestrebungen unermüdet und eifrig gefördert. Er hat Schule gemacht wie keiner vor ihm, denn an den meisten deutschen Universitäten sind heute die Lehrer der pathologischen Anatomie ehemalige Schüler VIRCHOW'S, in seinem Geiste erzogen.

Mit EISENMANN und SCHERER übernahm VIRCHOW im Jahre 1855 die Redaction der CANSTATT'Schen Jahresberichte über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Ländern. Vom Jahre 1867—1894 theilte er sich in die Redaction des nunmehr „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin“ genannten Sammelwerkes mit AUGUST HIRSCH; seit dem Tode HIRSCH'S ist POSNER der zweite Herausgeber. Außerdem redigirte VIRCHOW das „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie“, dessen Bedeutung und Geltungskraft die Zahl der seit seinem Erscheinen verstrichenen Jahre nicht zu mindern vermochte, und begründete (1859) mit v. HOLTZENDORFF die „Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Vorträge“. Von der norwegischen Regierung zum Studium der Lepra berufen, erfüllte er auch hierin vollauf die ihm entgegengebrachten Erwartungen.

Seinem umfassenden Wissen, seiner großen Gelehrsamkeit, seinem klaren, durchdringenden Blicke und dem die zusammengehörigen Gedanken verbindenden Scharfsinne hat VIRCHOW in einer großen Reihe epochaler Vorträge Ausdruck gegeben, in denen sich das Wissen unserer Zeit, unter dem weiten Horizonte eines großen Geistes betrachtet, staunenswerth widerspiegelt. Die markantesten dieser Reden sind „MORGAGNI und der anatomische Gedanke“, „Die Continuität des Lebens als Grundlage der modernen biologischen Anschauung“, „GOETHE als Naturforscher“ und „Ueber den Werth des pathologischen Experiments“. VIRCHOW hat durch viele Jahre — seit 1862 — im preußischen Abgeordnetenhause sein Talent auch in den politischen Dienst seines Vaterlandes gestellt und durch hellen Verstand und Schärfe des Geistes, sowie durch Erfassen der richtigen Situation gezeigt, daß er als Parlamentarier gleich wie als Gelehrter zu gelten und zu wirken verstand. Mit Sachkenntniß und großer Erfahrung hat er so manchen politischen Gegner überwunden und dem Worte „Culturkampf“, das er geprägt, auch mannhaft und beredt Ausdruck, Anerkennung und Geltung zu verschaffen gewußt.

Eine große Reihe von Stiftungen, Gründungen und Bauten sanitären Charakters sind der nimmermüden Initiative VIRCHOW'S zu danken, der, wo es gilt, Gutes zu schaffen, den Mitbürgern zu helfen, wissenschaftlichen Erkenntnissen die praktische Anwendung folgen zu lassen, keine Mühe scheut und kein Hinderniß anerkennt.

VIRCHOW ist auch ein Mitbegründer der Deutschen anthropologischen Gesellschaft und deren Vorsitzender seit drei Decennien. Seine Forschungen sind auch auf diesem Gebiete von Erfolg begleitet gewesen, und zahlreiche Abhandlungen „Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel“, „Beiträge zur physischen Anthropologie der Deutschen“, „Alttrajanische Gräber und Schädel“ u. a. m. lehren die staunend Mitwelt, wie erfolgreich sich der Anthropologe VIRCHOW auch in dieses junge Wissensgebiet zu vertiefen vermochte.

Daß ein so großes, ein so bedeutendes Leben, insbesondere da es einer Grenze nahegerückt ist, die nur wenigen Ausverkorenen ungetrübt beschieden ist, auf seinem langen Wege mannigfache und reiche Ehrungen erfuhr, ist wohl begreiflich. So groß auch die Ehrungen gewesen, sie konnten doch niemals der Größe dessen entsprechen, dem sie gegolten haben.

Einem Triumphzuge gleicht VIRCHOW'S Erdenwallen schon seit vielen Jahren. Es ist so, als wollten es ihm die Collegen, die gelehrten Gesellschaften, die Freunde alle, Tag für Tag wiederholen, daß sie sich des Glückes bewußt sind, ihn, den Altmeister, stets von Neuem begrüßen, ehren, feiern zu dürfen.

Sein 70jähriger Geburtstag war der Anlaß zu einer Feier, an der sein größter Freund, HELMHOLTZ, theilgenommen hat. Damals wurde ihm zu Ehren eine goldene Medaille gestiftet. Er ist Doctor of Common Law, Mitglied aller Akademien, Commandeur der Ehrenlegion. Im Jahre 1899 feierte er sein 50jähriges Professoren Jubiläum.

So reiht sich ihm Feier an Feier, und der bedeutendsten eine steht ihm für heute bevor. Was Menschensinn an Liebe und Verehrung auszudenken vermochte, es ist gethan worden, um VIRCHOW, dem größten der lebenden Mediciner, den Beweis zu erbringen, daß dem Glücklichen nicht erst die Nachwelt den Ruhmeskranz auf die Stirne drückt. In Ost und West, diesselts und jenseits des Oceans sind Deputationen zusammengetreten; alle Nationen der Welt überbieten einander in Beweisen der tiefen Ehrfurcht, der Bewunderung und der rückhaltlosen Anerkennung für den großen, den unsterblichen Meister, dessen Lebensstern weiter ungetrübt erstrahlen möge bis an die äußerste Grenze des menschlichen Lebens!

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Bedeutung der Ionen-Theorie für die physiologische Chemie.

Von Prof. Th. Paul in Tübingen.*)

Weitaus die meisten biologischen Vorgänge in Pflanzen und Thieren beruhen auf einer Wechselwirkung der Stoffe in gelöstem Zustande, da nicht nur die flüssigen Bestandtheile der Organismen, sondern auch die festeren Gewebe als Lösungen aufzufassen sind, seitdem die neuere Chemie außer den flüssigen auch feste Lösungen kennt. Es war deshalb zu erwarten, daß die Fortschritte, welche man in der Erkenntniß des Wesens der Lösungen machte, auch befruchtend auf die Physiologie einwirken würden, und daß zwei wissenschaftliche Errungenschaften ersten Ranges, die Theorie der Lösungen von VAN T'HOFF und die Theorie der elektrolytischen Dissociation von SVANHE ARRHENIUS, durch welche unsere Anschauungen vom Zustande der Stoffe in Lösungen in vollkommenere Bahnen gelenkt worden sind, für gewisse Gebiete der physiologischen Chemie einen Wendepunkt bedeuten. Es läßt sich schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, daß viele der zahllosen Widersprüche und Unklarheiten, denen man in der physiologischen Literatur so häufig begegnet, nur auf Grund dieser neueren Anschauungen gelöst werden können. Bisher nahm man an, daß in einer wässerigen Lösung, z. B. in einer Kochsalzlösung, neben den Wassermolekeln Chlornatrium-Molekeln enthalten sind. Da aber eine solche Lösung den elektrischen Strom leitet, und deren osmotischer Druck größer ist, als den molekularen Verhältnissen entspricht, nimmt man nach der Theorie der elektrolytischen Dissociation oder der „Ionen-Theorie“ an, daß in einer Kochsalzlösung nicht sämtliches Salz in der Form von NaCl-Molekeln enthalten ist, sondern daß die Mehrzahl der letzteren in elektrisch geladene Theilstücke, die Na-Ionen und Cl-Ionen, zerfällt, welche den Transport der Elektrizität beim Durchgange eines elektrischen Stromes vermitteln, und deren jedes den osmotischen Druck der Lösung in demselben Grade beeinflußt, wie eine intacte Molekel. Dieser Vorgang der Spaltung der Kochsalzmolekeln in elektrisch geladene Ionen, welcher stets mit dem Auflösen des Salzes in Wasser verbunden ist und ohne jede Zuführung von Elektrizität von außen vor sich geht, findet bei sämtlichen Salzen, Säuren und Basen statt, Stoffen, deren wässerige Lösungen den elektrischen Strom leiten und welche man deshalb mit dem gemeinsamen Namen „Elektrolyte“ bezeichnet. So zerfällt AgNO_3 in das positive Silber-Ion (Ag -Ion) und in das negative Salpetersäure-Ion (NO_3 -Ion), das chloresäure Kalium in das positive Kalium-Ion (K -Ion) und in das negative Chloresäure-Ion (ClO_3 -Ion). Die Säuren sind dadurch charakterisirt, daß sie sämtlich in wässriger Lösung positive Wasserstoff-Ionen (H -Ionen) abspalten unter gleichzeitiger Bildung eines für jede Säure charakteristischen negativen Ions. Die Basen sind Verbindungen, welche in wässriger Lösung sämtlich negative Hydroxyl-Ionen (OH -Ionen) neben den für jede Base spezifischen positiven Ionen abspalten. Die „Stärke“ der Säuren und Basen richtet sich nach dem Dissociationsgrade dieser Verbindungen. Eine Säure oder eine Base ist um so stärker, je größer die Concentration der positiven Wasserstoff-Ionen oder negativen Hydroxyl-Ionen in ihrer wässerigen Lösung ist, wenn gleiche molekulare Mengen dieser Verbindungen gelöst werden. So ist die Essigsäure eine ungefähr 100mal schwächere Säure als die Salzsäure und das Ammoniak eine ungefähr 100mal schwächere Base als die Kalilauge.

Es läßt sich an einer Reihe von praktischen Beispielen zeigen, daß uns die Ionen-Theorie die Mittel und Wege an die Hand gibt, die Zusammensetzung verschiedener, bisher

ungenügend erforschter Körperflüssigkeiten zu ermitteln, und uns in den Stand setzt, complicirte physiologisch-chemische Vorgänge auf einfache wohlbekanntes Gesetze zurückzuführen und für die physiologische Wirkung vieler Stoffe eine einheitliche und ungezwungene Erklärung zu geben. So bedeutet es einen principiellen Fortschritt, als vor einigen Jahren ST. BUGARSZKY und F. TANGL bei ihren Untersuchungen über die Zusammensetzung des Blutserums durch die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung, welche sich mit Hilfe der von ERNST BECKMANN construirten Apparate in kurzer Zeit mit großer Genauigkeit ausführen läßt, die Gesamtconcentration der gelösten nichtdissociirten Molekeln und der Ionen ermittelten und die Concentration der letzteren durch elektrische Leitfähigkeitsversuche feststellten. Eine ähnliche Untersuchung hat fast gleichzeitig HANS KOEPE über den Salzgehalt der Frauen- und Kuhmilch ausgeführt. Seitdem RÉAUMUR als einer der Ersten um die Mitte des 18. Jahrhunderts den Mageninhalt von Thieren auf seine Acidität untersuchte, ist die Zahl der darüber veröffentlichten Arbeiten auf mehrere Hundert angewachsen. Trotzdem ist es bisher nicht möglich gewesen, die Concentration der Säure im Magensaft in absoluten Zahlen anzugeben.

Die Ionentheorie setzt uns in den Stand, den Begriff der Acidität des Magensaftes in ganz unzweideutiger Weise zu präcisiren: Die Acidität ist identisch mit der Concentration der darin enthaltenen Wasserstoff-Ionen. Die exacte Messung derselben läßt sich mit Hilfe einer galvanischen Concentrations-Kette bewerkstelligen, deren Theorie von WALTER NERNST aufgestellt wurde. Die Titration läßt sich hierzu nicht benutzen, da gleiche molekulare Mengen der starken Salzsäure und der schwachen organischen Säuren, wie Essigsäure und Buttersäure, gleiche Volumina Kalilauge oder Natronlauge zur Sättigung brauchen. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, daß sich mit Hilfe passend gewählter Indicatoren, wie z. B. Methylviolett, Tropäolin oder Congoroth, welche erst auf eine größere Wasserstoff-Ionen-Concentration reagiren, für die ärztliche Praxis brauchbare vergleichende Werthe ermitteln lassen. Ja, es ist wünschenswerth, daß diese Methode mit Hilfe der Theorie der Indicatoren weiter ausgebildet wird, welche WILHELM OSTWALD auf Grund der Ionentheorie aufgestellt hat, und die es ermöglicht, die zahlreichen Indicatoren der Acidimetrie und Alkalimetrie nach einem einheitlichen Gesichtspunkte zu classificiren und die für jeden Indicator charakteristische Empfindlichkeitsgrenze festzustellen.

In neuester Zeit hat RUDOLF HÖBER versucht, die Concentration der Hydroxyl-Ionen im Blut, also dessen Alkalescenz, zu bestimmen, indem er defibrinirtes Rinderblut mit verdünnter Natronlauge, bezw. Salzsäure von bestimmtem Gehalt zu einer galvanischen Concentrationskette verband und die elektromotorische Kraft des auftretenden galvanischen Stromes ermittelte. Die Eigenschaft der Eiweißverbindungen, mit stärkeren Säuren lockere salzartige Verbindungen zu bieten, welche für die Pepsinverdauung sehr wichtig sind, hat vor mehreren Jahren JOHN SJÖQVIST auf Grund der Ionentheorie klar gelegt und mit Hilfe von elektrischen Leitfähigkeitsmessungen quantitativ bestimmt. Einige Jahre später (1898) haben STEFAN BUGARSZKY und LEO LIEBERMANN das Bindungsvermögen eiweißartiger Stoffe für Salzsäure, Natriumhydroxyd und Kochsalz durch die Messung der elektromotorischen Kräfte in galvanischen „Gasketten“ und durch die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung ermittelt. Die nach diesen von einander ganz unabhängigen Methoden gefundenen Werthe stimmen ganz befriedigend überein und sind insofern ein Beweis für die Stichhaltigkeit und Zweckmäßigkeit der neueren Anschauungen, als die darauf gegründeten Rechnungen sich der Erfahrung anschließen.

PAUL GRÜTZNER hatte gefunden, daß die Caseinfällung in der Milch, welche durch äquimolekulare Säurelösungen veranlaßt wird, je nach der Stärke der betreffenden Säure

*) Vortrag, gehalten in der Gesamtsitzung beider Hauptgruppen der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg am 25. September 1901.

quantitativ ganz verschieden ist. Setzt man den Säurelösungen gleichionige Salze zu, wie z. B. der Essigsäure essigsäures Natrium, so wird die Menge des ausgefallenen Casein geringer, obwohl bekanntlich die Salze die Ausfällung von Eiweißkörpern im Allgemeinen unterstützen. Wie war diese merkwürdige Erscheinung zu erklären? Die Iontentheorie gibt auf diese Frage folgende Antwort: Die Concentration der Wasserstoff-Ionen in der wässrigen Lösung oder mittelstarken oder schwachen Säure muß nach dem Massenwirkungsgesetz durch den Zusatz eines gleichionigen Salzes geringer werden und deshalb wird die Fähigkeit der Säure, das Casein auszufällen, geringer. Mit Rücksicht auf die große Bedeutung, welche dem Verhalten der Harnsäure und ihrer Salze im Blut, im Harn und in den Gewebsflüssigkeiten zukommt, da verschiedene, häufig auftretende und besonders schmerzhaft Krankeheiten auf einer pathologischen Abscheidung der Harnsäure und ihrer Salze im Körper beruhen, haben WILHELM HIS d. J. und THEODOR PAUL begonnen, das Verhalten dieser Stoffe in Lösungen vom Standpunkte der Iontentheorie einer systematischen Untersuchung zu unterziehen. Sie fanden unter anderem in Uebereinstimmung mit den Lehren der Iontentheorie, daß die Abscheidung eines schwerlöslichen harnsauren Salzes aus einer Lösung nicht nur von der Löslichkeit des betreffenden Salzes abhängt, sondern daß die gleichzeitig in der Lösung anwesenden Salze, welche mit jenem ein Ion gemeinsam haben, eine beträchtliche Löslichkeitsverminderung veranlassen können. So löst sich z. B. das saure harnsaure Natrium in Wasser von Zimmertemperatur im Verhältniß von 1:1130, in einer physiologischen Kochsalzlösung dagegen, welche nur 7 Grm. Chlornatrium im Liter enthält, erreicht die Löslichkeit nicht einmal das Verhältniß 1:11.000, da die Dissociation des Natriumrats durch die Natrium-Ionen des Kochsalzes erheblich vermindert wird. Eine weitere Ueberlegung zeigte, daß die zur Zeit noch ganz allgemeine Vorstellung irrig ist, wonach die Darreichung von Lithium, Piperazin, Lysidin und ähnlichen Präparaten, deren harnsaure Salze in Wasser leicht löslich sind, im Organismus eine Umsetzung mit den abgelagerten, schwer löslichen, harnsauren Salzen und die Bildung der leichtlöslichen Verbindung veranlassen können.

Im innigen Zusammenhange mit der Constitution einer Lösung steht auch ihre physiologische Wirkung, und da die Salze, Säuren und Basen in wässriger Lösung mehr oder weniger in Ionen zerfallen, muß sich auch deren physiologische Wirkung aus derjenigen der nicht dissociirten Molekeln und der Ionen zusammensetzen. Thatsächlich haben zahlreiche Beobachtungen diese Erwartung bestätigt. DRESER prüfte die Giftwirkung von Quecksilbersalzen auf Hefezellen, Frösche und Fische, und fand, daß das Kaliumquecksilberhyposulfit viel langsamer und schwächer wirkte als Cyan-, Succinimid- und Rhodanquecksilber, obgleich der Quecksilbergehalt in allen Lösungen gleich groß war. DRESER führte das abnorme pharmakodynamische Verhalten des Kaliumquecksilberhyposulfits auf die geringe Concentration der Quecksilber-Ionen in dessen wässriger Lösung zurück. Bei Gelegenheit einer ausgedehnten, unter Zugrundelegung der neueren physikalisch-chemischen Theorien angestellten Untersuchung über das Verhalten der Bacterien zu chemischen Stoffen aller Art haben BERNHARD KRÖNIG und THEODOR PAUL geprüft, ob die Giftwirkung von Metallsalzen, Säuren und Basen im Zusammenhange mit deren elektrolytischer Dissociation stehe. Diese Untersuchung war um so interessanter, als BEHRING den im schroffsten Gegensatz zu dieser Annahme stehenden Satz aufgestellt hatte, daß z. B. „der desinficirende Werth der Quecksilberverbindungen im Wesentlichen nur von dem Gehalt an löslichem Quecksilber abhängig ist, die Verbindung mag sonst heißen wie sie wolle“. Redner zeigt an der Hand zahlreicher Tabellen, daß diese Ansicht BEHRING'S vollständig mit den Thatsachen in Widerspruch stehe. So fanden B. KRÖNIG und TH. PAUL die keimtödtende Kraft der Halogenverbindungen des Quecksilbers, von denen wir wissen, daß sie verschieden

stark dissociirt sind, sehr verschieden, und zwar entsprach sie ganz dem elektrolytischen Dissociationsgrad dieser Salze. Die bacterientödtende Kraft des Sublimats nimmt umso mehr ab, je mehr ClNa zugesetzt wurde. Die Hg-Cyanverbindungen erwiesen sich als am schwächsten wirksam. Auch bei den Silber- und Goldsalzen ließ sich ähnliches beobachten: die gut dissociirenden Verbindungen wirkten sehr stark, die complexen Salze dagegen, in deren wässriger Lösung die Concentration der Metall-Ionen nur gering ist, waren viel weniger giftig. Die Giftwirkung der Säuren und Basen entsprach im Allgemeinen der Concentration der Wasserstoff-Ionen, resp. Hydroxyl-Ionen. Auch die Aenderungen des Dissociationszustandes von Metallsalzen, welche der Zusatz eines gleichionigen anderen Salzes bewirkt, kam bei der Giftwirkung sehr schön zum Ausdruck. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten SCHEURLEN und SPIRO.

Mit Rücksicht auf diese letztgenannten und andere Untersuchungen, welche die Anwendung der Iontentheorie auf physiologische Vorgänge betreffen, sei darauf hingewiesen, daß man bei Deutung von Versuchen an höher organisirten Lebewesen und besonders beim Thierexperiment mit großer Vorsicht zu Werke gehen muß, da hiebei noch eine Reihe anderer Factoren als lediglich der Dissociationsgrad der Stoffe und die Eigenschaften der Ionen maßgebend sind. Zu verurtheilen ist ferner die sich in neuerer Zeit besonders in Deutschland geltend machende Unsitte, die neueren physikalisch-chemischen Theorien für die Anpreisung von Heilmitteln und besonders für die Wirksamkeit der Heilquellen zu verwenden. Durch solche und ähnliche Gepflogenheiten kann und muß die Bedeutung der neueren Anschauungen in Mißcredit gebracht werden.

Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten.

Von **Dr. Ferdinand Winkler** in Wien. *)

Die von BEARD¹⁾ eingeführte elektrische Behandlung der Hautkrankheiten hat sich trotz mehrfacher Empfehlungen²⁾ und trotz begeisterten Lobes, welches sie von französischer Seite aus fand, bis nun keinen festen Platz in der dermatologischen Therapie erobern können; und doch verdient namentlich die Franklisation in vollem Maße die Aufmerksamkeit der Praktiker, da sie in kurzer Frist Erfolge zu erzielen erlaubt, welche man mit den bisherigen Methoden erst nach viel längerer Zeit eintreten sieht.

Schon vor fast 15 Jahren hat EULENBURG³⁾ darauf hingewiesen, daß sowohl beim elektrostatischen Luftbad wie auch bei kurzen, schnell aufeinander folgenden Funkenentladungen die Sensibilität der Haut bedeutend abnehme. Seine Beobachtung fand aber keine praktische Verwerthung, und erst 5 Jahre später begann LELOIR⁴⁾ seine Versuche mit der Behandlung des Pruritus, über die er im Vereine mit DOUMER nach Ablauf zweier Jahre berichtete.

Sie verwendeten in etwa 25 Fällen von theils allgemeinem, theils localem Pruritus, die bis dahin jeder Therapie getrotzt hatten, die statische Elektrizität mit ungeahntem Erfolge und behandelten mit Glück in gleicher Weise auch den Pruritus vulvae und den Pruritus ani. Im Gefolge der Besserung des Pruritus sahen sie auch das Ekzem an den be-

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Dermatologie der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg, 26. September 1901.

¹⁾ Certain gueries in electrophysiology and electrotherapeutics. „New York med. Journ.“, 1872.

²⁾ Vgl. mein Sammelreferat: „Die Elektrotherapie in der Dermatologie“, Festschrift für NEUMANN, Wien 1900. „Zeitschrift für Elektrotherapie“, III, 1901, pag. 68.

³⁾ Ueber allgemeine und locale Elektrisation mittels hochgespannter Ströme. „Berl. klin. Wochenschr.“, 1887, Nr. 13.

⁴⁾ Compt. rend. de l'acad. des sciences, 18. Juni 1893. Ueber Dermatosen und ihre Behandlung. „Arch. f. Dermat.“, 1894, XXIX, pag. 206.

treffenden Partien schwinden. Sie ließen von einer Metallspitze aus der Entfernung von 10–15 Cm. einen elektrischen Wind über die ganze kranke Stelle streichen und jede Sitzung 12 bis 15 Minuten andauern. Die Zahl der in jedem Falle nothwendigen Sitzungen schwankte nach der Intensität der Prozesse.

MONELL⁵⁾ berichtet ebenfalls über mehrere Fälle von Pruritus, sowie von chronischer Hyperästhesie einzelner Hautpartien, die er durch Anwendung des elektrischen Windes geheilt habe. LEGROS⁶⁾ hat in einer überaus großen Zahl von juckenden Hautkrankheiten die statische Elektrizität angewendet und bei localisirtem Jucken 69% Heilung, bei allgemeinem Pruritus 66% Heilung erzielt.

Die guten Erfolge, welche die elektrostatische Behandlung des Pruritus erzielte, veranlaßten bald eine Erweiterung der Indicationen. BROCC⁷⁾ empfahl ihre Anwendung bei dem intensiven Pruritus nach ausgedehnten Verbrennungen, und ABRANITSCHOFF⁸⁾ sah gleich LELOIR auch die Urticaria durch die Franklinisation günstig beeinflußt werden.

MONELL⁹⁾ behandelte mehrere Fälle von Ekzem mit gutem Resultate, und DOUMER¹⁰⁾ berichtete über 48 Heilungen unter 50 mit statischer Elektrizität behandelten Ekzemenfällen. Bei ihren Versuchen über die elektrostatische Pruritusbehandlung hatten LELOIR und DOUMER gefunden, daß nicht bloß das Jucken bei Ekzemen unter der Einwirkung des elektrischen Windes nachließ, sondern daß auch der Krankheitsproceß selbst mehr oder weniger rasch verschwand. In DOUMER'S Fällen handelte es sich theilweise um frische, erst einen Tag alte, theilweise um chronische, mehr als 20 Jahre alte Fälle; einige mit localisirtem, andere mit generalisirtem Charakter; in den Fällen von MONELL handelte es sich ebenfalls um chronische Fälle von langem Bestehen, mehr als 15 Jahre. Die Behandlung erfolgte jeden zweiten Tag, jede Sitzung dauerte 15 Minuten. Nach den ersten zwei oder drei Sitzungen hörte das Jucken und die Secretion auf, in einigen Fällen vollständig, in anderen Fällen kehrten sie nach einiger Zeit wieder, um bald wieder zu verschwinden. Beim acuten Ekzem dauerte die Behandlung 1 bis 4 Wochen.

BORDIER¹¹⁾ ist ebenfalls von der Wirkung der statischen Elektrizität bei Ekzemen sehr befriedigt; konnte er doch durch sie einen Fall heilen, der durch 9 Jahre in der mannigfaltigsten Weise ohne Erfolg behandelt worden war. Die Kranke wurde dem elektrostatischen Luftbad ausgesetzt und einzelne Ekzemstellen dem elektrischen Winde unterworfen. Dabei zeigte sich, daß nicht bloß die dem elektrischen Winde ausgesetzten Stellen, sondern auch die übrigen kranken Partien, welche nicht direct vom elektrischen Wind getroffen waren, abheilten. BORDIER schließt daraus, daß es nicht die locale Wirkung des elektrischen Windes, sondern die allgemeine Wirkung des elektrostatischen Luftbades war, welche die Heilwirkung hervorbrachte; nach seiner Ansicht ist es das negative Luftbad, dem die Hauptwirkung zuzuschreiben ist.

GAUTIER und LARAT haben ebenfalls über eine Reihe von Ekzemenfällen berichtet, die, bis dahin allen therapeutischen Maßnahmen trotzend, unter der elektrostatischen Behandlung rasch zur Heilung kamen.

BROCC¹²⁾ fand die statische Elektrizität bei den stark juckenden Ekzemen der Neurastheniker und Arthritiker, BISSERIE¹³⁾ bei Ekzema seborrhoicum, und

BARTHELEMY¹⁴⁾ bei Pruritus analis der Neurastheniker und Pruritus anovulvaris der Diabetiker wirksam.

POSPELOW und CHATZKY¹⁵⁾ verwendeten die Franklinisation bei Psoriasis sowohl in Form des elektrostatischen Luftbades, wie auch als Funkenentladung auf die Wirbelsäule; unter 6 Fällen von CHATZKY war viermal der Erfolg befriedigend, einmal gering und einmal negativ.

DOUMER¹⁶⁾ benützte die statische Elektrizität auch zur Behandlung von Acne und Impetigo; die Behandlung erfolgte mit dem positiven Pole dreimal in der Woche durch je 10–15 Minuten. Sehr rasch trat bei der Impetigo eine Verminderung des Juckens auf, oft schon nach der ersten Sitzung, sicher nach der zweiten Sitzung; damit sistirte die Secretion, das Erythem ging zurück, die Drüenschwellungen nahmen ab, und die an Impetigo erkrankten Kinder zeigten eine wesentliche Gewichtszunahme.

Unter DOUMER'S Leitung hat MARQUANT¹⁷⁾ die statische Elektrizität bei der Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre versucht und über 22 mit Erfolg behandelte Fälle berichtet. Die Behandlung erfolgte dreimal wöchentlich durch je 10 Minuten. Rasch verschwanden das Jucken und die Schmerzen, die dem Geschwür benachbarten Hautpartien erhielten bald ein besseres Aussehen, die Varicositäten nahmen ab und das Geschwür selbst kam bald zur Vernarbung.

LELOIR¹⁸⁾ dehnte das Anwendungsgebiet der statischen Elektrizität auf alle Dermatoneurosen aus und theilte mit, daß er bei Lichen, Vitiligo, Asphyxie der Extremitäten, trophischen Exulcerationen, Urticaria und Alopecia areata gute Resultate gesehen habe. SHOE-MAKER¹⁹⁾ hat auch in der Behandlung von Verrucae, Clavi und Tylositäten gute Resultate erzielt und empfiehlt sie besonders bei der rauhen trockenen Haut scrophulöser Personen.

BISSERIE²⁰⁾ hat auch Lupus erythematodes und OUDIN hat Lupus vulgaris mit statischer Elektrizität behandelt.

GASTOU und CHABRY²¹⁾ haben die statische Elektrizität bei Neurodermien und Toxidermien, acuten und chronischen Prurigoformen als allgemeines Luftbad und bei lichenoiden Ekzemen und umschriebener Lichenification als Büschelstrahlung verwendet.

In einer weiteren Mittheilung berichteten GASTOU, CHABRY und RIEDER²²⁾ über 149 Fälle von Hautkrankheiten, die sie im elektrotherapeutischen Saale des Hôpital Saint-Louis mit statischer Elektrizität und mit Hochfrequenzströmen behandelten. Die Franklinisation erwies sich ihnen bei Alopecie, Lichen pilaris, Acne rosacea, Herpes gestationis, Pruritus und Prurigo als wirksam. Sie verwendeten sie sowohl als allgemeines Beruhigungsmittel für das Nervensystem wie auch local, zumeist benützten sie die statische Elektrizität als Unterstützungsmittel der Hochfrequenzströme.

THIELLE²³⁾ äußerte sich sehr befriedigt über die Wirkung der statischen Elektrizität bei Frostbeulen und bei Verbrennungen. Er setzte sie durch 20–25 Minuten dem

¹⁴⁾ „Annales de dermatologie“, 1900, pag. 390.

¹⁵⁾ Du traitement du psoriasis vulgaris par l'électricité statique. „Wratsch“, 1897, Nr. 40. „Revue neurolog.“, 1897, Nr. 24.

¹⁶⁾ E. DOUMER und J. LEVEZIER, Traitement de l'impetigo par la franklinisation. „Annales de électrobiologie“, 1893, pag. 115.

¹⁷⁾ De l'influence de l'effluviation sur la marche des ulcères chroniques et particulièrement des ulcères variqueux. „Thèse de Lille“, 1894.

¹⁸⁾ „Archiv für Dermatologie“, 1894, XXIX, pag. 206.

¹⁹⁾ Electricity as a cosmetic. „Med. News“, 1894, LXI, Nr. 15.

²⁰⁾ „Annales de dermatologie“, 1900, pag. 392.

²¹⁾ Essais d'application des dermatoses localisées ou généralisées des méthodes d'électrothérapie. „Annales de dermatologie et de syphilographie“, 1900, pag. 386.

²²⁾ Action curative des méthodes électrothérapeutiques sur les dermatoses. „Annales de dermatologie“, 1900, pag. 877.

²³⁾ Traitement par la franklinisation des engelures et des brûlures. „Annales d'électrobiologie“, 1901, IV, pag. 200.

⁵⁾ „Medic. Record“, 18. November 1893.

⁶⁾ „Journ. de méd. et chirurg. pratique“, 1899, pag. 703.

⁷⁾ Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, Paris 1898, pag. 240.

⁸⁾ „Wratsch“, 1896, Nr. 13.

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ „Arch. d'électric. méd.“, 1894, pag. 141.

¹¹⁾ Traitement électrostatique de l'eczéma. „La province méd.“, 25. Januar 1896. „Lyon méd.“, Februar 1896. „Préc. d'électrothérapie“, pag. 543.

¹²⁾ l. c., pag. 244.

¹³⁾ Ibid., pag. 245.

positiven Wind und durch 5—10 Minuten den Büschelstrahlen aus; die Behandlung erfolgte jeden zweiten Tag. Schon nach der ersten Sitzung war das Jucken verschwunden, und nach wenigen weiteren Sitzungen waren die Ulcerationen geheilt. Unmittelbar nach der ersten Sitzung gaben ihm die Kranken eine sehr starke Wärmeempfindung an, die 5 bis 8 Stunden anhielt.

BOISSEAU DE ROCHER hat kleine Funkenentladungen zur Behandlung des Sclerema circumscriptum versucht; er erzielte dadurch ein Rothwerden der Hautstelle, auf welches am nächsten Tage eine Abschuppung folgte; die Haut verlor ihre Starre, ließ sich in Falten erheben und zeigte nach einigen Sitzungen eine reichliche Gefäßversorgung.

DERVILLE²⁴⁾ und BÉCUE berichten über die FRANKLIN'sche Behandlung der Keloide; doch erzielten sie nur bei frischen Keloiden gute Resultate, alle 14 Tage eine Sitzung durch 5—10 Minuten; sie verwendeten kleine Funken und sahen, daß die schmerzhaften Keloide schon nach der ersten Sitzung schmerzlos wurden und sich dann rasch zurückbildeten.

* * *

Ueber die Art, wie man sich die Wirkung der Franklinisation vorzustellen hat, gehen die Anschauungen sehr auseinander; während die einen nur eine Oberflächenwirkung zulassen, hat CHATZKY²⁵⁾ den Beweis geführt, daß der Funke an seinem Berührungspunkte eine polare Elektrolyse erzeuge.

Die Wirkungen auf die Haut beruhen auf einer Beeinflussung der Vasomotoren; dabei ist der durch die Büschelentladung erzeugte Wind von der Funkenwirkung zu trennen. BORDIER²⁶⁾ zeigte, daß das Ueberschlagen eines Funkens an der betreffenden Stelle eine Erhöhung der localen Temperatur veranlasse, und daß die vasomotorischen Erscheinungen, welche das Ueberspringen von Funken begleiten, bei positiven Funken viel stärker sind als bei negativen. Der elektrische Wind veranlaßt im Gegensatze dazu eine Senkung der localen Temperatur, und zwar ist hier die Wirkung des negativen Windes die stärkere; die Abnahme der Temperatur hält eine kurze Zeit noch nach Aufhören der Büschelentladung an, und nur langsam steigt sie wieder zu ihrer früheren Höhe auf. Andererseits ist nach BORDIER²⁷⁾ der positive Wind sowohl an Intensität wie an Dichte dem negativen überlegen; dabei ist aber zu bemerken, daß nach BORDIER und DURANZ²⁸⁾ bei stärkerer Entfernung der Metallspitze von der Haut der negative Wind zu überwiegen beginnt.

Im Allgemeinen wird bei der Behandlung von Hautkrankheiten die Büschelentladung verwendet; unter ihrem Einflusse verlieren die Erytheme ihre Intensität, die Haut blaßt ab, und empfindliche Partien werden weniger schmerzhaft. Bei der Funkenentladung dauert das Blaßwerden der Haut nur kurze Zeit; nach einigen Minuten röthet sich die getroffene Hautstelle, und es kann zur Exsudation von Flüssigkeit kommen; nicht selten sieht man bald nach der Application des Funkens eine mit Flüssigkeit gefüllte Blase sich erheben, welche wie eine Brandblase mit Zurücklassen einer leichten Pigmentirung zu heilen pflegt. Die Wirkung besteht anfänglich in einer Contraction der Gefäße infolge der Erregung der Vasomotoren, auf welche dann eine starke Erweiterung der Gefäße folgt.

Bei einigen Erkrankungen, insbesondere beim Morbus Basedowii, sind die vasomotorischen Erscheinungen so

stark ausgeprägt, daß die französischen Autoren von einem elektrischen Dermographismus²⁹⁾ sprechen.

Die Wirkung der Funkenentladung auf die Blutgefäße läßt sich sehr schön an den Ohrgefäßen des Kaninchens zeigen; auch die histologische Untersuchung der vom Funken getroffenen Hautstellen zeigt die durch die Funkenentladung veranlaßte Beeinflussung der Gefäße.

FREUND³⁰⁾ berichtet über die histologische Untersuchung einer Haut, welche mit Funkenentladungen hochgespannter Inductionsströme behandelt war. In den Hautpartien, die nur mit geringen Funkenentladungen behandelt waren, ließ sich nur eine ganz oberflächliche Entzündung und ein kleinzelliges Infiltrat in den obersten Cutisschichten wahrnehmen; bei intensiverer Funkenbehandlung zeigten sich die Venen wesentlich erweitert und stark mit Blut gefüllt; an verschiedenen Stellen der Cutis fanden sich Hämorrhagien und in der Intima der Arterien Vacuolenbildungen, die FREUND auf elektrolytische Vorgänge im Protoplasma zurückführt.

Die dritte Form, unter der die Franklinisation in der Dermatologie zur Verwendung kommen kann, ist das elektrostatische Luftbad; man richtet es am leichtesten in der Weise ein, daß man den Kranken unter eine franklinische Kopfdouche setzt und den zweiten Pol zur Erde ableitet. Der Patient fühlt sich wie von einem warmen Schleier umgeben, er empfängt ein sehr angenehmes Gefühl von Wärme und gibt an, daß er die Empfindung eines sehr angenehmen Regens habe. Wie TRUCHOT³¹⁾ nachgewiesen hat, kommt es unter dieser Behandlung neben der schon von CHARCOT festgestellten Blutdrucksteigerung auch zur Pulsbeschleunigung, die Allgemaintemperatur des Körpers hebt sich, die dynamometrische Kraft nimmt zu und, wie die Untersuchungen von D'ARSONVAL gezeigt haben, kommt es zur Beschleunigung der Stoffwechselforgänge, zur Vermehrung der Sauerstoffaufnahme und der Kohlensäureabgabe. Die Schweißdrüsensecretion nimmt zu und bei manchen, leicht erregbaren Personen sieht man im elektrostatischen Bade sowohl an der Stirne wie an den Händen Schweißtropfen hervortreten. Die Allgemeinwirkung des elektrostatischen Luftbades, welche sich nach den Feststellungen zahlreicher französischer Autoren in der Verminderung der Stickstoffausscheidung im Urin und in der Vergrößerung des ROBIN'schen Oxydationscoefficienten (Verhältniß des Harnstoffes zum Gesamtstickstoff) zeigt, findet in der Dermatotherapie ausgedehnte Anwendung als eine allgemein beruhigende Procedur, die ihre beruhigende Wirkung besonders in Bezug auf die Vasomotoren äußert.

Das elektrostatische Luftbad wird von uns stets als ein positives gegeben, da dem negativen Luftbade unter Umständen eine erregende Wirkung zukommt.

Auch DOUMER schreibt der allgemeinen Wirkung der elektrostatischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu; in ihr findet er auch den Grund, warum sich die Geschwüre rascher schließen und die neugebildete Haut einen so frischen Eindruck hervorruft.

Eine ganz besondere Stellung in der Elektrostatik verdienen die MORTON'schen Ströme, bei denen die beiden Conductoren der Influenzmaschine einander so genähert sind, daß Funken zwischen ihnen überspringen können; die Elektrode ist mit dem äußeren Belege der einen Leydenerflasche verbunden, während der äußere Beleg der zweiten Leydenerflasche zur Erde abgeleitet ist. Man erzielt auf diese Weise einen oscillirenden Strom von sehr großer Frequenz und hoher Spannung, aber geringer Intensität; man kann auch hier mit Funken arbeiten oder durch directe Berührung

²⁴⁾ Traitement des chéloïdes par l'électricité statique. „Sem. médic.“, 1899, pag. 240.

²⁵⁾ Grundlage der therapeutischen Wirkung der Franklinisation. „Zeitschr. f. Elektrother.“, 1901, III/I.

²⁶⁾ Compt. rend. de l'Acad. des sciences. Avril 1895.

²⁷⁾ „Précis d'électrothérapie“, pag. 301.

²⁸⁾ Recherches sur le souffle électrique. „Arch. d'électricité médicale“, 1901, pag. 744.

²⁹⁾ BORDIER, „Arch. de l'électr. médic.“, 1894, pag. 506.

³⁰⁾ Die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten. Verhandlungen der Dermatolog. Gesellschaft, Breslau 1901.

³¹⁾ „Archiv de l'électricité médic.“, 1894, pag. 49.

der Haut energische Contractionen hervorrufen, bei welchen die Vasomotoren in lebhafte Thätigkeit versetzt werden.

Besonders bemerkenswerth ist die wesentliche Herabsetzung der Sensibilität der Haut unter der Einwirkung des MORTON'schen Stromes, so daß bei längerer Application die schmerzhaft empfindung immer mehr abnimmt. Es kommt unter der Einwirkung des MORTON'schen Stroms rasch zur Röthung der Haut, zur Vermehrung der Schweißsecretion, und bei längerer Application wird die Haut nicht bloß roth, sondern cyanotisch; die Cyanose verschwindet aber rasch.

Dabei ist die Hautpartie mehr oder weniger geschwellt, ödematös, und es bedarf oft mehrerer Stunden, bis die Haut ihre normale Beschaffenheit wieder gewinnt. Auf diese starke Gefäßerweiterung, welche sich ebenfalls sehr schön am Ohre des Kaninchens nachweisen läßt, folgt bei Nachlassen des Oedems eine starke, lang anhaltende Blässe der gesammten Hautpartie, welche von einer starken Abschuppung gefolgt ist.

Die MORTON'schen Ströme, welche sich durch jede statische Maschine hervorbringen lassen, verdienen den Vorzug vor der Application der unipolaren Polentladungen RUHM-KORFF'scher Inductorien, da infolge der Verbindung mit der statischen Maschine rasch nach Belieben die Contraction oder die bloße Funkenentladung oder der elektrische Wind anzuwenden ist. FREUND empfiehlt übrigens, die Funkenentladung von dem negativen Pol aus herbeizuführen, während wir stets mit dem positiven Pole arbeiten.

Wir bedienen uns einer WIMSHURST'schen Influenzmaschine und einiger für unsere Zwecke modificirter Elektroden, die nach meiner Angabe von der elektrotechnischen Fabrik Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt wurden. Zur Funkenentladung benütze ich die von HOVORKA und STERKEL³²⁾ angegebene Elektrode mit Einschaltung einer Holzbirne. Zur Büschelentladung hat sich mir am besten eine Schwammelektrode erwiesen, bei der an einem Hartgummigriffe eine mit einem flachen Schwamm überzogene Holzplatte befestigt ist. Zur leichteren Handhabung bediene ich mich eines Stativs, an dem mittelst eines Gelenks ein Hartgummigriff mit Gewindeansatz nach allen Seiten drehbar ist, so daß man je nach Bedarf bald die Funkenelektrode, bald die Schwammelektrode anschrauben kann.

Um größere Hautpartien der Büschelbestrahlung auszusetzen, benütze ich eine Röhre aus wasserdicht gemachtem und mit Tricotstoff überzogenem Holze, in welcher an dem einen Ende ein angefeuchteter großer Schwamm liegt. Besonders eignet sich diese Vorrichtung zur Behandlung von Erkrankungen der Gesichtshaut, während für Erkrankungen der Kopfhaut eine Art Kopfglocke in Verwendung kommt, die ebenfalls aus wasserdichtem Holze gefertigt, mit Tricot überzogen und mit einer flachen Schwammeinlage ausgestattet ist. In allen diesen Elektroden ist der nasse Schwamm der Ueberträger der Franklinischen Electricität; selbstverständlich darf hiebei der Schwamm nicht sehr nahe an die Haut gebracht werden, weil unter Umständen vom Rande Funken überschlagen können; erst in einer gewissen, wenn auch sehr kleinen Entfernung von der Haut kommt die Büschelwirkung zur Geltung.

Für die Büschelentladung von einer einzigen Metallspitze aus gilt das von BODER³³⁾ angeführte Gesetz, daß der Durchmesser der vom elektrischen Winde getroffenen Fläche ein- und einhalbmal so groß ist wie die Entfernung der Metallspitze von der Haut; bei der Schwammelektrode ist aber das Ausbreitungsgebiet der Büschelwirkung, da sie von der ganzen Peripherie ausgeht, viel größer.

Wenn ich die MORTON'schen Ströme verwenden will, benütze ich die HOVORKA'sche Elektrode und lege sie direct

an die Haut an. Bei geringer Entfernung der Elektrodenspitze von der Haut entstehen schmerzhaft Funken, die vermieden werden sollen; man darf aus diesem Grunde die Spitze nicht erst dann der zu behandelnden Hautstelle nähern, wenn die Maschine bereits in Gang ist und Reibungselectricität erzeugt, sondern ich bringe zunächst die Elektrode an die Haut, am zweckmäßigsten mittelst des früher erwähnten Stativs, und dann erst setze ich die Maschine in Thätigkeit. Ein gleiches gilt vom Beendigen der Behandlung; bevor nicht durch Ruhigstellung der Maschine oder durch Entfernen der Conductoren von einander die Elektrode frei von Electricität ist, darf sie, um ein Ueberspringen von MORTON'schen Funken zu vermeiden, nicht von der Haut abgezogen werden.

Die französischen Autoren führen die locale Wirkung der Franklinisation auf zwei Momente zurück; einerseits nehmen sie eine Beeinflussung der vasomotorischen Nerven an und andererseits eine Einwirkung auf die Infectionserreger und ihre Toxine, die man durch die sicherlich vorhandene Entwicklung von Ozon zu erklären suchte. Nach meiner Meinung kommt ausschließlich die Wirkung auf die Gefäßnerven in Betracht, und hienach ist die locale Anwendungsweise der statischen Electricität in drei Gruppen zu theilen, in die Büschelentladung, die Funkenwirkung und die Wirkung des MORTON'schen Stroms; die Büschelentladung veranlaßt eine Hautanämie, der MORTON'sche Strom eine Hauthyperämie; in der Mitte steht die Funkenentladung, die bei kurzer Anwendung zur Entstehung einer Cutis anserina, bei längerer Anwendung zu Erythem und sogar zur Blasenbildung führt.

Die Hauptanwendung der localen Franklinisation wird sich somit dort finden, wo es sich um eine intensive Beeinflussung der Gefäßnerven nach der einen oder anderen Seite hin handelt; in erster Linie kommen deshalb für die Büschelentladung alle Stauungshyperämien der Haut und alle jene Hauterkrankungen in Betracht, bei denen Gefäßerweiterungen vorliegen.

Daher werden Perniones und Varices, Acne rosacea und kleine Teleangiectasien, sowie Erythema nodosum günstig beeinflusst. Die Einwirkung auf die Hautgefäße dürfte auch die eclatante Beeinflussung des Juckens durch die locale Franklinisation erklären, wenigstens in jenen Formen, für welche die Erklärung UNNA's³⁴⁾ gilt, daß das Jucken auf einem Mißverhältnisse zwischen dem Drucke des Gewebssaftes und dem Gegendruck der Oberhaut beruht.

Auf der anderen Seite werden die MORTON'schen Ströme sehr gut bei Narbenbildungen und Keloiden, bei DUPUYTREN'scher Contractur, bei anämischer und schuppender Haut, sowie bei Nachlaß des Tonus der Haut, bei Falten und Runzeln verwendet.

Die antipruriginöse Wirkung der Franklinisation steht wahrscheinlich auch in Zusammenhang mit der vielfach beobachteten anästhesirenden Wirkung der Bestrahlung. Man kann letztere in der Dermatotherapie vielfach nicht bloß bei Hyperästhesien der Haut, z. B. bei universellem Ekzem, sondern auch bei localen Schmerzempfindungen, wie bei empfindlichen Narben und bei empfindlichen Stellen an Amputationsstümpfen, bei Rhagaden der Brustwarze, bei Urticariaquaddeln, bei Fissuren des Anus, bei Verbrennungen und bei Zosterbläschen benützen.

Die schönste Wirkung zeigt die Franklinisation bei Ekzemen; es ist oft erstaunlich, wie rasch sie wirkt; schon nach den ersten Sitzungen ist das Jucken verschwunden, und in oft kurzer Zeit heilen die ekzematösen Stellen ab. Einen ebenso überraschenden Erfolg erzielt man oft bei Seborrhoica capitis et faciei; namentlich das sebor-

³²⁾ Franklinische Brause. „Wiener med. Blätter“, 1895, pag. 823.

³³⁾ Electricité médicale, pag. 124.

³⁴⁾ Lehrbuch d. allgem. Therapie, herausgegeben von EULENBURG und SAMUEL, 1899, III. Bd., pag. 809.

rhoische Ekzem und die Schuppen der behaarten Kopfhaut verschwinden unter geeigneter elektrostatischer Behandlung sehr bald. Hieher dürften auch die auffallenden Besserungen zu zählen sein, die man bei Lupus erythematosus zu sehen bekommt.

Mit der Wirkung auf die Gefäßnerven steht die austrocknende Wirkung der Franklinisation auf Geschwürflächen und auf exsudative Prozesse, namentlich auf Herpes zoster in Zusammenhang; hieher gehört auch die günstige Beeinflussung der Hyperidrosis und die Abnahme des Spannungsgefühls, wenn man einen Furunkel der Bestrahlung aussetzt. Von der austrocknenden Wirkung kann man sich durch einen sinnfälligen Versuch überzeugen; man überstreiche eine Hautstelle mit einer Zinksalbe und setze sie einige Minuten der Franklinisation aus, der feuchte Glanz geht rasch in einen trockenen über.

Zweifellos werden auch mykotische Ekzeme, sowie Sykosis und Herpes tonsurans durch die Büschelstrahlen günstig beeinflusst, und es dürfte auch hier die intensive Einwirkung auf die Gefäßnerven zur Erklärung heranzuziehen sein. Damit dürften auch die eigenthümlichen Erscheinungen erklärt werden können, welche man bei der Beobachtung psoriatischer Efflorescenzen erhält; einerseits verändern die Schuppen ihre Farbe und lösen sich leicht ab, und andererseits heben sich an der behandelten Hautstelle eine ganze Reihe von früher normal erschienenen Stellen durch ihre Farbenänderung von der gesunden Haut ab.

Es gelingt weiterhin auch, bei Alopecia areata in verhältnißmäßig kurzer Zeit einen neuen Haarwuchs zu erzielen, und es wäre auch hier möglich, daß die Beeinflussung der Gefäßnerven bei der Bestrahlung haarloser Stellen eine Rolle spielt.

Leider gelingt es noch nicht, in jedem Falle den Erfolg vorauszusagen; es widerfährt manchmal, daß der Erfolg ausbleibt, und daß vorübergehend sogar infolge zu starker Reizung eine entgegengesetzte Wirkung eintritt. So tritt manchmal bei der Ekzembehandlung ein stundenlang anhaltendes Brennen auf, welches die Aufpuderung von Orthoform nöthig machen kann.

Um derartigen Reizwirkungen vorzubeugen, ist es zweckmäßig, einerseits die Sitzungen nicht über 5 Minuten auszu dehnen und jedesmal an die locale Behandlung eine allgemeine Procedur anzuschließen; man braucht die Kranken nur unter die oben beschriebene Kopfglocke auf 10 bis 15 Minuten zu setzen; es tritt hier ein Nachlaß aller Reizzustände auf, die Kranken geben übereinstimmend an, daß ihnen diese Behandlungsmethode außerordentlich angenehm sei, Kopfschmerzen verschwinden vollständig, und es überkommt den Körper eine eigenthümlich wohlthuende Müdigkeit, welche man bei geeigneten Patienten leicht in eine Hypnose überführen kann.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, daß es mit Hilfe der MORTON'schen Ströme durch Einführung einer mit einem Holzgriffe versehenen Hartgummielktrode in die Harnröhre gelingt, sexuelle Schwächestände günstig zu beeinflussen; auch hier dürfte es sich wohl um eine directe Erzeugung hyperämischer Zustände handeln, und es ist vielleicht möglich, auf diese Weise zu einer zweckentsprechenden Behandlung der Impotenz zu gelangen.

Es wäre sicherlich zu weitgehend, wenn man der elektrostatischen Behandlung den Charakter einer in allen Fällen sicher wirkenden Heilmethode aufprägen wollte; zweifelsohne aber kann sie einen festen Platz in der dermatologischen Therapie beanspruchen, und es wird durch genaues Studium ihrer Wirkungsweise gelingen, ihre Indicationen richtig abzugrenzen und ihr Verhältniß gegenüber den anderen Formen der Elektrotherapie festzustellen.

Roentgenbehandlung, D'Arsonvalisation und Franklinisation gehören wahrscheinlich dem gleichen Wirkungsgebiete an; sie dürften sich nur in der Intensität

unterscheiden und ihre Erfolge in der Dermatotherapie dürften auf den gleichen Grundlagen beruhen. Die nächste Aufgabe ist es, auf Grund zahlreicher Versuche zu bestimmen, unter welchen Umständen jede von diesen verschiedenen Ausdrucksarten elektrischer Energie ihre Anwendung findet.

Aetiologisches zum Morbus hungaricus.

Von **Dr. Tiberius von Györy** in Budapest.

II.

Unter den indirecten Folgen des Versorgungsmangels finden wir auch den zur Zeit des im feuchten September begonnenen Feldzuges ausgebrochenen Morbus hungaricus.

Die Hauptschädlichkeiten aber — und dies heben einige Autoren richtig hervor — bestanden in den nach jeder Richtung hin veränderten Lebensverhältnissen und Gewohnheiten, welche — wie sich dies von selbst versteht — in erster Reihe die Ausländer trafen. Den schädlichen Einfluß dieser Veränderungen auf die Gesundheit kannte bereits HIPPOKRATES, dieselben wurden nach 1½ Tausend Jahren von BOERHAVE neuerdings betont und auch von COBERUS und anderen erkannt. Denn während unsere Verbündeten einerseits ihr friedliches Heim mit dem Lärm des Krieges vertauschten, gaben sie sich andererseits, als sie den Boden Ungarns betreten hatten, der ausschweifendsten zügellosesten Lebensweise hin, an welche sie vom Hause aus niemals gewöhnt waren. Es äußerte sich in ihnen nicht bloß der im psychologischen Sinne genommene Mensch, der gerne und rasch das Schlechte mit dem Guten vertauscht; ihre Schlemmereien waren eine Offenbarung ihrer todesverachtenden Resignation. Ein Circulus vitiosus entrollt sich vor unseren Augen. Das Ungarnland war im Auslande so berüchtigt, daß, wer hieher kam, das Bewußtsein mit sich brachte, nie mehr heimzukehren. „Nemo, quicumque tandem sit et quoscunque tandem labores et molestias pertulerit, tantum sibi suadeat, ut ex Oceano sordium Pannonicarum se salvum enatatum speret“ — sagt COBERUS. Und nach RULAND hatte der Herrgott zu einem jeden nach Ungarn ziehenden Soldaten folgendes gesagt: „Adiungat tibi DOMINUS pestilentiam, donec consumat te de terra, ad quam ingrederes possidendam. Percutiat te DOMINUS egestate, febris et frigore, ardore et aestu et aëre corrupto, ac rubigine et persequatur donec pereas.“ Schon allein das ungarische Klima war dem Fremden als unbedingt tödtlich bekannt. Ist es daher ein Wunder, daß der fremde Soldat, dem zwischen Klima und Feindesschwert die Wahl blieb, den dritten Ausweg wählte: jene Lebensweise, bei welcher er, wenn er auch daran zugrunde ging, nichts verlor, dafür aber wenigstens bis zu seiner letzten Stunde Genüssen fröhnen konnte. Indem sie auf diese Weise unter Außerachtlassung aller Vorsicht sich ihrer Prädestination überließen, trugen sie selbst dazu bei, das Ungarnland so berüchtigt und gefürchtet zu machen. Einem großen Theile der deutschen Kämpfer kam der Feind gar nicht zu Gesichte, weil sie schon früher an dem durch ihre Lebensweise vorbereiteten Morbus hungaricus zugrunde gegangen waren, der sie stärker decimirte als das Schwert der Türken („... plures hoc morbo, quam ense hostis interis“ — sagt GEORGI u. A.). — Kaum an der Grenze angelangt, begannen sie die tödtlich endenden Ausschweifungen. „Plerumque enim evenit, ut vix iam in primo limine Pannonas salutantes, crapulae suae poenas dent meritissimas, morbis, penuria sordibusque e medio sublatis. Hoc autem . . . deplorari potius, quam verbis exprimi potest“ (COBERUS). Unterwegs raubten sie den armen Landmann aus. Je weniger Getränk ihnen zu Hause zu Gebote stand, desto mehr verlangten sie hier davon und umsomehr schadete ihnen dies. Dabei waren sie so gefräßig (RULAND gedenkt mit TACITUS' Worten der „voracitas Germanorum“), daß sie von ihrer Lebensweise auch noch dann nicht abließen, wenn sie von derselben krank

wurden. Es gab solche, welche demzufolge drei Monate hindurch fortwährend an Diarrhoe litten und dabei ihren Dienst versahen, bis „zu ihrem Glücke“ schließlich das Uebel ernstere Dimensionen annahm, denn so gelangten sie doch in Behandlung. Bis dahin hielt den Soldaten weder Verbot noch Drohung oder Strafe, ja selbst das Bewußtsein der Todesgefahr nicht zurück. — Doppelt unheilbringend war diese ihre Eigenschaft den Deutschen gerade in einem solchen Lande, dessen Fruchtbarkeit als märchenhaft galt und dessen Einwohner ihnen im Essen und Trinken mit festem Beispiel vorangingen. Denn „sitim clamosam familiarem habet Pannonia“ (Cob. II, 11). Und dennoch dürfen wir darob die Deutschen nicht zu sehr rügen. Wenn wir bedenken, daß der Hof selbst den Sold nicht pünktlich bezahlte, sowie daß auch ein großer Theil des bezahlten Soldes in den Taschen der Officiere stecken blieb und die Mannschaft darauf angewiesen war, sich ihren Bedarf in dem Maße, als sich eben Gelegenheit dazu bot, durch Raub zu beschaffen, und wenn möglich auch aufzubessern; denn würden sie dies nicht gethan haben, so wären sie genöthigt gewesen, zu hungern und zu darben. Dieser Umstand birgt so manche Entschuldigung für die Lebensweise der Fremden in sich.

Auf lange Seiten erstrecken sich diese Berichte — übereinstimmend mit denen der Anderen — in den Aufzeichnungen des aus Mecklenburg stammenden kaiserlichen Kriegsberichterstatters und Chronisten NIKOLAUS GABLMAN, vom Ende des XVI. Jahrhunderts. Rügend sieht er den Excessen in Venere der Deutschen zu, wozu sie sich selbst 10jähriger Mädchen bedienten, die sie mit sich ins Lager nahmen. Als einen den Organismus schwächenden Factor konnte ich auch diesen nicht unerwähnt lassen. Denn auf diese Weise — alles mitgerechnet — wird es uns erst wirklich verständlich, warum der Morbus hungaricus speciell den Deutschen gegenüber so schonungslos war, wie dies all jene Autoren, die die Nationalität der Opfer dieser Krankheit in Berücksichtigung zogen, einstimmig hervorheben.

Fassen wir also ins Auge, warum der Morbus hungaricus Hunderttausende von Deutschen wegraffte, während er die Ungarn so ziemlich verschonte, und auch die Türken nur selten von ihm befallen wurden? Die Ursachen sind wohl im Folgenden zu suchen.

Vor allem fällt ins Gewicht die Angewöhnung, die Acclimatisation oder, vielleicht am richtigsten gesagt, das Hineingeborensein in die Verhältnisse auf Seite der Ungarn und die mit den Verhältnissen zugleich veränderte Lebensweise auf der der Fremden. Unbedingt liegt hierin das schwerwiegendste ätiologische Moment. Der Ungar war vermöge der reichlichen Weinproduction seines Landes von altersher an vieles Weintrinken gewöhnt. Die Deutschen hingegen waren an den Genuß des Weines in solchem Maße, hauptsächlich aber an den Genuß des Obstes, namentlich Melonen, Kürbis und Gurken, weiters an den des vielen Fleisches, insbesondere der Fische, Hammel und Schweine, vor allem in der hier verbrauchten Quantität nicht gewöhnt, während all dies die von Natur aus angewiesene Nahrung der Ungarn bildete, wovon sie unglaublich viel consumirten. Voll Grauen sagt unser COBERUS: „Tali enim symposii vel contubernii commoditate si noster hic frui potuisset, etiam ex his forsitan Syrtibus enavigasset.“ Ferner mundete den Deutschen das von ihnen hier erlernte sehr fette Auftischen der Fleischspeisen, doch vermochte ihr hieran nicht gewöhntes Verdauungssystem dasselbe nicht zu bewältigen. Sie verstanden sich überhaupt nicht auf die zweckmäßige Zubereitung ihrer Speisen und JORDANUS und COBERUS beklagen sich gleichmäßig darüber, daß die Deutschen das Fleisch häufig in bloß halbgekochtem Zustande („semicoctio“) und sogleich nach Abschachten der Thiere verzehrten, ja laut JORDANUS wurde die Entstehung der Epidemie des Jahres 1566 von Vielen direct diesem Umstande zugeschrieben. Die Deutschen waren von diesem un Zweckmäßigen Genuß kaum zurückzuhalten,

und COBERUS beklagt es, daß selbst die Vornehmsten nicht auf seine Worte achteten, ja ihn darob verlachten, insbesondere, wenn sie von der Krankheit nicht befallen wurden.

Die hier vorgefundenen Genüsse fanden sogar derartigen Gefallen bei ihnen, daß sie sich damit brüsteten, noch niemals fröhlicher gelebt zu haben.

Ein weiterer Umstand, welcher den Organismus der Fremden — allerdings ohne ihr eigenes Verschulden — sehr schwächte, ist in den mehrfachen Schädlichkeiten des Bodens zu suchen. Wir erwähnten der vielen Sümpfe und des Moores, welche geeignet waren, malarische Erkrankungen zu erzeugen. Hierorts sei kurz auf die Thatsache hingewiesen (in meiner Monographie suche ich sie detaillirt zu begründen), daß die Eingeborenen von der Malaria viel weniger zu leiden hatten als die nicht acclimatisirten Fremden; sie spielte eine hervorragende Rolle in der Vorbereitung des Morbus hungaricus zwischen den Fremden. Die vom Durste gequälten Soldaten benützten das sumpfige Wasser häufig auch als Getränk. Und hier sind es wieder die Fremden, welche von der Schädlichkeit ärger betroffen wurden als die Ungarn. Mit der Constatirung dessen aber greifen wir auf ein neues Moment über, welches uns das massenhafte Zugrundegehen der Deutschen abermals verständlicher macht: sie entfalteten einen unentwickelteren hygienischen Sinn als die Ungarn.

Ich berufe mich als Zeugen unter Anderen auf den deutschen Feldchirurgen, auf COBERUS. Er schreibt über die Ungarn, daß sie in jeder Beziehung reinlicher lebten und auf ihre Gesundheit besser achteten als die Fremden; daß sie in der Wahl des Trinkwassers viel umsichtiger waren und sumpfiges Wasser nur in größter Noth tranken und auch dann nur so, daß sie dessen schädliche Wirkung durch vorherigen Genuß von Knoblauch herabzusetzen suchten und auf wohlmeinenden Rath den Durst gerne ertrugen. Am meisten schenkten gutem Rath die „Eingebürtigen am Donaustrande“ Gehör.

Dies waren die ursächlichen Factoren, welche zusammen genommen und Hand in Hand dazu beitrugen, daß die Italiener, Spanier, hauptsächlich aber die Deutschen in unserem Vaterlande auf so entsetzliche Weise zugrunde gingen.

Was die Türken betrifft, so waren diese in gleicher Weise den nicht von ihnen abhängigen Schädlichkeiten (Boden, Klima) ausgesetzt, aber sie selbst sündigten nicht gegen ihre Gesundheit: der unbedingte Unterthanengehorsam, die Respectirung ihrer Religionsgesetze (Verbot des Genusses von Schweinefleisch und Wein), die Reinhaltung ihres Körpers, sowie ihrer Umgebung (Vergraben des Unrathes und der Abfälle) bot ihnen zumeist erfolgreichen Schutz auch gegen den Morbus hungaricus.

Doch gehen wir weiter! Wohin immer wir blicken, ist's als ob alles sich verbündet hätte, um dem Morbus hungaricus den Weg zu bahnen.

Sie liegen auf der Hand, die bösen Folgen, welche aus der unendlichen Mangelhaftigkeit des ärztlichen Lagerdienstes entstanden. Aerzte von zweifelhafter Existenz und Fähigkeit, „Medicaster“, strömten schaarenweise ins Lager und opferten die Menschen ihrer Unwissenheit. Der treffliche COBERUS, der persönlich die Gelegenheit hatte, seine Genossen kennen zu lernen, schreibt über dieselben, daß sie nicht zur Heilung, sondern zur Ausrottung der Kranken den Dienst übernahmen. Es ist vielleicht auch nicht zu verwundern, daß die Soldaten sich lieber bei Curpfuscherei treibenden Weibern Rathsholten. Vom Regen in die Traufe.

Den Aerzten reihten sich die Apotheker würdig an; aber mit der Unwissenheit der ersteren wetteiferte auch jene der Feldchirurgen. Wie LANGIUS behauptet, gingen im Jahre 1542 mehr Menschen infolge der Unwissenheit dieser Chirurgen, als unter dem Schwerte des Feindes zugrunde. COBERUS bezeichnet unter ihnen die anabaptistischen Bader (balneatores) als

die ärgste Sorte. Unter den verheerenden Factoren, welche er anführt, nehmen die Türken erst die fünfte Stelle ein.

Die Apotheken waren schlecht, schmutzig, und es gab Niemand, der deren Handhabung verstanden hätte; nichtsdestoweniger mengten sich die Apotheker in die Behandlung. Die Anführer entwickelten auch in Bezug auf die Medicamente unzulässige Sparsamkeit. In der kriegerischen Welt war ohnehin bloß ein gewisser Theil der Medicamente brauchbar: jene, welche — wegen Mangel an Zeit — rasch bereitet werden konnten, und von diesen behufs Kostenersparniß auch nur ein Bruchtheil.

Die Schwerverwundeten waren häufig der unmenschlichsten Behandlungsweise ausgesetzt; ein proverbium castrense war: „wer liegt, der liegt“, und man kümmerte sich nicht weiter um ihn.

Der Schauplatz glänzendster Triumphe der Unwissenheit war aber das Spital, das „nosocomium castrense, magno consilio, maiore pietate, maximis sumtibus anno 1597 sapienter, pie, munifice constitutum.“

Dasselbe war stets von einer Menge Leidender gefüllt. Diejenigen, welchen die Leitung anvertraut war, besaßen so wenig Verständniß hiezu, daß sie es zu einem wahrhaftigen Friedhofe gestalteten; es gab keinen von der Epidemie befallenen Menschen, der hier genesen wäre, aber auch die Gesunden: das gesammte Heil- und Pflegepersonal ging zugrunde.

Auch die Verköstigung war die erdenklich schlechteste und wies bei dem dazu kommenden Geldmangel die Soldaten geradezu darauf an, sich durch Raub ihre Nahrung zu verschaffen; was ihnen dann die Gelegenheit, sei's auf geradem oder ungeradem Wege, bot, wurde gegessen und getrunken. Selbst das Brot war im Lager schlecht und kaum genießbar. Satirisch bemerkt COBERUS: „orare qui nescit, mare naviget; vorare qui nescit, aut cibos utcumque paratos boni consulere, militatum eat.“ Noch schlechter als die den Truppen waren die den Kranken verabreichten Speisen.

Dies waren in kurzen Zügen die sanitären Verhältnisse im Lager Ende des XVI. Jahrhunderts. Noch in den letzten Jahren des XVII. Jahrhunderts beklagt sich JACOBI darüber, daß die ansteckenden Kranken von den Gesunden nicht abgesondert werden, daß es keine „Hybernacula“ gebe, um die Verschleppung der Krankheit nach allen Seiten zu verhindern.

Diese prophylactische Maßregel urgirte noch in der Mitte des XVIII. Jahrhunderts KREYSEL, der ganz richtig erklärt, daß der Morbus hungaricus durch dieselben leichter beiseitigt werden könnte als durch Medicamente.

Von noch wenig gebesserter hygienischer Administration zeugt das Buch FUKER's „De salubritate et morbis Hungariae“ aus dem Jahre 1777, worauf ich hierorts nur kurz hinweise. Es erhellt daraus zur Genüge, daß das Sanitätswesen noch immer ein Stiefkind der inneren Politik war.

Meine Herren! Ich bezweckte in dem bisher Gesagten Ihnen jenes Milieu, das den Morbus hungaricus umgab, mit einigen Strichen zu schildern und will hiemit meinen Vortrag auch schließen. Ich will Sie nicht ermüden, indem ich Ihnen all das mittheile, was mich zu der Festnagelung des eigentlichen Begriffes des Morbus hungaricus, mit anderen Worten zur Vertauschung des historischen Ausdruckes Morbus hungaricus mit dem modern-klinischen des Typhus exanthematicus bewog. Denn dies war eben diese verheerende Krankheit, wie ich dies in meiner umfangreichen Monographie¹⁾ auch vollauf begründet zu haben glaube. Ich habe in demselben nach einem einleitenden allgemeinen Theile die Autoren des Morbus hungaricus selbst sprechen lassen. Denn ich konnte nur die Originalschriften der zum überwiegenden Theile contemporären Autoren als einzige authentische Quelle meiner Arbeit anerkennen. So geringfügig auch für den ersten Blick die eine oder die andere der Daten erschien, so habe ich dieselben

dennoch verzeichnet; sie schufen mir mehr als einmal eine feste Brücke über die offenen Klüfte sowohl der pathologischen als der logischen Verkettung. Den überwiegenden Theil der Originalwerke habe ich einzelweise behandelt; den kleineren Theil derselben — behufs Vermeidung des ermüdenden Lesens — gelegentlich eingeschaltet aufgezeichnet. Denn es konnte ja nicht Zweck meiner Arbeit sein, stets den genauen Originaltext zu reproduciren; auch hat sie weder die Bestimmung, eine wörtliche Uebersetzung, noch eine neue Edition der alten Bücher zu liefern. Sie bringt die Beschreibungen der Originalautoren nur im Auszuge, in Form von Skizzen, und beschränkt sich daher häufig auf Citate, dahin abzielend, daß der Leser die wichtigeren und wesentlicheren Daten sich selbst vor Augen halten könne. Zielbewußt habe ich alle jene Daten mitgetheilt, welche meine Ansicht über diese Krankheit bekräftigen, aber noch vielmehr diejenigen, welche auf den ersten Blick mit derselben in scheinbarem Widerspruch stehen und aus welchen — würden sie aus dem Zusammenhange mit dem Texte herausgehoben — Waffen zu unhaltbarer Widerlegung geschmiedet werden konnten. Ich habe daher alles citirend angeführt, was für diese Arbeit der Beweisführung halber nothwendig war, und ich citirte stets alle jene Stellen, welche — um mich kurz auszudrücken — den Leser zum Nachschlagen anzuregen vermöchten.

Nach den Originalautoren ließ ich die „Schriften für den gemeinen Mann“ folgen. Hierauf suchte ich das Wesen des Morbus hungaricus zu klären. Im Gegensatze hiezu theile ich die bisherigen Anschauungen der Medicohistoriker über die Krankheit mit und suche sie alle zu widerlegen. Erstrecke mich weiters darauf, die Verwechslungen dieser Krankheit mit anderen zu registriren und deren Ursache zu suchen. Sodann verzeichne ich die einzelnen Orte und Jahre der Morbus hungaricus-Epidemien. Hier ergibt sich, daß nicht das allgemein angenommene Jahr 1566, sondern 1542 als Einschleppungsjahr, als die erste Epidemie in Ungarn gelten muß. Hiedurch erst schließt sich die Kette der Wanderung des Typhus exanthematicus in Europa. Ich habe weiters die Synonyme — an der Zahl über 50 — des Morbus hungaricus verzeichnet. Zum Schlusse beschäftige ich mich mit der Prophylaxe, dann mit der Behandlung des Morbus hungaricus.

Auf all das weise ich hierorts nur kurz hin. In meinem Vortrage aber verfolgte ich den Zweck, jene Momente, welche das Wesentlichste der Aetiologie des Morbus hungaricus waren, hervorzuheben. Es wird Ihnen, meine Herren, gleichzeitig die Erklärung abgeben, warum Ungarn „das Grab der Deutschen“ genannt wurde.

Referate.

ROSE (Straßburg i. E.): Ueber den Verlauf und die Heilbarkeit der Bauchfelltuberculose ohne Laparotomie.

Nach der Erfahrung R.'s („Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chirurgie“, 1901, H. 1 u. 2) heilt etwa ein Drittel der Fälle von tuberculöser Peritonitis auch ohne Laparotomie, und zwar viel öfter, als man bisher allgemein angenommen hat. Die Annahmen der verschiedenen Autoren und auch diejenigen des Verf. divergiren aber, was den zahlenmäßigen Ausdruck dieser Heilbarkeit anlangt, noch sehr und bedürfen daher dringend der Ergänzung durch anderweitige Statistiken, und zwar solche, die das ganze Material größerer Krankenabtheilungen umfassen, oder durch eine einheitliche Sammelforschung. Derzeit kann man bloß sagen, daß auf die Periode, wo die Behandlung der Bauchfell-tuberculose mehr und mehr der Laparotomie als einzigem Heilmittel zuzustreben schien, eine andere der Arbeitstheilung folgen wird. Man wird zwischen operativen und nicht operationsbedürftigen Fällen unterscheiden. Geht bei conservativer Behandlung das Fieber zurück, bessert sich das Allgemeinbefinden, der Appetit, der Kräftezustand, so erspare man dem Kranken eine nicht nothwendige und nicht ungefährliche Operation. Wo der Befund das

¹⁾ Morbus hungaricus. Eine medicinisch-historische Quellenstudie. Gustav Fischer, Jena 1901.

Bestehen eines eiterigen Exsudats, einer käsig-eiterigen Absceßhöhle wahrscheinlich macht, da lasse man die Kräfte des Kranken nicht zu sehr verfallen, damit er noch bei operationsfähigem Allgemeinbefinden zur Operation komme. Die Schwierigkeit liegt aber darin, daß die Diagnose dieser speciellen Verhältnisse meist ungemein schwierig und unsicher ist; auch trägt die Operation in diesen Fällen oft den Charakter einer Verzweiflungsoperation. Ohne sie ist der Kranke wohl sicher verloren. Operirt man ihn, dann geht er auch zumeist zugrunde; hin und wieder aber kann doch ein solcher Fall zur Heilung gebracht werden, namentlich da, wo es sich um ein isolirtes und gut abgekapseltes Exsudat handelt. Der Chirurgie gehören zweifellos auch diejenigen Fälle, wo die Anzeige zur Laparotomie von besonderen Complicationen gegeben wird, z. B. Darmstenosen, Ileus, Kothfisteln, tuberculösen Tumoren der weiblichen inneren Genitalien u. dgl. Die fibröstenrockenen und die fibrös-ascitischen Formen, die das Hauptcontingent der Laparotomieheilungen ausmachen, scheinen ohne Bauchschnitt ebenso oft auszuheilen als nach der Laparotomie. G.

HEINLETH (Reichenhall): Ueber maligne Geschwülste der Tonsillen.

Gegenüber den meist schmerzhaften, durch baldige Geschwürsbildung sich auszeichnenden Carcinomen der Tonsille machen sich die Sarkome durch ihre anfänglich geringen subjectiven Beschwerden erst später bemerkbar; sie sind durch ihre große Aehnlichkeit mit den gutartigen Tonsillenvergrößerungen schwerer erkenntlich. Es gehört also eine genaue Erkenntniß und eine genaue Untersuchung dazu, um im Frühstadium die Diagnose zu stellen. Liegt der Verdacht einer malignen Geschwulst der Tonsille vor, dann versäume man nicht die Zeit mit internen Mitteln, sondern überlasse die Behandlung dem Chirurgen. Erst wenn auch hier die operative Behandlung früher einsetzt, werden wie bei den Magen- und Uteruscarcinomen die Erfolge der Operation besser werden. Also vor Allem die Frühoperation. Aber auch durch die jetzt verbesserte Operationsmethode werden die Dauerresultate wie bei den obigen Organen sich mehren („Münc. med. Woch.“, 1901, Nr. 36).

Mag man bei kleineren Geschwülsten mit der FRAENKEL'schen zweizeitigen Methode auskommen, die sich durch Einfachheit des Eingriffs auszeichnet, bei vorgeschrittenen Fällen, bei solchen, welche auf die Nachbarorgane übergegriffen haben, scheint das radicale Vordringen von außen her zur Ausrottung der ganzen Neubildung und deren Metastasen in einem Acte das richtigere und ist unter den verschiedenen hiezu angegebenen Methoden der von KRÖNLEIN modificirten LANGENBECK'schen Operation der Vorzug zu geben. Sie hat den Vortheil breiter Freilegung des Operationsgebietes, ohne functionelle und kosmetische Störungen zu hinterlassen und bietet Schutz der Knochenverletzung vor Infection von der Mundhöhle aus. Aber auch sie wird gute Erfolge nur haben bei Umgehung der Tracheotomie — nothwendige Ausnahmen zugegeben —, sei es, daß die Blutstillung lediglich durch sorgfältige Unterbindung der Gefäße oder durch präventive Carotisligatur geschieht, sei es, daß man am hängenden Kopf operirt. Denn nicht nur muß der Eingriff als solcher möglichst gering sein und jede Complication vermieden werden, sondern auch die Nachbehandlung muß sich möglichst einfach gestalten. Sie ist leichter bei nicht Tracheotomirten, indem der Kranke leichter schlucken kann. Kann der Kranke durch Schlucken sich selbst ernähren, kann ihm die Qual täglicher Schlundsondenfütterung oder gar der sonde à demeure erspart werden, so erholt er sich einerseits leichter, andererseits entgeht er umso leichter der großen Gefahr der Pneumonie. Zu deren Vermeidung lasse ich solche Kranken schon am 2. und 3. Tage aufstehen.

Unter all diesen Vorbedingungen können also trotz der großen Malignität der Geschwulst und deren raschem, oft lang unbemerktem Wachsthum gute Erfolge erzielt werden. Freilich darf man sich durch ein rasch auftretendes Recidiv nicht von einem zweiten baldigen Eingriffe abschrecken lassen, um zu einem guten Endresultate zu kommen. G.

HERMANN GUTZMANN (Berlin): Ueber die Behandlung der Aphasie.

Man muß bei den Sprachübungen von den Elementen der Sprache ausgehen und zunächst einzelne Laute systematisch einüben. Dabei ist es ganz natürlich, daß man die leichtesten Laute voranstellt, und das sind erfahrungsgemäß die Laute des ersten Articulationssystems, die also mit den Lippen und der oberen Zahnreihe gebildet werden. Begonnen wird zunächst mit den Vocalstellungen. Die einzelnen Vocalstellungen werden deutlich eingeübt, ausgehend vom Vocal a, bei dem die Mundöffnung ungezwungen und ohne irgend welche Veränderungen der Lippen nur durch das Herabgehen des Unterkiefers bewirkt wird. Darauf folgt der Vocal o, wobei die Lippen in Action treten und die Mundöffnung enger machen, dann der Vocal u, wo diese Oeffnung noch mehr verkleinert wird, später der Vocal e, wo der Mund breit gestellt ist, dann der Vocal i, wo der Unterkiefer wieder so weit gehoben wird, daß eine stärkere Verengerung zwischen Zungenrücken und Gaumen den für i charakteristischen Klang erzeugt. Bei den Aphasischen zeigen sich nun, wie bereits in früheren Publicationen hervorgehoben wurde, charakteristische Schwierigkeiten, die sich jedesmal wiederholen. Das A als die leichteste Stellung wird noch relativ schnell erlernt, ebenso folgen nach einigen Versuchen das O und das E, dagegen sind die extremen Vocalstellungen des U und I, besonders des letzteren, anfangs oft unmöglich („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 28).

Nach den Vocalen werden nach dem oben bereits geäußerten Princip der leichtesten Bildbarkeit der Laute die Laute des ersten Articulationssystems versucht, zunächst die tonlose Tenuis, das P. Fast stets zeigt sich gerade hiebei eine gewisse Ungeschicklichkeit der Bewegungen der Lippenmuskulatur. Ist der Pat. imstande, diesen Laut zu bilden, so wird das P. sofort mit Vocalen verknüpft, zunächst mit dem Vocal a, so daß wir die Silbe pa deutlich haben. Ebenso werden die Silben po und pe eingeübt. Da das Gedächtniß für die neuerworbenen Lautbildungen am Anfang sehr schwach ist, so daß kaum zwei verschiedene Silben ausgesprochen werden, z. B. die Silben pa, pe, so muß die Uebung so viel als möglich wiederholt und in verschiedener Form angestellt werden. Naturgemäß sind diese ersten Uebungen nur Uebungen von sinnlosen Silben.

Ebenso wird dann auf die übrigen Laute des Articulationssystems eingegangen, der Schwierigkeit nach folgt das B und an dritter Stelle der Nasallaut M, der manchmal insofern besondere Hindernisse bereitet, als der Pat. nicht recht lernt, den Luftstrom im Gegensatz zu den übrigen Lauten durch die Nase zu entsenden. Während nun der Spiegel bei der Einübung des P und B von großem Vortheil sich zeigt, genügt er allein bei der Einübung des M nicht, sondern es muß neben dem optischen Anreiz des Mundbewegungsbildes noch die taktile Controle des tönenden Luftstromes, der durch die Nase entweicht, benutzt werden.

Sodann werden mit den geschilderten Articulationsübungen Schreibübungen mit der linken Hand verbunden. Man vermag nämlich wahrscheinlich durch die Einübung der linken Hand für feinere Bewegungen das rechte Hirn für die Sprachlautbewegungen besser vorzubereiten. Der Weg durch Schreiben und Lesen darf jedoch nur als Hilfsweg zur Erlernung der Sprechthätigkeit angesehen werden. — Bei der centrosensorischen Aphasie, wo das Verständniß für das Gesprochene gestört ist, obgleich Gehör vorhanden ist, benützt G. den Weg durch das Auge. Der Kranke erlernt es, die Worte von dem Munde des Lehrers abzulesen.

Alle Fälle von Aphasie, welche sich nicht spontan einige Monate nach der Attacke bessern, sollen einer systematischen Behandlung unterworfen werden. Der Einführung einzelner Laute sollen in schwereren Fällen Vorübungen der Sprechwerkzeuge, des Kiefers, der Zunge, der Lippen, vorangehen. Die Vorübungen müssen auch die Stimme in Betracht ziehen.

Die zweite Uebung wäre sodann die langdauernde Uebung von sinnlosen Silben. An dritter Stelle kommen die Leseübungen. Für diese würde eine möglichst gleichmäßige Ausbildung von Lesen und Schreiben, und zwar in dem gewöhnlichen lautirenden Sinne zu empfehlen sein.

Was die Resultate der Behandlung anbetrifft, so darf man sich darüber nicht täuschen, daß bei schwerer Zerstörung nicht allein die Aphasie erzeugt wird, sondern daß auch die gesammte psychische Thätigkeit des Individuums eine Einbuße erleidet, die nicht durch Uebung ausgeglichen werden kann. Andererseits bessern sich erfahrungsgemäß die meisten Aphasien, wenn der Befallene nur am Leben bleibt, spontan, und es ist nicht anzurathen, daß man derartige Uebungen bald nach der ersten Attacke der Krankheit vornimmt. Es ist vielmehr klüger, wenn man erst einen bleibenden Zustand der Erscheinungen abwartet und nun mit der Uebungstherapie einsetzt; denn nur dann wird selbst für das Auge des Laien der Erfolg evident sein. Daß auch nach jahrelang bestehender Aphasie auf dem geschilderten Wege erstaunliche Erfolge erzielt werden können, haben viele Autoren gefunden. B.

LANDAU (Nürnberg): Ueber die Dauer der Arbeitsfähigkeit bei internen Erkrankungen.

Wir haben zu unterscheiden („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 17): Acute und chronische Krankheiten. Die acuten zerfallen weiter in febrile und afebrile. Fieberkranke sind während des Fiebers zunächst und wenigstens eine Woche darüber hinaus arbeitsunfähig. Eine ernste Schwierigkeit entsteht, wenn es zur Reconvalescenz geht. Die Arbeitsunfähigkeit in der Reconvalescenz striete zu bestimmen, etwa so, daß man einem von Lungentzündung Genesenden so und so viele, einem von Typhus Genesenden so und so viele Wochen zuspricht etc., ist undenkbar. Jeder Fall muß individualisirt werden. Hinsichtlich der Krankheit wird die Dauer der arbeitsunfähigen Reconvalescenzperiode beeinflussen: die Dauer des vorausgegangenen febrilen Zustandes, die Höhe des Fiebers, die Begleiterscheinungen seitens direct erkrankter Organe, endlich die Rückwirkung des Processes auf fernere Organe, insbesondere auf das Herz. Je länger das Fieber dauerte, je höher dasselbe war, desto länger wird im allgemeinen die Arbeitsunfähigkeit in der Reconvalescenz dauern. Ging die Krankheit mit starken Schmerzen, mit wesentlich gesteigerter Verdauung, mit schlaflosen Nächten einher, so bedarf der Genesende zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit längerer Zeit als ohne diese Erscheinungen. War der Krankheitsproceß geeignet, das Herz zu schädigen, wie etwa bei Diphtherie und Influenza, so wird man dem Drange, die Arbeit aufzunehmen, sich gelegentlich widersetzen müssen. Seitens des Kranken kommen in Betracht: Alter, somatische Anamnese, ererbte oder erworbene Disposition zu irgend einer dauernden Gesundheitsschädigung, endlich die Art der zu leistenden Arbeit. Gelegentlich können auch äußere Einflüsse die Wiederaufnahme der Arbeit hinausschieben, wie andauernd ungünstiges Wetter, nothwendige Badebehandlung etc. Bei einer acuten, aber fieberlosen Erkrankung genügt es zumeist, die acuten Erscheinungen weichen zu lassen; eine arbeitsunfähige Reconvalescenzperiode kommt hier nicht oder doch nur in weit engeren Grenzen als bei den acuten fieberhaften Krankheiten in Betracht.

Bei den chronischen Krankheiten ist vor allem zu beachten, daß Arbeitsfähigkeit und Gesundheit nicht gleiche Begriffe sind. Arbeitsunfähigkeit kommt hier in Betracht, wenn acute Exacerbationen auftreten, oder soweit es sich um consumptive Erkrankungen handelt, wenn die Kräfte so weit verzehrt sind, daß eine längere Erholungspause nothwendig erscheint. Im ersteren Falle hat man die gleichen Verhältnisse wie bei acuten Erkrankungen, nur ist hier die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gewöhnlich länger zu bemessen. Im zweiten Falle wird man gut thun, vor der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit sich immer wieder selbst zu überzeugen, daß die Körperkräfte so weit herabgesunken sind, daß sie durch roborirende Behandlung während der Arbeit nicht mehr hebungsfähig erscheinen. Doch darf man diese Beobachtungsperiode nicht zu lange ausdehnen, weil dadurch das Niveau der Kräfte so tief herabsinken könnte, daß man gegentheilige Folgen erreicht und schließlich sowohl den Kranken als auch die Krankencasse schädigt. Immer kommt hiebei natürlich auch der specielle Arbeitszweig des Erkrankten in Betracht. L.

HONSELL (Tübingen): Ueber die Anwendung reiner Carbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen.

H. hat die Einwirkung von concentrirter Carbolsäure auf eitrige und verunreinigte Wunden nachgeprüft und gefunden, daß die Behandlung gute Resultate gebe. Vor allem wies er durch Thierexperimente nach, daß intraperitoneal, subcutan und intrarectal concentrirte Carbolsäurelösungen besser vertragen werden als verdünnte, daß die toxische Dosis bei concentrirter Carbolsäure größer ist als bei verdünnter Säure, außerdem daß die Desinfektionskraft der concentrirten Carbolsäure in eiweißreichen Flüssigkeiten größer ist als die des Sublimats. Die Technik der Behandlung ist folgende („Beitr. zur kl. Chir.“, Bd. 39, H. 2): Nach vorheriger mechanischer Reinigung der Wunde, Excochleation, eventuell Excision von Theilen derselben wird die Umgebung der Wunde reichlich mit Alkohol benetzt, weil der absolute Alkohol am besten vor Verätzung der Epidermis durch die überfließende Carbolsäure schützt. Eine gewisse Menge concentrirter Carbolsäure (höchstens 6 Grm.) wird in ein Schälchen gegossen und mittels Tupfern auf die Wunde aufgetragen. Die Dauer der Einwirkung soll circa eine Minute betragen, dann folgt eine sorgfältige Ausspülung der Höhle mit Alkohol absolutus, weil derselbe die Carbolsäure dem Gewebe besser entzieht als andere Flüssigkeiten. Schließlich wird die Wunde entweder mit steriler Gaze oder Jodoformgaze austamponirt. Die so behandelten Wunden sind nicht schmerzhafter als sonst, die Carbolsäure scheidet sogar eine anästhesirende Wirkung auszuüben. Als besonderer Vortheil dieser Behandlung wird hervorgehoben, daß die Secretion der Wunden, so lange der Verband lag, eine äußerst geringe war, und daß niemals Eiterretention unter dem Schorfe beobachtet wurde. Der Verband konnte 4—6 Tage liegen bleiben. Die Methode hat sich auch bei Phlegmonen, Furunkeln, heißen Abscessen und Parasiten bewährt. L.

DREESMANN (Köln): Ueber Wismuth-Intoxication.

Nach den Ausführungen des Verf. („Berl. kl. Wochr.“, 1901, Nr. 36) kann es als festgestellt betrachtet werden, daß das Wismuth selbst bei interner sowie bei externer Anwendung in den verschiedensten Zusammensetzungen Vergiftungserscheinungen hervorzurufen imstande ist, die in leichteren Fällen unter dem Bilde der Stomatitis, in schwereren gleichzeitig unter dem des Darmkatarrhs und der Nephritis auftreten. Bei externer Anwendung dürfte wohl in einzelnen Fällen das in Anwendung gebrachte Lösungsmittel eine schnellere Resorption bewirkt und dadurch die Intoxication mit verschuldet haben. Indessen ist hervorzuheben, daß diese Vergiftungserscheinungen ohne Zweifel sehr selten auftreten und deshalb kaum von der weiteren, allerdings vorsichtigen Anwendung der verschiedenen Präparate abhalten können. Zudem sind auch die Erscheinungen der Intoxication so charakteristisch, daß sie gleich bei Beginn erkannt und richtig gedeutet werden können. Eine schwere Intoxication läßt sich dann mit Sicherheit vermeiden. Man muß eben nur wissen, daß auch das vielfach als ganz harmlos geltende Bism. subnit., ebenso wie Dermatol und Airol unter bestimmten, zum Theil unbekanntem Bedingungen toxisch wirken können und daß diese toxische Wirkung sich gleich im Beginn schon im Urin, besonders aber im Munde kenntlich macht. B.

A. OTT (Oderberg): Zur Kenntniß des Kalk- und Magnesiastoffwechsels bei Phthisikern.

Aus seinen Untersuchungen („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 5 u. 6) zieht O. den Schluß, daß bei so hinreichender Ernährung, daß stärkere Verluste des Körpers an Eiweiß verhütet werden, von einem Verlust an Kalk und Magnesia, also von einer Einschmelzung von Knochensubstanz, auch beim fiebernden Phthisiker keine Rede sein kann. Anders wird sich die Sache jedenfalls in den die Mehrzahl bildenden Fällen verhalten, in denen durch das Fieber und die Appetitlosigkeit eine hinreichende Nahrungszufuhr nicht möglich ist. Hier wird es wohl außer zur Abschmelzung von Muskelsubstanz auch zu einer solchen des Knochengewebes kommen; die Verhältnisse werden hier ähnlich sein wie bei der

vollkommenen Inanition, bei der MUNK am tuberkulösen Hungerkünstler Cetti einen erheblichen Verlust von Kalk und Magnesia feststellen konnte. B.

A. PROCHASKA (Zürich): Untersuchungen über die Anwesenheit von Mikroorganismen in Blute bei den Pneumoniekranken.

Es wurden 40 Fälle von typischen fibrinösen Pneumonien untersucht, und in allen Fällen gelang es („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 5 u. 6), Mikroorganismen nachzuweisen, u. zw. in der großen Mehrzahl den FRAENKEL'schen Pneumococcus. Der Zeitpunkt der Blutentnahme wechselte. Die Anwesenheit der Pneumokokken im Blute erklärt die Entstehung metastatischer Prozesse im Verlaufe solcher Fälle, die ganz gutartig verlaufen in Bezug auf den primären Krankheitsherd in den Lungen. Es erscheint die Annahme berechtigt, daß bei Pneumonien regelmäßig Pneumokokken im Blute kreisen. B.

JAEGER (Königsberg): Ueber Amöbenbefunde bei epidemischer Dysenterie.

J. hat in 30 Dysenterie-Fällen Amöben gefunden („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 36), welche in allen wesentlichen Merkmalen mit den von KOCH und KARTULIS bei der ägyptischen Ruhr regelmäßig gefundenen, sodann von KRUSE und PASQUELE endgiltig als Erreger der ägyptischen Ruhr festgestellten sehr nahe übereinstimmen. Ihre Eigenschaften waren: Ihr ausschließliches Auftreten und Verschwinden mit dem Ruhrproceß, die Aufnahmefähigkeit für rothe Blutkörperchen, das ablehnende Verhalten gegen Versuche, sie zu züchten, die pathogene Wirkung auf Katzen. Werden diese Amöben Katzen ins Rectum injicirt, dann geht mehr als die Hälfte der Versuchsthiere an blutigen Diarrhöen zugrunde; bei der Section findet man Geschwüre im Rectum. N.

LEOP. LAQUER und CARL WEIGERT (Frankfurt a. M.): Beiträge zur Lehre von der Erb'schen Krankheit.

LAQUER gibt die klinische Beschreibung eines typischen Falles von Myasthenia gravis (ERB'scher Krankheit, Erschöpfbarkeit bei Wiederholungen activer Bewegungen und elektrischer Reizungen), der Kranke hatte auch schwere Anfälle von Herzschwäche (Herzmyasthenie). WEIGERT fand nun einen malignen, nämlich auch in die kleinen Gefäße wuchernden und zu Blutungen führenden Tumor der Thymusdrüse und, der erste positive Muskelbefund bei dieser Krankheit, Metastasen in den Muskeln; die HASSAL'schen Körperchen fehlten in diesen wie, nach WEIGERT's Erfahrung, gewöhnlich bei den Metastasen bösartiger Thymustumoren; das centrale und periphere Nervensystem, soweit untersucht, frei. Auch bei zwei zweifelhaften Fällen von Myasthenia gravis wurde eine maligne Thymusgeschwulst gefunden. INFELD.

KURT MENDEL (Berlin): Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva.

M. beschreibt 3 Fälle („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 13). Zwei betreffen Brüder. Der dritte, bei dem sich zu der typischen Dystrophie im Gesicht und in den unteren Extremitäten (Ptosis, Pseudohypertrophie an den unteren Extremitäten etc., keine fibrillären Zuckungen, Herabsetzung, bezw. Fehlen der elektrischen Erregbarkeit) Atrophie mit Entartungsreaction im beiderseitigen Daumenballen und im Interosseus I. gesellt, und in welchem Verf. trotzdem eine primär rein-myopathische Erkrankung für das wahrscheinlichste hält, zeigt, wie sich klinisch das Bild der Dystrophia muscularis progressiva mit dem der spinalen Muskelatrophie vereinigen kann. INFELD.

Literarische Anzeigen.

Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorganes. Von Dr. med. E. Ammann, Augenarzt in Winterthur. München 1900, J. F. Lehmann.

Die Literatur über diese Materie ist schon eine ziemlich große; ich erwähne nur unter den Autoren ZEHENDER, JOSTEN, JATZOW, MOOREN, MAGNUS, HEDDAEUS, GROENOUW, durchwegs anerkannte Namen, die dieses Capitel mehr oder weniger ausführlich behandelt haben. Trotzdem sind manche Fragen nicht zu einer allgemein befriedigenden Beantwortung gelangt, so z. B. die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Verlust eines Auges. AMMANN vergleicht und kritisiert die vorliegenden Tabellen, an die sich die Aerzte bis jetzt gehalten haben, und versucht auf Grund selbst gemachter Nachforschungen über die thatsächlichen Erwerbsverhältnisse bei den Arbeitern und in den Fabriken und mit Herbeiziehung des schweizerischen statistischen Materials und der von den ersten Instanzen erflossenen Urtheile annähernde Ansätze aufzustellen und Anweisungen zu richtigen, resp. möglichst richtigen Abschätzungen zu geben. Diese weichen vielfach von den in Oesterreich gebräuchlichen ab. Die Materie ist kurz und präcise behandelt und sehr lesenswerth, da sie den als Sachverständigen Berufenen vielfache Anregung und Belehrung gibt. KÖNIGSTEIN.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 17. Bd., 2. Heft. Berlin 1900, Julius Springer.

Das vorliegende stattliche Heft bildet den Schluß des 17. Bandes. Während das 1. Heft desselben, das an dieser Stelle bereits besprochen wurde, Fragen von allgemein ärztlichem Interesse behandelte, finden wir in dem in Rede stehenden Heft eine Reihe interessanter Mittheilungen, die vorwiegend dem Gebiete der Hygiene angehören und sich zu kurzem Referate nicht eignen. Während dieselben einem größeren ärztlichen Leserkreise wohl ferner liegen dürften, sei der Fachmann speciell auf sie aufmerksam gemacht. Dr. S.

Feuilleton.

Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

III.

Hamburg, 29. September 1901.

Die Festwoche im geselligen und wissenschaftlichen Sinne ist verrauscht, und es bleibt mir nur übrig, ihr den Epilog zu halten. Vor Allem müssen wir dankend der vornehmen, gastlichen Aufnahme erwähnen, welche die Naturforscher und Aerzte hier, in der Stadt von Bürgerstolz, seemännischer Tüchtigkeit und weltmännischem Handelsblick, gefunden haben. Das Alles war sehr eigenartig und unterschied sich wesentlich von dem, was andere Congreßorte zu bieten in der Lage waren. Der Empfang seitens

des Senats im Rathhause trug ein gastfreies und doch patricierhaftes Gepräge, und die Einladung zum Diner auf die großen Dampfer „Auguste Victoria“ sowie „Palatia“ gab uns einen Begriff von der Gediegenheit, Eleganz und Bequemlichkeit, durch welche heutzutage der das nöthige Geld Besitzende einige Monate auf den Seereisen in die entferntesten Länder alle Annehmlichkeiten genießen kann.

Die hygienischen Verhältnisse des Seeverkehrs sind nun freilich nicht überall so glänzend, wie wir sie auf solchen Paradeschiffen I. Classe zu sehen bekommen. Das wurde uns besonders klar gemacht in einem Vortrage, welchen CURSCHMANN (Leipzig) in der letzten allgemeinen Sitzung hielt. Der Redner, welcher von 1879 bis 1888 in Hamburg an dem von ihm geschaffenen Muster-Krankenhaus zu Eppendorf wirkte, kennt die sanitären Verhältnisse der Handelsschiffe sehr wohl. Sein Thema: „Medicin und Seeverkehr“ ist ihm daher ein vertrautes; und wenn er es — der Kürze der Zeit wegen — auf den Seeverkehr der Handelsschiffe und die Hygiene ihrer Bewohner einschränkte, so konnte

er umso leichter ein abgerundetes Bild bieten. Das Schiff — so führte er aus — drängt alle Personen auf möglichst engem Raume zusammen. Schon deshalb kann es Träger, Vermittler, ja selbst Entstehungsort von Krankheitskeimen werden, zumal Ventilation, Desinfection und Conservirung der Nahrungsmittel erschwert sind. Und doch zeigen uns die heutigen Handelsdampfer große Fortschritte gegenüber den früheren Seglern. Ihre Schnelligkeit und Richtungssicherheit gibt ihnen die Chance häufigerer Aufnahme von Nahrungsmitteln und Wasser, eines öfteren Entladens und gründlichen Reinigens. In kürzeren Zeiten kann es anlaufen, um sich hygienischen Untersuchungen zu unterziehen. So hat es die verbesserte Schiffshygiene erreicht, daß manche Ernährungs- und Infektionskrankheiten, wie Typhus, Ruhr und Scorbut, von den Schiffen fast verschwunden sind. Eine Schattenseite beschleunigter Fahrt ist allerdings die leichtere Verschleppung von Ansteckungskeimen in andere Länder; denn die Fahrtdauer ist oft kürzer als die Incubationsdauer. Die Bewohner des Schiffes profitieren von den hygienischen Vorzügen freilich in sehr ungleicher Weise. Am besten sind natürlich die günstig situirten Passagiere der I. Classe daran, weniger gut die Zwischendecksreisenden, am ungünstigsten die Matrosen, Feuerleute etc.

Die wichtigsten Krankheiten, die im Seeverkehr vorkommen, könnte man in zwei Gruppen theilen: in solche, die durch die Schifffahrt begünstigt werden, und in solche, welchen gewisse an Menschen und Gegenständen haftende Keime zugrunde liegen. Von den ersteren beruhen Rheumatismus und Katarrhe der Athmungsorgane auf Einflüssen der Witterung und Temperatur, der fast verschwundene Scorbut auf ungünstiger Beschaffenheit der Nahrungsmittel, der Hitzschlag auf der hohen Temperatur in den Maschinen- und Kohlenräumen. Die höchste Bedeutung hat die Tuberculosemortalität der Mannschaft, welche durch das enge Zusammenwohnen und die dadurch erleichterte Uebertragung der Bacillen zustande kommt. Wir waren überrascht, zu hören, daß circa 38% der Todesfälle von Schiffsmannschaften der Tuberculose zuzuschreiben sind. Die Kriegsflotte bietet in dieser Hinsicht günstigere Verhältnisse als die Handelsflotte, aber auch in dieser beginnt durch bessere hygienische Maßnahmen (Sputumvernichtung, Ventilation, Vermehrung und dadurch ermöglichte öftere Ablösung des Personals) die Erkrankungs-ziffer herunterzugehen. In der Gruppe der Infektionskrankheiten dominirt bei der Mannschaft, wenn inficirte Häfen angefahren werden, das gelbe Fieber mit 25—42%, da sein Contagium lange haftet und virulent bleibt. Zutuchtsstätten für die Mannschaften, Sanatorien, Quarantaineinseln haben hier Besserung geschaffen, und auch auf den Schiffen ist wegen der Kürze der Incubation (2—4 Tage) oft eine schnelle Isolirung möglich. Leicht übertragbar ist das Denguefieber, das oft zu Massenerkrankungen der Mannschaft führt. Beri-Beri beobachtet man nicht bloß an den farbigen Bewohnern des Schiffes oder nur in heißen Gegenden. Typhus und Cholera lassen sich, da sie nur durch Keime übertragbar sind, auf dem Schiffe leicht bekämpfen und, ehe sie epidemisch werden, unterdrücken, zumal seit man dem Bacteriengehalt des Kielwassers und des Ballastwassers in den „Tenks“ mehr Aufmerksamkeit gewidmet hat. Auch bezüglich der Pest ist, seit wir ihren Erreger kennen, der einzelne Fall sofort zu diagnosticiren und unschädlich zu machen. Der Redner folgte in seinen Auseinandersetzungen dem reichen Material, das der Hamburger Hafentarz Dr. NOCH zusammengetragen hat. Die Hafenstädte — Hamburg allen voran — haben sehr wohl ihre Pflicht erkannt, dem ersten Anprall bei Einschleppung von Infektionskrankheiten durch Pflege der localen Hygiene erhöhte Widerstandskraft entgegenzusetzen. Sie werden dadurch zum Schutze für das ganze Binnenland.

An diesen Vortrag, der gerade für Hamburg sehr actuell war, schloß WILHELM NERNST (Göttingen) den seinigen: „Ueber die Bedeutung elektrischer Methoden und Theorien für die Chemie.“ Der erst 37jährige Gelehrte hat sich rasch auf dem Gebiete der physikalischen und Elektrochemie einen Namen gemacht. Die Gelehrten schätzen seine Studien über das Problem der galvanischen Stromzeugung und über die mathematische Behandlung der Naturwissenschaften, während er in Laienkreisen vornehmlich durch die

von ihm erfundene elektrische Lampe bekannt geworden ist. Ausgehend von den elektrisch geladenen Moleculen, den Ionen, ging er zu der Messung elektrischer Leitfähigkeit und elektromotorischer Wirksamkeit von Lösungen über, vor Allem aber zu der Erscheinung, daß der galvanische Strom die Ionen in elektrisch neutraler Form an den Elektroden abzusecheiden vermag. Diese „Elektrolyse“ ist im Princip nichts anderes als der Uebergang elektrisch geladener Molecile in die Ionen, der durch die Abgabe der elektrischen Ladung an die Elektroden erfolgt. In der Chemie muß man ferner zwischen unitaren und polaren Kräften unterscheiden; wahrscheinlich sind nur letztere elektrischer Natur. Die Ionen faßt der Vortragende als chemische Verbindungen der Materie mit Electricität auf. Für diese Verbindungen gilt das Gesetz der constanten und multiplen Proportionen. So kommt es, daß man gegenwärtig der Electricität infolge ihrer substanziellen Natur eine atomistische Structur zuschreibt. Außer den bisherigen chemischen Elementen gibt es noch zwei neue: die positiven und negativen Elektronen (elektrischen Elementaratome). Diese beiden Elemente besitzen ein außerordentlich kleines Atomgewicht. Die besondere Eigenthümlichkeit dieser Elemente besteht lediglich in den Kraftäußerungen, die sie unter einander ausüben, d. h. in den bereits bekannten „elektrischen Kräften“. Der Dualismus mancher chemischer Verbindungen ist auf die Elektronen zurückzuführen. Die positiven Elemente (radicale) haben eine große Verwandtschaft zum positiven Elektron, die negativen zum negativen. Die Ionen sind als „gesättigte Verbindungen“ aufzufassen. — Daß auch dieser gelehrte Vortrag nicht in den Rahmen einer „allgemeinen Sitzung“ paßte und nur von Wenigen verstanden oder verfolgt werden konnte, braucht nicht erst gesagt zu werden.

Wesentlich geeigneter für ein gemischtes, nicht durchaus fachmännisches Auditorium war das Thema, das sich JOHANNES REINKE (Kiel), der geistreiche Biologe und Verfasser des Werkes „Die Welt als That“ gewählt hatte: „Ueber die in den Organismen wirksamen Kräfte.“ Denn es berührte Fragen, die jeden Mann und jede Frau von Bildung interessiren, in relativ leicht verständlicher Form. Der Begriff Kraft, ursprünglich auf Muskelkraft bezogen, wird allgemein auch auf andere Naturerscheinungen übertragen, welche beeinflußt werden. Kraft ist die Fähigkeit, etwas zu bewirken; Energie, mag sie in Bewegung oder Spannung auftreten, ist die Fähigkeit, mechanische Arbeit zu leisten. Energie ist Arbeitsvermögen, Kraft Wirkungsvermögen. Auch in der unorganischen Natur wirken Kräfte; aber diese sind außer Stande, mechanische Arbeit zu leisten. Auch unterliegen sie nicht dem Erhaltungsgesetze. Es sind nichtenergetische Kräfte, bedingt durch die Configuration der materiellen Systeme, in denen sie zur Geltung kommen. Diese nichtenergetischen Kräfte, welche von der specifischen Structur der Maschine, des lebenden Organismus oder des Zellprotoplasmas abhängen, hat REINKE Dominanten genannt. Die gleiche Energie kann mit verschiedenen Dominanten verschiedene Wirkung erzielen, je nachdem es sich um Arbeits- oder Gestaltungs-Dominanten handelt.

In den Organismen höherer Ordnung kommen auch bewußte oder unbewußte psychische Kräfte in Action und letztere nähern sich als „Instincte“ wegen ihrer maschinenmäßigen Sicherheit den Dominanten, wofür sich aus der Biologie frappante Beispiele ergeben. Von der specifischen Structur eines Organismus hängen wieder specifische Dominanten ab; auf diese ist die maschinenmäßige Sicherheit in der Vererbung von Instincten und Trieben zurückzuführen. Nur diese dynamische Theorie der Erbllichkeit bezeichnet der Redner als aussichtsvoll. Die Art, wie Kräfte, und zwar Dominanten, in der Vererbung übertragen werden, ließe sich etwa mit dem Phonographen vergleichen, auf dessen Walze eine latente Anlage fixirt ist, die sich erst durch elektrische Energie wieder entfaltet. Auch in der Keimzelle schlummern latente Kräfte, die erst unter dem Einflusse der Entwicklungsenergie zur Erscheinung kommen, dann aber die Eigenschaften der Eltern reproduciren. So bekennt sich REINKE, im Gegensatz zu den Vitalisten und Materialisten, als Vertreter der mechanischen Auffassung des Lebens, die neben den chemischen und energetischen Erscheinungen auch eine bestimmte Structur voraussetzt, aus

welcher die Dominanten, die Beherrscher energetischer Kräfte, hervorgehen.

Auch die Tuberculosefrage beschäftigte den Naturforschertag in gemeinsamen Sitzungen, was nach den überraschenden Mittheilungen ROBERT KOCH's auf dem Londoner Congreß, welche der bisherigen Tuberculose-Prophylaxis den Boden zu entziehen schienen, nicht verwunderlich ist. Ebenso begreiflich ist es aber, daß man den Schlußfolgerungen KOCH's vorsichtig, abwartend, ja selbst skeptisch gegenübersteht, ehe man sich entschließt, die bewährten hygienischen Maßregeln, zumal in der Milchversorgung, wieder fallen zu lassen. Die Tuberculose-Commission bewies denn auch in Hamburg eine gerechtfertigte, kühl-besonnene Kritik. Besonders war es HALLER, welcher von der Uebertragbarkeit der Rindertuberculose auf den Menschen vermittelt der Milch noch nicht abgehen zu können erklärte. MARTIUS verbreitete sich über die Bedeutung der individuellen Empfänglichkeit und Resistenz des Körpers gegen den Bacillus. Ganz besonders aber fesselten die Thesen eines der ersten Kenner der Tuberculose, des Tübinger Professors PAUL VON BAUMGARTEN. Denn man weiß, wie reiflich erwogen, wie vorurtheilslos und lediglich auf eigenen Beobachtungen fußend die Aeußerungen dieses Forschers sind. Den gegenwärtigen Stand der Frage über die Histologie und Histogenese der Tuberculose präcisirte er in dem Sinne, daß alle geweblichen Erscheinungen der Tuberculose auf die Wucherung des specifischen Bacillus in den Geweben zurückzuführen sind. Der tuberculöse Proceß hängt in seinen histologischen Formen und Wandlungen, sowie in seinen Ausgängen aufs Innigste mit den Lebens- und Wachsthumsvorgängen des Bacillus zusammen. Die Tuberculose kann nur entstehen, wo der specifische Bacillus in den Geweben sich ansiedelt und fortwächst, kann nur verschwinden (heilen), wenn der Bacillus in den Geweben abstirbt. Je nach Menge und Virulenz (Wachsthumsergie) des Bacillus nimmt die Tuberculose einen gut- oder bösartigen Charakter und Verlauf an. Die Frage, in welcher Weise der Tuberkelbacillus die tuberculöse Gewebeerkrankung hervorbringt, beantwortete Redner dahin, daß der Bacillus die Gewebszellen theils mechanisch, theils chemisch reizt und schädigt, aber auch durch seinen stoffzersetzenden Eingriff in den Haushalt der lebenden Zelle eine „nutritive und formative Reizung“ derselben veranlaßt, welcher Reizzustand gewöhnlich mit dem Tode der Zelle endet. — Ferner berichtete BAUMGARTEN, daß es ihm jetzt mittels eines bestimmten Infectionsverfahrens gelungen ist, auf dem Blutwege typische Lungenphthise mit großen Spitzencavernen zu erzeugen, und zwar beim Kaninchen. Er demonstirte als Beispiel aus der größeren Anzahl seiner gelungenen Fälle ein significantes Präparat von solch hämatogener, experimenteller Lungenphthise. Auf Grund seiner experimentellen Resultate bezeichnete er die jetzt allein herrschende „Inhalations-Theorie“ als mindestens einseitig. Er steht nicht an, für einen Theil der Fälle von menschlicher Lungenphthise eine Infection durch die Blutwege anzunehmen, ohne die Möglichkeit einer respiratorischen Infection zu bestreiten. Nur erachtet er die letztgenannte Infectionsform für noch nicht genügend erwiesen.

Schließlich möchte ich noch erwähnen, daß das „Institut für medicinische Diagnostik“ zu Berlin in der medicinischen Abtheilung eine Reihe von Roentgenbildern des Thorax und oberen Abdomens ausgestellt hatte, welche viel Interesse erregten. Sie sind vermittelt des COWL'schen Athmungs-Rheotom bei beliebiger Dauer der Gesamtextposition gewonnen und zeigen die Lage der Organe, sowie aller Rippentheile während der Expirationspausen mit scharfen Umrissen. Die Mehrzahl der Aufnahmen erfolgte unter Benützung der COWL'schen Aufnahmevorrichtung für die ventral und dorsal angebrachte photographische Platte. Der von COWL construirte Apparat wurde im technischen Theile der Ausstellung von der Firma Hirschmann vorgezeigt.

Noch über vieles Mittheilenswerthe ließe sich, wenn mir der Raum nicht zugemessen wäre, berichten, und Vieles aus den Sections-sitzungen wird Ihnen ja von anderer Seite referirt werden. Jedenfalls werden, denke ich, meine Berichte gezeigt haben, daß auch

der diesmalige Naturforschertag in Hamburg sich seinen Vorgängern an Fülle wissenschaftlicher Ergebnisse würdig anreihet. Es ist nicht zu bezweifeln, daß im nächsten Jahre in Karlsbad, der romantischen Bäderstadt Nordböhmens, wieder eine Fülle neuer wissenschaftlicher Errungenschaften zutage treten wird — denn die Natur- und Heilkunde arbeitet rastlos und schnell. F.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die interne Behandlung der Perityphlitis sprach BOURGET in der „Société de Thérapeutique“, 1901, April. B.'s Therapie stellt sich folgendermaßen dar: Zu Perityphlitis neigende Personen sollen eine gemischte Diät wählen, wenig Fleisch, viel Gemüse, gut gekochte Früchte und viel Mehlspeisen. Vor dem Schlucken der Traubenkerne — feste Kerne ausgenommen — brauchen sie keine Angst zu haben; sie wirken vielmehr günstig auf die Darmschleimhaut, weil sie, aufgeweicht, einen Schleim liefern, der die Darmschleimhaut glatt und schlüpfrig macht. Die Hyperacidität des Magens muß sorgfältig beseitigt werden, was sehr gut durch Genuß von Milchbrei, Alkalien geschieht; jeden Tag muß der Darm entleert werden. Die Behandlung des acuten Perityphlitis-anfalles besteht in Desinfection des Magens und Dünndarmes und Ausspülung des Dickdarmes. Sobald der Anfall, gleichgiltig, ob leicht oder schwer, da ist, wird der Kranke auf flüssige Diät gesetzt, erhält vornehmlich Wassersuppen mit Hafermehl, Reis, Eier, wenn er keinen Hunger hat, leichten Thee mit wenig Milch. Er bekommt jeden Tag 15—20·0 Ricinusöl, in dem 1 Grm. Sal-acetol aufgelöst ist. Wenn die gastrischen Störungen vorherrschen, Magenausspülungen mit 1%iger Natriumbicarbonatlösung. Weiters werden Darmspülungen vorgenommen. Der Kranke liegt auf der rechten Seite, der Kopf tiefer als das Becken. Ein Mastdarmrohr wird 5—10 Cm. eingeführt und 1 Liter 38° C. warmes Wasser, in dem 4 Grm. Ichthyol gelöst sind, sehr langsam einfließen gelassen. Gleichzeitig fließt von einem Nebenapparate aus eine kleine Menge Olivenöl mit. Der Kranke bleibt, wenn möglich, 20 bis 30 Minuten auf der rechten Seite liegen. Gleichzeitig kann eine Massage des Colon descendens vorgenommen werden! Diese Darm-waschungen werden täglich Früh und Abends durch 2—10 Tage ausgeführt, dann durch Darreichung leichter Abführmittel ersetzt; statt des Ricinusöles wird ein salinisches Abführmittel gegeben:

Rp Natr. bicarbon. purissimi,
Natr. phosphor. exsiccati,
Natr. sulfurici sicci aa. 5·0
Aquae ad 1000·0
M. D. S. 3—4mal täglich davon 150·0 zu
nehmen.

In der Zeit zwischen den Darmspülungen befinden sich in der Ileocöcalgegend Kataplasmen aus Leinsamenmehl oder, wenn die Geschwulst sehr stark und resistent ist, 5—6 Blutegel. Die Darm-spülungen sollen Schmerzen und Koliken beseitigen, die Temperatur soll nach der ersten Darmauswaschung gleich herabgehen.

— Seine Erfahrungen über die therapeutische Wirkung eines neuen Eisenphosphormittels, **Alboferin**, theilt RUDOLF BLUM mit („Klin.-therap. Woch.“, 1901, Nr. 28). In dem Alboferin ist ein vorzügliches Heilmittel zur Bekämpfung der Blutarmuth und aller verwandten Krankheitszustände vorhanden, ein Mittel, das vermöge seiner absoluten Neutralität die Magensäure nicht alterirt, was umso mehr in die Wagschale fällt, wenn man bedenkt, wie spärlich die Secretion, im Besonderen die der Salzsäure, im Magen der Chlorotischen vor sich geht. Alboferin ist sehr leicht assimilirbar. Sehr bequem ist auch die Dosirung, namentlich die in Pastillen, welche anstandslos genommen werden. In der Kinderpraxis werden sich die in Chocolate gepreßten Pastillen am meisten empfehlen.

— Ueber **Dionin bei Kinderkrankheiten** berichtet GOTT-SCHALK („Aerztl. Rundschau“, 1901, Nr. 31). Ueber die Anwendung des Dionins bei Kindern liegen bisher keine genaueren Mittheilungen vor. G. verfügt über 52 Fälle von Pertussis, in denen das Präparat angewandt wurde. 20 Kinder sind auszuschalten, da sie entweder der Behandlung entzogen wurden oder das Heilmittel erst zu kurze Zeit erhielten. Die übrigen 32 nahmen es meist während 4 bis

6 Wochen täglich, und zwar durchweg auf dem Höhepunkt der Krankheit. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 1 und 7 Jahren, zwei waren unter einem Jahr. Die Wirkung desselben war eine so gute, daß G. die Verwendung des Dionins in der Kinderpraxis bei Keuchhusten und überhaupt bei Reizhusten unbedingt empfiehlt. Ohne ein Specificum zu sein, ist es jedenfalls ein angenehmes Narcoticum, an dem wir weder erwünschte Nebenwirkungen, noch auch eine größere Schwierigkeit in der Darreichung oder einen zu hohen Preis zu tadeln hätten.

— In anregender Weise bespricht STADELMANN („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 25) die **Entfettungscuren**. Das Princip der Cur von HARVEY-BANTING besteht in Darreichung großer Mengen Fleisch unter Vermeidung von Fett und Kohlehydraten. Nachtheile der Cur sind häufige Magenkatarrhe und der Umstand, daß auch bei strenger Cur noch viel zu viel Fett: 60 Grm. und mehr mit dem Fleisch genommen werden. EBSTEIN'S Cur bedeutet deshalb einen Fortschritt, weil er mit den kleinen Mengen Fleisch (Eiweiß) zugleich kleinere Mengen Fett gibt. Der Kranke soll einen Diätzettel erhalten, in welchem 100—110 Grm. Eiweiß, 80—90 Grm. Fett und 40—50 Grm. Kohlehydrate verabreicht werden. Mit EBSTEIN'S Speisezettel, nach welchem dem Patienten 1300—1500 Calorien zugeführt werden, erreicht man aber nach STADELMANN bei Pat. mit excessiver Fettleibigkeit bei gleichzeitiger Unfähigkeit sich ausgiebig zu bewegen, nicht genug. In solchen Fällen hat ST. mit Herabsetzung der Fettmenge bei etwas erhöhter Eiweißmenge gute Erfolge gesehen; er gab 115 bis 120 Grm. Eiweiß, 210 Grm. Fett und 50 Grm. Kohlehydrate. Im Allgemeinen ist den Pat. eine Herabsetzung des Fetts lange nicht so unangenehm, wie zu weit gehende Beschränkung der Kohlehydrate. ST. empfiehlt deshalb von letzteren etwas mehr bei weniger Fett zu geben, wodurch derselbe Erfolg erzielt wird. Für mittlere Grade von Fettleibigkeit hat auch ST. mit EBSTEIN'S Methode in Verbindung mit körperlicher Bewegung sehr günstige Resultate erzielt. OERTEL schließt sich im Wesentlichen der HARVEY-BANTING'schen Cur an, legt aber besonderen Werth auf veränderte Flüssigkeitszufuhr, was ST. darauf zurückführt, daß OERTEL'S Pat. vorzugsweise der übermäßigem Biergenuß fröhlichen Münchener Bevölkerung angehören. Wasser könne in unbegrenzten Mengen getrunken werden, ohne daß sich Erscheinungen von Seiten des Herzens zeigten. Nur wo es sich um Kranke mit Herzanomalien und Compensationsstörungen handle, müsse Flüssigkeitszufuhr und damit die Herzthätigkeit herabgesetzt werden; als allgemeines Princip bei Entfettungscuren aber könne Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr nie anerkannt werden. Für jede Entfettungscure stellt ST. folgende Leitsätze auf: 1. Jede Entfettungscure ist eine Unterernährung. 2. Die Art und Weise, wie man diese erzielt, ist im Princip gleichgiltig (unter Berücksichtigung der über die BANTING-Cur gemachten Bemerkungen). 3. Jeder Fall muß individuell behandelt werden; eine Vorschrift ist nicht für alle Fälle geeignet. 4. Nach den Eigenthümlichkeiten, Angenehmheiten, Bedürfnissen und Wünschen der Kranken ist die Cur zu modificiren und entsprechend bald mehr Fett, bald mehr Kohlehydrate oder Eiweißstoffe zu verabreichen. 5. Jede Entfettungscure ist ein schwerer Eingriff, welcher nur unter strenger ärztlicher Aufsicht vorgenommen werden darf. 6. Neben Unterernährung kommen die übrigen therapeutischen Maßnahmen erst in 2. oder 3. Linie in Betracht, ausgenommen Körperbewegung und eventuell Massage. 7. Verwendung von Thyreoidpräparaten ist gefährlich und bedarf strenger ärztlicher Beaufsichtigung.

— Bei **Malaria** verordnet CIPRIANI („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1901, Nr. 9):

Rp. Chinin. eosol.,
 Ferr. reduct. aa. 50
 Strychn. sulfur.,
 Acid. arsen. 0.1
 M. f. pilul. massa, e qua formentur pilul. Nr. L.
 D. S. Dreimal täglich 2 Pillen während der Mahlzeiten.

— Das „**Purgatin**“ ist ein synthetisch gewonnenes Abführmittel, mit seinem chemischen Namen Anthrapurpurindiacetat genannt. Dasselbe wird von der chemischen Fabrik von Knoll & Co. in

Ludwigshafen a. Rh. dargestellt und ist ein gelbes mikrokristallinisches Pulver, dessen Schmelzpunkt bei circa 175° liegt. Im Polarisationmikroskop (100fache Vergrößerung) erscheint es in Form kleiner Blättchen mit lebhafter Interferenz (VIETH, „Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 35). Es ist in Wasser unlöslich, schwer löslich in Alkohol, leicht löslich in siedendem Eisessig und Xylol. Verdünnte (10/ige) Sodalösung färbt sich mit dem Präparat alsbald roth. Die am Menschen eben wirksame Dosis von Anthrapurpurindiacetat beträgt 0.5. Verschiedene Personen zeigen eine verschiedene Empfindlichkeit gegen das Präparat. Bei einzelnen trat auch nach 1.0 Grm. nur schwache oder keine Wirkung ein, während Personen mit empfindlichem Darm schon auf 0.3 reagierten. Der Grad der Rothfärbung des Harnes, welche bei verschiedenen Personen verschieden stark auftritt, scheint unabhängig von dem Grade der Wirksamkeit zu sein.

— Ueber die therapeutische Anwendung von **Unguentum Credé** berichtet STALLER („Clev. Journ. of Med.“, 1901, April). Seine Erfahrung beschränkt sich auf 25 Fälle von Erysipel, 7 Fälle von Cerebrospinalmeningitis, 4 Fälle von Bubo, 6 Fälle von Phlegmone, 10 Fälle von Carbunkel, 9 Brustabscesse, 2 Fälle puerperaler Septikämie bei durchaus befriedigenden Erfolgen. S. applicirte die Salbe immer direct und verrieb, bis die Haut dunkel wurde (15—20 Minuten).

— Die Frage, ob **Fischkost** rathsamer als **Fleisch** sei bei harnsaurer Diathese und Nephritis, beantwortet G. KLEMPERER („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 9) in folgender Weise: Bei Patienten mit harnsauren Nierensteinen soll Fisch ebenso wie Fleisch nur in geringen Mengen, immer nur unter reichlicher Flüssigkeitszugabe und mit pflanzlicher Kost gemischt, gegeben werden. In Bezug auf die Gicht gestatten die bisherigen Erfahrungen keine Entscheidung der vorliegenden Frage; doch wird Fisch mindestens nicht schlechter als Fleisch von Gichtkranken vertragen. Nierenkranken scheint Fischkost bekömmlicher als Fleisch. Milch ist jedoch bekömmlicher als beide.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

J. v. BÓKAY (Referent): Ueber den gegenwärtigen Stand der Intubation.

Vortr. bespricht die Frage auf Grund seiner Beobachtungen an 1261 eigenen Fällen und der ihm zur Verfügung stehenden literarischen Daten, und erklärt schon in der Einleitung seines Vortrages, daß er seine Ansicht, daß die Intubation bei der operativen Behandlung des Croup als verhältnißmäßig leichter durchführbarer und weniger Gefahren mit sich führender unblutiger Eingriff über die Tracheotomie zu stellen sei, auch heute unverändert aufrecht hält. Vortr. ist nach 10jähriger Spitalerfahrung der Meinung, daß die primäre Tracheotomie bei Croup bloß in jenen Fällen nicht durch die Intubation ersetzt werden kann, wenn a) neben der bestehenden Larynxstenose auch eine hochgradige Pharynxstenose vorhanden ist, und b) wenn infolge starker ödematöser Anschwellung des Kehlkopfeinganges die erfolgreiche Intubation nicht erhofft werden kann.

Den Zeitpunkt des operativen Eingriffes, daher der Intubation, betrachtet er bei jedem Croupfalle für gekommen in dem Momente, wo die Larynxstenose constant geworden ist und einen solchen Grad erreicht, daß das Kind mit der beginnenden Erstickung zu kämpfen scheint. Seit der Serumbehandlung (1894) konnte bei 37% seiner stenotischen Kranken die Operation vermieden werden.

B. mißbilligt den auch jetzt noch von Einzelnen geübten frühzeitigen Eingriff, da die Intubation, wenn auch kein so ernster Eingriff wie der Luftröhrenschnitt, von unangenehmen Nebenwirkungen nicht vollkommen frei ist.

Votr. übte das O'DWYER'sche Verfahren in der Privatpraxis ebenso wie im Spitale und glaubt, daß dieser Punkt heute kaum mehr Gegenstand der Discussion bilden kann. Bildeten doch in den Vereinigten Staaten, in der Heimat der Intubation, 5% sämtlicher intubirten Fälle Gegenstand der Spitalsbehandlung, und alle übrigen Kranken wurden in der Privatpraxis behandelt.

Daß in der Landpraxis bei großen Entfernungen ein intubirter Kranker nicht ohne fachkundigen Arzt zurückgelassen werden kann, ist selbstverständlich, und in diesen Fällen verdient die Tracheotomie entschieden den Vorzug vor der Intubation. Bei solchen Fällen empfiehlt Autor den Luftröhrenschnitt bei liegendem Tubus, als solches Verfahren, welches die Tracheotomie bedeutend erleichtert. (Der Tubus wird knapp vor Eröffnung der Luftröhre mittels des Fadens entfernt.)

Bei postmorbillösem Croup ist Autors Standpunkt der nämliche, und auf Grund seiner dem Spitalsmateriale entnommenen Statistik widerspricht er NETTER, der bei dieser Form des Croups die Tracheotomie empfiehlt.

Nach längerer Discussion der Frage, ob zwischen der Intubation und der bei intubirten Croupkranken eventuell vorkommenden Pneumonie ein Zusammenhang sei, gestützt auf eine statistische Zusammenstellung, spricht B. seine Meinung dahin aus, daß die Intubation in dem Maße, als dies im praktischen Leben ein Theil der Aerzte zu thun geneigt ist, keineswegs für das complicirende Auftreten der katarrhalischen Pneumonie beschuldigt werden kann. Zum Zwecke der Verminderung des Auftretens dieser Pneumonien hält B. in Anbetracht ihrer Entstehung das in der Diphtherie-Abtheilung der Pariser Kinderspitäter eingeführte Box-System für besonders wichtig.

Das Auftreten der sogenannten Schluckpneumonien bei Intubirten erklärt Votr. für die größte Seltenheit und bezeichnet die Furcht vor dieser als Gefahr.

Bezüglich des Hinabstoßens von Pseudomembranen und der Verstopfung des Tubuslumens durch dieselben hält B. seinen im Jahre 1894 erörterten Standpunkt aufrecht. Ob die Tuben von FERROUD, TSAKIRIS und FROIN (schräg abgeschnittene Tuben, Tuben mit konischem Ende) im gegebenen Falle die Hinabstoßung von Pseudomembranen nicht eher verursachen, als die amerikanischen vollkommen abgerundeten Tuben, weiß er nicht, doch ist er es zu glauben geneigt. Die Möglichkeit der pseudomembranösen Tubusverstopfung vor Augen haltend, betrachtet er jene Modification von TSAKIRIS und FROIN, bei welcher das untere Ende des Tubus konisch gestaltet, mit zwei seitlichen Oeffnungen versehen ist, für nicht ganz glücklich, da hiedurch die Expectoration von Membrantheilchen entschieden gehindert wird, wodurch die Bildung eines pseudomembranösen Pfropfes unter dem unteren Ende des Tubus, daher inmitten der Luftröhre begünstigt wird.

Mit der Frage des Intubationstraumas, mit welcher B. sich in seiner jüngst erschienenen Monographie befaßt hat, beschäftigt er sich nicht und bespricht nur die örtliche Behandlung der cricoidealen Decubitusgeschwüre. Hier benutzt Votr. mit auffallendem Erfolge die noch von O'DWYER empfohlenen, doch von jenem bloß bei einem Falle verwendeten, mit Gelatine überzogenen und Alaun imprägnirten schmalhalsigen Bronzetuben. Auf Grund seiner sechs mit Erfolg behandelten Fälle ist er der Meinung, daß diese Methode O'DWYER's bei der Behandlung der laryngealen Druckgeschwüre eine äußerst einfache und erfolgreiche ist, und schon auf Grund seiner bisherigen günstigen Erfahrungen empfiehlt er, daß in allen Fällen, wo der Tubus länger als 100 Stunden gelegen hat, und die immer kürzer werdende Extubationsdauer den Verdacht immer mehr bestärkt, daß im Kehlkopfe Druckgeschwüre vorhanden sind, die erwähnten schmalhalsigen Bronzetuben verwendet werden mögen, wobei er hofft, daß mit Hilfe dieser Methode die secundäre Tracheotomie oft vermieden werden kann.

Das O'DWYER'sche Verfahren, welches bei der Behandlung des Larynxeroups bereits an den meisten Orten in die Heilpraxis

übergegangen ist, erobert sich seinen Platz auch bei anderen stenotischen Erkrankungsprocessen, so daß diese Operation nun nicht bloß die Kinderärzte, sondern auch die Laryngologen stark beschäftigt; und von Jahr zu Jahr erweitert sich der Kreis, in welchem die Intubation als Heilverfahren zur Geltung kommt. Votr. hebt besonders den vorzüglichen Werth des O'DWYER'schen Verfahrens bei luetischen Stenosen, nicht luetischen narbigen Stricturen, bei Laryngitis subglottica hypertrophica und Decanulement-Schwierigkeiten hervor.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

WERTH (Kiel): Die Erhaltung der Ovarien bei Myomotomie, vaginale Uterusexstirpation und Adnexoperationen.

WERTH hat sich principiell bei abdominalen und auch bei vaginalen Operationen bemüht, die Ovarien zu erhalten; auch bei supravaginalen Myomoperationen, bei denen die meisten Operateure keinen Werth auf die Conservirung der Eierstöcke legten. WERTH sieht als Prüfstein des Erfolges das Fehlen der Ausfallserscheinungen an; die objectiven Symptome, Atrophie des Uterus, der Ovarien etc. — die Zeugen des Mißerfolges — konnte WERTH selten feststellen, die Atrophie des Uterus und der Scheide bleibt viel häufiger aus, als wenn man die Ovarien mitentfernt, nur in einem Bruchtheil der Fälle war eine Atrophie der Genitalien nachweisbar. Fälle, in denen die Ausfallserscheinungen als besonders schwere Neurosen eintraten, sah W. nicht. In 50% sah er keine Spur von Wallungen, das typischste und häufigste Symptom der Ausfallserscheinungen. Das Ovarium bei jugendlichen Personen zeigt sich nach Operationen widerstandsfähiger als bei älteren Personen. Bei Radicaloperationen nach Adnexerkrankungen bleiben die Eierstöcke, welche mit dem Beckenboden verwachsen waren, in breiter Verbindung mit dem Mutterboden zurück, in diesen Fällen waren namentlich bei jugendlichen Personen die Ausfallserscheinungen gering. Wenn möglich, soll man nicht nur einen, sondern beide Eierstöcke erhalten. Ein Stückchen Ovarium allein zu erhalten, wird uns gewöhnlich zu Mißerfolgen führen. Daß durch secundäre Degeneration oder durch Unterhaltung von entzündlichen Processen bei der Erhaltung der Eierstöcke den Frauen Nachtheile entstehen, kann WERTH im Allgemeinen nicht bestätigen, nur 3mal sah er durch cystische Veränderungen der Ovarien Mißerfolge eintreten, welche eine spätere Operation nothwendig machten; dabei handelte es sich 2mal um tuberculöse Personen. 1mal allerdings bei supravaginalen Amputationen, bildeten sich $\frac{3}{4}$ Jahre nach der Operation größere Exsudate um die Ovarien, aber in diesem Falle war ein Trauma die Ursache der späteren Erkrankung.

Schatz berichtet über einen Fall, in dem trotzdem nur ein kleiner Theil eines Ovarium erhalten blieb, zwar Schwangerschaft eintrat, aber nach einem Jahre die Menstruation ansah; er schließt daraus, daß die Erhaltung kleiner Reste vom Ovarium nicht genügt.

Abtheilung für innere Medicin.

KELLING (Dresden): Ueber die Besichtigung der Speiseröhre mit biegsamen Instrumenten.

Votr. führt aus, daß die Besichtigung der Speiseröhre für die Erkrankungen derselben ein nothwendiges diagnostisches Hilfsmittel sei. Er zeigt dann weiter an der Hand seines Materials, daß die Gastroskopie bei der Frühdiagnose des Magenkrebses die Probelaparotomie ersetzen kann. Es ist ihm gelungen, nicht palpable Tumoren zu sehen, auf ihre Operabilität hin zu unterscheiden, und nachher durch Operation zu entfernen, außerdem den begründeten Carcinomverdacht in anderen Fällen zurückzuweisen. Votr. erörtert dann noch das Princip, nach welchem seine Apparate gebaut sind, bespricht einige neuerdings angebrachte Verbesserungen und beschreibt zum Schlusse eine neue Methode, welche die Besichtigung des Inneren der Bauchhöhle und auch eine Palpation der Organe unter Leitung des Auges gestattet. (Es werden die Methoden demonstrirt.)

v. MIKULICZ (Breslau): Erfahrungen über Magencarcinom.

In den Jahren 1890—1900 sind 447 Fälle von Magencarcinom zur Aufnahme gekommen (davon einige 40 Cardiacarcinome).

320 Fälle sind operirt worden (127 nicht), und zwar Probeincision 44, Gastrostomie 27, Jejunostomie 12, Gastroenterostomie 143, Resectio ventriculi 100, Exstirpatio ventriculi 3. Aus diesem Material ergeben sich hinsichtlich der Mortalität der Operation und der dadurch erzielten Lebensverlängerung folgende Daten: Die Nichtoperirten hatten eine durchschnittliche Lebensdauer von elf Monaten, diejenigen nach Probepaparatomie 12 Monate. Von diesen letzteren 44 Fällen sind 4 gestorben, aber nur 2 infolge der Operation; also hat die Probeincision eine Mortalität von nur $4\frac{1}{2}\%$. Deshalb sollte sie häufiger gemacht werden. Von den 27 Gastrostomien sind 4 im Anschluß an die Operation gestorben, sie haben danach noch $3\frac{1}{4}$ Monate gelebt, im Ganzen 12 Monate seit nachweislichem Beginn des Leidens. Diese Operation hat daher nicht erheblichen Werth, sie soll nur aus humaner Rücksicht unternommen werden im letzten Stadium der Krankheit, wo der Pat. Hungerqualen leidet. Die Jejunostomie ist als sehr gefährlich zu verwerfen und nur dann auszuführen, wenn die ganze Magenwand so infiltrirt ist, daß die Anlegung einer Fistel unmöglich erscheint. Die 143 Fälle von Gastroenterostomie haben eine Mortalität von $31\frac{1}{2}\%$, in den letzten Jahren nur noch von 26% . Die 58 überlebenden Fälle hatten noch eine Lebensdauer von $5\frac{1}{2}$ Monaten nach der Operation, von $13\frac{1}{4}$ Monat nach Beginn des Leidens. Dieser Vortheil der Operation erscheint gering, namentlich noch in Anbetracht ihrer großen Gefahr. Die 100 Resectionen hatten eine Mortalität von 37% , in den letzten Jahren aber nur noch von 25% . Die Chancen sind also keineswegs ungünstiger als bei der Gastroenterostomie. Dauererfolge: Von 57 leben noch 20 zwischen $\frac{1}{2}$ und $8\frac{1}{4}$ Jahren, 10 mehr als 2 Jahre, 4 mehr als $3\frac{1}{2}$ Jahre. 17% können als radical geheilt gelten. Der Werth der Resection liegt nicht nur in der Erhaltung des Lebens, sondern auch als Palliativoperation ist sie der Gastroenterostomie überlegen, weil die Pat. danach jedenfalls länger leben, offenbar weil der Carcinomherd aus dem Körper entfernt ist. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Resection ist ein Jahr; dabei sterben die Pat. meist an inneren, weniger schmerzhaften und lästigen Metastasen, z. B. Ovarium, Knochen und dergl. Die Gastroenterostomie ist also einzuschränken zu Gunsten der Resection einerseits, der Probepaparatomie andererseits. Sie ist nur bei Pylorusstenose mit Stagnation indicirt. Wenn die Diagnose noch frühzeitiger gestellt werden und die Technik noch weitere Verbesserung erfahren haben wird, dann ist eine günstigere Gestaltung der Statistik zu erwarten.

Notizen.

Wien, 12. October 1901.

Ein Erfolg der Aerzteschaft in der Meisterkrankencassenfrage.

Seit vier Jahren kämpfen die Aerzte Oesterreichs einen harten Kampf gegen die durch die Gewerbe-Novelle vom 23. Februar 1897 ins Leben gerufene Institution der Meisterkrankencassen. Aber nicht gegen die Cassen als solche richtete sich der Kampf, sondern gegen die Art und Weise, wie diese die Aerzte auszubeuten versuchten. Die Aerzte haben sich zum Aeußersten entschlossen, zum Boykott der Meisterkrankencassen. Man erinnert sich noch mit Freude an die letzte große allgemeine Aerzteesammlung in Wien, wo unter tosendem Beifall die Resolution gefaßt wurde: „Die Versammlung erklärt, daß die Annahme einer wie immer gearteten ärztlichen Stelle bei den Meisterkrankencassen, sei es als behandelnder Arzt oder als Controlarzt, unstatthaft ist und als Verrath an der Gesamtheit der Wiener Aerzteeschaft angesehen wird.“

Die letzten Enunciationen in dieser Richtung waren die Forderung des Memorandums: „Sollen die Meisterkrankencassen weiterhin obligatorisch bleiben für alle Meister eines Gewerbes, unbekümmert um deren wirtschaftliche und materielle Verhältnisse, dann können die Aerzte eine befriedigende Lösung der Frage nur darin erblicken, daß diese obligatorischen Meisterkrankencassen gesetzlich derart organisirt werden, daß sie ihren versicherten Mitgliedern für den Krankheitsfall Krankengeld

und deren Hinterbliebenen für den Todesfall Begräbniskosten ausbezahlen, daß sie aber die Besorgung der ärztlichen Hilfe den Mitgliedern vollkommen freistellen: Die Wahl des behandelnden Arztes und seine Honorirung soll dem kranken Meister überlassen bleiben“, und die vom (außerordentlichen) österreichischen Aerzteeskammertage (1901) an die Regierung gerichtete „dringende Bitte, das die Meisterkrankencassen begründende Gesetz in dem Sinne abzuändern, daß die Meisterkrankencassen verpflichtet sind, ihren Mitgliedern Krankengelder, nicht aber auch berechtigt sind, denselben ärztliche Behandlung zu gewähren.“

Und in der That scheint sich die Regierung von der Berechtigung der ärztlichen Wünsche und von der Nothwendigkeit der Erhaltung des ärztlichen Standes überzeugt zu haben, indem sie im neuen, den Handels- und Gewerbe-kammern — allerdings noch nicht auch den Aerzteeskammern — soeben zur Aeußerung übergebenen „Entwurf“ eines Gesetzes „betreffend die Abänderung und Ergänzung der Gewerbeordnung“ die Meisterkrankencassenfrage im Sinne der ärztlichen Forderungen löst.

Es heißt im Entwurfe:

„§ 115 b): Zwangscassen für Mitglieder. Die Genossenschaften sind berechtigt, ihre Mitglieder zur Versicherung auf Krankengeld oder auf Kranken- und Begräbniskgeld, jedoch mit Ausschluß der Versicherung auf unentgeltliche ärztliche Hilfe, zu verhalten.“

Das Gesetz soll aber auch rückwirkend sein, so daß die dormalen bestehenden Meistercassen ihre den ärztlichen Stand schädigenden Eigenschaften verlieren.

„§ 115 t): Cassen, welche zu dem im § 115 b bezeichneten Zwecke bereits errichtet sind, haben sich sogleich nach dem Geltungsbeginne dieses Gesetzes gemäß den vorstehenden Bestimmungen umzubilden.“

Der Gesetzentwurf gesteht also die absolute Freigebung der ärztlichen Behandlung zu, und es wird nun Sache der geeinigten Aerzteeschaft sein, zu überlegen, ob sie — vorausgesetzt, daß der Entwurf Gesetz wird — jetzt, wo die Freigebung der Behandlung erreicht ist, den Meistercassen unter gewissen Cautelen controlärztliche Stellen concediren soll. In dieser Richtung würde es sich empfehlen, bald schlüssig zu werden, damit in das Gesetz auch ein diesbezüglicher Passus aufgenommen werden könnte, etwa in dem Sinne: „Der für diese nach § 115 b errichteten Zwangscassen erforderliche controlärztliche Dienst ist im Einvernehmen mit den zuständigen Aerzteeskammern einzurichten.“ Es bliebe dann den Kammern überlassen, ihren Aerzten die Verträge vorzuschreiben und dafür zu sorgen, daß durch den Controlarzt der freie Wettbewerb in der Praxis nicht beeinträchtigt werde.

Wir wollen hiemit keineswegs für die Institution von Controlärzten gesprochen haben; es soll nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß jetzt noch Zeit wäre, einen diesbezüglichen Paragraph unterzubringen, falls sich die Aerzteeschaft von der Nothwendigkeit eines ärztlichen Controldienstes bei den Meistercassen überzeugen ließe.

(Zum 60. Geburtstage HERMANN NOTHNAGEL'S.) Morgen, Sonntag, findet an der Klinik NOTHNAGEL die intime Feier des 60. Geburtstages des Gelehrten statt, der erst vor wenigen Tagen nach Wien zurückgekehrt ist. Die Schüler NOTHNAGEL'S werden dem geliebten Lehrer ihre Glückwünsche darbringen und dessen von Künstlerhand ausgeführtes Porträt überreichen. Wir haben in unserer Nummer vom 28. September, dem Geburtstage des Klinikers, Gelegenheit gehabt, der Bedeutung NOTHNAGEL'S als Forscher, Lehrer, Arzt und Mensch gerecht zu werden und aus diesem Anlasse einem seiner ehemaligen Schüler das Wort überlassen. Heute, am Vorabende der klinischen Feier, vereinigen wir unsere herzlichsten Glückwünsche mit jenen seiner dankbaren Jünger.

(Auszeichnungen.) Der ordentliche Professor der Physiologie an der Wiener Universität, Hofrath Dr. SIGMUND EXNER, wurde durch Verleihung des Ritterkreuzes des Leopold-Ordens

ausgezeichnet. — Anlässlich der Versetzung in den Ruhestand wurde den Primärärzten Hofrath Professor Dr. ANTON DRASCHE der Ritterstand, dem Professor Dr. JOSEPH WEINLECHNER der Titel eines Hofrathes und dem Dr. ALBIN KUMAR der Titel eines Regierungsrathes verliehen. — Der Professor und Chefarzt des Seebades in Abbazia, Regierungsrath Dr. JULIUS GLAX, erhielt das Commandeurkreuz der „Krone von Rumänien“, das Commandeurkreuz des badischen Ordens vom Zähringer-Löwen und das Großoffizierskreuz des Luxemburgischen Ordens der Eichenkrone, der Zahnarzt Dr. FRIEDRICH TURNOWSKY in Wien die Decoration eines französischen „Officier de l'Académie“, Dr. MICHAEL BRAUN in Triest das Commandeurkreuz des Sava-Ordens.

(Militärärztliches Officierscorps.) Generalstabsarzt Dr. JOSEF URIEL ist unter Belassung auf dem Dienstposten als Vorstand der 14. Abtheilung des Reichs-Kriegsministeriums zum Chef des militärärztlichen Officierscorps ernannt worden. — Der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. ANTON NAVARRA, Garnison-Chefarzt in Stuhlweißenburg, ist auf sein Ansuchen in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen worden. — Stabsarzt Dr. JOSEPH HARMACH ist zum Sanitätsreferenten des Landwehr-Truppendivisions-Commandos in Krakau ernannt, die Regimentsärzte Dr. EMIL KALAMUNIECKI und Dr. JOHANN CECH sind in den Activstand der Landwehr übersetzt worden.

(Zahnärzte und Zahntechniker.) In dem langjährigen Kampfe zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern ist jüngst eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes erlassen, durch welche die Zahl der für die Aerzte unglücklichen und von Juristen und Laien unbegriffenen Judicaten dieses Gerichtshofes vermehrt wurde. Der Beschwerde der Wiener Zahntechniker-Genossenschaft gegen eine Entscheidung des Ministeriums des Innern, nach welcher diplomirte Zahnärzte ohne Erwerbung einer Concession zahntechnische Verrichtungen durch Gehilfen besorgen zu lassen berechtigt sind, wurde stattgegeben und die angefochtene Entscheidung aufgehoben. Der Verwaltungsgerichtshof hat sich dahin ausgesprochen, daß diplomirte Zahnärzte nur eigenhändige Verrichtungen vorzunehmen befugt sind. Dieselben brauchen zwar die Concession als Zahntechniker nicht zu erwerben, müssen aber die Ausübung der Zahntechnik als freies Gewerbe anmelden und einen Gewerbeschein lösen. Die Zahntechniker haben also „gesiegt“; greifbare Vortheile aber werden aus diesem Siege nicht ihnen, sondern dem — Fiscus erwachsen, denn ein Gewerbeschein kostet 4 Kronen.

(Freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse.) Im Anschlusse an die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte fand am 25. und 26. September die Generalversammlung der „Freien Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse“ statt. Referate erstatteten: EWALD, „Ueber das Recht der Replik und Duplik in der medicinischen Presse“ und EULENBURG, „Ueber Einführung und Begutachtung neuer Arzneimittel durch die medicinische Presse“. Zum Vororte der nächsten Versammlung wurde Wien gewählt, zu Mitgliedern des Ausschusses ADLER (Wien), HERRNHEISER (Prag), SPATZ (München) und LIEBREICH (Berlin).

(Wiener Aerztekammer.) Die für den 8. d. M. anberaumte Vollversammlung der Wiener Kammer wurde infolge dringender Verhinderung des Präsidenten auf den 15. October verschoben.

(II. Versammlung der Aerzte der Lebensversicherungsgesellschaften.) Aus Amsterdam wird uns geschrieben: Die II. Versammlung der Aerzte der Lebensversicherungsgesellschaften hat hier vom 23. bis zum 25. September d. J. getagt. In derselben gelangte eine große Reihe von Fragen zur Discussion, deren Mittheilung für den Praktiker von zweifellosem Werthe erscheint. (Raummangel gestattet uns, bloß einzelne derselben in Kürze anzuführen. — Die Red.) STOKVIS (Amsterdam) besprach das allzeit actuelle Thema „Albuminurie“ und beleuchtete seinen Gegenstand von allen Seiten. Nicht alle Albuminuriker — meint Votr. — sind von der Lebensversicherung unbedingt auszuschließen. So sind z. B. extrarenale Albuminurien, wobei mikroskopisch keinerlei renale Elemente gefunden werden, für das Leben des betreffenden Individuums ohne Bedeutung. Albu-

minurien renalen Ursprunges können organischer und functioneller Natur sein; hier kommt in erster Linie naturgemäß die Ursache der Albuminurie in Betracht. — Sodann referirte A. STREDEY über das Thema „Glykosurie“. Seiner Meinung nach sind magere Diabetiker unter jeder Bedingung abzuweisen, ebenso auch fette Diabetiker unter 35 Jahren. — E. POËLS discutirte die Prognose der „Cardiopathien“. Besteht die Compensation eines Klappenfehlers schon mehrere Jahre lang ungestört, dann ist die Vorhersage besser als bei frischen, dazu noch schwerer qualificirbaren Fällen. Stenosen geben im Allgemeinen eine schlechtere Prognose als Insufficienzen. — Für die „Arteriosklerose“ proponirte E. MORITZ eine durch das Alter limitirte gemischte Versicherung. — J. CROCC erörterte die Physiologie und Pathologie der „Reflexe“, BURGER die „Ohrkrankheiten“ und ihr Verhältniß zu der Lebensversicherung, W. SALOMONSEN gab der Meinung Ausdruck, daß man Individuen, die Syphilis überstanden, zur Versicherung annehmen könne, wenn sie gesunde Kinder haben und seit der Infection 10 Jahre recidivfrei geblieben sind; MAHILLON meinte, daß bei zu versichernden Frauen der Verlauf der ersten Entbindung für etwaige folgende Entbindungen maßgebend sei. Schließlich erörterte WEILL-MANTON das Thema „Appendicitis“. Votr. ist der Ansicht, daß operirte Individuen nach einem gewissen, individuell wechselnden Zeitraume zur Versicherung angenommen werden können.

(Ausstellung von Gewerbescheinen an Masseure und Masseusen.) Die Statthalterei für Tirol und Vorarlberg hat infolge einer an sie gerichteten Beschwerde einer Aerztekammer über das zumal in Wintercurorten die Aerzte schädigende Vorgehen der Masseure und Masseusen die politischen Behörden I. Instanz aufmerksam gemacht, daß die Massage als eine zur Heilkunde gehörige Heilmethode anzusehen sei und die Anordnung der Art derselben nur den zur Praxis berechtigten Aerzten zustehe. Die Vornahme des Massirens zu Heilzwecken durch Laienmasseure und Masseusen könne daher nur über ärztliche Anordnung erfolgen. Die politischen Behörden I. Instanz werden angewiesen, bei Anmeldung von Masseurgewerben die Gewerbesuchenden entsprechend zu belehren. Von dem Inhalte dieses Erlasses wurden die Praxis ausübenden Aerzte behufs entsprechender Mitwirkung bei der Durchführung in Kenntniß gesetzt.

(Forensisches.) Es dürfte unseren Lesern noch in Erinnerung sein, daß in Mailand nach Anwendung eines in einem dortigen Institute hergestellten Diphtherie-Heilserums zahlreiche Fälle von Tetanus, darunter einige mit letalem Ausgange, vorgekommen sind. Das Mailänder Gericht hat nun — wie wir erfahren — nach eingehender Voruntersuchung beschlossen, gegen den Director des Serum Institutes die strafgerichtliche Verfolgung einzuleiten.

(Der XI. Congreß russischer Naturforscher und Aerzte) wird vom 20.—30. December d. J. in St. Petersburg stattfinden. Das Präsidium des Congresses besteht aus den Proff. MENTSCHUTKIN, INOSTRANZEW, BORGMANN und SCHEWJAKOW. Von den 12 Sectionen des Congresses sind 3 medicinische, und zwar: Für Anatomie und Physiologie, für wissenschaftliche Medicin und für wissenschaftliche Hygiene.

(Corpus veterum medicorum.) Die königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin und die Dänische Akademie zu Kopenhagen haben beschlossen, eine vollständige Sammlung der gesamten medicinischen Literatur des Alterthums zu veranstalten, die den oben angeführten Titel tragen soll. Die wichtigste Vorarbeit dazu ist die Durchforschung aller Bibliotheken des Abend- und Morgenlandes, welche griechische Handschriften enthalten; dann beginnt die Sichtung der Stoffmasse. Von welchem Umfange diese ist, kann man schon daraus ermessen, daß GALEN, der fruchtbarste Schriftsteller unter allen alten Aerzten, 250 Werke hinterlassen hat, darunter einige in 12—16 Bänden, von welchem Nachlasse noch die volle Hälfte erhalten ist. Eine besondere Schwierigkeit liegt für die Ausführung in der weitverzweigten Uebersetzungsliteratur, indem manches nur in orientalischen Sprachen erhalten ist, manches Griechische auch durch die antike lateinische Uebersetzung verbessert und vervollständigt wird.

(Statistik.) Vom 29. September bis incl. 5. October 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6109 Personen behandelt. Hievon wurden 1200 entlassen; 144 sind gestorben (8.6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 50, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 21, Scharlach 68, Masern 26, Keuchhusten 15, Rothlauf 19, Wochenbettfieber 3, Rötheln —, Mumps 3, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 478 Personen gestorben (— 95 gegen die Vorwoche).

Braunschweiger Doppel-Schiffsmumme, in der Bier- und Mumbrauerei von Franz Steger in Braunschweig hergestellt, ist ein sterilisiertes, alkoholfreies Nährpräparat, das sich als ein Extractum Malti fluidum präsentirt und von Christian Mumme im Jahre 1492 zuerst gebraut wurde. Das Präparat, das durch Sterilisation von entwicklungsfähigen Keimen vollkommen befreit und dadurch haltbar und jederzeit versandtfähig gemacht ist, stellt sich durch seinen großen Gehalt an leicht assimilirbaren Nährsubstanzen den besten Malzextracten an die Seite, gestattet aber durch seine flüssige Beschaffenheit eine bequemere Dosirung als diese. Durch Zusatz von Eisen, Chinin, Mangan und Eisen etc. erhält dasselbe neben dem diätetischen auch einen therapeutischen Werth. Der Gebrauch der sterilisirten Mumme ist angezeigt: bei allgemeiner Körperschwäche, Magerkeit, bei Husten, Heiserkeit, Brust- und Lungenkatarrh, überhaupt bei Krankheiten der Athmungsorgane. Erwachsene nehmen täglich 2—4 Eßlöffel voll mit Wasser, Milch, Bier, Wein, Fleischbrühe oder anderen Getränken. Kinder trinken Mumme besonders gern. Bei diesen wird die Dosis entsprechend verringert. Ein besonders bevorzugtes und angenehm schmeckendes Getränk ist Mumme mit Chocolate, die durch Mischen einer Tasse Chocolate mit einem Eßlöffel voll Mumme hergestellt wird. Es mag noch besonders hervorgehoben werden, daß sich die Mumme als ausgezeichnetes Vehikel für schlecht schmeckende Arzneien eignet. Dies gilt namentlich für styptische Eisenpräparate und schlecht schmeckende Mineralwässer, wie Leviso- und Roncegnowasser. Die Generalvertretung für Oesterreich-Ungarn, Carl Barolin, Wien, VII/1, Apollgasse 8, hält $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ Originalflaschen auf Lager und stellt Probeflaschen den Herren Aerzten zur Verfügung.

INHALT: RUDOLF VIRCHOW. Zu seinem 80. Geburtstage. — **Originalien und klinische Vorlesungen.** Die Bedeutung der Ionen-Theorie für die physiologische Chemie. Von Prof. TH. PAUL in Tübingen. — Die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten. Von Dr. FERDINAND WINKLER in Wien. — Aetiologisches zum Morbus hungaricus. Von Dr. TIBERIUS von GYÖRY in Budapest. II. — **Referate.** ROSE (Straßburg i. E.): Ueber den Verlauf und die Heilbarkeit der Bauchfelltuberculose ohne Laparotomie. — HEINLETH (Reichenhall): Ueber maligne Geschwülste der Tonsillen. — HERMANN GUTZMANN (Berlin): Ueber die Behandlung der Aphasie. — LANDAU (Nürnberg): Ueber die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei internen Erkrankungen. — HONSELL (Tübingen): Ueber die Anwendung reiner Carbonsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen. — DREESMANN (Köln): Ueber Wismuth-Intoxication. — A. OTT (Oderberg): Zur Kenntniß des Kalk- und Magnesiastoffwechsels bei Phthisikern. — A. PROCHASKA (Zürich): Untersuchungen über die Anwesenheit von Mikroorganismen im Blute bei Pneumoniekranken. — JAEGER (Königsberg): Ueber Amöbenbefunde bei epidemischer Dysenterie. — LEOP. LAQUER und CARL WIEGERT (Frankfurt a. M.): Beiträge zur Lehre von der Erb'schen Krankheit. — KURT MENDEL (Berlin): Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva. — **Literarische Anzeigen.** Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorganes. Von Dr. med. E. AMMANN, Augenarzt in Winterthur. — Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. — **Feuilleton.** Die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. (Orig.-Corresp.) III. — **Kleine Mittheilungen.** Die interne Behandlung der Perityphlitis. — Alboferin. — Dionin bei Kinderkrankheiten. — Entfettungscuren. — Bei Malaria. — „Purgatin.“ — Unguentum Credé. — Ist Fischkost ratsamer als Fleisch bei harnsaurer Diathese und Nephritis. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) III. — **Notizen.** Ein Erfolg der Aerzteschaft in der Meisterkranken-cassenfrage. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.



Kufeke's Kindermehl

Verhütet und beseitigt **VON ERSTEN AUTORITÄTEN EMPFOHLEN. BESTER ZUSATZ ZUR MILCH!**
Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe, Obstipation etc.
Arztl. Litteratur u. Proben gratis u. franco
Bergedorf- FABRIK DIÄT. NÄHRMITTEL **Wien**
Hamburg. **R. KUFEKE** I., Nibelungengasse 8.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Deutsch, Dr. med. W., Der Morphinismus.

Eine Studie. 8°. 1901. geh. M. 4.—

Ebstein, Geheimrat, Prof. Dr. W., Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis.

8°. 1901. geh. M. 5.40.

Marchand, Geheimrat, Prof. Dr. F., Der Process der Wundheilung

mit Einschluss der Transplantation. Mit 108 Abbildungen. gr. 8°. 1901. geh. M. 20.—

(Sonderausgabe der Deutschen Chirurgie, Lieferung 16.)

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inerate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber methodische Anwendung heißer Scheidenirrigationen (Innendouchen) bei Frauenleiden. Von Dr. med. et phil. JAMES EISENBERG in Wien. — Die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie. Von Dr. H. STREBEL in München. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** H. NEUMANN (Berlin): Ergebnis der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Cretinismus. — L. MOHR und H. SALOMON (Frankfurt a. M.): Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Oxalsäurebildung und -ausscheidung beim Menschen. — JONAS (Liegnitz): Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin, ihre sociale und forensische Bedeutung. — C. MOELI (Berlin): Ueber die Familienpflege Geisteskranker. — A. LASKER (Freiburg i. B.): Erfahrungen über die Diazoreaction bei Infectionskrankheiten. — CHLUMSKÝ (Prag): Ueber einen resorbirbaren Darmknopf. — LECLAINCHE et VALLÉE (Toulouse): Recherches expérimentales sur le charbon symptomatique. — NESSEL (Prag): Wie viel gesalzen werden soll. — **Literarische Anzeigen.** Ergebnisse der vom Deutschen Reiche ausgesandten Malaria-Expedition. Vortrag, gehalten in der Abtheilung Berlin-Charlottenburg der deutschen Colonialgesellschaft von Prof. Dr. R. KOCI. — Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Von Dr. RUDOLF SAVOR, Privat-Dozent an der Wiener Universität. — **Feuilleton.** Prager Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Kleine Mittheilungen.** Hetolinjectionen. — Beitrag zur medicamentösen Therapie der subacuten und chronischen Bronchitis. — Bei Bronchiektasien. — Unguent. Credé. — Eumenol, Dionin und Stypticin. — Fersan. — Zur Entfernung von Ephemiden. — Ein Verfahren des Dammschutzes. — Die Resultate der Castration bei Hodentuberculose. — Die Ursachen der Carbolgangrän. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) IV. — **Notizen.** Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber methodische Anwendung heißer Scheidenirrigationen (Innendouchen) bei Frauenleiden.

Von **Dr. med. et phil. James Eisenberg,**
Frauenarzt in Wien.

Schon im Jahre 1859 bediente sich EMMET¹⁾ zuerst warmer, dann heißer Wasserinjectionen zur Behandlung einzelner Frauenleiden, nachdem vor ihm KIWISCH²⁾ und RECLUS die Anwendung warmer Vaginaldouchen bei torpider Ammenorrhoe, Menstruatio vicaria, chronischer Anschoppung und Induration der Gebärmutter empfohlen hatten.

EMMET benützte die Irrigationen hauptsächlich zur Vorbehandlung der von ihm empfohlenen operativen Heilung von Rissen der Cervix und bezeichnete sie als werthvollstes Linderungs- und Erleichterungsmittel, sowie als souveränes Mittel, um den Gefäßen Tonus zu geben und den vorhandenen Congestionszustand zu beseitigen.

Trotz der energischen Befürwortung durch eine so hervorragende Autorität, wie EMMET, scheinen die heißen Douchen damals keine allgemeine Verbreitung gefunden zu haben, sondern haben sich erst durch ihre Anwendung im Puerperium eine sichere Stellung in der Therapie erworben.

MANN³⁾ veröffentlicht 1875 die ersten Fälle von Behandlung von Blutungen nach Abortus mit Heißwasserirrigationen; WINDELBAND⁴⁾, der durch diese Mittheilung angeregt, diese

¹⁾ T. EMMET, Therapie der Uteruskrankheiten. — Die Behandlung der Risse des Cervix uteri. Uebersetzt von Dr. VOGEL, Berlin 1878.

²⁾ KIWISCH, Krankheiten der Gebärmutter, Prag 1845, pag. 48.

³⁾ „Allg. med. Centralzeitung“, 1875, pag. 8.

⁴⁾ „Deutsche med. Wochenschrift“, 1876, Nr. 24.

Methode in weiteren Fällen von Blutungen, bei Placenta praevia, Fibroiden und Carcinomen sowie profusen Menstruationen benutzt, berichtet 1876 über glänzende Erfolge und glaubt, daß durch die Anwendung der heißen Douchen ein wesentlicher Umschwung in der Behandlung der Gebärmutterblutungen und der sie hervorrufenden physiologischen und pathologischen Vorgänge stattfinden werde. Damals kamen Temperaturen von 38—41°C. zur Anwendung. WINDELBAND glaubt auch der physiologischen Erfahrung gegenüber, daß Wärme im Allgemeinen erschläft und Gefäße erweitert, somit eigentlich erst recht zu Blutungen führen sollte, aufmerksam machen zu müssen, daß es nicht Wärme, sondern Hitze ist, die in diesen Fällen applicirt wird, daß wir es ferner mit einem contractilen Organ von sehr leichter Erregbarkeit zu thun haben, und daß die blutstillende Wirkung lediglich von dem Reiz herrührt, den die Hitze auf die Muskelfasern der Gebärmutter ausübt.

Erst die exacte Untersuchung von RUNGE⁵⁾ 1877 brachte sowohl eine experimentelle als auch klinische Stütze für die Empfehlung von heißem Wasser als eines therapeutischen Mittels, und besonders die in dieser Arbeit ermittelten Thatsachen beseitigten für immer die Bedenken gegen seine Anwendung.

Von diesem Zeitpunkte an mehrten sich in der Literatur die Berichte über günstige mit diesem Verfahren erzielte Erfolge.

FRITSCH⁶⁾ macht 1878 gelegentlich eines Referates über eine Arbeit von EMMET auf die heißen Douchen besonders aufmerksam und erwähnt, daß neben der beruhigenden Wirkung derselben es mit Hilfe der Heißwasserbehandlung ge-

⁵⁾ „Archiv f. Gynäkologie“, 1877.

⁶⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, Bd. 2, pag. 14.

lingt, Exsudate, die allen Badecuren, Umschlägen etc. Trotz bieten, schließlich zum Schwinden zu bringen. Auch EMMET betont schon den äußerst wohlthätigen, beruhigenden Einfluß und sagt, er kenne kein besseres Mittel, um die Nervosität und Schlaflosigkeit einer hysterischen Frau zu beseitigen, als eine prolongirte Heißwasserinjection, die durch eine erfahrene Hand applicirt wird.

LANDAU⁷⁾ empfiehlt die Douchen bei Blutungen außerhalb des Puerperiums, ROKITANSKY sowie BANDL⁸⁾ und HEITZMANN⁹⁾ bei starren Exsudaten nach Pelveoperitonitis. DUDLEY¹⁰⁾, der sie bei chronischer Metritis und alten Beckenexsudaten anwendet, gibt 1880 bestimmte Regeln für ihre Anwendung. Die Injectionen seien stets in der Rückenlage zu geben, bei erhöhten Hüften und niedrigen Schultern, damit die Scheide immer gebadet wird. Die Dauer der Anwendung betrage 20 Minuten, die Temperatur des Wassers müsse so hoch sein, als es die Patientin ertragen kann und sei täglich zu steigern von 38—48° C. Die Behandlung müsse meistens monatelang fortgesetzt werden, da nur durch Ausdauer eine Wirkung erzielt wird.

1881 berichtet BENICKE¹¹⁾ über äußerst günstige Erfolge und gibt als Indicationen an: Subinvolution des puerperalen Uterus, chronische Metritis, Exsudate in der Umgebung des Uterus; bei letzteren Zuständen sei die Wirkung eine doppelte, eine beruhigende (Nachlassen der Schmerzen, infolge davon besserer Schlaf, leichtere und schmerzfreie Stuhlentleerung) und eine resorbirende. BENICKE hebt auch den Unterschied zwischen warmen und heißen Irrigationen hervor; erstere verursachen oft eine Erschlaffung der Gewebe, letztere eine Contraction.

Aus dem poliklinischen Material von MARTIN¹²⁾, der besonders viel von der Wirkung der heißen Douchen hält, und sie dringendst empfiehlt, veröffentlichten 1881 BERTEAM und 1882 FRERICH¹³⁾ Arbeiten mit Krankengeschichten nebst genauen Angaben über die Methodik und Indicationsstellung. Die erzielten Resultate waren sehr günstige; 80% Heilungen respective Besserungen in subjectiver wie in objectiver Hinsicht. FRERICH, der vorwiegend nur bei Para- und Perimetritis, Oophoritis und Perioophoritis die heißen Irrigationen in Anwendung brachte, konnte beobachten, daß die lebhaften Schmerzen der Patienten in der Regel schon nach den ersten Tagen nachließen, um im weiteren Verlaufe der Behandlung ganz zu schwinden; die Exsudate nahmen an Umfang ab, wurden weicher und kamen zur Resorption.

BUDIN¹⁴⁾ empfiehlt Heißwasserdouchen nicht nur bei uterinen Blutungen im Klimakterium infolge von Myomen, sondern auch bei chronischer Metritis und Perimetritis.

Von den verschiedenen Autoren wird auch über die Art der Anwendung berichtet und im Allgemeinen darauf aufmerksam gemacht, daß die Wirkung nur dann eine eclatante sei, wenn die Frau bei Vornahme der Douche die Rückenlage mit erhöhten Hüften einnehme.

FRITSCH, der ein besonders eifriger Anhänger dieser Methode ist und dieselbe 1885 auch für Fälle, bei denen eine protrahirte schmerzhaft Menstruation nicht aufhören will, als blut- und schmerzstillendes Mittel empfiehlt, betont¹⁵⁾ aber ausdrücklich, daß es bei diesen Maßnahmen mehr wie bei allen anderen therapeutischen nicht allein auf das „Was“, sondern auf das „Wie“ ankäme. Er beschreibt¹⁶⁾, da, wie er

sagt, häufig die besten Neuerungen sich deshalb schwer einführen, weil sie unbequem in der Handhabung sind, ein „sehr einfaches Verfahren“, um diese heißen Irrigationen auszuführen, in folgender Weise: „Man stellt auf einen Tisch am Bett ein Gefäß, z. B. einen Eimer, der circa 20—30 Liter heißen Wassers enthält. In ihm befindet sich die bekannte Hebevorrichtung: Bleiplatte, Gummischlauch und Mutterrohr. Die Patientin liegt auf einer Bettschüssel. Am Ausgangsrohr des Gefäßes befindet sich ein durchbohrter Stöpsel. Ein Glasrohr ist durch den Stöpsel geführt, das eine innere Ende desselben trägt ein circa 10 Cm langes Stück Gummirohr, welches an die tiefste Stelle des Gefäßes sinkt, das andere äußere Ende trägt ein Gummirohr, welches in einen am Fußboden stehenden Eimer reicht. Ist der Apparat mit Wasser gefüllt, so versehen die 2 Heber ihren Dienst und die Irrigation geht vor sich. Läßt man täglich 20—30 Liter heißen Wassers auf diese bequeme Weise einlaufen, so sind die Erfolge ganz überraschend.“

Stellt man sich die geschilderte Manipulation vor, wie sie thatsächlich heute noch vom Arzte am zweckmäßigsten verordnet wird, so kann man keineswegs von einer „bequemen“ Weise der Anwendung sprechen. Man denke sich in einem Haushalt dieses umständliche und mühevollere Verfahren, ferner die Nothwendigkeit einer helfenden Person, die schon seinerzeit EMMET betonte, und man wird begreiflich finden, daß die Patienten entweder die Vorschriften nicht in der richtigen Art und Weise ausführen, oder aber die Geduld verlieren werden, sich täglich Wochen hindurch der ganzen umständlichen Procedur zu unterziehen. Die Folge davon ist aber dann der ganz ausbleibende oder mangelhafte Erfolg und eine Entwerthung dieser so wirksamen Therapie.

Nachdem ich mich seit längerer Zeit für diese Behandlungsart interessire, habe ich es erst versucht, den Vorgang der Procedur im Hause der Patientin selbst zu überwachen, auch kleine Anlagen im Badezimmer der Patientin construiren und die Irrigationen von Wärterinnen ausführen lassen; ebenso habe ich versucht, die Douchen in meiner Ordination selbst zu verabfolgen. Letzteres ist jedoch wegen Zeit, Platz und Personalmangel undurchführbar; ersteres scheitert an Unbequemlichkeiten und Geldauslagen. Ich habe mir daher ein eigenes kleines Institut zur Vornahme heißer Innendouchen errichtet, in welchem seit einiger Zeit unter meiner Leitung und Ueberwachung eines geschulten Personals Patienten diesem Verfahren unterzogen werden können. Durch eigens construirte Apparate und Regulatoren wird es ermöglicht, jeden Moment beliebig heiß temperirtes Wasser in genügender Menge zu erhalten. Thermometer zeigen die Temperatur des Wassers vor Eintritt in die Vagina an. Eigene Ruhelager mit Abflußvorrichtung ermöglichen den Patienten die richtige bequeme Lage während der einzelnen Sitzung.

Auf diese Weise ist es mir möglich gewesen, die Wirkung der Douchen auf eine Reihe von Krankheitsprocessen an verschiedenen Patienten unter genauer Controle zu erproben und sowohl die Indicationen zu fixiren, als auch über die Temperaturgrenze, die Menge des Wassers, sowie die nöthige Dauer der Einwirkung Erfahrungen zu sammeln.

Vor Allem zeigte es sich, daß Erfolge, die früher zu beobachten ich nicht in der Lage war, rasch und eclatant zutage traten, und daß sich die Patienten sehr gerne der Behandlung unterzogen, da sich schon in kürzester Zeit ein wohlthuender Einfluß auf die Schmerzen bemerkbar machte.

Gerade in der jetzigen Zeit, in der die Gynäkologie erfolgreich einer übermäßigen Ausdehnung der operativen Indicationsstellung entgegentritt, und conservative Behandlungsmethoden wieder mehr zur Geltung kommen, schien es mir angezeigt, diese nicht hoch genug zu schätzende Behandlungsart allgemein zugänglich zu machen.

Bei meinen Versuchen konnte beobachtet werden, daß hohe Temperaturen bis 50° C. ohne unangenehme Empfindung und ohne den geringsten Schmerz von den Frauen in der

⁷⁾ „Archiv f. Gynäkol.“, 1876 (Grazer Naturforscherversammlung 1875).

⁸⁾ Handbuch für Frauenkrankheiten, Bd. 2, pag. 900.

⁹⁾ HEITZMANN, Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe, Wien 1883.

¹⁰⁾ „Chicago med. gaz.“, 1880, Ref. „Centralblatt für Gynäkologie“, 1880, Nr. 7.

¹¹⁾ „Berl. klin. Wochenschr.“, 1881, Nr. 25.

¹²⁾ MARTIN, Aetiologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

¹³⁾ Inaug.-Dissertation, Berlin 1882, FRERICH, Neuere Beobachtungen über die heißen Scheidenirrigationen bei Frauenleiden.

¹⁴⁾ Ref. „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1886, pag. 627.

¹⁵⁾ „Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkologie“, 1882, VIII, 1. Heft.

¹⁶⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, Bd. 5, pag. 391.

Vagina vertragen werden, wenn nur Sorge getragen wird, daß die äußeren Genitalien und die umliegende Hautregion vor der Berührung mit dem heißen Wasser geschützt werden.

Schon von den ersten Autoren, die für diese heißen Douchen eintraten, wurde empfohlen, die äußeren Theile mit Fett zu bestreichen und so gegen die Hitze unempfindlich zu machen, ein Verfahren, welches heute noch allseits geübt wird. Dabei zeigt sich, daß die Hitze doch oft unangenehm verspürt wird, besonders wenn nicht alle Theile mit dem Fett, und zwar im reichlichen Maße versehen sind, und daß diese Manipulation recht unbequem und unappetitlich ist. Aus diesen Gründen wurden eigene Heißwasserspüler von STRATZ¹⁷⁾, BAUMGARTNER¹⁸⁾ und WALZER¹⁹⁾ angegeben, die alle darauf beruhen, daß Apparate in die Vagina eingeführt werden, die gegen die Vulva abschließen und es ermöglichen, daß das heiße Wasser durch ein in dieselben eingeführtes Mutterrohr einen Zulauf und nebstdem das abfließende einen Ablauf erhält. Ich benütze schon seit längerer Zeit modificirte BANDLsche Specula mit Ablaufrinne in der Weise, daß erstens eine Feder an der oberen vorderen Wand eingefügt ist, die das Mutterrohr hält, zweitens kleine Haken angebracht sind, mittels derer das Speculum an einem Gummitrageband, das um die Taille der Patientin gelegt wird, fixirt werden kann. Dadurch fällt die große Unbequemlichkeit für die Patientin weg, den Apparat die ganze Zeit der Anwendung halten zu müssen, was bei allen übrigen Heißwasserspülern nothwendig ist, da das geringste Herausgleiten ein Verbrennen nach sich zieht. Eine Gummipatte von Gestalt eines Kreises, an dem ein kleiner Sector fehlt, schließt das Lumen des Speculum nach außen ab und besitzt in der Mitte eine Oeffnung zum Einführen des Mutterrohres. Der Abfluß geschieht durch die seitliche Oeffnung, in die Rinne.

Bei dieser Art der Anwendung konnte ich einen überraschend günstigen Einfluß auf parametritische Exsudate beobachten und die günstige Wirkung auch bei anderen Processen feststellen, so bei chronischer Metritis, Subinvolutio uteri und fixirter Retroversio flexio uteri zur Erweichung der Fixationen und Stränge.

Was die Dauer der täglichen Einwirkung anlangt, so wird am besten mit 5 Minuten begonnen, um bis zu 20 Minuten aufzusteigen, was leicht ausführbar ist, da die Patienten selbst eine längere Dauer der Einwirkung wünschen, weil sie bei derselben eine beruhigende Empfindung verspüren. Es ist geboten, mit der niedrigsten Temperatur von 37° C. und einer kurzen Dauer der Einwirkung von 5 Minuten die Behandlung zu beginnen, da ausnahmsweise doch einige Frauen die höheren Temperaturen am Anfang nicht vertragen, manchmal sogar dieselbe Frau zu verschiedenen Zeiten anders reagirt. Besonders bei entzündlichen Processen ist Vorsicht am Platze, da es oft nicht möglich ist, zu beurtheilen, ob der acute Proceß schon ganz abgelaufen ist und eine solche Behandlung zur Zeit schon indicirt erscheint. Die Zeit zu bestimmen, wie lange eine solche Cur fortzusetzen ist, geht nicht gut an, da dies großen Schwankungen unterworfen ist. Exsudate, Fixationen werden oft eine wochen- und monatelange Behandlung erfordern, chronisch-entzündliche Prozesse eine kürzere Zeit, während bei Blutungen sich oft eine periodische Anwendung als zweckmäßig erweisen wird. Die Douchen sollen täglich verabfolgt werden; in der Zeit der Menstruation sind sie auszusetzen, ausgenommen, wenn sie gegen Störungen bei derselben direct verordnet sind.

Im nachfolgenden seien aus meinen Protokollen einige besonders charakteristische Krankengeschichten kurz angeführt.

1. Frau E. A., 38 Jahre, hat vor 4 Jahren ein fieberhaftes Wochenbett durchgemacht. Pat. soll damals 4 Monate gelegen sein und sich dann nur langsam erholt haben. Nachdem sie 2 Jahre nacheinander in Franzensbad gewesen war, erholte sie sich soweit, daß sie

den häuslichen Arbeiten nachgehen konnte. Zur Zeit der Aufnahme bestehen Schmerzen im Kreuz und Bauch, die ein längeres Gehen und Stehen unmöglich machen. Der Uterus ist in ein großes, starres Exsudat eingebettet, das rechts und hinter demselben liegt und die ganze rechte Beckenhälfte einnimmt.

Diagnose: Parametritis exsudativa chronica. Bereits nach 10 heißen Innendouchen fühlte sich Pat. leichter, konnte ohne besondere Schmerzen Stiegen steigen, was früher äußerst schmerzhaft war. Die Behandlung wurde 3 Monate lang fortgesetzt und erzielte vollkommene Schmerzfreiheit. Das Exsudat wurde allmählich kleiner und weicher, der Uterus beweglicher; die rechten Adnexe lassen sich abtasten. Pat. steht derzeit noch in Massagebehandlung, um die Reste des Exsudates zum Schwinden zu bringen und den Uterus vollkommen frei und beweglich zu machen.

2. Frau F. K., 36 Jahre, hat 1/2 Jahr vor Uebernahme in die Behandlung einen Tubar-Abort überstanden. Nach 3wöchentlicher Bettruhe, nachdem die Schmerzen vollkommen nachgelassen und keine weiteren Blutungen aufgetreten waren, konnte ein mannfaustgroßer Tumor hinter dem Uterus nachgewiesen werden, der, hart dem Uterus angelagert, denselben immobilisirt.

Diagnose: Haematokele retrouterina. Nachdem das Eintreten einer normalen Menstruation abgewartet worden, wird vorsichtig mit heißen Innendouchen begonnen. Dieselben werden sehr gut vertragen und hatten nach 40 Sitzungen eine vollständige Resorption des Tumors zur Folge. In diesem Falle war die besonders schnelle vollständige Aufsaugung auffallend; nach Ablauf von vier Monaten vom Tage der Erkrankung an gerechnet, war absolut nichts Abnormes mehr am Genitalapparat zu finden.

3. Frau M. J., 36 Jahre, litt seit 1 Jahr an vehementen Schmerzen, so daß sie meistens bettlägerig und nicht der geringsten Arbeitsleistung fähig war. Zu Anfang der Erkrankung soll Pat. 3 Wochen lang gefiebert haben. Bäder und Ichthyolbehandlung brachten leichte Besserung. Beiderseits vom Uterus Tumoren nachweisbar, rechts kindskopf-, links faustgroß; dieselben sind fast unbeweglich und sehr druckempfindlich. Nähere Details nicht differenzirbar.

Diagnose: Pelveoperitonitis chronica. Mit großer Vorsicht wurden Douchen applicirt, die gleich anfangs der Patientin große Erleichterung verschafften. Ohne daß sich am Befund etwas geändert hätte, war Pat. nach Anwendung von 20 Douchen beinahe schmerzfrei. Die früher unregelmäßigen Menses waren nach vier Wochen ohne Schmerzen eingetreten. Nach 40 Douchen konnte ein detaillirter Befund aufgenommen werden. Derselbe ergab rechterseits einen über faustgroßen Tumor mit deutlicher Fluctuation, der dem Uterus eng anlag und mäßige Beweglichkeit zeigte; linkerseits eine fingerdicke Tube, die zusammen mit dem circa kastaniengroßen Ovarium einen adhärennten, leicht druckempfindlichen Tumor darstellte (Perisalpingo-Oophoritis sin. Pyosalp. dext.). Die der Pat. angerathene Operation zur Entfernung der erkrankten Adnexe wird von derselben zurückgewiesen, da dieselbe derzeit über keinerlei Schmerzen zu klagen hat und sich wohl fühlt.

4. Frau T. L., 25 Jahre, hat vor 7 Jahren nach 6monatlicher Verheirathung mit 6 Wochen abortirt und im Anschluß daran ein fieberhaftes Wochenbett mitgemacht. Seit dieser Zeit ist sie leidend. Schmerzen im Bauch und Kreuz, Schmerzen bei der Menstruation und beim Coitus. Nebst dem ist die Pat. sehr deprimirt. Untersuchung ist ungemein schmerzhaft, Uterus in Retroversio-flexio. Jeder Versuch, denselben herauszuheben, löst heftige Schmerzen aus, die Schmerzen sind hauptsächlich in der Berührung und Zerrung der sehr veränderten, nach rückwärts gelagerten und adhärennten Adnexe begründet. Im Urethralsecret Gonokokken nachweisbar.

Diagnose: Retroversio-flexio uteri fixata, Salpingo-Oophoritis bilateralis gonorrhoeica chronica. Unter diesen Umständen war eine Massagebehandlung undurchführbar und eine Radicaloperation indicirt. Letzteres wurde der Pat. auch andersorts, nachdem durch verschiedene locale Therapien keine wesentliche Besserung erzielt worden war, angerathen. Da die Pat. nebst Befreiung von ihren Schmerzen auch noch die Wiedererlangung der Conceptionsfähigkeit vor allem erwünschte, ließ sie sich nicht operiren. Behufs Ueber-

¹⁷⁾ Handbuch d. Frauenkrankheiten, Bd. 1, pag. 943.

¹⁸⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1898, pag. 433.

¹⁹⁾ „Monatsschrift f. Geburtshilfe“, 1897, V, pag. 7.

nahme in Massagebehandlung suchte mich die Pat. auf. Ermuthigt durch die Fälle, in denen bei erkrankten entzündlichen Adnexen die Douchen nicht nur vertragen wurden, sondern schnell schmerzstillend wirkten, wurden dieselben auch hier versucht. Nach fünfwöchentlicher Behandlung hatten die Schmerzen so weit nachgelassen, daß eine genaue bimanuelle Untersuchung ermöglicht war und mit der Lösung des Uterus aus seinen Fixationen vorsichtig begonnen werden konnte. Es wurden im Ganzen 70 heiße Innendouchen angewendet, bis es gelungen war, den Uterus nach vorn zu bringen und ihn in dieser Lage durch ein Pessar zu erhalten. Obwohl in diesem Falle von einer Heilung nicht die Rede sein konnte, so war doch der mit den Innendouchen erzielte Erfolg ein ungemein befriedigender. Pat. befindet sich jetzt 2 Monate nach der Behandlung sehr wohl.

5. Frau A. G., 50 Jahre, leidet seit Jahren an profusen Blutungen, die anschließend an die 2—4wöchentlich auftretenden Menstruationen bestehen und die Pat. sehr heruntergebracht haben. Ich sah dieselbe das erstemal 1897 in einem sehr erregten Zustand; Puls 125—130, unregelmäßig, aussetzend. Es bestanden Angstgefühle und heftiges Herzklopfen. Abdomen durch ein bis zum Nabel reichendes Fibromyom vorgewölbt. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalt in einer Kaltwasserheilanstalt besserten sich die Herzsymptome. Da gegen die Blutungen Ergotin sowohl per os, als auch subcutan und per rectum ohne nennenswerthe Besserung angewandt worden war, wurde eine operative Entfernung der Tumoren angerathen. Da sich die Pat. nicht leicht dazu entschließen konnte, und andere Momente, wie die Herzzustände, die starke Fettleibigkeit, die Nähe des Klimacteriums, gegen den operativen Eingriff sprachen, wurde noch eine strenge Cur mit heißen Innendouchen versucht. Die Pat. gebrauchte dieselben erst zuhause, dann in einem deutschen Badeorte, Landeck in Schlesien, wo ebenfalls eigene Vorrichtungen für diese Behandlungsart durch Dr. LACHMANN eingeführt sind. Die erste Blutung stellte sich erst nach 20 Douchen ein. Im Ganzen wurden 80 verabreicht mit dem Erfolge, daß die Menstruationen zunächst normale Dauer und Intensität annahmen, bis nach Jahresfrist endgiltige Menopause eintrat. Pat. ist seit dieser Zeit vollkommen wohl.

6. Frau T. S., 52 Jahre, 4 Partus, letzter vor 14 Jahren. Menses regelmäßig bis vor 4 Jahren. Seit dieser Zeit unregelmäßig, nach 18—26 Tagen wiederkehrend, profus, oft 8 Tage andauernd. Vor 3 Jahren Excochleation, die für 4 Monate Besserung brachte. Vor 2 Jahren wegen neuerlicher starker Blutverluste abermals Excochleation. Als ich die Pat. das erstemal vor 1 Jahr sah, war gar nichts Abnormes zu finden, Uterus, Parametrien, Adnexe normal.

Diagnose: Endometritis beim Eintritt ins Klimacterium. Die Blutungen dauerten 10—12 Tage und hatten die Pat., die nebstbei an starken Wallungen litt, sehr heruntergebracht. Hier war der Effect der heißen Douchen ein besonders schöner. Nach zwölf Douchen trat die erste Blutung auf, während welcher die Behandlung fortgesetzt wurde. Dauer der Blutung 6 Tage. Die nächste Blutung nach 25 Tagen, Dauer 4 Tage, die dritt nächste nach 5 Wochen, die weitere nach 6 Wochen von nur zweitägiger Dauer. Hierauf keine Blutung mehr. Pat. ist jetzt bereits 5 Monate im Klimacterium und frei von allen Beschwerden. Im Ganzen wurden 115 Douchen angewandt.

Zum Schluß sei noch ein Fall erwähnt, wo die suggestive Wirkung der Application der Douchen sich geltend machte.

Schon FRITSCH²⁰⁾ macht darauf aufmerksam, daß es Patienten gibt, wie er sagt, „thörichte, hysterische Frauen, deren Hauptklage ist, daß nichts geschehe und keine kräftigen Mittel angewandt werden. Derartige Patienten sind oft von den umständlichen Vorbereitungen und mühevollen Manipulationen dieser Therapie sehr entzückt.“ Umsomehr Wirkung versprach ich mir von der Anwendung der Innendouchen im Institut mit seinen verschiedenen Apparaten und Regulatoren.

7. Frau R. G., 26 Jahre, 1 Partus vor 3 Jahren, seit dieser Zeit kränklich, immer Schmerzen, während der Menstruation Krämpfe und Ohnmachten, glaubt ein schweres Frauenleiden zu haben, weswegen schon eine Reihe von Specialisten befragt und verschiedene Curen, jedoch ohne Erfolg, unternommen worden waren. Im Bereich des Genitale nichts Abnormes nachweisbar.

Diagnose: Hysterie. Nach Anwendung der ersten Douchen ein selbständiger Anfall von Krämpfen verschiedener Art. Pat. gewöhnt sich allmähig, behauptet von einem zum anderen Behandlungstag ruhiger zu werden. Die Schmerzen lassen nach und hauptsächlich die früher bestandene Schlaflosigkeit hört vollkommen auf. Pat. behauptet, noch nie so ruhig geschlafen zu haben als an den Tagen der Anwendung der Douchen.

Obwohl die heißen Irrigationen als therapeutisches Mittel Gemeingut der Specialisten sowohl, wie sämtlicher praktischen Aerzte geworden sind, wird die Wirkung derselben und ihre ausgebreitete Anwendbarkeit doch nicht genug gewürdigt, da, wie ich glaube, bisher die Art der Anwendung keine genügend controlirbare war, und das Verfahren ein doch zu umständliches ist, um der Patientin selbst überlassen zu bleiben. Mit Geduld lassen sich außerordentliche Erfolge erzielen, und zwar rascher und vollständiger, wie durch lange kostspielige Curen in Badeorten.

Meine Versuche haben sich auch auf die Wirkung heißer Douchen in den Mastdarm erstreckt. Dieselben sind früher von MARTIN²¹⁾ und PLATON²²⁾ versucht worden. Letzterer läßt per rectum 1 Liter 50° C. heißes Wasser einfließen und eine halbe Stunde einwirken. Ich habe mittels eigener kleiner Apparate, ähnlich dem ATZBERGER'schen Kühlapparate, auch per rectum prolongirte heiße Irrigationen einwirken lassen. Während die Scheidendouchen bloß die vaginalen Wände und das Collum uteri bespülen, kommen die Rectaldouchen nur getrennt durch die dünne Mastdarmwand, viel inniger und in weiterem Umfang mit dem Uteruskörper und seinen Anhängen in Berührung, so daß durch die Vereinigung beider Proceduren Uterus und Parametrien sich wie in einem Bade befinden und so die Resorption günstiger beeinflusst werden kann. Ueber die Wirkung und Anwendung dieser Rectaldouchen, die auch gegen starke Blutungen mit nicht klarer Aetiologie bei Virgines Anwendung finden können, behalte ich mir vor, später zu berichten, bis mir größere Erfahrung darüber zu Gebote stehen wird.

Übersieht man die mit den heißen Innendouchen angestellten Versuche und gemachten Erfahrungen, so ergeben sich dreierlei Arten der Anwendung, bezw. ihrer Wirkung.

In vielen Fällen wirken die Douchen direct heilend infolge von Resorption von Exsudaten, Hämatokelen, durch Anregung zur Contraction und Blutstillung bei Subinvolutio uteri, Atonie post partum und abortum, Endometritis im Klimacterium und bei Myomen. Die Art der Einwirkung liegt wohl in einer Veränderung der Circulationsverhältnisse in der Umgebung der Exsudate und Schwielen. Nebstdem tritt aber auch ein anderes Moment, nämlich die Massagewirkung, ähnlich wie bei der Belastungstherapie, in Kraft.

BIEDL²³⁾ fand gelegentlich der Versuche über Gefäßcontraction am Mesenterium des Frosches, daß Kochsalzlösungen von 45° C. prompt und sicher Contractionen erzeugen, und konnte experimentell zeigen, daß sich zunächst die Wand der kleinen Arterien an einzelnen Stellen auf Kosten des Strombettes verbreitert und das Blut im engeren Strombett rascher fließt. Allmähig erstreckt sich die Verbreiterung der Wand auf die ganze Länge des Gefäßes, so daß sich die Seitenwände bis zum Verschwinden des Lumens nähern; dasselbe ist auch an den Venen und Capillaren zu beobachten. Nach der Einwirkung der heißen Spülung verdünnt sich wieder die Wand und der Blutstrom verbreitert sich. Der Vorgang bei Anwendung der heißen Douchen ist so zu erklären, daß eine Einwirkung auf die Vasoconstrictoren erfolgt, dieser

²¹⁾ „Handbuch f. Gynäkol.“, Bd. 1, pag. 944.

²²⁾ „Marseille médicale“, 1899, 1. Juni.

²³⁾ Fragmente aus dem Gebiete der experiment. Pathologie, Wien 1894.

²⁰⁾ „Centralblatt f. Gynäkologie“, 1899, pag. 202.

folgt regelmäßig eine Erregung der Vasodilatoren und demzufolge eine gewisse Transsudation; dabei spielen sich Vorgänge ab, die eine Erweichung und Auflockerung erklären.

Neben der heilenden Wirkung rufen die heißen Douchen eine beruhigende und schmerzstillende hervor. Von derselben kann man Gebrauch machen bei entzündlichen Adnextumoren, Metritis chronica, bei den Beschwerden im Klimacterium und sonstigen nervösen Zuständen infolge von Genitalerkrankungen. Wie die Versuche gezeigt haben, ist diese Art der Wirkung eine ganz besonders günstige und leistet große Dienste. Bei Patienten, wo andere Mittel ganz versagen und die Schmerzen in keinem Verhältniß zu den organischen Veränderungen stehen, sieht man gleich im Beginne der Anwendung erhebliche Erleichterung und Linderung. Hier sei auch besonders die schmerzstillende Wirkung hervorgehoben, die die Patienten bezüglich Stuhl- und Urinentleerung verspüren. Gerade diese Beschwerden, die durch Druck von Exsudaten, durch Zerrungen und Verwachsungen hervorgerufen sind, werden sehr günstig beeinflusst.

Eine dritte Anwendungsart ist endlich die vorbereitende Einwirkung für weitere therapeutische Maßnahmen, insbesondere operative Eingriffe und Massage. Was erstere betrifft, so gestaltet sich oftmals die Operation bei chronischen Adnextumoren nur aus dem Grunde besonders schwierig und liefert keine vollkommen zufriedenstellenden Erfolge, weil die Resorption der Entzündungsproducte nicht weit genug vorgeschritten ist, und dann nicht nur die Tumoren als solche dem Operateur vorliegen, sondern eingebettet in Schwielen und Stränge scheinbar viel größere Tumoren bilden. Es gelingt nun in überraschender Weise durch die Douchen, die die eigentlichen Tumoren umgebenden Verbindungen und Verlöthungen zum Schwinden zu bringen und wesentlich klarere Operationsverhältnisse zu schaffen, die den Eingriff leichter gestalten und schneller ausführen lassen. Besonders gilt dies für nicht gonorrhoeische Processe, wobei keine Radicaloperation nöthig erscheint. In diesen Fällen wird es gelingen, conservativer operiren zu können und Organe oder Organtheile zu erhalten, die sonst durch ihre Fixationen und Einbettungen in Schwielen nicht einzeln isolirbar wären.

Noch wichtiger gestaltet sich die vorbereitende Wirkung für die Massage. Hier ist zu beobachten, daß die Wirkung der letzteren eine bedeutend schnellere und bessere ist, wenn man in schwierigen Fällen — namentlich bei fixirten Retroflexionen des Uterus — der Massagebehandlung eine solche mit heißen Douchen vorausschickt. Man ist dann über die ausgiebige Wirksamkeit der Massage aufs angenehmste berührt. Fälle, bei denen eine Heilung nur durch operativen Eingriff möglich erscheint, werden durch Combination von heißen Innendouchen und nachheriger Massage oft noch geheilt werden können.

Bei allen Anwendungsweisen ist es aber nothwendig, daß die Douchen auch richtig, d. h. genügend heiß, genügend lang, in richtiger Position und genügend lange Zeit hindurch verabfolgt werden.

Die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie.

Von **Dr. H. Strebel** in München. *)

Als das unbestritten zweifelfreieste Gebiet der modernen Lichttherapie haben wir das Specialverfahren von Professor FINSSEN zu betrachten, welcher verdienstvolle Gelehrte uns den sicheren Beweis erbracht hat, daß das Licht in geeigneter Anwendungsform thatsächlich sowohl den Lupus wie einige andere locale Hauterkrankungen zu heilen imstande ist.

*) Vortrag, gehalten in der Abth. f. Dermatologie der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Hamburg.

FINSSEN wendet, wie genugsam bekannt, das Licht in Form von concentrirtem Sonnen- oder elektrischem Bogenlicht an, welches durch ein System von Quarzlinen und durch ein Compressorium hindurchgehend gekühlt auf die zu bestrahlende Partie der Haut geworfen wird, die man behufs leichteren Eindringens der Lichtstrahlen durch Compression blutleer macht.

Der Effect des Lichtes als hochwichtigen therapeutischen Mittels liegt nach der heutigen Anschauung einmal in der hochgradigen, alle bekannten Antiseptica übertreffenden, bactericiden Kraft einerseits, in der Hervorrufung einer Incitamentwirkung in der Haut andererseits. Daß die bactericide Wirkung des Lichtes bei Heilung des Lupus nach FINSSEN in Frage kommen kann, ist unbestritten; da aber die Bacterien bei dieser Krankheit doch nur in ganz minimalen Mengen vorhanden sind, so möchte man eher daran denken, daß die Incitamentwirkung des Lichtes die Hauptursache ist, welche durch Erzeugung einer erhöhten physiologischen Thätigkeit in der Haut, resp. im kranken Gewebe, im Sinne einer Restitution der dystrophischen Zustände wirkt. Ich selbst stehe auf dem Standpunkte, daß auch die bactericide Wirkung des Lichtes in letzter Linie darauf zurückzuführen sei, daß durch Ueberanregung der trophischen Thätigkeit der Gewebe ein Ueberreizungszustand (Entzündung) hervorgebracht wird, der sowohl das Hautgewebe als das zarte Bacteriengewebe selbst trifft und in seinen Folgen zum Tode der Bacterien führt. Ich schließe dies aus der Analogie der makroskopischen und mikroskopischen Aeußerung der Lichtwirkung im Gewebe der Thiere und Menschen, woselbst durch starke, langandauernde Lichtreize heftige Hautentzündungen ausgelöst werden können, welche bei kleinen Wesen durch Erschütterung des innersten Molecularbestandes wohl den Tod herbeizuführen vermögen. Das Licht, welches in mäßigen Dosen dynamisirend, eutrophisch wirkt, kann durch Steigerung adynamisirend, dystrophisch wirken.

Doch wie dem auch sein mag, als maßgebenden Factor der Lichtwirkung betrachtet FINSSEN den photochemischen Effect, welcher speciell durch die blauen und violetten, hauptsächlich aber durch die ultravioletten Strahlen hervorgerufen wird. Fügen wir uns einstweilen dieser Anschauung, sei sie nun definitiv oder nicht, und betrachten wir diese Strahlenarten vom objectiven Standpunkt aus, so sehen wir Folgendes:

Die blauen und violetten Strahlen gehen mit einer verhältnißmäßigen Schwächung durch die absorbirenden Medien der Glas- oder Quarzlinen, sowie des Filterwassers im Linsensystem und im Compressorium hindurch. Beim Durchgang durch die Haut erleiden sie sodann eine sehr deutliche Schwächung, die selbst nach Compression und eingetretener Blutleere noch vorhanden ist, wenn auch in geringerem Maße. Den Beweis hat FINSSEN ja selbst erbracht, dadurch daß er ein blutleer gepreßtes Menschenohr durch ein Spektroskop betrachtete ließ, wobei sich deutlich das ganze Farbspectrum zeigte.

Was die ultravioletten Strahlen betrifft, so läßt Quarz dieselben in nicht zu dicken Schichten sehr gut hindurch von den Wellenlängen von 185 $\mu\mu$ an, während die unter diesen liegenden Strahlenarten absorbirt werden. Diese letzteren Strahlen werden schon von circa 2 Cm. dicken Luftschichten total absorbirt, was für die langwelligeren ultravioletten Strahlen nicht zutrifft. (Ich habe auf 140 Cm. noch Bacterien mit reinem Ultraviolett abgetödtet.) Dünne Schichten von destillirtem Wasser lassen die Strahlen von 210—214 $\mu\mu$ noch durch, dickere Schichten aber erhöhen die Absorption sehr deutlich (Messungen am Fluorescenzschirm!); nichtdestillirtes Wasser erhöht die Absorption des Ultraviolett noch mehr. Selbst dünne Fettschichten der Haut sind imstande, das Ultraviolett ganz oder theilweise zu absorbiren. Was nun die Verhältnisse des Ultraviolett in der Haut betrifft, so habe ich den Nachweis erbracht, daß Cornea, Linse und

Glaskörper das Ultraviolett bis zu den kleinsten Wellenlängen durchlassen, daß dagegen die Epidermis schon die Wellenlängen von $330 \mu\mu$ an total absorbiert (Messungen am Fluoreszenzschirm). Die Photographie gibt uns, wie auch FREUND nachgewiesen hat, als Absorptionsgrenze die Wellenlängen von circa $325 \mu\mu$ an.

Wenn wir nun das Facit aus diesen Thatsachen der Absorptionsverhältnisse ziehen, so müssen wir als nothwendige Forderung zwecks Ausnutzung des Ultraviolett aufstellen, daß das zu bestrahlende Gewebe blutleer (FINSSEN) gemacht wird, daß thunlichst Quarz als Durchgangsmedium verwendet wird, wie auch destillirtes Wasser als Filtermaterial, und daß das Bestrahlungsobject in größter Nähe der Lichtquelle dem womöglich stark concentrirten Lichte ausgesetzt wird.

Der letzten Forderung, welche auf Grund der therapeutischen Werthigkeit speciell für Ultraviolett gestellt werden muß, wird ein Verfahren gerecht, das von mir zuerst in die Therapie eingeführt wurde, nachdem es mir geglückt war, den experimentellen Nachweis zu erbringen, daß das Licht des Inductionsfunken als solchem, speciell aber dessen Ultraviolett für sich allein in stande ist, eine starke bacterientödtende Wirkung selbst noch auf Entfernungen von 140 Cm. auszuüben. Ich ließ mir natürlich diese werthvolle Eigenschaft des Inductionslichtes nicht entgehen und habe mich mit dem Ausbau einer Methode befaßt, welche gestattet, das Inductionslicht als therapeutischen Factor mit Erfolg zu verwenden.

Ich gebe zunächst die prägnanten Momente an, welche für die Verwendung des Funkenlichtes in der Therapie sprechen.

Das Funkenlicht besitzt einen ganz enormen Reichthum an Ultraviolett und zeichnet sich vor dem Bogenlichte dadurch aus, daß die Strahlungswärme ganz minimal ist, so daß keinerlei Medien zu deren Vernichtung nothwendig sind. Bei Anwendung großer Apparate tritt eine mäßige Erwärmung der Elektroden ein, die durch ein einfaches Handgebläse leicht in Grenzen zu halten ist. Die Ueberlegenheit des Funkenlichtes über das Bogenlicht bezüglich des Gehaltes an Ultraviolett läßt sich ad oculos demonstriren mit Hilfe des HALLWACHS'schen Versuches (Entladung negativ geladener Flächen), durch directe vergleichende Beobachtung am Fluoreszenzschirm und durch vergleichende photochemische Versuche. Was nun dem Inductionsfunken seine absolute Ueberlegenheit über das Voltalicht gibt, ist der Umstand, daß das zu bestrahlende Object bis auf 1 Cm. Entfernung an die Lichtquelle gebracht werden kann, im Gegensatz zur Behandlung mit concentrirtem Bogenlicht, woselbst das Object auf circa 130 Cm. von der Lichtquelle absteht. Von den geringeren Anschaffungs- und Betriebskosten des Inductoriums will ich hier nicht weiter sprechen.

Die Inductionslichttherapie ist ausschließlich Ultravioletttherapie; denn die Farbstrahlung des Funkenlichtes ist eine so minimale, daß sie als solche, chemisch wie therapeutisch, kaum in Frage kommen kann. Vermöge der Eigenschaften des Funkenlichtes, daß es ohne Schwierigkeit in nächster Nähe des Bestrahlungsobjectes erzeugt werden kann, wird die Anwendungsweise des Funkenlichtes eine bedeutendere Ausdehnung erfahren, als dies mit der heute üblichen Bogenlichtmethode möglich ist. Es läßt sich nämlich das Funkenlicht durch geeignete Instrumente in den Körperhöhlen selbst erzeugen, und werden also die Stellen, welche sonst für eine effectvolle Bestrahlung unzugänglich sind, ebenfalls einem starken Ultraviolettstrahl ausgesetzt werden können.

Was nun das Instrumentarium anlangt, so haben wir drei Typen zu unterscheiden, welche zwar alle das Hochspannungslicht als Grundlage haben, aber von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehen.

I. Der Secundärfunke eines Inductoriums oder der Funke einer Influenzmaschine springt nach Condensation

in einer Leydenerflasche in einen kleinen Kapselapparat über, der durch eine Quarzlinse abgeschlossen, selbst als Compressorium auf die zu bestrahlende Stelle aufgesetzt wird. Der Funke springt in einer Entfernung von 1–2 Cm. von der Haut über, und das von ihm ausgehende Licht trifft eine andere Hautstelle von circa 5 Cm. Durchmesser mit diffusem Licht. Durch Anbringung eines Magnaliumreflectors läßt sich das Licht concentrirt nochmals auf die schon diffus belichtete Stelle werfen, so daß also die Ausnützung der Lichtquelle eine ideale ist. Ein kleines Handgebläse, das vom Patienten selbst in Thätigkeit gesetzt wird, entfernt das vom Funken gelieferte Ozon und die Metalldämpfe aus der Kapsel, und sorgt für Kühlung der durch Leitungsenden bei starken Strömen sich langsam erheizenden Elektroden. Der Funke kann ungetheilt oder getheilt überspringen; erstere Einrichtung gibt bessere photochemische Resultate. Mein Kapselreflector ist für drei isolirte Funkenstrecken vorgesehen, so daß bei Verwendung großer Inductorien ganz gewaltige Ultraviolettquellen zur Verfügung stehen, und zwar nahezu die Hälfte davon als concentrirtes Ultraviolett.

Die Thatsache, daß die Wellenlängen von circa $325 \mu\mu$ in der Haut absorbiert werden, veranlaßte mich, darauf zu sehen, daß das Ultraviolett auch in concentrirtem Zustand zur Verfügung stehe, weil solches nachweisbar (Fluoreszenzschirm) mit größerem Effect durch die Haut dringt als das nichtconcentrirte Ultraviolett. Als Mittel zur Concentration stand mir anfangs nur die Quarzlinse zur Verfügung, diese aber bedingt gewisse Abstände von der Lichtquelle, welche als ungünstige Factoren zu betrachten sind. Erst der Spiegel aus Magnaliummetall brachte mir die Abhilfe, daß das Ultraviolett in idealster Weise reflectirt und concentrirt wird. Ich finde auch beim Inductionslicht die Forderung von FINSSEN als eine definitive: starke Lichtquellen und concentrirtes Licht; denn sonst müßte ja schon das einfache Sonnenlicht den Lupus heilen können. Geringe Lichtquellen aber sind lediglich Spielerei ohne ernsten Werth, wenigstens bei Lupusbehandlung.

Außer dem Kapselapparat habe ich noch eine andere Construction als Stativapparat ausführen lassen, wobei eine Quarzlinse von 10 Cm. Brennweite das Licht concentrirt und zugleich ein Magnaliumspiegel vorgesehen ist, nebst drei Funkenstärken. Letzterer Apparat kann auch so gebaut werden, daß gleichzeitig 4 Patienten bestrahlt werden können.

Die genannten Apparate dienen zur Bestrahlung von Hautflächen, letzterer kann auch seinen Strahlenkegel in die Mundhöhle werfen. Er benöthigt ein eigenes Compressorium, erstere nicht.

Zur Bestrahlung von Körperhöhlen mit Inductionslicht dienen Instrumente, ähnlich den Kathoden- und Scheidenspiegeln, welche ein Gehäuse aus Quarz tragen, in welchem der Funke überspringt und eine Preßluftventilation vorgesehen ist. Ich habe derartige Höhlenbestrahler durch die Firma Reininger, Gebbert & Schall, welche alle meine bisher mitgetheilten Apparate ausgeführt hat, herstellen lassen. Es läßt sich auch Glas zur Herstellung verwenden, doch sind natürlich die Absorptionsverhältnisse ungünstiger als bei Quarz. Mit den Höhlenbestrahlern läßt sich nunmehr eine effectvolle Bestrahlung von Mund, Nasen-Rachenraum, Kehlkopf, Ohrhöhle, Scheide, Uterus, Rectum, Urethra und Blase ausführen. Die Instrumente wirken durch Verdrängung der Schleimhaut bei leichtem Druck ebenfalls anämisirend. Zur Bestrahlung von Körperhöhlen genügen schon Inductorien von 10 Cm. Funkenweite, zumal die Schleimhäute für Ultraviolett leichter durchgängig sind als die äußere Haut.

Die Dauer der Bestrahlungen hängt von dem Eintreten des Erfolges, resp. auch vom Ausbleiben einer störenden Reizwirkung ab, sie beträgt 15–60 Minuten; die Sitzungen werden in der Regel alle 1–3 Tage vorgenommen.

II. Die Verwendung der stillen Entladungen der Hochspannungsströme als starker Ultravioletquellen verdanke ich der Beobachtung, daß beim Betrieb starker Inductorien am äußeren Belag der Condensatoren wunderhübsche violette, feurige Zweigbildungen elektrischer Entladungen in die Höhe strömen rings um den ganzen Rand des Glases. Nachdem ich die Erscheinung längere Zeit lediglich ästhetisch gewürdigt hatte, frug ich mich eines Tages, ob ich nicht am Ende da eine beträchtliche Ultravioletquelle vor mir hätte. Die angestellten Versuche ergaben ein positives Resultat, und ich machte mich nun daran, das Phänomen praktisch zu verwerthen. Als ich damit beschäftigt war, erhielt ich von Prof. LE DUC, Nantes, eine Arbeit zugeschickt, in welcher er meine Arbeiten einer eingehenden Besprechung unterzieht und aus welcher ich ersah, daß er sich selbst ebenfalls mit der Frage der stummen Entladungen beschäftigt hatte. Dies spornte mich zu weiterer Anstrengung an, und als Resultat derselben kann ich heute zuerst berichten, daß ich eine Construction gefunden habe, welche zu einer geradezu idealen Ausnutzung des Hochspannungsstromes führt. Ich erreichte dies dadurch, daß ich einen kleinen Condensator construirte, welcher die obengenannten elektrischen Entladungen auf einer Kreisfläche vor sich gehen läßt. Dieser Condensator steht wohl isolirt in einer Kapsel mit Quarzabschluß und kann als Compressorium verwendet werden, wobei die violette feurige Entladungsfäche als Ultravioletquelle dient. Was die Verwendung der stummen Entladungen, des Büschelstromes (geliefert durch Inductorien oder Influenzmaschinen) leisten kann, sieht man am besten aus meinen Photogrammen, welche die Durchleuchtungseffekte von Kaninchenohren mit Quarz- oder Glascompression auf Bromsilberpapier darstellen und, in 1—2 Minuten erreicht, die ungeahnte photochemische Kraft des Büschellichtes erkennen lassen. Der Hauptwerth meiner Construction liegt darin, daß sich fünf bis zehn derartige Condensator-Compressorien in den Stromkreis einschalten lassen, womit dann ebenso viele Patienten bestrahlt werden können, und dies alles ohne jeden Kraftverlust für das außerdem thätige Funkenlicht. Durch passende Construction kann der Büschelstrom auch in Körperhöhlen erzeugt werden, allerdings nicht so ökonomisch, wie eben hervorgehoben.

Nebenbei erwähnt finden auch die seinerzeit von dem Russen NARKIEWICZ JODKO veröffentlichten und abenteuerlich gedeuteten Elektrogramme von Händen . . . ihre wissenschaftliche Erklärung in der unsichtbaren Ultravioletstrahlung der elektrischen Entladungen, von welchem Phänomen ich ebenfalls eigene Photogramme vorlege. Die Differenzen der Photogramme sind bedingt durch Differenzen der elektrischen Entladungen, resp. durch den verschiedenen Wassergehalt der Gewebe und der dadurch erzeugten Leitungsdifferenzen.

III. Als dritte Form des Inductionslichtes kommt noch in Betracht der Primärfunke der Inductionswelle, wie er vom WAGNER'schen Hammer geliefert wird. Dieser Funke liefert nach AUER v. WELSBACH luftlinienfreie Spectra. Ich habe nun Versuche für meine Zwecke angestellt, mit Hilfe eines Dynamorotationsunterbrechers, an welchem zwei kräftige Aluminiumdrähte als Unterbrechercontacte passend angebracht wurden. Das erhaltene Licht war sehr reich an Farbstrahlen, doch nicht so stark wie das des Voltabogens, dagegen reicher an Ultraviolet als dieses. Leider ist auch die Wärmestrahlung eine sehr starke, so daß Kühlvorrichtungen nöthig werden. Der Funke zeichnet sich durch eine kräftige Aureole aus und ist, modificirt durch die Extraströme, eine Mittelstufe zwischen Voltalicht und Inductionslicht. Durch Umänderung des WAGNER'schen Hammers läßt sich eine Länge erreichen, welche als reiche Ultravioletquelle für die Lichttherapie Verwendung finden kann.

(Schluß folgt.)

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung. *)

Specielle Symptomatologie.

Indem wir zur Besprechung der Erscheinungsformen in einzelnen übergehen, ergibt sich uns ein doppeltes Eintheilungsprincip.

Wir können und werden die einzelnen Körpertheile durchgehen und die an ihnen beobachteten Zeichen, soweit sie sich nicht aus dem vorigen ergeben, besprechen. Es läßt sich auch hier erkennen, daß die Störungen sich in der Regel nicht nach dem Gefäßverlauf richten, sondern nach den Organen, in deren örtlichen Kreislauf wir ja in erster Reihe die nervöse Regulationsstörung verlegt haben. Es zeigt sich dies besonders an den symmetrisch gelegenen Organen, z. B. dem Gehirn, der Schilddrüse, bei deren Hyperämie von allen möglichen Seiten das Blut zuströmt; es gilt aber dasselbe auch für die Extremitäten, bei welchen die Unterbrechung des Blutstromes in einer Hauptarterie durchaus nicht genügt, eine so schwere Störung der peripheren Circulation zu erzeugen, wie wir sie beobachten können.

Zweitens aber ist die Thatsache zu beachten, daß auch ein Organsystem, das durchaus nicht zusammenliegt, zugleich Kreislaufstörungen darbieten kann. Das gilt in gewisser Art vom Verdauungsapparat (s. u.), ganz besonders aber von der Haut. Die vasomotorischen Störungen derselben müssen wir kurz gesondert betrachten: einerseits weil sie oft in mehr oder minder weiter Ausdehnung ohne jede Beziehung zu den darunter gelegenen Theilen auftreten oder gerade in einem gewissen Antagonismus zu diesen stehen, wie wir das oben berührt haben, andererseits, weil die Labilität des Hautgefäßsystems eine gewisse Selbstständigkeit der allgemeinen Labilität des Gefäßsystems gegenüber hat. Ich kann den Hautsymptomen, besonders z. B. auch der mechanischen Reizbarkeit der Hautgefäße, die als Dermographie, als artificielle Urticaria so viel studiert ist, für die Diagnose der allgemeinen Neurose nicht die Bedeutung beilegen, wie z. B. SALIS-COHEN (l. c.). Zahlreiche Personen mit Dermographie, die ich gesehen habe, waren von sonstigen Gefäßsymptomen ganz frei, wenn ich auch gern zugebe, daß dieselbe bei vasomotorischer Ataxie recht häufig ist. Das gilt ebenso von allen vasomotorischen und secretorischen Phänomenen der Haut; wir können von einer allzu eingehenden Schilderung derselben um so eher absehen, als besonders von dermatologischer Seite eine reiche Literatur darüber vorliegt.

Nur einige Punkte mögen besprochen werden. Zunächst die Häufigkeit, mit der vasomotorische Erscheinungen an der Haut gegenüber allen anderen zur Beobachtung gelangen. In erster Reihe liegt dieselbe jedenfalls darin begründet, daß die Hautaffection direct beobachtet werden kann. Doch dürfte auch das Gefäßsystem des Hautorgans an sich eine große Empfindlichkeit besitzen.

Dieselben Gründe gelten für die große Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Alle Farbnuancen, von der größten Blässe bis zum Schwarzblau der localen Cyanose, sind vertreten. Die Anordnung kann regionär sein, oder die erythematösen, seltener auch papulösen Efflorescenzen von sehr verschiedener Größe und Umgrenzung sind über den ganzen Körper verstreut; Masern- und Scharlachausschläge können imitirt sein. Auch finden sich ischämische Partien neben hyperämischen; eine derartige Fleckung, besonders am Handgelenk, habe ich früher für ein Anzeichen allgemeiner vasomotorischer Ataxie gehalten, habe sie aber in letzter Zeit auch da gesehen, wo der übrige Gefäßapparat gesund war. Ebenso unregelmäßig ist der Verlauf.

*) Siehe Nr. 40.

Dazu kommt, daß gewisse Veränderungen der Lymphbewegung — als exsudatives Erythem, Urticaria, angioneurotisches Oedem manifestirt, auch bei Herpes wohl mitspielend —, daß secretorische Störungen, sowie Blutaustritt aus den Gefäßen, drei Erscheinungsreihen, über deren Beziehungen zur vasomotorischen Ataxie wir noch zu sprechen haben werden, ebenfalls an der Haut sehr leicht nachweisbar sind. Rechnet man dazu schließlich noch, daß infolge einer gewissen Schwäche des Gefäßsystems bei diesen Kranken oft Erweiterungen der Venen, der oberflächlichen und der tiefen, eintreten; daß Teleangiectasien recht gewöhnlich bei ihnen sind, so wird man die Wandelbarkeit des Krankheitsbildes begreifen, das, wie erwähnt, mit Labilität der tieferen Gefäße verbunden sein kann, aber durchaus selbstständig vorkommt.

Eine kurze Erörterung verdienen nur noch die für die Haut einigermaßen charakteristischen Sensibilitätsstörungen, indem wir im übrigen diesbezüglich auf den allgemeinen Theil verweisen. Bei der objectiven Prüfung zeigen activ hyperämische Stellen meist eine erhöhte Empfindlichkeit gegen schmerzhaft Reize und Temperatureinflüsse, während Berührungen im allgemeinen nicht besser als sonst empfunden werden. Ischämische Stellen zeigen herabgesetzte Empfindlichkeit gegen alle Reizqualitäten, oft in bedeutendem Grade.

Unter den subjectiven Störungen, die im Allgemeinen oben schon geschildert sind, hebe ich nur die specifischen Temperaturempfindungen der Haut hervor. Es ist klar, daß im Allgemeinen active Hyperämie mit Wärmegefühl, Anämie mit Kältegefühl einhergeht. Oft sind es gerade diese Sensationen, welche die Kranken auf ihr Leiden aufmerksam machen, während die anderen circulatorischen Störungen erst bei näherer Betrachtung deutlich werden. Meist sind diese Störungen localisirt, das Wärmegefühl z. B. gern im Gesicht, das Kältegefühl an den Gliederenden, recht oft aber auch an den Knien oder am Rücken. Natürlich wird man sich hüten müssen, bei Klagen über kalte Füße, besonders wenn dieselben anhaltend schlecht temperirt bleiben, nur an nervöse Kreislaufstörungen zu denken; mangelhafte Entwicklung des Gefäßsystems, ungenügende Blutmenge, Aenderung des Wärmehaushalts im Organismus kommen außerdem in Frage. In anderen Fällen treten diese Circulationsstörungen in großen Gebieten der Haut auf, die allgemeine Hyperämie mit einer gewissen Unruhe, mit Drang zu motorischer Bethätigung verbunden, die allgemeine Anämie mit Froschauer, Gänsehaut und Unbehagen. Recht auffällig ist bei manchen Kranken — und gerade dieses Hautsymptom habe ich nur bei allgemeiner Labilität des Gefäßsystems gesehen — der schnelle Wechsel von Kälte und Wärme, den BOUVERET (l. c.) als „nervöses Fieber“ bezeichnet hat. Die zeitweise eintretende Erhöhung der Hauttemperatur kann, wenn der Puls, wie oft bei diesen Kranken, beschleunigt ist, in der That Fieber vortäuschen, doch fand ich die Körpertemperatur nie dabei nennenswerth erhöht.

Noch muß ich hier gewisse abnorme Kälteempfindungen im Kopfe und in den Extremitäten anführen, die besonders BINSWANGER²⁸⁾ erwähnt und die nach ihm zum großen Theile auf circulatorischen Störungen beruhen. Viele Kranke, besonders weibliche Neurastheniker, können nachts nicht einschlafen, weil ihnen der Kopf eiskalt ist, und zwar vornehmlich die Hautdecken; aber auch im Schädelinneren haben sie ein Gefühl von Kälte und Leere. Oder die Kranken wachen nach kurzem Schlaf infolge dieses Kältegefühles auf. Aehnliches kommt an den Beinen vor. Wo man deutliche Circulationsstörungen nachweisen kann, liegt ja die Sache ganz klar. Meist ist aber, besonders im Gesichte, gar nichts objectiv constatirbar, die Kranken haben auch im Schlafe gute Färbung. In diesen Fällen möchte ich vielmehr an das Bestehen einer Parästhesie glauben, für die auch die Sensationen im Kopfe

sprechen. Allenfalls könnte man eine Hyperästhesie gegen sehr geringe Kreislaufschwankungen annehmen, aber ins Gebiet der vasomotorischen Ataxie gehören diese Störungen wohl in der Regel nicht.

Hypothetisch möchte ich anfügen, daß vielleicht noch die Blutgefäßschwankungen eines zweiten Organsystems, die überhaupt nicht leicht constatirbar sind, eine selbständige Rolle spielen: nämlich die des Muskelsystems. Gewisse functionelle Muskelerkrankungen mögen hierher gehören; die Paramyotomie z. B. beruht vielleicht auf einer abnormen Erregbarkeit der Muskelgefäße gegen Kältereize, wie dies v. SÖLDER²⁹⁾ bereits angedeutet hat. Welche musculären Störungen sonst noch durch Caliberschwankungen der Muskelgefäße zustande kommen, ist nicht sicher zu sagen. Es sei nur an die eigenthümlichen und sehr wechselnden Sensationen in den Muskeln, an die Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit, an verschiedene Arten des Zitterns erinnert, die wir bei vasomotorischer Ataxie kennen lernen. Wie weit sie auf Schwankungen der Blutversorgung beruhen, das wissen wir nicht, und können daher nicht entscheiden, ob ähnliche Störungen auch relativ isolirt vorkommen. —

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

H. NEUMANN (Berlin): **Ergebniß der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Cretinismus.**

Es ist bekannt, daß sich neben dem erworbenen Myxödem auch die angeborene myxödematöse Idiotie, der sporadische Cretinismus, in hohem Grade der Behandlung mit Schilddrüse zugänglich zeigt („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 49).

Am auffälligsten wirkt unsere Behandlung auf die Abnahme des Myxödems und die entsprechende Abnahme des Körpergewichts. Doch wird diese Abnahme bei genügend energischer Behandlung kaum einen Zeitraum von 4—6 Wochen überschreiten; nach dieser Zeit wird die fortschreitende Abnahme des Myxödems im Körpergewichte infolge der Zunahme an gesunder Körpersubstanz nicht mehr zum Ausdruck kommen. Nächst der Abnahme des Myxödems hat immer die Zunahme der Körperlänge die größte Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Sie bringt zum Ausdruck, daß das Wachsthum der Knochen, das in einen frühzeitigen Ruhezustand gekommen war, durch die Schilddrüsenbehandlung von Neuem angeregt wird.

Wenn die dem Alter entsprechende Größe erreicht ist, kann die Schilddrüse nicht noch über die Norm hinaus Wachsthum erzeugen, auch nicht bei Kindern, die etwa durch Rachitis abnorm klein geblieben sind. N. hat sich früher hievon genügend überzeugt und möchte um so weniger zu ähnlichen Versuchen rathen, als man durch Erweichung und Verkrümmung der Knochen das Gegenheil von dem, was man anstrebt, erreichen würde.

Schließlich erwähnt N., daß sich die Zähne in ihrem Wachsthum ebenso wie die Knochen verhalten; ihre Zahl entspricht vor der Behandlung und im Verlaufe derselben einem nach der Länge des Kindes berechneten Alter. Daß die geistige Störung bei der Cachexia strumipriva der Erwachsenen oder größerer Kinder wieder ausgeglichen werden kann, ist bekannt. Es würde sich fragen, wie weit dies bei dem angeborenen oder früh erworbenen sporadischen Cretinismus möglich ist. Außer dem Grad der Erkrankung entscheidet hier die seit dem Beginn der Erkrankung verflossene Zeitdauer und das Alter des Kranken. Man muß durchaus wünschen, daß die Behandlung möglichst bald nach Beginn der Erkrankung einsetze, wenn man einen möglichst vollkommenen Erfolg haben will, und es scheint dann, nach dem Fall von KOPLIK zu schließen, selbst ein schon bei der Geburt ausgesprochener Fall von Cretinismus nicht immer hoffnungslos zu sein.

Was die Behandlung betrifft, so wird man sie vorsichtig beginnen, zumal die Kinder die Schilddrüse verschieden gut vertragen.

²⁸⁾ OTTO BINSWANGER, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.

²⁹⁾ v. SÖLDER, Zur Kenntniß der Paramyotonia. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1895, VIII, 6, 7.

Jodothylin (BAYER) und Thyreoid (B. W. & C.) erschienen gleich wirksam. Ist einmal die normale Länge erreicht, dann wird man fortlaufend die kleinste noch genügend wirksame Gabe weiter geben. Ob es besonderen Nutzen hat, gleichzeitig Arsenik zu verabreichen, erscheint N. unsicher.

Verf. theilt im Anschluß hieran einige charakteristische Krankengeschichten mit, aus denen sich u. a. auch die besonders gute Verträglichkeit und Wirksamkeit der BAYER'schen Jodothyrintabletten gegenüber anderen Schilddrüsenpräparaten ergibt. B.

L. MOHR und H. SALOMON (Frankfurt a. M.): Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Oxalsäurebildung und -ausscheidung beim Menschen.

Die Untersuchungen der Verff. („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 70, II. 5 u. 6) sind ausschließlich an klinischem Material gemacht. Der Nachweis geschah durch Ausschüttelung der Oxalsäure aus salzsaurer Lösung durch Aether.

Oxalsäure ist ein Product der Umsetzung stickstoffhaltiger Substanz im Körper. Es läßt sich zwar keine directe Congruenz der Eiweißzersetzung mit der Menge der zur Ausscheidung gelangenden Säure nachweisen. Wir müssen aber mit der Fähigkeit der Körperzellen rechnen, gebildete Oxalsäure zu oxydiren, auch wissen wir nicht, aus welchen Eiweißkörpern die Oxalsäure entsteht. Gewisse — z. B. die leimgebenden — Substanzen scheinen bevorzugt zu sein. Bei der Fettsucht ist die Oxalsäureausscheidung unverändert, die Oxalurie der Neurastheniker ist aus der Superacidität des Magensaftes zu erklären, bei Diabetes ist das Bestehen von Oxalurie die Ausnahme, die größere Oxalsäureausfuhr bei manchen Ictericen kommt wahrscheinlich durch Gallenresorption zustande. Ueber das Verhalten bei Nephritis, Gicht, Pneumonie und Leukämie ist ein noch zu geringes Thatsachenmaterial vorhanden. B.

JONAS (Liegnitz): Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin, ihre sociale und forensische Bedeutung.

J. will durch seine Ausführungen („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 17) eine Discussion über die so wichtige Frage der Nasenanomalien anregen und stellt zu diesem Zwecke folgende Thesen auf:

1. Es gibt kaum eine Nase, die wir in anatomischer und functioneller Hinsicht als völlig ideal bezeichnen können; ihr äußerer oder innerer Zustand beruht auf individueller Veränderung oder auf ererbter Varietät (LAMARCK, DARWIN). 2. Der Gesamtorganismus oder irgend ein Theil desselben wird durch Nasenanomalien mehr oder weniger beeinflußt. 3. Diejenigen Nasenanomalien sind für die innere Medicin die wichtigsten, von deren Vorhandensein der Kranke keine Ahnung hat (latente Stenosen). 4. Die Erkrankungen des Nervensystems sind nur zu einem kleinen Theile als idiopathische aufzufassen. 5. Für die Aetiologie der Psychopathien sind die Nasenanomalien von der größten Wichtigkeit. Das umgekehrte Verhältniß ist das seltenere. 6. In der Psychiatrie und in der gerichtlichen Medicin ist bei der Beurtheilung des Geisteszustandes mehr als bisher die Möglichkeit einer primären und peripheren Entstehungsursache der Psychopathien zu berücksichtigen. 7. Von der Bedeutung, welche die Nasenanomalien für die Gesamtmadin haben, ist der Candidat der Medicin zu unterrichten. 8. Das Verlangen, jeder Arzt soll von der allgemeinen Bedeutung der Nasenanomalien unterrichtet werden, will nicht die specialistische Thätigkeit der Rhinologen beschränken, sondern ist geeignet, dieselbe in jeder Hinsicht zu fördern. 9. Das wissenschaftliche und staatliche Interesse verpflichtet die Landesregierungen festzustellen, welche Rolle die Nasenanomalien bei Vergehen und Verbrechen, bei Trunksucht und bei Geisteskrankheiten spielen. G.

C. MOELI (Berlin): Ueber die Familienpflege Geisteskranker.

M.'s Schlußfolgerungen lauten („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 26): Die familiäre Pflege Geisteskranker unter psychiatrischer Aufsicht kann in mehrfacher Form ausgebildet werden.

Sie kann eine mehr dauernde Versorgung des Kranken oder einen Uebergang zwischen Anstaltsbehandlung und voller Selbständigkeit darstellen.

Für einen Theil der fremder Hilfe — nicht nur zum Lebensunterhalte — bedürftigen Kranken bietet sie Vorzüge vor der Anstaltsbehandlung in der vermehrten Anregung und der Erhaltung von für die Persönlichkeit wichtigen psychischen Vorgängen unter genügendem Schutze vor Schädlichkeiten. Sie kann in gewissem Umfange — je nach den örtlichen Verhältnissen — an die Behandlung in Anstalten sich anschließen und von der Anstalt aus geleitet werden. Bei eng begrenztem Aufnahmebezirke kann auch die Pflege in der eigenen Familie eintreten.

In welchem Umfange eine Ansiedelung ausgewählter Kranker an bestimmten Orten um eine Centrale als eine Form der Fürsorge für Geisteskranke durchführbar ist, muß die weitere Erfahrung lehren.

Die Familienpflege erfordert zur Entwicklung ihrer Wirksamkeit psychiatrischer Leitung. Sie kann zur Beseitigung unrichtiger Vorstellungen über Geisteskrankheiten beitragen und beim Unterrichte in der Psychiatrie herangezogen werden. Soweit die Familienpflege im organischen Zusammenhange mit psychiatrisch geleiteten Anstalten erfolgt, ist eine anderweitige Aufsicht entbehrlich.

Für die umfangreiche Entwicklung einer von den Anstalten ganz losgelösten Familienpflege fehlen zur Zeit wesentliche Bedingungen, unter anderen eine behördliche Aufsicht durch fachmännisch gebildete Aerzte. N.

A. LASKER (Freiburg i. B.): Erfahrungen über die Diazo-reaction bei Infectionskrankheiten.

I. Die Diazo-reaction kommt für die Diagnose in folgenden Fällen in Betracht („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 12 u. 13):

Bei Typhus abdominalis, bei dem sie ein ziemlich constantes Symptom ist, verwendbar namentlich zur Differentialdiagnose gegen acute Enteritis, sowie zur Constatirung eines Recidivs;

bei Masern; hier spricht ein positives Ergebniß für Masern und gegen Rötheln, eventuell auch gegen Scharlach; ebenso für Maserneroup und gegen Diphtherie;

bei Meningitis und Pleuritis, wo die Reaction den tuberculösen Charakter des Leidens feststellt, ihr Ausbleiben freilich nicht das Gegentheil beweist;

bei Nachweis der Diazo-reaction ist ein Exanthem als infectiöses und nicht als Arzneimittel-exanthem aufzufassen.

II. Für die Prognose ist die Reaction von Bedeutung:

Bei Typhus, wo ihr schwaches Auftreten oder Versagen meist einen leichten Krankheitsverlauf verspricht;

bei Erysipel, hier zeigt sie einen schweren Krankheitsproceß an;

bei Pneumonie, wo sie gleichfalls ein ungünstiges Symptom ist und meist bei complicirten Fällen auftritt;

bei Phthisis pulmonum. Hier ist sie bei constantem Auftreten ein Signum mali ominis. Es handelt sich dann meist um fortgeschrittene oder in schnellem Fortschreiten begriffene Affectionen. Da aber auch Ausnahmefälle sicher nachgewiesen worden sind, so ist die Forderung, Kranke mit Diazo-reaction von den Heilstätten a priori auszuschließen, als viel zu weitgehend zurückzuweisen. L.

CHLUMSKÝ (Prag): Ueber einen neuen resorbirbaren Darmknopf.

Der Hauptfehler des Darmknopfes nach MURPHY ist der, daß er nicht resorbirbar ist. Verf. gelang es nun nach längerer Mühe, einen Darmknopf zu construiren, der fast vollkommen resorbirbar ist. Er ist nämlich aus reinem Magnesium verfertigt. In seiner Construction ist er etwas verändert. Die Seitenfedern sind direct aus dem männlichen Cylinder ausgeschnitten, und es gibt deren drei anstatt zwei im ursprünglichen Murphyknopf. Die bewegliche Lamelle mit der Spiralfeder fehlt („Lékařské rozhledy“, Bd. IX, H. 8).

Dieser Magnesiumdarmknopf löst sich in dem Darm- oder Magensaft so wie Zucker auf. Seine Resorption ist auch regulierbar. Ein Knopf aus dickerem Blech braucht längere Zeit zu seiner Auflösung als ein Knopf aus dünnerem Blech. CHLUMSKY'S Darmknopf bleibt regelmäßig in den ersten 4 Wochen unverändert, nur auf der Oberfläche wird er etwas weicher. Nach weiteren 10 Tagen folgt die Auflösung des inneren Cylinders und theils auch beider äußeren Ringe, und endlich in 14—16 Tagen kommt es zur Auflösung der übrigen Reste, wenn dieselben nicht schon per vias naturales abgegangen sind. Durch Construction dieses neuen Darmknopfes gelang es, die Anwendung der Darmknöpfe auch in solchen Fällen zu ermöglichen, in welchen bisher zu denselben nur mit Besorgniß gegriffen wurde.

STOCK.

LECLAINCHE et VALLÉE (Toulouse): Recherches expérimentales sur le charbon symptomatique.

Umfassende Untersuchungen („Annales de l'institut Pasteur“, 1900, pag. 202) führen die Verf. zu dem Schlusse, daß der Rauschbrandbacillus in den Culturen unter bestimmten Bedingungen ein Toxin bildet, das an und für sich bereits imstande ist, schwere Erscheinungen und den Tod hervorzurufen. Die Sporen allein, vom Toxin befreit, sind, selbst wenn sie in beträchtlichen Mengen in die Gewebe eingeführt werden, nicht imstande, auszukeimen und eine Infection hervorzurufen. Der Widerstand des Organismus gegen die Infection ist an die Phagocytose gebunden. Alle jene Momente, welche die Phagocytose beeinträchtigen oder ihr Entstehen verhindern, begünstigen die Infection.

Dr. S.

NESSEL (Prag): Wie viel gesalzen werden soll.

In seiner Arbeit über Zahncaries, Blutarmuth und Rachitis im Verhältniß zum Kochsalze war NESSEL der erste, der darauf hingewiesen hat, daß die Entstehung der Rachitis durch ungenügendes Salzen, besonders bei künstlich ernährten Kindern, bedingt wird. Diese Anschauung wird neuestens auch von anderen Autoren — MONTI, ZWEIFEL — bestätigt. Verf. befaßt sich nun mit der Frage, wie viel eigentlich bei zweckmäßiger Ernährung gesalzen werden soll? („Zubní lékařství“, Bd. II, H. 8). Soll in der Zeit der Verdauung die Salzsäure in genügender Menge erzeugt werden, dann muß im Organismus ein gewisser Vorrath vorhanden sein, doch ist es auch klar, daß dieser Vorrath nach Auslaugung durch ungesalzene Flüssigkeiten bis auf jenen Chlornatriumrest, der im Blute unentbehrlich ist, schwinden kann. Der Ausdruck dieser Blutzusammensetzung ist die bekannte physiologische Lösung (6‰). Soll also dieser Vorrath nicht schwinden, dann hält es Verf. für vorthellhaft, daß alle Nahrung die Zusammensetzung der physiologischen Lösung habe. Durch Abdämpfung der Flüssigkeit (Athmung, Transpiration) wird freilich die Lösung im Bezüge zum Kochsalze concentrirter — und eben dieser Ueberfluß von Salzsäure über das physiologische Maß ist jener Vorrath, ist jene zur Salzsäureproduction nöthige Menge von Kochsalz. Demnächst ist es nöthig,

auf einen Liter Nahrung 6 Grm. Salz zuzugeben, womit die nöthige Kochsalzmenge im Blute eingehalten wird. Wenn die Nahrung weniger Kochsalz enthält, so wird dann jene im Organismus enthaltene Salzmenge ausgelaugt, so daß die Verdauung, da die Salzsäureproduction unmöglich ist, leidet. Es kann also das genügende Salzen der Speisen von der frühesten Jugend an, sobald gefüttert wird, nicht genug betont werden, wogegen das Zuführen von Mehlspesen und der Zuckerbedarf beschränkt werden soll. STOCK.

Literarische Anzeigen.

Ergebnisse der vom Deutschen Reiche ausgesandten Malaria-Expedition. Vortrag, gehalten in der Abtheilung Berlin-Charlottenburg der deutschen Colonialgesellschaft, von **Prof. Dr. R. Koch.** Berlin 1900, Dietrich Reimer (Ernst Vohsen).

Nach einem kurzen Ueberblicke über den Stand der Lehre von den verschiedenen Arten von Malariaplasmodien und der Verbreitungsweise der Malaria (Mosquitotheorie) vor Beginn der Expedition gibt KOCH eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse seiner Forschungen, die allerdings wohl den meisten Lesern aus den einzelnen Reiseberichten KOCH's bekannt sein dürften. Ganz besonderen Nachdruck legt KOCH auf seine Versuche, die Malaria vollkommen auszurotten, was durch energische Chininbehandlung, vor Allem auch bei jenen Individuen, die Malariaparasiten im Blute haben, ohne Krankheitssymptome zu zeigen, zu geschehen habe; große Aufmerksamkeit sei hiebei den Kindern zu schenken. Indem auf diese Weise die Malariaparasiten im Menschen ausgerottet werden, gelingt es, die Malaria aus einem Orte vollkommen zu vertreiben, wie ein in Stephansort angestellter Versuch zeigte.

Dr. S —

Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Von **Dr. Rudolf Savor,** Privat-Dozent an der Wiener Universität. Mit 14 Abbildungen im Text. Leipzig und Wien 1901, Deuticke.

Das vorliegende Büchlein will insbesondere für den Studierenden und Frequentanten der geburtshilflichen Klinik alles Nothwendige und Wissenswerthe aus dem Gebiete der Schwangerenuntersuchung zusammenstellen. Durch seine klare, knappe und überall correcte Darstellungsweise unterscheidet es sich hiebei wesentlich von den landläufigen Repetitorien. Auf Seite 4 möchte Referent mit DEMME den Zeitpunkt des Gehnlernehmens für später ansetzen, auf Seite 41 bei der inneren Untersuchung auch das Verbot der Ringe einschalten. Die gebotenen Abbildungen erleichtern des Weiteren das Verständniß des übrigens durchaus leicht verständlich gemachten Inhaltes. Wir wünschen dem Leitfaden eine möglichst weite Verbreitung.

FISCHER.

Feuilleton.

Prager Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Med. Presse“.)

I.

— October 1901.

In zweifacher Hinsicht machen sich die an unserer medicinischen Facultät in den letzten Jahren herrschenden Frequenzverhältnisse gegenwärtig geltend, in der stetigen Zunahme der Zahl der praktischen Aerzte Prags einerseits, andererseits in einem schon merklich fühlbaren Aermangel an den Kliniken und Abtheilungen. Nicht vielleicht als ob hier, absolut genommen, zu wenig Aerzte vorhanden wären, aber man hat sich in den letzten Jahren an den Kliniken daran gewöhnt, mit einem Apparatus magnus zu arbeiten und auch zu den untergeordnetsten Functionen und Hilfeleistungen Doctoren der gesammten Heilkunde zu verwenden. Und immer noch fanden sich Bewerber genug, denen

keine Bedingung zu drückend, keine Arbeit zu unwürdig, keine Behandlung zu erniedrigend erschien. Je größer das Angebot, desto schwieriger wurde es, unterzukommen, jeder Kliniker machte sich seine eigenen Gesetze und Regeln; der eine verlangte von den Aerzten Verpflichtung für ein halbes, der andere für ein ganzes Dienstjahr, hier wurde chirurgische, dort histologische, chemische oder bacteriologische Vorbildung verlangt, ganz abgesehen von Zeitströmungen, die selbst an der über dem politischen Getriebe stehenden Wissenschaft und ihren Leuchten denn doch nicht spurlos vorübergingen und deren Einfluß sich bei der Zusammensetzung des Aertztestatus an manchen Kliniken unverkennbar geltend machte. Dabei war aber die Rolle der endlich acceptirten unbesoldeten Bewerber, wie erwähnt, keine beneidenswerthe, und man kann keineswegs behaupten, daß die Viri clarissimi des allgemeinen Krankenhauses von ihren Chefs besonders standesgemäß behandelt worden wären.

Dies Alles wird nun anders werden. Schon jetzt, heißt es, sucht eine Klinik der anderen die Aerzte durch Versprechungen

abspeustig zu machen, der Externarzt wird wieder eine Rara avis, und uns ältere Aerzte, die wir noch zu Dutzenden wochenlang antiehambrinten, bevor es uns gelang, an einer Klinik unterzukommen, wo wir dann ein Jahr hindurch Instrumente putzten und Tupfer fabricirten, beschleicht ein Gefühl des Neides bei dem Gedanken, daß unsere glücklicheren Epigonen die ehrenvollsten Anerbietungen von Seite der Kliniken zurückweisen werden. Statistiker haben bereits ausgerechnet, daß die Zeit schon nicht allzu ferne sei, wo selbst für die besetzten Stellen, Assistenten- und Secundararztposten, nicht genug graduirte Bewerber sein werden, und so winkt jenen, die so vorsichtig waren, zur richtigen Zeit auf die medicinische Welt zu kommen, eine verheißungsvolle Zukunft.

Schlimm genug dagegen sieht es mit den Verhältnissen der Praxis in unserer Stadt aus. Hier macht sich noch immer ein solcher Massenzuzug bemerkbar, daß noch auf lange Zeit hinaus jede Hoffnung auf Besserung ausgeschlossen erscheint. Man kann behaupten, daß fast täglich ein neuer praktischer Arzt auf der Bildfläche erscheint, mitunter auch mehrere an einem Tage. Siegesbewußt gehen die jungen Collegen in der Stadt umher auf Wohnungssuche, voll Eifer schaffen sie Instrumente an für alle möglichen und unmöglichen Operationen, die sie an der Klinik gelernt, gesehen, oder von denen sie nur gehört haben, und stolz geben sie urbi et orbi unter Angabe ihrer sämtlichen Titel bekannt, daß sie die Pforten ihres Heims der leidenden Menschheit geöffnet haben und täglich zweimal ordiniren. Noch kurze Zeit dauert das Vergnügen, man freut sich an dem Leuchten des Aushängeschildes und an dem Glanze der wohlgeordneten Instrumente, noch ein paar Annoncen in den Tagesblättern, noch eine Firmatafel an eine entferntere Straßenecke. Die Tage vergehen. Es beginnt die Zeit des Zweifels und endlich die der Resignation, und es wächst das Meer derjenigen, denen es zum Bewußtsein kommt, daß sie sich verrechnet haben. Und das weitere Schicksal dieser Collegen: Scheinexistenzen, denen der kürzeste Wintertag zu lang ist, die kümmerlich von den Abfällen leben, die ihnen die wenigen Großen zukommen lassen, Nachtwachen bei Schwerkranken, Assistenzen bei Operationen, Vertretungen kranker und abwesender Collegen und die immer spärlicher werdenden „Zu-Fälle“.

Praktische Aerzte, die kaum den Miethzins verdienen, sind bei uns keine Rarität, und die Zahl derjenigen, die „passiv“ sind, dürfte wohl jene der „activen“ weit überschreiten.

Eine natürliche Folge dieser dem großen Publicum leider nur zu wohl bekannten Verhältnisse ist ein stetiges Sinken des Ansehens des Arztstandes. Wie kann es denn auch anders sein, wenn man praktischen Aerzten begegnet, deren Aeußeres viel zu wünschen übrig läßt, wenn man sie im Theater in den höchsten Regionen thronen sieht oder gelegentlich einmal die Beobachtung macht, in welcher aufdringlicher Weise sie sich an Leute anbietern, um vielleicht einmal doch wenigstens zum Dienstmädchen gerufen zu werden, oder wie vertraulich und intim sie mit weit unter ihrem Niveau Stehenden verkehren, und wie geduldig sie den Spott der sie Durchschauenden über sich ergehen lassen.

Und noch immer hat der Jammer kein Ende. Nach Dutzenden zählen die Aerzte, welche die feste Absicht haben, sich in Prag niederzulassen, und jeder Gasse stehen noch einige Talente bevor. Glaubt doch jeder, er sei der Auserwählte, dem es bei aller Concurrenz gelingen werde, es den Wenigen nachzumachen, die in aller Munde sind, ist doch stets der Neuankommende fest überzeugt, daß die Menge der unbeschäftigten Aerzte dies nur einer mangelhaften Ausbildung oder dem unbeholfenen Auftreten zuzuschreiben habe, bei ihm selbst sei das ganz anders. Von der eigenen Person hat Jedermann die beste Meinung, und erst wenn die Dummheit bereits ausgeführt ist, wird gemerkt, daß man sich doch überschätzt hat, oder vom Publicum unterschätzt wird. — So sehen wir täglich sich das Schauspiel wiederholen, wie Leute mit offenen Augen in — die Praxis rennen. —ch—

Kleine Mittheilungen.

— Die von LANDERER so warm empfohlenen **Hetolinjectionen** bei Tuberculosis pulmonum hat A. H. HAENTJENS an seinem Krankenmateriale in Anwendung gebracht („Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde“, 1900, Nr. 3). Die Injectionen wurden stets genau nach den Anweisungen LANDERER'S ausgeführt. Sämmtliche Patienten hatten während 10 Tagen vor Beginn der Injectionseur 37·3° C. Körpertemperatur, während LANDERER als Maximum 38·2° zuläßt. Die Zahl der mit Hetolinjectionen behandelten Patienten beträgt 13. Es war keineswegs nur günstiges Krankenmaterial ausgewählt worden, vielmehr befanden sich die Kranken in verschiedenen Stadien der Phthise. Verf. gibt nun, anschließend an 13 Krankengeschichten, einen Ueberblick über die Leistungen der Hetolbehandlung, und hebt hervor, daß während der Hetolbehandlung der allgemeine, vor Allem aber der locale Zustand gewöhnlich schnell vorwärts geht, so daß bisweilen der völligen Heilung der Weg frei gemacht wird.

— Einen **Beitrag zur medicamentösen Therapie der subacuten und chronischen Bronchitis** liefert GÖRZ („Prager med. Woch.“, 1901, Nr. 27). Er empfiehlt, dem verordneten Senegadecoet (5 : 200) mit Liquor Ammon. anisat. (5·0) 2—5 Tropfen Olei pini pumilionis hinzuzusetzen, und zwar in der Weise, daß zunächst das Oel mit dem Liquor Amm. anis. gemischt und dann das Decoet hinzugefügt wird. Zur eventuellen Nachbehandlung empfiehlt sich Terpinhydrat in Pillen.

— Bei **Bronchiektasien** erscheint die folgende Medication empfehlenswerth („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1901, Nr. 9):

Ep. Terpin. hydr. 5·0
Pulv. ipec. opiat. 3·0
Plumb. acet. 1·0
M. f. pilul. massa, e qua formentur pilul.

Nr. XXX.

D. S. Dreimal täglich eine Pille zu nehmen.

oder

Rp. Guajacoli,
Sol. Fowleri aa. 8·0
Eucalyptoli 4·0
M. D. S. Früh und Abends 20 Tropfen zu nehmen.

— Einige Autoren sahen neuerdings bei mehreren Affectionen von dem **Unguent. Crédé** sehr gute Erfolge, und zwar bei Meningitis cerebrospinalis epidemica und bei Meningitis tuberculosa. Die Salbe wurde in einer Menge von 3½—7 Grm. und darüber bei Kindern, bei Erwachsenen bis zu 10 Grm. täglich in die Haut des Kopfes, des Rückens oder in die Schenkelhaut gerieben. Es soll sich schon sehr bald ein Sinken der Temperatur, sowie ein Nachlassen der typischen Cerebralsymptome bemerkbar gemacht haben und in mehreren Fällen Heilung eingetreten sein. Desgleichen hat das Präparat bei inficirten Wunden, Furunculose, Erysipel, Septikämie, Phlegmasia alba dolens etc. Anwendung gefunden (KRONFELD). Die bestehenden Infiltrationen bildeten sich meist schnell zurück, Schmerzen und Eiterung ließen nach, die vorher belegten Wundflächen reinigten sich und bedeckten sich mit gesunden Granulationen. Die Einreibungen der Salbe erfolgten bald in die erkrankten Hautpartien direct, bald in die benachbarten gesunden Regionen.

— Seine Beobachtungen bei der Verwendung einiger neuer Medicamente, **Eumenol, Dionin und Stypticin**, publicirt HUBERT LANGES („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 7). Was das Eumenol anbetrifft, so verordnete L. dasselbe hauptsächlich in Fällen von Dysmenorrhoe bei Nulliparen, wo kein größerer organischer Fehler nachweisbar war, und zwar 3mal täglich 1 Eßlöffel voll nach dem Essen, im Ganzen gewöhnlich 100—150 Grm. Die Wirkung war in allen Fällen eclatant. Daß das Eumenol eine günstige Wirkung auf die Dysmenorrhoe, auf kleine Deviationen, auf zu häufige und zu starke Menses hat, läßt sich wohl kaum bestreiten. Als ein weiteres sehr gutes Mittel bei profusen Menses von Nulli- und Multiparen hat sich das Stypticin und die Tinctura Styptici erwiesen. Ueber das Dionin faßt sich L. kurz, da sich die Literatur über dasselbe gewaltig gesteigert hat. Er gab dasselbe hauptsächlich bei Phthisikern, bei Bronchitis, bei Asthma und besonders bei dem sogenannten Influenzähusten, zumeist mit vorzüglichem Erfolge. Als Schlafmittel hat er es nie angewandt.

— Die Schlußfolgerungen, zu welchen TOURET (Thèse de Paris, 1901) auf Grund seiner eingehenden klinischen Versuche über die ernährenden und therapeutischen Eigenschaften des **Fersan** gelangte, lauten: Fersan ist ein sowohl in Bezug auf seine Zusammensetzung als auch seine Unveränderlichkeit tadelloses Präparat; es wird gut vertragen und übt einen kräftigen und günstigen therapeutischen Einfluß aus; es ist zu gleicher Zeit ein Medicament und ein Nahrungsmittel und berufen, in vielen Fällen wirkliche Dienste zu leisten, da es die Kräfte des Kranken aufrecht erhält, ohne die Verdauungsthätigkeit zu beeinträchtigen. Es ist eines der werthvollsten Mittel, welches die Therapie in ihrer jetzigen Gestalt gegen die Anämie, die Chlorose und Neurasthenie besitzt. Auch Consumptionskrankheiten, wie z. B. die Tuberculose, Kachexie etc., werden in ihrer Entwicklung aufgehalten und oftmals günstig beeinflusst.

— Zur **Entfernung von Ephemiden** erscheinen folgende Medicamente geeignet („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 10):

Rp. Mercur. praecip. alb.,	
Bismuth. subnit.	aa. 250
Lanolini	400
M. f. ungt.	
D. S. Erbsengroß einzureiben.	
Rp. Acid. salicyl.	20
Sapon. vir. kalini	30
Vaselini alb.	ad 250
M. f. ungt.	
D. S. Abends einzureiben.	
Rp. Mercur. sublim. corros.	05
Spir. camphor.	300
Aq. rosar.	200
Aq. destill.	ad 2500
D. S. Während des Tages einzupinseln.	
Rp. Mercur. sublim. corros.	10
Spir. vin. gall. quant. sat. ad solutionem.	
Zinc. sulfuric.,	
Plumb. acet.	20
Aq. destill.	ad 2500
D. S. Während des Tages einzupinseln.	
Rp. Mercur. sublim. corros.	05
Acid. acet. dilut.	70
Natr. boric.	20
Aq. rosar.	ad 1500
D. S. Zum Betupfen der Sommersprossen.	
Rp. Mercur. sublim. corros.	005
Tinct. benzoës	50
Emulsion. amygdal.	ad 1000
D. S. Einige Tropfen dem Waschwasser zuzusetzen.	
Rp. Mercur. sublim. corros.	005
Bismuth. oxychlorat.	05
Hydrogen. hyperoxyd.	200
Lanolini	50
Vaselini alb.	ad 500
Mf. ungt.	
D. S. Abends einzureiben.	

— Das folgende **Verfahren des Dammschutzes** empfiehlt auf Grund einer 11jährigen Erfahrung HEBERLIN („Corr.-Blatt f. Schw.-Aerzte“, 1901, Nr. 14). Mit der linken Hand hält er während der Wehen den Kopf zurück, drängt in der Wehenpause die vorderen Weichteile zurück und schiebt sie nach hinten. Mit der rechten Hand verhindert er die übermäßige Ausdehnung des Dammes, indem er zangenförmig die hintere Hälfte der Vulva umgreift, den Saum in der Wehenpause durch Zurückziehen über den Kopf dehnt, während der Wehe den Kopf zurückhält und in einer Wehenpause nach vorn durch Einwirkung des Druckes unter den größten Schädelumfang drängt. Bei dieser Ausführung des Dammschutzes will er weniger Dammriss als früher beobachtet haben.

— Die **Resultate der Castration bei Hodentuberculose** stellen sich nach HAAS („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 30, H. 2) folgendermaßen dar: Die Castration ist die beste Therapie der Hodentuberculose. H. fand nämlich, daß von den an einseitiger Hodentuberculose leidenden Patienten durch die einseitige Castration 44·6% dauernd geheilt blieben, während bei den an doppelseitiger Hodentuberculose Leidenden durch die beiderseitige Castration der Procentsatz der dauernd Geheilten sich sogar auf 56·7 erhöht. Die Beobachtungszeit der dauernd Geheilten beträgt 3—34 Jahre.

Die Castration ist auch deshalb noch den anderen, mehr conservirenden Verfahren vorzuziehen, weil in keinem der operirten Fälle die von den conservativen Chirurgen so sehr gefürchteten Ausfallserscheinungen eingetreten sind. Bei keinem der doppelseitig Castrirten trat irgendwelche Veränderung des psychischen Verhaltens ein; bei den einseitig Castrirten blieb meistens die Potenz erhalten; sogar bei zwei doppelseitig Castrirten soll die Potentia coeundi längere Zeit erhalten gewesen sein.

— Die **Ursachen der Carbolgangrän** erörtert F. ROSENBERGER („Verh. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg“, Bd. 35, N. F.). R. hat die genannten Ursachen an Fröschen und Kaninchen experimentell geprüft und kommt zu folgenden Resultaten. Zunächst zieht die hygroskopische Carbolsäure aus den oberflächlichen Epithellagen Wasser an sich, das Protoplasmaeiweiß wird, vielleicht dadurch allein, vielleicht durch das Phenol selbst, wenigstens theilweise coagulirt, dadurch verlieren die Zellen etwas an Volumen, die Interstitien werden weiter, dem andringenden Feind ist Thür und Thor geöffnet. Dabei ist aber die Schädigung der einzelnen Zellen nicht besonders stark, der Kern bleibt intact; schwemmt jetzt ein kräftiger Lymph- oder Blutstrom die Carbolsäure fort, so wäre zum mindesten theilweise Erholung denkbar. Aber das Carbol bringt beim Auftreffen auf die Gefäßwände diese zunächst zur Contraction, dadurch wird die Circulation verlangsamt und, bis die Vasoconstrictoren erschlaffen, haben sich rothe Blutkörperchen mit der Kante an die Wand der Gefäße gestellt und erschweren nun ihrerseits die Circulation. Allmähig kommt es zur Stase, erst sehr viel später zur Thrombose. Auch in den Lymphgefäßen tritt schließlich Stagnation ein, weil bei eingestelltem Blutdurchfluß die vis a tergo für die Fortschaffung der Lymphe fehlt. Die Resultate R.'s erklären die häufig gemachte Erfahrung, daß durch die Carbolbenützung allein die Gangrän nicht entsteht, wenn durch active Bewegungen für gute Circulation gesorgt wird.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

Abtheilung für Chirurgie.

LEXER (Berlin): Zur Operation des Ganglion Gasseri.

Von 12 Fällen, an denen LEXER die Ganglionexstirpation in der v. BERGMANN'schen Klinik ausgeführt hat, ist ein Fall, eine 70jähr. Frau, an Meningitis gestorben. Dieselbe war seit 12 Jahren mit einer typischen Trigeminusneuralgie rechts behaftet und deshalb schon mehrmals in der Klinik operirt worden. Ende 1900 erkrankte sie nach einer Influenza so schwer, daß das Ganglion entfernt wurde.

Die Section ergab einen unerwarteten Tumor der hinteren Schädelgrube als Ursache des Leidens (Psammom). Sein Ausgangspunkt ist die Dura im vorderen Abschnitte der hinteren Fläche der Felsenbeinpyramide. An seinem vorderen Pole ist der Trigeminusstamm von der Geschwulstmasse umwachsen, die von der Gestalt und Größe einer kleinen Walnuß eine Grube in der Gegend der Flocke, des Kleinhirnschenkels und der Brücke veranlaßt hatte, ohne daß Erscheinungen dadurch bedingt worden waren (Demonstration des Präparates). Seiner Lage nach stimmt der Tumor fast mit den diagnosticirten Fällen von OPPENHEIM und v. MONAKOW überein, doch waren die hier bei der Section nachgewiesenen Geschwülste größer (Demonstration der Abbildungen dieser Fälle). Die Beobachtung ist nicht neu, daß eine Geschwulst der Schädelhöhle kein anderes Symptom als eine schwere Trigeminusneuralgie hervorruft und deshalb das Ganglion entfernt wird. KRAUSE z. B. fand bei der Section eines am Ganglion operirten Falles ein ausgedehntes Cholesteatom, das keine weiteren Erscheinungen gemacht hatte.

Die Kenntniß solcher Fälle ist für die Beurtheilung mancher scheinbarer Recidive nach Herausnahme des Ganglion wichtig; wenn nämlich die Schmerzen schon bald nach der Operation wiederkehren, ohne daß die Ausfallserscheinungen zurückgehen. In einem Falle von LEXER muß deshalb eine centrale Ursache mit falscher, peripherer Localisation der Schmerzen angenommen werden.

An dem Präparate des verstorbenen Falles zeigt LEXER seine Abänderung des KRAUSE'schen Verfahrens. Durch Erweiterung des Operationsgebietes nach unten (temporale Jochbogenresection und Fortnahme der Schädelbasis bis ins Foramen ovale hinein) wird es möglich, den Lappen in der Schläfe klein zu bilden und an das Ganglion mehr von unten heranzukommen, so daß das Gehirn nicht gehoben zu werden braucht. Denn der Druck auf dies Gehirnfeld (Demonstration) ist nicht gefahrlos; das zeigen schon die Fälle von KRAUSE, welcher einigemal Aphasie, einmal halbseitige Lähmung beobachtet hat, ferner die von anderen berichteten Erweichungsherde und späteren Abscesse im Temporallappen. Auch LEXER hat in einem dritten nach KRAUSE operirten Falle Aphasie erlebt. Die ganze Abänderung der Operation bezweckt, die Gefahr zu verringern. Wird der Kranke zur Freilegung des Ganglion, welcher Act der Operation genau geschildert wird, hoch aufgesetzt (nach v. BERGMANN), so sinkt das Gehirn unter der sich faltenden Dura soweit in den Schädel zurück, daß ein Heben des Gehirnes nicht nothwendig ist. Das Operationsfeld ist nur äußerlich kleiner, in der Tiefe dagegen größer; als Beweis wird angeführt, daß das Ganglion nur einmal nicht in seiner Gesamtheit, sondern in zwei Theilen entfernt worden ist und gröbere Verletzungen des Sinus und der Carotis nicht eingetreten sind.

Außer dem einen Todesfalle und dem scheinbaren Recidive hat ein dritter Patient auf der nicht operirten Seite eine schwere Neuralgie bekommen, während die operirte noch alle Ausfallserscheinungen bietet. Alle übrigen Patienten sind bis jetzt beschwerdefrei, der erst operirte seit $3\frac{1}{2}$ Jahren.

Die Unterbindung der Art. meningea wird für nothwendig gehalten, nicht die der Carotis ext. Die Hauptblutung stammt aus dem Plexus venosus, der das Ganglion umgibt und dessen anatomische Beziehungen zum Ganglion an der Hand des Präparates besprochen werden.

Von drei Fällen mit Keratitis ist einer ohne Folgen geheilt, die anderen haben Trübungen der Hornhaut bekommen. Von vier Fällen mit Lähmungen einzelner Augennerven ist eine Abducenslähmung nicht vollkommen zurückgegangen. Die lockere Tamponade des Cavum Meckelii mit Jodoformgaze wird für nothwendig erachtet, da stets, wenn auch die Dura nicht verletzt wird, am oberen Ganglionrande der Subduralraum durch das Ausreißen des Trigeminstammes, der Arachnoidealraum an der Brücke eröffnet wird.

Notizen.

Wien, 19. October 1901.

Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung.

Die Frage der Arbeiter-Familienversicherung ist in letzter Zeit Gegenstand einer lebhaften Discussion geworden. Erstens, weil sich das Memorandum der österreichischen Aerztekammern im Widerspruche zu den Anschauungen vieler Wiener Aerzte, jedoch in Befolgung eines Beschlusses der Majorität der österreichischen Kammern auf dem zweiten Kammetage der Familienversicherung gegenüber nicht ablehnend verhält; zweitens, weil eine wirthschaftliche Genossenschaft, der Arbeiterconsumverein von Simmering, in seinem Rahmen die ihm nothwendig erscheinende Angehörigenversicherung auf eigene Faust durchführen wollte, aber von der Wiener Aerztekammer daran verhindert wurde, indem diese die Annahme einer Stelle als Familienarzt beim Simmeringer Consumvereine für standeswidrig und die Interessen der Aerzteschaft schädigend erklärte, wodurch für diesmal die den Aerzten drohende Gefahr — wenn man so sagen darf — noch abgewendet worden ist.

Ob das aber auf die Dauer möglich sein wird, ist nicht sicher. Die Aerztekammer konnte und mußte die Annahme einer derartigen Stelle bei einem „Consumvereine“ verbieten, nicht etwa als eine Gegnerin der Familienversicherung überhaupt, denn damit würde sie sich zu den im Memorandum zum Ausdrucke gebrachten Anschauungen der Majorität der Aerztekammern in Gegensatz stellen, sondern weil sie einen Consumverein nicht als das richtige Organ zwecks Einführung dieser Institution betrachten kann, vielmehr die Arbeiterkrankencassen als solche auch das Centrum der Angehörigen-Versicherung darstellen müssen; es durfte kein Präjudiz geschaffen werden. Als unterstützendes Moment für den Beschluß der Aerztekammer mag noch der Umstand gewirkt haben, daß der Arbeiterconsumverein die ganze, tief in die Einkommensverhältnisse der Aerzte einschneidende Einrichtung innerhalb 2—3 Wochen beendet haben wollte, so daß den Aerzten keine Zeit blieb, sich über die Tragweite derselben zu orientiren, sowie Vorberathungen und Vorbereitungen zu treffen.

Für die Aerzte und für die Arbeiter, also auch den Arbeiterconsumverein, wird es am besten sein, die Verhandlungen im Parlamente abzuwarten und dementsprechend die Sache einzurichten. Im Parlamente wird über die Versicherung der Arbeiterfamilien gesprochen werden, zumindest von den Socialdemokraten, denn sie sind entschieden dafür. Man lese nur, was das Wiener socialdemokratische Tagblatt vom 2. October 1901 schreibt:

„Zweifellos ist es ein Mangel des Krankenversicherungsgesetzes vom Jahre 1888, daß die Angehörigenversicherung der Arbeiter nicht gleichzeitig mit der Einführung dieses Gesetzes obligatorisch durchgeführt wurde. Ueber ihre Nothwendigkeit ist sich jeder Einsichtsvolle, der die traurigen Verhältnisse in den Arbeiterfamilien kennt, klar. . . .“

Wie viele hoffnungsvolle, junge Menschenleben gehen in proletarischen Kreisen zugrunde, weil im Erkrankungsfalle kein Arzt zur Verfügung steht, welcher noch zur rechten Zeit helfend eingreifen könnte! Nicht aus Böswilligkeit oder Leichtsinne wird der Arzt zum kranken Kinde, zur kranken Frau nicht gerufen, sondern einfach deshalb nicht, weil in den meisten Fällen kein Geld da ist, um den Arzt auch bezahlen zu können. Wenn schon der Arzt geholt wird, so geschieht dies erst im Moment der höchsten Gefahr — oft schon zu spät. Freilich besitzen wir in Wien das Institut der Armenärzte. Aber abgesehen von den entwürdigenden Umständen, welche die Inanspruchnahme der armenärztlichen Hilfe mit sich bringt, ist diese Institution nach jeder Richtung hin unzulänglich.“

Die Familienversicherung der versicherungspflichtigen Arbeiter ist auch keine Neuheit mehr; sie besteht in gewissem Sinne bereits, und zwar nicht etwa bloß in Deutschland, unserem Vorbilde, wo vielleicht schon bei mehr als der Hälfte aller Cassen auch die Angehörigen der Cassenmitglieder einbezogen sind, wie beispielsweise in Leipzig, wo die große Ortskrankencasse gleich vom Beginne ab (1887) die im Haushalte der Cassenmitglieder lebenden Familienangehörigen ohne eigenen Erwerb, d. i. Kinder, Stiefkinder, Ehegatten, Eltern, Stiefeltern, Großeltern und Schwiegereltern, sofern diese nicht selbst dem Krankenversicherungszwange unterliegen, auf freie ärztliche Behandlung und Arznei (nicht aber Heilmittel) bis zu 13 Wochen und auf Sterbegeld für Ehefrau (15 M.) und Kinder (9 M.) versichert hat; — sondern auch bei uns in Oesterreich sind bei zahlreichen, namentlich Fabriks- und Bahncassen die Angehörigen an der Versicherung theilhaftig, und man erinnert sich noch allgemein, wie sich vor zwei Jahren die Wiener Bezirkskrankencasse in facultativer Familienversicherung versuchen wollte. Auch hat die Regierung bereits eine Reihe von Verordnungen auf diesem Gebiete erlassen und das Recht auf Familienversicherung ausgesprochen. Da heißt es u. a.:

„Die Ausdehnung der Casseleistungen auf die Frauen und Kinder der Cassenmitglieder durch Aufnahme bezüglicher Bestimmungen ins Statut erscheint zulässig. Werden hiefür keine besonderen Beiträge vorgesehen, so stellt sich diese Versicherung lediglich als eine Erhöhung, respective Erweiterung der den Cassenmitgliedern zu gewährenden Leistungen dar. — Die Aufnahme einer Bestimmung in das Statut einer Bezirkskrankencasse, daß Frauen und Kinder von Mitgliedern sich gegen Entrichtung eines wöchentlichen Beitrages auf Arzt und Medicamente versichern lassen und zu diesem Zwecke der Casse als nicht-versicherungspflichtige Mitglieder beitreten können, ist unzulässig. — Wird dagegen in das Cassestatut eine Bestimmung des Inhaltes aufgenommen, daß die Cassenmitglieder durch Entrichtung eines unmittelbar an die Casse abzuführenden Wochenbeitrages sich für ihre Frau und Kinder, ohne daß die letzteren Cassemitglieder werden, Casseleistungen (unentgeltliche Gewährung der ärztlichen Hilfe und der Medi-

camente) sichern können, so stellt sich die Einführung dieser Versicherung nicht als eine Erhöhung der Casseleistungen im Sinne des § 9 K.V.G., sondern als Einführung eines speciellen Versicherungszweiges dar, dessen Verbindung mit der durch das Krankenversicherungsgesetz geregelten Krankenversicherung zufolge § 9 (Erhöhung und Erweiterung der Leistungen) nicht unzulässig ist.“

Und gerade der Umstand, daß in allerjüngster Zeit die Arbeiterconsumvereine einen Vorstoß zur Familienversicherung machen und diese Idee zu propagieren beginnen, ist ein nicht zu unterschätzendes Zeichen der Zeit.¹⁾ Man darf nämlich die Bedeutung der Arbeiterconsumvereine nicht übersehen; sie sind gewissermaßen eine Art Sparbank (BERNSTEIN), die von den socialdemokratischen Arbeitern als wirtschaftliches Organisationsinstrument aufgefaßt werden. Sie nehmen an Ausdehnung immer mehr zu; so ist in England nach MAY jede zehnte Familie Mitglied eines Consumvereines, in Deutschland jede zwölfte. Man will eben dadurch eine Rückenstärkung der Gewerkschaften erzielen, indem besonders bei Strikes die in Consumvereinen organisierten Arbeiter erheblich längere Zeit aushalten können, als dies ohne die von den Mitgliedern aufgesparten Reservefonds der Consumvereine möglich wäre. Die genossenschaftliche Bewegung, wie sie unter anderem in den Consumvereinen auftritt, soll mit der gewerkschaftlichen eine Ergänzung der politischen Bewegung sein, wodurch die Arbeiterschaft ihren Gegnern nicht nur die politische, sondern auch die wirtschaftliche Macht entreißen will. — Diese Abschweifung zur Beleuchtung der Wichtigkeit der Frage der Arbeiterconsumgenossenschaften und ihrer Absichten. —

Man kann sagen, was man will, dem Krankencassenwesen ist nun einmal der Stempel des Socialismus aufgedrückt und damit heißt es rechnen. Die Socialisten streben aber eine Verallgemeinerung der Versicherung an, getreu dem Erfurter Programme (October 1891): „Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung einschließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel, Unentgeltlichkeit der Todtenbestattung“, und daß da in erster Linie die Familien an die Reihe kommen, liegt auf der Hand und wurde überdies auf dem Stuttgarter Congreß der Ortskrankencassen am 8. September 1901, wo 1,613.000 Cassenversicherte durch 134 Delegirte vertreten waren, von dem socialdemokratischen Referenten Dr. FRIEDEBERG klar ausgesprochen mit den Worten: „Wir dringen in die Regierung, . . . die Familienversicherung einzuführen.“

Trotz alledem wird von mancher Seite dem Memorandum vorgeworfen, es hätte die Frage der Familienversicherung nicht aufwerfen sollen. In einer Zeit, wo die interessierten Kreise die Familienversicherung kategorisch verlangen, zu einer Zeit, wo die Regierung die Familienversicherung bereits concedirt hat, hätte eine Denkschrift über die Arbeiterkrankenversicherung das Thema der Familienversicherung nicht berühren sollen! Das wäre geradezu ein unverzeihlicher Fehler gewesen. Denn da die Sache doch in Verhandlung gezogen werden wird, hätte man durch das Schweigen am unrechten Orte und zur unrechten Zeit dem Aerztestand unermesslichen Schaden zufügen können, weil die gesetzgebenden Factoren die Wünsche der Aerzte nicht gekannt hätten und die ganze Institution über den Kopf der Aerzte und unbekümmert um deren Wünsche eingeführt hätten.

¹⁾ Daß die Verwirklichung dieser Idee durch das rasche und energische Eingreifen der Wiener Aerztekammer verhindert wurde, wird jeder Arzt billigen; denn die Aerzte können nicht zulassen, daß die Krankencassenmisère am Ende auch noch durch die Consumvereine vermehrt werde. Wenn die Arbeiter-Consumvereine ihren Mitgliedern aus dem Gesamtgewinne einen Theil zu humanitärem Zwecke zuwenden wollen und dabei eine Unterstützung bei Erkrankung der Familienmitglieder ins Auge gefaßt haben, so ist das ja ganz löblich und kann nicht bekämpft werden. Soll dieser Betrag aber speciell für ärztliche Behandlung der Familien (Arztkosten) aufgewendet werden, so müßte eine richtige Form gesucht werden. Es wäre vielleicht derart durchzuführen, daß die Vereinsmitglieder ihre Aerzte wie bisher selbst honoriren und die über die Bezahlung des Honorars erhaltenen Empfangsbestätigungen der Aerzte alle Vierteljahre bei dem Consumvereine einreichen, der dann seinen Mitgliedern percentuell einen Theil des von ihnen auf die ärztliche Behandlung ausgelegten Honorars je nach Maßgabe des vorhandenen Reingewinnes rückvergütet. So könnte die vom Consumvereine verfolgte Absicht, das Risiko der Kosten bei eventueller Familienerkrankung vom Einzelnen auf die Allgemeinheit der Vereinsmitglieder zu übertragen, ausgeführt werden, ohne daß den Interessen und dem Standesbewußtsein der Aerzte nahegetreten würde.

Wenn Jemand daran zweifelt, daß die Familienversicherung vor das Parlament kommt, so braucht er doch nur daran erinnert zu werden, daß die Frage auch bei der im Jahre 1897 von der Regierung veranstalteten „Enquête über die Reform des Krankenversicherungsgesetzes“ eingehend discutirt wurde, indem z. B. einer der Experten die Familienversicherung als „eine der wichtigsten und besten Einrichtungen“ rühmt, während ein anderer Experte, der Secretär der Wiener allg. Arbeiterkrankencasse, die Nothwendigkeit der Angehörigenversicherung und insbesondere den Gegensatz zwischen den Interessen der Aerzte und der Arbeiter betont:

„Wir wollen auch keinen Unterschied machen — und wir kommen da in Widerspruch mit den Ausführungen der Aerzte und Apotheker — zwischen dem eigentlich Versicherten und seinen Angehörigen. Wir glauben, daß mit der obligatorischen Krankenversicherung des einen auch die Angehörigenversicherung gleichzeitig verbunden sein muß. Das ist ein dringendes Bedürfnis der Zeit, denn unsere Arbeiterschaft in Wien ist vielfach nicht in der Lage, für Frau und Kinder im Krankheitsfalle vorzusorgen.“

Auch ein ärztlicher Experte, Dr. SURCZUCKI, Präsident des Vereines der Aerzte und Hauptarzt der Bezirkskrankencassen der Stadt Krakau, trat entsprechend den auf dem II. Aerztekammertage erhaltenen Directiven für die Familienversicherung ein:

„Für die freie Aertzewahl sind die meisten Aerztekammern Doch müßten dort, wo die freie Aertzewahl eingeführt wird, auch die Familienangehörigen der Arbeiter in die Versicherungspflicht einbezogen werden.“

Die Familienversicherung mit Schweigen zu übergehen oder sie gar ausdrücklich abzulehnen, wäre ein unfruchtbares Beginnen gewesen. Eine Ablehnung seitens der Aerzte hätte wohl nicht viel Effect erzielt, wenn die Hauptinteressenten, die Arbeiter, die Versicherung verlangen.

Mit einer Ablehnung gleichbedeutend wäre aber auch die in einzelnen Köpfen aufgetauchte Parole: „Familienversicherung nur auf Krankengeld, nicht aber auf unentgeltliche ärztliche Behandlung.“²⁾ Denn das ist einfach undurchführbar und kann bei der Arbeiter-Angehörigenversicherung nicht in Rede kommen.

Auf den ersten Blick mag diese Forderung allerdings bestrickend sein und ihre Gewährung wäre ja vom ärztlichen Standpunkte aus recht wünschenswerth; aber sie kann und wird nie durchgehen. Eine Familienversicherung hat sich bisher immer nur auf Naturalleistungen (Arzt und Apotheke) beschränkt und wird sich auch fernerhin auf nichts anderes erstrecken können. „Krankengeld“ wird dabei nicht so bald in Betracht kommen.

Für die Ausbezahlung von Krankengeld besteht bei der Angehörigenversicherung kein moralischer Anhalt; ist doch das Krankengeld jederzeit nur der Ersatz für den infolge der Erkrankung verlorenen Verdienst des Versicherten, damit er allein oder mit seiner Familie den nothdürftigsten Unterhalt fristen kann. Für Familienangehörige, die nichts verdienen, fällt also das Moment des „Verdienstentganges“ weg; wenn sie aber verdienen, sind sie ohnehin versicherungspflichtig auf alle Qualitäten der Unterstützung.

Das Ausmaß des Krankengeldes kann doch nur an der Hand des Grades der Erwerbsunfähigkeit entschieden werden! Selbst bei Privat-Krankenvereinen und Privat-Unfallversicherungsinstituten wird das „Krankengeld“, wenn es vielleicht auch als „Heilungskosten“ aufgefaßt wird, nur nach der eventuellen oder relativen Arbeitsunfähigkeit angewiesen und bei Unfällen sogar nur nach dem Grade der Arbeitsunfähigkeit bemessen. Wie könnte ein derartiges Maß bei Erkrankung von Säuglingen, Kindern und invaliden Großeltern angewendet werden?

²⁾ Ein etwaiger Einwand, daß die Versicherung „nur auf Krankengeld“ bei den Arbeiterfamilien ebenso durchzusetzen sein dürfte wie bei den Meistercassen, bei denen ja bekanntlich die neue, eben ausgegebene Regierungsvorlage den Standpunkt der Aerzte, obligatorische „Versicherung auf Krankengeld oder auf Kranken- und Begräbnißgeld, jedoch mit Ausschluß der Versicherung auf unentgeltliche ärztliche Hilfe“ in lobenswerther Weise acceptirt hat, übersieht gänzlich, daß das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz besitzlose Proletarier zu versorgen hat, die nichts als ihre bei Erkrankung brach gelegte Arbeitskraft eigen nennen, während die Meister Unternehmer, d. h. „Capitalisten“ im socialistischen Sinne sind, die ein Eigenthum an Produktionsmitteln, ihr „Geschäft“ haben, das auch während einer Erkrankung weitergeführt wird und Gewinn abwirft.

Die Unterstützung der kranken Familie muß in Naturalleistung und darf nicht in Geld allein bestehen, weil sonst der Zweck der Versicherung nicht erfüllt wird, daß einerseits die erkrankten Angehörigen einer ordentlichen ärztlichen Behandlung wirklich theilhaftig werden, was bei Ausbezahlung von Geld, wobei die Versicherten an Auslagen für Arzt und Medicamente zu sparen suchen, nicht garantiert wäre, und daß andererseits durch die Versicherung ein Ausgleich erfolge, bei dem das Risiko der Heilungsspesen vom Einzelnen auf die Allgemeinheit übertragen wird, so daß der wirtschaftlich schwächere Arbeiter diese Spesen quasi auf die Schultern der stärkeren abwälzt; könnte doch das Krankengeld für die Familie niemals besonders hoch ausfallen, da ja eine weitere Belastung der Arbeitgeber zu Gunsten der Familie der Arbeitnehmer unter den heutigen politischen Verhältnissen schwerlich Anklang finden dürfte; es würde der Zufall eine große Rolle spielen, wenn beispielsweise ein armer Arbeiter von schweren Krankheiten in der Familie heimgesucht würde, die bedeutende Heilungsauslagen verursachen, wohingegen z. B. einem besser situierten Arbeiter weniger kostspielige Erkrankungen seiner Familie zustoßen könnten.

Die Versicherung der Familie muß auch aus dem Grunde eine Naturalleistung sein, weil sonst die Gefahr der „uncontrollirbaren“ Simulation zu groß wäre und der ganze, theure, verwaltungstechnische Apparat der Simulantenerklärung in vermehrter Auflage in Scene gesetzt werden müßte, während bei der Versicherung auf den Arzt und Apotheker dies alles eo ipso als zwecklos entfällt. Diese Vertheuerung der Verwaltungskosten könnten die Cassen nicht aushalten, weshalb auch die Regierung derartige nicht gutheißen kann.

So entpuppt sich diese scheinbar einfachste Lösung der „Familierversicherung auf Krankengeld allein“ als unrealisierbar, und es bleibt den Aerzten nichts übrig, als jene Bedingungen geltend zu machen, von deren Erfüllung sie ihre Mitwirkung an der Krankenversicherung der Familien abhängig machen. Es sind das deren drei:

1. Es dürfen nur Angehörige von versicherungspflichtigen Cassenmitgliedern, deren Einkommen nicht über 2000 Kronen beträgt, der Familienversicherung theilhaftig werden.

2. Die Familienversicherung der Arbeiter darf nur auf Grundlage des Systems der freien Arztwahl vor sich gehen, so daß jeder Arzt zur Familienbehandlung zugelassen werden muß.

3. Die ärztliche Honorirung muß der geleisteten Arbeit entsprechend sein und muß von der Krankencasse mit der entsprechenden Aerktekammer vereinbart werden.

Diese Bedingungen konnte und mußte das Memorandum vorbringen, und es wird Sache der Aerzte sein, durch Solidarität dahin zu wirken, daß diese Bedingungen anerkannt werden.

Die Wiener Aerzte sind seit jeher keine besonderen Freunde der Familienversicherung und haben sogar einmal schon diesbezüglich demonstriert, indem sie gerade infolge der von der Wiener Bezirkskrankencasse projectirten Familienversicherung ihre Organisation geschaffen haben. Vielleicht wird es ihnen wieder gelingen, durch Einigkeit die Ausführung eines Gesetzes zu verhindern; es wird wohl schwer möglich sein! Was aber möglich sein muß, ist, daß die Aerzte durch engen Zusammenschluß jede Schädigung ihrer Interessen durch die Familienversicherung verhüten.

Ueber die Familienversicherung der Arbeiter werden wir nun einmal nicht hinwegkommen; es heißt also darauf achten, daß sie uns nicht unnöthig schädige.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der ersten nach den Sommerferien, stellte zunächst Prof. Dr. EHRMANN einen „Fall von sogenannter Psorospermiosis cutis in der zweiten Generation“ vor und discutierte im Anschlusse an seine Demonstration die Pathogenese der genannten Affection. (Die Ausführungen E.'s erscheinen in extenso in unserem Blatte.) In der Discussion erörterte Hofr. Prof. Dr. NEUMANN die Differentialdiagnose der Psorospermiosis. — Hierauf referierte Prof. Dr. K. A. HERZFELD über einen Fall von Ruptur des Uterus während der Schwanger-

schaft bei einer 34jähr. Frau im 10. Monate der 7. Gravidität und zeigte das zugehörige Präparat. Es hatte ein Trauma (Heben einer schweren Last) eingewirkt. Alsbald traten starker Meteorismus und häufiges Erbrechen auf. Die innere Genitaluntersuchung ergab bis auf ein Abweichen des kindlichen Schädels gegen den linken Darmbeinteller nichts Abnormes. In den nächsten Tagen stellten sich die Erscheinungen eines Ileus mit fäulentem Erbrechen ein. Am 4. Tage wurde, weil Vortr. trotz des auf normalem Wege erfolgten Blasensprunges und des Eintrittes kräftiger Wehen die Möglichkeit einer Uterusruptur erwog, zur Laparotomie geschritten. Thatsächlich fand sich an der vorderen Uteruswand ein langer Riß, durch den die Frucht zum größten Theile ausgetreten war. Der Fruchtkörper war derartig über das Colon descendens gelagert, daß dieses wie abgeknickt erschien. Es wurde typische Total-exstirpation des Uterus vorgenommen. Man hat den Eindruck, als ob die Perforationsstelle einer Narbe nach einer früheren Perforation entspräche. Die Patientin ist kurz nach der Operation gestorben. — Schließlich hielt Prof. Dr. PÁL seinen angekündigten Vortrag „Ueber Beziehungen zwischen Circulation, Motilität und Tonus des Darmes.“ (Erscheint in extenso in unserem Blatte.)

(Wiener Aerktekammer.) In der am 15. October 1. J. stattgefundenen Kammerversammlung wurde vom Präsidenten Primarius Dr. HEIM zunächst ein Erkenntniß des Ehrenrathes verkündet, mit welchem dem praktischen Arzte Dr. MAX KEIL, VIII., Josefstädterstraße 30 wohnhaft, wegen standesunwürdigen Verhaltens durch Bruch des gegebenen Ehrenwortes eine Rüge ertheilt wird. Hierauf wurden die Einläufe mitgetheilt, darunter u. a. Zuschriften von 15 Aerktekammern, in welchen dem Präsidium der Wiener Aerktekammer für die bezüglich der Krankencassengesetzreform und in anderen Angelegenheiten unternommenen Schritte Dank und Anerkennung ausgesprochen wird, ferner eine Note des Wiener Magistrates, wonach die Uebergabe des Vermögens des Wiener chirurgischen Gremiums, welches sich auf 20.600 Kronen in Werthpapieren beläuft, im Sinne des Gesetzes vom 29. Juni 1901 demnächst erfolgen soll. Der Präsident macht sodann Mittheilungen über den derzeitigen Stand der Action bezüglich der Reform der Krankenversicherung und über einen von der Regierung ausgearbeiteten Entwurf einer Novelle zur Gewerbeordnung, in welchem der in der Resolution des heuer stattgefundenen außerordentlichen Aerktekammertages aufgestellten Forderung bezüglich der Meisterkrankencassen Rechnung getragen wird. — Sodann gab der Präsident unter dem Beifalle der Kammerversammlung gegenüber den in einer kürzlich stattgefundenen Versammlung des Vereines „Freie Vereinigung der praktischen Aerzte Wiens“ vorgebrachten unrichtigen Angaben und Entstellungen über den Vorgang bei Verfassung und Ueberreichung des Memorandums der österreichischen Aerktekammern über die Krankenversicherungsreform an der Hand der Acten und Sitzungsprotokolle eine Darstellung von dem Zustandekommen des Memorandums. Aus derselben geht hervor, daß die in dem erwähnten Versammlungsberichte enthaltenen Ausfälle und Behauptungen auf Entstellungen beruhen und jeder thatsächlichen Grundlage entbehren, und bedauert der Präsident, daß diese das Ansehen der Aerkteschaft und ihrer legalen Vertretungen schädigenden Ausfälle gegen eine im Interesse der gesammten Aerkteschaft mit ausdrücklicher Ermächtigung sämtlicher Kammern unternommene Action aus dem kleinen Kreise des genannten Vereines heraus den Weg in die Tagespresse gefunden haben, weil diese Ausfälle geeignet sind, die öffentliche Meinung irrezuführen. — Dr. GRUSS referirt über die Eingabe eines Arztes, in welcher die Kammer gefragt wird, ob es standeswidrig sei oder nicht, wenn ein Arzt seinen Nachfolger in eine fest begründete einträgliche Privatpraxis gegen Entgelt einführt und ihm auch private Fixa (Eisenbahn-Instituts- und Cassenarztstellen) gegen bare Entschädigung übergibt, und beantragt: Die Aerktekammer erklärt, daß die entgeltliche Einführung eines Nachfolgers in eine Privatpraxis, sowie die entgeltliche Ueberlassung von privaten fixen Anstellungen im Allgemeinen nicht standeswidrig sein muß, daß jedoch die Beurtheilung, ob in der entgeltlichen Uebertragung der Praxis an einen Nachfolger etwas Standeswidriges liege oder

nicht, jedesmal nach den im concreten Falle obwaltenden Umständen beurtheilt werden muß. Im Wesentlichen decken sich die bei Beurtheilung jedes Einzelfalles zu beachtenden Gesichtspunkte mit den Bestimmungen des § 878 des bürgerlichen Gesetzbuches. (Angenommen.) — Bezüglich der Zulässigkeit der Zuziehung von Advocaten zu den ehrenrätlichen Verhandlungen wird — einem Referate des Dr. H. ADLER zufolge — im Sinne des Vorstandsantrages (s. Nr. 40 d. Bl.) beschlossen. — Dr. STRANSKY berichtet über die wiederholte Weigerung dreier Versicherungs-Gesellschaften (Gothaer, Krakauer und Mutual), den vom „Verbande der Aerzte Wiens“ mit den anderen Versicherungs-Gesellschaften bezüglich der Honorirung der Todesfallsparere getroffenen Vereinbarungen beizutreten. Nach dem vom Ref. namens des Vorstandes gestellten Antrage wurde beschlossen, die Aerzte Wiens in den Mittheilungen der Kammer aufzufordern, in Hinkunft die directe Ausstellung der Todesfallsparere an die Parteien unter Hinweis auf die vom Verbande der Aerzte Wiens mit allen anderen Versicherungs-Gesellschaften abgeschlossenen und von der Wiener Aerktekammer zur Kenntniß genommenen Verträge zu verweigern. — Ueber Antrag des Dr. GRUSS wurde schließlich einstimmig folgende Resolution beschlossen: „Die Wiener Aerktekammer spricht dem Landes- und Gerichtsadvocaten und oberösterreichischen Landtagsabgeordneten Herrn Dr. BEUERLE in Linz für sein energisches Eintreten für die Interessen des ärztlichen Standes, dadurch, daß er dem unbegreiflichen und ärztfelndlichen Ansinnen des Gemeinde- und Verfassungsausschusses des oberösterreichischen Landtages: „der Landtag wolle bei der Regierung dahin vermitteln, daß der Curpfuscher- und Beinrichterfamilie Stadlbauer eine, wenn auch der Form nach beschränkte Praxisberechtigung ertheilt werden möge“, mit allen gesetzlichen Gründen und mit dem Aufgebote glänzender Beredsamkeit entgegentrat, den wärmsten Dank und die vollste Anerkennung aus“.

(Neubau der Wiener Kliniken.) Die Ausgestaltung des Allgemeinen Krankenhauses hat neuerdings einen Schritt vorwärts gethan, freilich vorläufig noch auf dem Papiere. Das Amtsblatt veröffentlicht eine langathmige Darstellung des derzeitigen Standes dieser Frage und recapitulirt die Gründe, welche das Falllassen des Ottakringer Projectes motiviren und zu Gunsten der Erwerbung der Area der n.-ö. Landesirrenanstalt sowie des städtischen Versorgungshauses sprechen. Der ganzen Action komme — bemerkt der officiöse Artikel — in ihrer jetzigen Gestaltung eine weit über die Klinikenfrage hinausreichende Bedeutung zu, denn es sei hiemit der Anstoß gegeben, Wien in einem Zuge mit einer stattlichen Anzahl neuer, allen modernen Anforderungen entsprechender Humanitätsanstalten zu versorgen. Ein großer Theil des Elaborates ist der Ausführung über die wirthschaftliche Bedeutung der Action, zumal für das Baugewerbe, gewidmet.

(Habilitationen.) Dr. ERNST BISCHOFF habilitirte sich für Psychiatrie und Neurologie, Dr. RUDOLF LOOS für Zahnheilkunde und Dr. MAX RICHTER für gerichtliche Medicin an der Wiener Universität.

(Ueberwachung der Trachomkranken.) Das ungarische Ministerium des Innern hat die Gemeinden jener Gebiete, aus welchen trachomkranke Arbeiter aus Oesterreich zur Aufsuchung von Arbeitsgelegenheiten zeitweilig zuzuziehen pflegen, angewiesen, die diesseitigen politischen Behörden, in deren Amtsgebiet sich in Ungarn in Evidenz gehaltene Trachomkranke begeben, jeweilig von der bevorstehenden Ankunft solcher Personen zu verständigen, damit die nothwendige sanitätspolizeiliche Ueberwachung derselben fortgesetzt und dieselben nach Maßgabe des Falles der ambulatorischen, eventuell auch der Spitalsbehandlung unterzogen werden können.

(Aerzteversammlung in Olmütz.) Am 7. October d. J. fand zu Olmütz — wie uns von dort berichtet wird — eine überaus zahlreich besuchte Aerzteversammlung statt, in welcher die Art der Stellungnahme zur geplanten Reform des Krankencassengesetzes berathen und das Memorandum der österreichischen Aerktekammern der Discussion unterzogen wurde. Es gelangte folgende Resolution zur Annahme: Die Versicherungspflicht soll nur bis zu

einem Einkommen von jährlich 2000 K festgesetzt werden. Das Versicherungsrecht in demselben soll gänzlich aufgehoben oder nur bei einem Einkommen von jährlich 2000 K gestattet werden. In dem Moment, wo das Einkommen eines Versicherungspflichtigen über 2000 K steigt, soll derselbe gezwungen sein, aus der Krankencasse auszuschneiden. Die freie ärztliche Behandlung soll auch nach dem System der freien Aerkzewahl stattfinden können. In das Gesetz oder das Musterstatut sollen Bestimmungen über die entsprechende Honorirung der cassenärztlichen Leistungen aufgenommen, die Höhe des Honorars soll von den Aerktekammern im Einvernehmen mit den Krankencassen festgesetzt und die Cassen, welche keine freie Aerkzewahl einführen, sollen gesetzlich verpflichtet werden, die dem einzelnen Cassenarzte zur eventuellen Behandlung zugewiesene Anzahl der Versicherten auf 1000 bis 1500 zu beschränken, um eine Ueberbürdung der Cassenärzte zu verhüten.

(Eine forensisch wichtige Entscheidung) hat jüngst der Verwaltungsgerichtshof in Karlsruhe getroffen. Nach derselben haben die Krankencassen ohne Einschränkung die Kosten der Roentgenuntersuchungen bei ihren Mitgliedern zu tragen, falls dieselben durch den behandelnden Cassenarzt veranlaßt werden.

(Statistik.) Vom 2. bis inclusive 10. October 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6305 Personen behandelt. Hievon wurden 1305 entlassen; 140 sind gestorben (9.6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereil als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 66, egypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 14, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 32, Scharlach 86, Masern 28, Keuchhusten 11, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 5, Röheln —, Mumps —, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 501 Personen gestorben (+ 23 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. FRIEDRICH WANTUCH, 36 Jahre alt; in Karlsbad Dr. SIMEON POLLITZER, kön. Sanitätsrath, im Alter von 56 Jahren; in Marienbad Dr. AUGUST HERZIG, ehemals Bürgermeister des genannten Curortes, im 65. Lebensjahre; in Wagstadt Dr. ALOIS KOPETSCHKE, 56 Jahre alt; in Esztergom der dortige Oberphysicus Dr. FR. MATRAI; in Zürich der Privatdocent für Hydrotherapie Dr. MAX FREUDWEILER, im jugendlichen Alter von 30 Jahren; in London der bekannte Chemiker und Hygieniker Dr. J. W. L. THUDICHUM im Alter von 72 Jahren.

Jahr's zus. Jod-Ferratin-Pastillen. Bekanntlich ist das Einnehmen von Leberthran und seiner Compositionen infolge des schlechten Geruches, des fettigen Nachgeschmackes, seiner besonders in der wärmeren Temperatur leichten Zersetzbarkeit und des dadurch entstandenen widerlichen Geschmackes unangenehm, nicht selten brechreizend, speciell aber bei kleinen Kindern Darm- und Magenstörungen und Durchfälle erregend. JAHR'S zus. Jod-Ferratin-Pastillen bieten den Herren Aerzten und Patienten einen willkommenen Ersatz für den oft mit Widerwillen gebrauchten Leberthran. Sie ersetzen ihn und seine Compositionen in allen Fällen, wo derselbe angezeigt wäre. JAHR'S Pastilli Jodo-Ferratini comp. werden Kindern 2–4 Stück, Erwachsenen 6–9 Stück täglich gegeben, wobei saure Speisen und rohes Obst zu vermeiden sind. In Original-Schachteln zu je 20 Stück verpackt, sind JAHR'S zus. Jod-Ferratin-Pastillen zum Preise von 2 K 50 h in den meisten Apotheken erhältlich.

Wenige Mineralwässer sind so weit verbreitet und erfreuen sich einer so allgemeinen Beliebtheit, wie das seit 20 Jahren bewährte **Franz Josef Bitterwasser**, wovon die in vier Welttheilen zuerkannnten 10 Goldmedaillen glänzendes Zeugniß ablegen. Ueberall erhältlich.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbändecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem k. Institute für Pathologie und Bacteriologie (Prof. V. BABES) in Bukarest. 130 Fälle von infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis. Von Prof. Dr. RÖMNICEANU und Dr. G. ROBIN. — Aus der III. medic. Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden (Primararzt Dr. Freiherr v. PFUNGEN). Therapeutische Erfahrungen mit Heroin. Von Dr. LUDWIG GEIRINGER, emer. Assistenten der Abtheilung. — Die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie. Von Dr. H. STREBEL in München. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** F. LOEFFLER (Greifswald): Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. — FRITZ ENGELMANN (Bonn): Ueber vaginale Myomoperationen. — BESOLD (Falkenstein i. T.): Ueber Behandlung der Kehlkopftuberculose. — HERMANN EICHHORT (Zürich): Ueber Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infectionskrankheiten. — GUIDO BARBIANI (Bologna): Das Resorptionsvermögen des Dickdarms. — GEORG BURGEL (Nürnberg): Zwei Fälle von tödtlicher innerer Lysolvergiftung mit Betrachtungen über Lysolwirkung. — W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber den hypogastrischen Reflex. — V. P. OSSIPOW (St. Petersburg): Ein Fall von angeborenem partiellen Haarmangel in Beziehung zur Haarempfindlichkeit. — MAX LEVY: Ererbte Mitbewegungen. — **Literarische Anzeigen.** Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. — Encyclopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von Professor Dr. E. LESSER in Berlin. — Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie unter Mitwirkung von Professor ASCHAFFENBURG, Privatdocent E. SCHULTZE, Prof. WOLLENBERG, herausgegeben von Prof. A. HOCHÉ. — **Feuilleton.** Die 69. Versammlung der „British Medical Association“. (Orig.-Ber.) — **Kleine Mittheilungen.** Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. — „Trionaleur.“ — Ein Heilmittel gegen chronische Obstipation. — Aspirin. — Die Anwendung von Jod bei Typhus abdominalis. — Abrin. — Eine neue Methode der Behandlung von Fracturen. — Jodipin. — Die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) V. — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Ueber ausländische Curpfscherei in Oesterreich. — **Herrenz.** — **Thierärzte.** — **Thierärztliche Vereine.** — **Thierärztliche Societäten.** — **Thierärztliche Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem k. Institute für Pathologie und Bacteriologie (Prof. V. Babes) in Bukarest.

130 Fälle von infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis.

Von Prof. Dr. Rômniceanu und Dr. G. Robin.

Daß man die Kolpitis der kleinen Mädchen, die früher unter dem Namen Fluor albus bekannt war, schon lange als infectiös ansah, beweist eine Arbeit STORCH'S (1732); ROYER (1821) weist deutlich auf den venerischen Ursprung hin. Die erste ausführliche Schilderung verdanken wir F. J. BEHREND (1848), der den Ausdruck „Vulvovaginitis“ creirt hat, allein nichts von deren Contagiosität erwähnt. Von den neueren Verfassern bestand namentlich POTT auf der contagiösen Natur dieses Leidens, noch bevor der Nachweis erbracht war, daß der Gonococcus dabei mit im Spiele ist. Kurz darauf fanden HIRSCHBERG und KRAUSE den Gonococcus im Eiter des Augenbindehautkatarrhs der Neugeborenen, CSERI (1885) bei den Fällen von Urethritis der Knaben, DE AMICIS (1884) bei den Fällen von Kolpitis kleiner Mädchen; die Infectiosität dieses Eiters bewies DE AMICIS durch die Verimpfung desselben auf die Harnröhrenschleimhaut eines Mannes, der dadurch tripperkrank wurde.

Den Praktikern ist es wohl bekannt, daß die Kolpitis der kleinen Mädchen eine der frequentesten Krankheiten ist, die bei den kleinen Patienten weiblichen Geschlechtes ange-troffen werden; auf unserer chirurgischen Abtheilung im Bukarester Kinderspitale zählten wir im Verlaufe von 14 Jahren 150 Fälle, und von diesen lieferten 130 einen positiven Gonokokkennachweis. Im Budapester Kinderspitale zählte man

0.7% Kolpitisfälle bei einer Anzahl von 32.873 kranken Kindern, POTT in Halle veröffentlichte 86 Kolpiden unter 8481 kranken Mädchen, WILLIAMS 1% u. s. w.

Ueber das Alter, in welchem das Leiden am häufigsten vorzukommen pflegt, sind die Autoren nicht einig. MARFAN nennt das 2.—7. und EPSTEIN das 2.—6. Lebensjahr; POTT beobachtete 50 Fälle im Alter von 1—5 Jahren, 23 von 5—10, 7 von 10—15; v. DUSCH kennt 19 Fälle im Alter von 1½—12 Jahren, darunter waren 10 Patienten zwischen 2½ und 4 Jahre alt; FRÄNKEL meint, daß das Leiden namentlich bei Mädchen von 5, 6 und 9 Jahren vorkommt; CASSEL beobachtete 22 Fälle, darunter war 1 sieben Monate alt, 1 ein Jahr, 1 anderthalb Jahre, 6 zwei Jahre, 4 zwei bis drei Jahre, 2 vier bis fünf Jahre, 3 sechs bis sieben Jahre, 1 acht und 1 elf Jahre alt; FISCHER behandelte 50 Fälle: 3 ein- bis eineinhalb, 9 drei, 8 vier, 3 fünf, 9 sechs, die übrigen sieben bis zwölf Jahre alt. AUBERT, EPSTEIN, MORGENSTERN und wir selbst sahen Fälle von Kolpitis, die gleich nach der Geburt auftraten. Unsere Fälle traten auf bei 4 Mädchen, die das 2. Lebensjahr noch nicht beendet hatten, 7 waren zwei bis drei, 7 waren drei, 8 vier, 21 fünf, 28 sechs bis sieben, 18 acht, 18 neun, 15 zehn, 9 elf, 8 zwölf und 6 dreizehn Jahre alt.

Ohne auf die Symptomatologie des Leidens einzugehen, wollen wir hier nur darauf hinweisen, daß es ziemlich lange gedauert hat, bis das eigentliche Wesen der Kolpitis erkannt war; allgemein nahm man früher an, speciell unter dem Einfluß der französischen Schule, daß die Kolpitis bei lymphatischen, zu Tuberculose veranlagten Mädchen vorzukommen pflege. Als aber später POTT, E. FRÄNKEL, OLLIVIER, A. F. SUCHARD, WEIL und BARJON, CSERI, v. DUSCH, SPÄTH, FISCHER und SKUTSCH das epidemische Auftreten der Kolpitis beobachteten und von gerichtsarztlicher Seite darauf hingewiesen

wurde, daß minderjährige, von tripperkranken Männern genozüchtigte Mädchen an gonorrhöischer Kolpitis erkranken, lag der Gedanke nahe, alle Fälle von Kolpitis auf Gonokokken zu untersuchen. Die Resultate waren überraschend, indem Gonokokken selbst in jenen Fällen nachgewiesen wurden, die entschieden auf indirecte Weise zustande kamen.

Verhältnißmäßig selten ist in den Fällen von Kolpitis der Gonococcus mit anderen Mikroorganismen vergesellschaftet; in unseren Fällen fanden wir einigemal neben dem Gonococcus Pseudodiphtheriebacillen, Streptokokken, Staphylokokken, Bacill. subt., coliähnliche Bacillen, Bac. anthracoid., rosa und weiße Hefe.

Der Verlauf der Kolpitis, das gesammte Verhalten speciell jener Fälle, in welchen der positive Gonokokkennachweis erbracht wurde, haben MARFAN veranlaßt, die Behauptung aufzustellen, daß alle Fälle von Kolpitis, die in kurzer Zeit nicht durch einfache Reinlichkeit zur Heilung gelangen, auf eine Gonokokkeninfection zurückzuführen sind. Thatsächlich weist auch EPSTEIN darauf hin, daß ihm Fälle bekannt sind, die 3, 4, 5, 6 und selbst 9 Jahre gedauert haben, so daß es ihm wohl erklärlich ist, wie das Leiden fortdauern kann, bis das Mädchen zur Jungfrau, resp. Gattin herangewachsen ist. Derselben Ansicht sind NOEGGERATH und BRÖSE. Wir selbst sahen Recidive nach 2, nach 5 und nach 7 Jahren, allerdings ohne ausschließen zu wollen, daß es sich vielleicht nur um eine lange Dauer des Leidens gehandelt habe. Vielleicht ist auch die Ansicht berechtigt, daß manchmal junge Ehemänner mit Unrecht beschuldigt werden, ihre Gattinnen mit Tripper angesteckt zu haben, während thatsächlich die Blennorrhoe dieser jungen Frauen auf eine in der Kindheit erworbene Gonokokkenkolpitis zurückzuführen ist.

Von den Complicationen, die auch wir theilweise zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, wären zu nennen: der Augenbindehautkatarrh, Keratitis, Bartholinitis, Lymphangitis, ano-rectale Blennorrhoe, Cystitis, Urethritis, Metritis, Salpingitis, Peritonitis, Arthritis, Endokarditis, Pleuritis, verschiedene Hauteruptionen u. dgl. m.

Nach dem heutigen Stande der bacteriologischen Technik sind Kolpitisfälle nicht schwer zu diagnosticiren; stets sollen die Präparate nach GRAM gefärbt und Culturversuche angestellt werden. In jenen Fällen, in welchen nur geringer Ausfluß besteht, empfiehlt NOLEN, destillirtes Wasser in die Vagina zu injiciren; die abfließende Flüssigkeit ist dann gonokokkenhaltig.

Die Thatsache, daß Gonokokken in Fällen von Kolpitis gefunden wurden, in denen nicht von einem Sittlichkeitsverbrechen die Rede sein kann, hat dazu beigetragen, die Lage des Gerichtsarztes recht schwierig zu gestalten. Es muß auf diesen Punkt wiederholt aufmerksam gemacht werden, weil das Laienpublicum sowohl, wie ein großer Theil des Richterstandes von der Anschauung durchdrungen sind, daß in jenen Fällen, in welchen der Gonokokkennachweis erbracht ist, zweifellos von einem directen, venerischen Ursprung der Kolpitis gesprochen werden darf.

Was nun unsere eigenen Fälle anbetrifft, beschränken wir uns auf die Angabe, daß unter den 130 Fällen, in denen der positive Gonokokkennachweis erbracht war, verschiedene Wege der Infection festgestellt, resp. angegeben worden sind. Unsere Aufzeichnungen zeigen folgende Infectionsweisen: Zusammenschlafen mit tripperkranker Mutter, Schwester, Nachbarin, mit tripperkrankem Bruder und Neffen, Baden in der Wanne einer tripperkranken Nachbarin, Infection bei der Geburt, in der Schule und durch Nachbarskinder; in 15 Fällen handelte es sich um angebliche Nothzüchtigung, während in 72 Fällen der Infectionsmodus überhaupt nicht festgestellt werden konnte.

Die Behandlung bestand wesentlich in Waschungen mit 4%iger Borsäure und Touchirung mit 1—2%iger Höllensteinlösung.

Aus der III. medic. Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien (Primararzt Dr. Freiherr von Pfungen).

Therapeutische Erfahrungen mit Heroin.

Von **Dr. Ludwig Geiringer**, emer. Assistenten der Abtheilung.

In der Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane, besonders der Lungentuberculose, steht die Bekämpfung des lästigsten Symptomes, des Hustens, obenan. Dem vorzüglichsten Sedativum für den Husten, Morphinum und dessen Derivat Codein, haften jedoch verschiedene unangenehme Nebenwirkungen an, so daß das Bestreben vorhanden war, gleich prompte Mittel für die Bekämpfung des Hustens zu finden, denen diese Mängel abgehen. Als ein solches Mittel glaube ich, das Heroin, den Di-Essigester des Morphins, empfehlen zu können.

Das Heroin, bezw. sein salzsaures Salz, das Heroinum hydrochloricum, welches gegenwärtig seiner leichten Löslichkeit wegen gegenüber der schwerlöslichen Base wohl allgemein angewendet wird, ist ein acetylirtes Morphinderivat, welches die Eigenschaft besitzt, vorzugsweise auf die Respirationsorgane sedirend zu wirken. Daneben entfaltet es als Morphinderivat selbstverständlich auch analgetische und narkotische Wirkung. Durch die Arbeiten von DRESER (1) und IMPENS (2) wurde die pharmakologische Wirkung des Heroins genau festgestellt und nachgewiesen, daß es eine Verlangsamung der Athmungsfrequenz bei gleichzeitiger Vertiefung der Athemzüge bewirkt, wodurch die in der Praxis vielfach erprobte günstige Wirkung des Mittels bei quälendem Hustenreiz ihre theoretische Erklärung findet. Was die Giftigkeit des Heroins betrifft, so geht aus diesen Arbeiten hervor, daß sie relativ geringer ist als die anderen Morphinderivate, weil der Spielraum zwischen wirksamer und letaler Dosis beim Heroin größer ist. Nach diesem Verhältnisse beurtheilt, ist Morphin 2.5mal, Dionin 12mal und Codein 20mal so gefährlich, wie Heroin.

Ueberblicken wir die sehr reichhaltige Literatur über Heroin, so finden wir, daß fast alle klinischen Arbeiten dessen prompte hustenreizstillende Wirkung und den fast gänzlichen Mangel an Nebenwirkungen hervorheben. Dabei tritt auch bei längerem Gebrauche keine oder nur unbedeutende Angewöhnung ein, so daß eine Erhöhung der Dosen nur nach und nach und nur in ganz geringem Maße einzutreten braucht [STADELMANN (3)]. Beim Aussetzen des Heroins treten keinerlei Abstinenzerscheinungen auf [K&EBS (4)]. Das Heroin vermag in den meisten Fällen das Morphin gleichwerthig zu ersetzen, und zwar entsprechen Dosen von 3 Mgrm. Heroin in der Wirkung 5 Mgrm. Morphin. Umgekehrt kann auch jederzeit Heroin durch Morphin ersetzt werden, wobei dann immer noch verhältnißmäßig kleine Dosen von Morphin in Betracht kommen (STADELMANN l. c.). Die experimentell festgesetzte Wirkung des Heroins auf die Athmung hat sich in der Praxis besonders bei Asthma bronchiale bewährt, wie aus einer Arbeit von STERN (5) deutlich hervorgeht. Die sedative Wirkung des Heroins hat sich auch bei Hämoptöe, wo das Morphin wegen des Brechreizes, den es häufig hervorruft, nicht immer angewendet werden kann [ARONSOHN (6)], günstig erwiesen. Nach LEO (7) ist das Heroin geradezu ein Specificum bei den mit Dyspnoe einhergehenden Erkrankungen der Bronchien und beim Emphysem. Bei erschwerter Expectoration erzielte LEO durch die gleichzeitige Verordnung von Heroin und Jodkali gute Erfolge. PAWINSKI und ADEL (8) rühmen seine günstige Wirkung bei Circulationsstörungen, speciell bei Herzklappenfehlern, Arteriosklerose und Herzneurosen, was auch von LEVY (9) bestätigt wird, der besonders bei cardialer Dyspnoe mit dem Mittel zufrieden war, während er Codein direct verwirft.

Das Hauptanwendungsgebiet des Heroins liegt schon wegen seiner specifisch hustenreizstillenden Wirkung in der

Phthiotherapie, wo es denn auch in der That viel angewandt wird und von den meisten Klinikern dem Morphin schon wegen der kleineren Dosen, in welchen es seine Wirksamkeit entfaltet, vorgezogen wird. BRAUSER (10) hat das Heroin in über 200 Fällen angewendet, ohne jemals ernstere Störungen beobachtet zu haben. TAUSZK (11) hebt besonders das rasche Eintreten der Wirkung hervor, HOLTkamp (12) betont, daß bei fiebernden, stark hustenden Phthisikern auch die Temperatur herabgesetzt wurde und die Schweißsecretion nachließ, NUSCH (13) zieht es dem Morphin besonders wegen seiner Milde und wegen des Fehlens von Nebenwirkungen vor. Uebereinstimmend geben diese Autoren an, daß Dosen von 0·005—0·01 Grm. (Abends vor dem Schlafengehen) stets gut vertragen wurden, ein Urtheil, dem sich auch GERHARDT (14) anschließt.

Um nun auf unsere eigenen Versuche zu kommen, so benutzten wir als Versuchsmaterial die an Lungentuberculose erkrankten Patienten, und zwar der verschiedensten Grade, ferner acute Bronchitiden, chronische Bronchitiden in Verbindung mit Lungenemphysem und dadurch bedingten Anfällen von Dyspnoe. Die Erfolge waren, was Stillung des Hustenreizes und besonders was Beseitigung der oft quälenden Athemnoth anbelangt, fast durchgehends sehr gute, in manchen Fällen, besonders im Vergleich zu Codein, ganz vorzügliche. Irgendwelche ungünstige Nebenerscheinungen auf Herz, Magen oder Nervensystem konnten wir in keinem einzigen Falle constatiren, auch mußte die Dosis bei wöchentlichem Gebrauche nicht verstärkt werden. Doch glauben wir als Minimalgabe pro dosi 0·005 Heroin empfehlen zu müssen, da 0·003 häufig im Stiche läßt. Doch genügen dann in der Regel 3—4 Pulver pro die, um eine prompte Stillung des Hustens zu erzielen.

Bei unseren Versuchen fiel jedes suggestive Moment weg, da wir, ohne daß es die Patienten wußten, abwechselnd Codein und Heroin in Oblaten geben ließen und am Morgen die Patienten nach Schlaf und Husten in der vergangenen Nacht frugen. In den meisten Fällen fiel die Antwort nach den Nächten, in denen die Pat. Heroin erhalten hatte, günstiger aus.

Ich lasse nun eine kurze Casuistik folgen, welche als Beleg für die Richtigkeit der erwähnten Erfahrungen über Heroin dienen soll. Die Anzahl der mit Heroin behandelten Fälle ist damit selbstverständlich nicht erschöpft; da sie jedoch ziemlich gleich verliefen, ist es zwecklos, sie sämmtlich anzuführen.

L. A. Inf. pulm. Haemoptoe, Febris hectica; bisher Abends 1 Codeinpulver 0·03, starker Husten; Morphin. 5. April Abends Heroin 0·005. 6. April Husten in der Nacht sehr gering, guter Schlaf. 7.—10. April bei gleicher Therapie unverändert. 17. April relative Besserung, täglich guter Schlaf, kein Husten in der Nacht.

Sch. A. Vorgeschrittene Phthiase, heftiger Husten bei Nacht, erschwerte Expectorations, leichte Dyspnoe, erhält 5. April dreimal 0·003 Heroin; 6. April besserer Schlaf, gute Expectorations. 8. bis 12. April ebenso, 13. April guter Schlaf, wenig Husten.

H. C. Inf. pulm., Athemnoth, Husten, Seitenstechen, dadurch Agrypnie, Ructus, bisher 0·02 Morphin pro die, Abends 1 Grm. Trional. 5. April 2 Heroinpulver à 0·005. 6. April guter Schlaf, wenig Husten, kein Ructus. 8. April kein Pulver, schlechte Nacht, Husten, kein Schlaf. 10.—13. April auf Heroin stets guter Schlaf, sehr wenig Husten. 18. April Pat. befindet sich sehr wohl. Konnte gebessert entlassen werden.

B. A. Tbc. pulm. et laryngis, starker Husten, besonders des Nachts, Schlingbeschwerden. Bisher Morph. mur. 0·02, ferner 2 Codeinpulver à 0·03. 8. April 3 Heroinpulver à 0·003. 9. April 3 Heroinpulver à 0·005. 11. April keine Besserung; 12. April Exitus.

V. T. Inf. pulm. Heftiger Husten. Bisher Morph. mur. 0·02 Grm. Auf 3mal 0·003 Heroin keine Besserung des Hustens. 9. April 4mal 0·003 Heroin, Besserung des Hustens und der Heiserkeit. 12. und 13. April ebenso. Entschiedene Besserung.

G. J. Apicitis bilat. Heftiger Husten. Auf Morphin keine Linderung; auf 3mal 0·005 Heroin ebenso. 9. April Heroin. 10. April 2 Codeinpulver; Husten heftiger. 11. April auf 4 Heroinpulver angeblich keine Besserung, 12. April jedoch besserer Schlaf.

M. I. Seit 8 Monaten krank; seit 22. März Hämoptoe. Apicitis dextr. Erhielt Morph. mur. 0·02, dann 3mal 20 Morphiumtropfen (mit Aqu. laur. 1%). Trotzdem heftiger Husten. 9. März 3mal 0·005 Heroin. 10. und 11. März Besserung des Hustens.

Sch. M. Hämoptoe, seit 8 Jahren Spondylitis mit myelitischen Initialerscheinungen. Heftiger Hustenreiz. Auf Codein geringe Besserung des Hustenreizes. Auf 3mal 0·005 Heroin prompte Stillung des Hustens. Auch später auf Heroin immer prompte Stillung des Hustens. Pat. lobt das Präparat gegenüber Codein.

W. G. Rechtsseitige Apicitis, heftiger Hustenreiz. 2 Codein à 0·03. 11. April 2 Heroin à 0·005. 12. April Husten besser, angeblich Brechreiz. Weiter Heroin. 13. April Husten ganz geschwunden des Nachts. Kein Brechreiz. 18. April kein Husten, keine Beschwerden.

V. J. Emphys. pulm., Bronchit. chron. 3mal Codein à 0·03. 14. April 2 Heroinpulver à 0·005. 15. April Husten fast ganz geschwunden, guter Schlaf. 18. April Husten geschwunden.

P. A. Emphys. pulm., Dyspnoe. 17. April Codein. 18. April Husten andauernd, kein Schlaf, daher Heroin 0·005. 19. April Schlaf gut, keine Dyspnoe. Weiter Heroin.

Aus diesen Versuchen können wir folgende Schlüsse ziehen:

1. Die Wirkung des Heroins zur Stillung des Hustenreizes und Beseitigung der Athemnoth ist, besonders im Vergleich zum Codein, eine sehr gute.

2. Ungünstige Nebenwirkungen scheint das Mittel nicht oder nur ausnahmsweise zu entfalten.

3. Eine Angewöhnung tritt nicht oder nur in unbedeutendem Maße ein, so daß die Dosis selbst bei wochenlangem Gebrauche nicht erhöht zu werden braucht.

4. Heroin ist in den meisten Fällen ein geeigneter Ersatz für Morphin und Codein, welchen gegenüber es viele Vortheile besitzt.

Literatur: 1. H. DRESER, Ueber die Wirkung einiger Derivate des Morphins auf die Athmung, „Arch. f. Physiol.“, Bd. 72, 1898. — 2. E. IMPENS, Ueber die Wirkung des Morphins und einiger seiner Abkömmlinge auf die Athmung, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 23. — 3. E. STADELMANN, Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin, 1900. Weitere Erfahrungen bei Behandlung mit Heroin. „Deutsche Aerzte-Ztg.“, Nr. 18. — 4. G. KREBS, Oberarzt der Volksheilstätten für männliche Brustkranke zu Planegg-München. IV. Bericht des Vereins für Volksheilstätten für 1898 und 1899. — 5. M. A. STERN, Einige Beobachtungen über die Wirksamkeit des Heroins. „Wochenschr. f. prakt. Medicin“ (russ.) 1900, H. 3. — 6. ED. ARONSOHN, Zur Behandlung schwerer Hämoptoe. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, August. — 7. H. LEO, Ueber den therapeutischen Werth des Heroins. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1899, Nr. 12. — 8. PAWINSKI u. ADALT, Ueber die Anwendung des Heroins bei Circulationsstörungen. „Die Heilkunde“, 1901, Nr. 1. — 9. LUDW. LEVY, Die Verwendung von Heroin bei Herzkrankheiten. „Gyogyaszat“, 1901, Nr. 8. — 10. H. BRAUSER, Assistenzarzt a. d. I. med. Universitätsklinik des Herrn Geheimrath v. ZIEMSEN-München. Erfahrungen über Heroin. „Deutsch. Archiv f. klin. Med.“, 1900, H. 1 u. 2. — 11. F. TAUSZK, Ein neues Ersatzmittel des Morphins. „Ungar. med. Presse“, 1899, Nr. 1. — 12. A. HOLTkamp, Weitere Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1899, Nr. 14. — 13. A. NUSCH, Weitere Mittheilungen über den therapeutischen Werth von Heroin. „Münchener med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 12. — 14. C. GERHARDT, „Therapie d. Gegenwart“, 1900, Nr. 5.

Die Brauchbarkeit des Inductionsfunkenlichtes in der Therapie.

Von **Dr. H. Strebel** in München.

(Schluß.)

Was nun die therapeutischen Gesichtspunkte betrifft, so kommt vor Allem der hochgradige bactericide Effect des Funkenlichtes in Frage. Wie anderweitig schon gemeldet, habe ich mit meinem 20 Cm.-Inductor alle möglichen Mikroben, auf 70—140 Cm. Entfernung noch, in einigen Minuten abtöden können. Bei größter Annäherung der Bacterienpräparate

wurde die Abtötung in Belichtungszeiten erzielt, welche den mit Bogenlicht erzielten durchaus nicht nachstehen. Erklärlich ist dies durch die enorme photochemische Leistung des Funkens.

Als weiterer Effect der Bestrahlung mit Ultraviolettlcht zeigt sich das Auftreten einer ausgesprochenen Hautentzündung, ganz ähnlich wie bei der FINSSEN'schen Behandlung. Zunächst Röthung entsprechend den Lichtlinien sofort oder erst längere Zeit nach Aussetzen der Bestrahlung, Auftreten eines Gefühles von Spannung, leichtes Jucken. In manchen Fällen zeigt sich deutliche Pigmentirung. Der entzündliche Zustand hält einige Zeit an, um sich dann langsam zurückzubilden. Doch kann die Röthung, eventuell die Pigmentirung sehr lange Zeit bestehen bleiben. Es zeigen sich große Verschiedenheiten bei den einzelnen Personen. Unter Umständen kann man bei empfindlicher Haut durch lange Bestrahlung eine lebhaft Entzündung mit Blasenbildung hervorrufen, welche spät mit Abschlüpfung der Haut endigt. Manche Entzündung ist leicht schmerzhaft, manche gar nicht. Die Hautdefecte decken sich bald mit glatter Narbe. Auf Wundflächen tritt bei Ultraviolettbestrahlung lebhaft Secretion ein, an welche sich eine rasche Ueberhäutung anschließt, und zwar ohne auffallende Narbenbildung. Anscheinend übt das Ultraviolett einen günstigen Einfluß aus auf den Blutgefäßtonus sowohl wie auf die trophische Thätigkeit der Gewebe selbst. Von Nekrosen habe ich nie etwas beobachtet. Die Behandlung selbst ist schmerzlos.

Ich gebe nun die bescheidenen Resultate der von mir mit Ultraviolett behandelten Fälle, und zwar berichte ich nur über die Fälle, in denen eine Heilung ganz sicher anzunehmen ist oder mit größter Wahrscheinlichkeit in Aussicht steht.

Ich habe bis jetzt 2 Fälle von Lupus vulgaris der rechten Gesichtshälfte behandelt. Beide Fälle sind schon sehr alt und vielfach mit anderen Methoden behandelt worden. Durch meine früheren Mißerfolge mit ungenügenden Lichtstärken schwacher Bogenlichtreflectoren belehrt und durch die Erfahrungen mit diesen griff ich von vornherein zu kräftigen Behandlungsweisen und nahm anfangs tägliche Bestrahlungen in der Dauer von 40 Minuten mit dem Kapselapparate vor. Da die Bestrahlungsfläche einen Durchmesser von 5 Cm. hat, kommt man rasch vorwärts. Ich behandelte dieselbe Stelle mehrere Tage hintereinander. Es trat nach einigen Tagen lebhaft Röthung und Secretion ein, welche letztere ich mit einem Wattebausch durch energischen Druck mit altem, nicht festsitzenden Gewebe abschabte. Dann überließ ich die behandelte Stelle sich selbst und ging zur anderen über. Zunächst blieben die bestrahlten Knötchen für einige Tage noch deutlich sichtbar, dann wurden ihre Umrisse undeutlicher und verschwommen, schließlich diffus mit der Umgebung. Die Röthung der bestrahlten Stellen besteht noch heute. Die Haut ist glatt, ihr Narbengewebe überhäutet und verheilt. Beide Fälle stehen noch in Behandlung, da in einem Falle noch die Randpartien, im anderen noch die Mitte des Processes zu behandeln sind. Von Heilung kann also vorderhand noch nicht gesprochen werden, wohl aber von auffallender Besserung und günstiger Beeinflussung des Lupus. Die Behandlung dauerte bis jetzt 3, respective 4 Wochen.

Tertiäre Lues habe ich in 2 Fällen mit auffallendem Erfolge behandelt. Es handelte sich um zwei Ulcera am Unterschenkel mit Betheiligung des Knochengewebes. Beide Fälle hatten auf Jodkali schlecht reagirt. Durch wenige, halbstündige Bestrahlungen kamen beide Geschwüre zur Ueberhäutung und sind es bis heute geblieben. 1 Fall von hereditärer Lues an Nasenbein und Kieferhöhle rechts zeigte an den bestrahlten Stellen sehr günstige Reaction; die Stellen, an welche ich das Licht nicht hinbringen konnte, wucherten weiter.

1 Fall von schwerer Psoriasis an beiden Unterschenkeln konnte in 8 Sitzungen durch je 1½stündige Bestrahlung ganz zum Weichen gebracht werden. Seit der Behandlung

sind 4 Monate vergangen und ich habe erst vor kurzer Zeit erfahren, daß die Affection nicht wiedergekehrt ist. Der Fall war 3 Jahre alt und vorher mit Arsen und Chrysarobin ohne Erfolg behandelt worden.

1 Fall von Herpes tonsurans, fünfmarkstückgroß am Hinterhaupt, wurde nach völliger Entfernung der Haare durch Rasiren in weitem Umkreise mit halbstündlichen Sitzungen unter Compression behandelt. Vor jeder Sitzung sorgfältige Waschung mit Aether zur Entfernung von Fett und Schuppen. Nach 3 Wochen wurde die Behandlung ausgesetzt. Der Proceß stand still und heute zeigt sich deutlich der Nachwuchs des Haares. Von neuen erkrankten Stellen ist nichts mehr zu sehen.

1 Fall von Sycosis, markstückgroß, 3 Wochen alt, ist nach 12 Sitzungen total abgeheilt. Vor der Bestrahlung wurden in den ersten Sitzungen jedesmal mit der Pincette die Haare entfernt und dann die ganze Stelle mit einem Stück groben Tuches tüchtig abgerieben. Belichtung unter Compression 25—30 Minuten.

1 Fall von hartnäckigem, jeder bisherigen Behandlung trotzendem, nässendem Ekzem mit circa 10 Cm. Durchmesser an der Stirne, wurde nach 2 Sitzungen zur Heilung gebracht.

Das Ulcus cruris ist ein dankbares Feld für Ultraviolettbearbeitung. Alle behandelten Fälle kamen nach 9—20 Sitzungen zur Heilung, resp. Ueberhäutung. Dabei waren Fälle, welche schon 18 Jahre bestanden hatten. Außer der Lichtbehandlung kam einerseits nur Glycerinverband zur Anwendung. Die Behandlungsdauer betrug 12—30 Tage.

1 Fall von Alopecia areata, der circa ¼ Jahr alt ist, wurde in 8 Sitzungen energisch behandelt und scheint günstig zu reagiren, doch ist die Zeit zur definitiven Beurtheilung noch zu gering.

Von Schleimhautrekrankungen kamen folgende zur Behandlung, resp. Heilung.

1 Fall von veraltetem Fluor albus, Folgezustand gonorrhöischer Infection, 4 Jahr alt, bisher vielfach specialistisch vergeblich behandelt, mit rahmigem, reichlichem Ausfluß, einzelne Erosionen an der Cervix, Uterus mäßig verdickt.

Nach sorgfältiger Reinigung mit Kochsalzlösung Scheidenbestrahlung von 20 Minuten Dauer, alle 3 Tage circa 1 Monat lang. Nach der ersten Bestrahlung reichlicherer Ausfluß; dann schwand rasch der rahmige Charakter des Ausflusses, das Secret wurde glasig-schleimig, um schließlich ganz zu verschwinden. In der Zwischenzeit lediglich täglich einmal Irrigation mit Kochsalzlösung. Nach jeder Bestrahlung war die Secretion mehrere Stunden lang deutlicher. Patientin ist heute, 2 Monate nach Sistirung der Behandlung, völlig frei von Ausfluß. Erosionen geheilt.

1 Fall von Fluor — chron. Metritis — reagirte nicht auf Vaginalbestrahlung. Ich griff zur Uterinbestrahlung, die etwas mühsam war wegen der nothwendigen jedesmaligen Dilatation behufs Einführung des Instrumentes. Nach zehn Sitzungen zeigte sich deutliche Besserung aller Beschwerden. Der Fluor schwand und zeigt sich lediglich vor und nach der Menses deutlicher. Der Fall ist circa 6 Jahre alt und vielfach vorbehandelt.

2 Fälle von chronischer, männlicher Gonorrhoe, resp. deren Folgezustände (Gonokokken waren nicht mehr auffindbar!) heilten nach 5—6maliger Bestrahlung von je 15 Minuten (5 Cm. Funkeninductor) glatt ab. Nach der ersten Bestrahlung lebhaft Secretion, nach der späteren leichte. Nach Aussetzen der Bestrahlung Sistirung jeder Secretion und Schwinden aller Beschwerden.

1 Fall von Otorrhoe nach Scharlach, 12 Jahre alt, zeigte schon nach 2 Bestrahlungen (1 Cm. Funkeninductor) deutliche Besserung. Nach Aussetzen der Behandlung (10 Sitzungen à 15 Minuten) Aufhören der Secretion. Gehör jedoch gleich schlecht wie vorher geblieben. Secretion nach 5 Wochen noch nicht wieder gekommen.

1 Fall von Rhagaden (Lues) am Anus mit lebhaften subjectiven Beschwerden wurde nach 3 Sitzungen vollständig gebessert. Jodkali hatte keine Linderung gebracht.

Die Zahl der vorliegenden Fälle ist keine bedeutende; aber aus dem Erfolge der Behandlung der genannten Fälle, die alle schon anderweitig ohne Erfolg behandelt worden waren, läßt sich immerhin einiges schließen; jedenfalls geht daraus hervor, daß die Ultraviolett-Therapie geeignet ist, sich mit der Zeit einen Platz in der Therapie zu erobern, und daß die verschiedenartigsten Krankheitsbilder durch das ultraviolette Licht eine günstige Beeinflussung erfahren können. Die Ultraviolett-Therapie verdient schon deswegen Beachtung, weil nicht nur der Dermatologe, sondern auch der Gynäkologe und andere Spezialisten dieselbe in ihren Dienst nehmen können. Das Instrumentarium befindet sich der Hauptsache nach schon in Händen vieler Aerzte. Das Verfahren selbst ist durchaus nicht theuer und beschränkt sich nicht auf Kliniken allein, sondern kann ohne große Schwierigkeiten auch nöthigenfalls im Hause des Patienten vorgenommen werden.

Ich hoffe, daß meine bescheidenen Mittheilungen so manchen Collegen veranlassen werden, sich mit der Inductionslichtfrage praktisch zu befassen; ich stehe jederzeit gerne mit etwa gewünschten näheren Daten zur Verfügung.

Nachtrag: Außer den schon erwähnten Neuerungen der Apparate für Verwendung der stummen Entladung (die übrigens nicht so wirkungsvoll sind als das Funkenlicht!), sowie der Apparate für Verwendung des Lichtes eines Primärfunkens und der Apparate für Körperhöhlenbestrahlung, kann ich heute noch die Mittheilung machen, daß es mir geglückt ist, noch eine weitere Lichtquelle für die Lichttherapie brauchbar zu machen. Es ist dies die elektrische Entladung im luftleeren Raum, das Glimmlicht. Dasselbe wirkt sehr stark photochemisch und nach meinen Untersuchungen auch gut bactericid. Es läßt sich in meinen Apparaten für Höhlenbestrahlung ohne große Mühe erzeugen und hat den Vortheil, daß es das Instrument gar nicht erwärmt. Als besondere Eigenschaft des Glimmlichtes muß hervorgehoben werden, daß es das Gewebe gut durchdringt (besonders wenn Helium als Gasfüllung verwendet wird), und daß es selbst auf große Entfernungen (6—10 Meter) noch auf dem Leuchtschirm Phosphorescenz hervorbringt. Durch höhere Evacuation läßt sich selbst Roentgenstrahlung in meinen Apparaten erzeugen; doch sind die Untersuchungen über die Brauchbarkeit dieser noch nicht abgeschlossen. Für die starke photochemische Wirkung des Glimmlichtes sprechen die Photogramme.

Zum Schluß erwähne ich noch, daß mir die Construction eines praktischen Photometers gelungen ist, welches sich speciell für rasche, vergleichende, photometrisch-photochemische Untersuchungen in bequemer, einfachster Weise eignet.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Wenden wir uns von diesen Systemerkrankungen zu den Kreislaufstörungen der einzelnen Körpertheile, zunächst denen des Kopfes. Besonders Congestivzustände sind an demselben recht häufig.

In manchen Fällen ist der ganze Kopf in toto betheilig, öfter noch nur seine äußeren Partien; gelegentlich ist nur das Schädelinnere oder sind nur umschriebene Partien Sitz der vermehrten Blutdurchströmung.

Es liegt nahe, die beobachteten Störungen mit dem Verlauf der Gefäße in Beziehung zu setzen, insbesondere z. B. die Congestion im Gebiete der Carot. ext. von der im Gebiete

der Carot. int. zu trennen. Eine solche Trennung mag in ganz groben Zügen Geltung haben; sobald man aber die feineren Verzweigungen betrachtet, die Betheiligung der Carot. ext. z. B. an der Versorgung der Meningen, der Carot. int. an derjenigen der Stirnhaut, sieht man, daß man dadurch zusammengehörige und, wie die Beobachtung lehrt, meist zusammen afficirte Theile auseinanderreißt. Die klinische Erfahrung weist auch hier darauf hin, daß die Blutfüllung der Gewebe in erster Reihe von ihrer eigenen Beschaffenheit, dem Caliber der in sie eingebetteten Strombahnen, abhängt, und viel weniger von der Wandspannung der zuführenden Gefäße.

Die an den äußeren Theilen sich abspielenden „Uebersteigungen“ zeigen jenes Symptomenbild, das wir oben im allgemeinen Theil und bei den Hautphänomenen als das der Congestion geschildert haben. Besonders deutlich sind oft die vorspringenden Theile, z. B. die äußeren Ohren, betheilig. Der Schweißausbruch wird uns bei den secretorischen Störungen noch beschäftigen. Meist besteht eine gesteigerte Druckempfindlichkeit an den austretenden Nervenstämmchen (dem Supraorbitalis, Infraorbitalis, Auriculo-temporalis u. a.), ein Symptom, dessen Genese nicht eindeutig ist.

Besonders zu erwähnen ist die Betheiligung der Conjunctiva und der Nasenschleimhaut, die bei ausgedehnteren Congestionen nicht selten ist, gelegentlich sogar derart im Vordergrund steht, daß sie als selbstständiges Krankheitsbild imponirt; mancher hartnäckig recidivirende „Conjunctivalkatarrh“ oder „Schnupfen“ beruht nur auf derartigen Congestivzuständen. Die Schleimhäute werden geröthet, sie schwellen stark an, was besonders an den Nasenmuscheln zu den bekannten unangenehmen Folgen führen kann, und secretiren stark, wobei sich auch die Thränendrüsen betheiligen. Sehr oft tritt dabei Nasenbluten ein, sei es durch Zerreißen kleinster Gefäße oder durch Diapedese; für letzteren Vorgang spricht, daß es häufiger bei jungen Leuten mit im Ganzen doch weniger zerreißen Gefäßen eintritt, während es im höheren Alter viel mehr für Arteriosklerose, als für eine Neurose spricht. Nach dem Nasenbluten hört der Anfall, auch wenn er recht ausgedehnt ist, in der Regel ziemlich schnell auf, so daß manche Kranke mit lästigen Congestivsymptomen seitens des Gehirns es schließlich mechanisch provociren lernen. Betheiligung der Nebenhöhlen kann zu unerträglichen Kopfschmerzen (in der Gegend der Stirnhöhlen, der Siebbeinzellen, oder ganz in der Tiefe des Kopfes, in den Keilbeinhöhlen) führen; die Highmorshöhle blieb in meinen Fällen stets frei.

Ich sah die Congestionen mit besonderer Betheiligung der Nasen- und Conjunctivschleimhaut vor allem in der Pubertät und bei Leuten, die sehr viel geistig arbeiteten. Manchmal bestanden abwechselnd damit, manchmal entwickelten sich allmählig bei ihnen typische Gehirncongestionen.

Die Secretion in der Nasenhöhle kann so stark werden, daß man an die eigenthümlichen Fälle von „nervösem Schnupfen“ erinnert wird; doch fand ich bei den Fällen dieser Neurose, die ich beobachten konnte, anderweitige vasomotorische Störungen gar nicht oder nur in untergeordneter Weise, so daß es sich hierbei um eine örtlich begrenzte vasomotorisch-secretorische Neurose handelt.

Durch viel stürmischere oder wenigstens lästigere Symptome kündigt sich die Congestion an, wenn der Inhalt der Schädelkapsel sich durch Functionsstörungen und Organfühle als betheilig erweist. Bei der sehr verschiedenen Empfindlichkeit dieser feinen Apparate ist es zwar durchaus nicht wahrscheinlich, daß alle leichteren Circulationsstörungen in cerebro bei wenig empfindlichen Individuen zu Erscheinungen oder wenigstens zu charakteristischen Erscheinungen führen; aber bei der nervösen Grundlage, auf welcher unser Krankheitsbild meist beruht, wird wohl im allgemeinen keine derartige Torpidität bestehen. Ein Maß für die Stärke der Kreislaufschwankung haben wir in der Stärke der Symptome natürlich nicht.

Zur objectiven Untersuchung sind wir auf die Betrachtung der äußeren Bedeckungen, der Schleimhäute und der Halsgefäße angewiesen; wenn bei deutlicher Congestion in diesen Theilen cerebrale Erscheinungen hinzutreten, so wird man Hirnhyperämie anzunehmen Grund haben. So oft es wohl vorkommt, daß bei großem Blutreichtum der Haut die inneren Blutgefäße normal gefüllt sind: ich kenne keine Beobachtungen, welche anämische Gehirnsymptome bei reichlicher äußerer Blutströmung beweisen.

Dagegen ist bei diesen periodischen Zuständen aus der Blässe der Hautdecken kein Schluß gegen Hirnhyperämie zu machen. „Nicht umsonst klagen so viele Anämische über Congestionen und Blutwallungen zum Kopfe und zeigen Symptome, die wirklich auf eine Hyperämie im Innern des Organes hindeuten“ (O. ROSENBACH³⁰). Ich habe einen auffälligen Fall von Anämie der Gesichtshaut mit Hyperämie des Gehirns und der Nasenschleimhaut beobachtet.

Fall 10. R., Kaufmann, 36 J. Adipositas und Anämie. Leidet seit Jahren an leichter Fettleber, chron. Dickdarmkatarrh und Hämorrhoiden. Consultirte mich zuerst im Jahre 1896 wegen Angst-anfällen mit starkem Brennen im Kopfe, Flimmern vor den Augen, Ohrenklingen. Außerdem klagte Patient über mäßige Platzangst. Es gelang mir nicht, einen Anfall zu provociren. Eine Cur in Marienbad brachte Besserung. Patient consultirte mich in den nächsten Jahren noch mehrmals wegen ähnlicher, nur leichterer Beschwerden. Anfang 1900, nach geschäftlichen Aufregungen, sollen sich die Angstfälle sehr gesteigert haben. Am 3. August 1900 kam Patient während eines derartigen Anfalles, der ihn auf der Straße überfallen hatte, in meine Sprechstunde. Er befand sich in großer Angst und Aufregung, voller motorischer Unruhe. Vor Allem quälte ihn höchst lästiges Klopfen im Innern des Kopfes, der vor Schmerz zu springen drohte. Funkenschen. Mit dem Augenspiegel fand ich eine auffällige starke Hyperämie der Papillen. Auch die Nasenschleimhaut war stark hyperämisch. Dagegen war die Gesichtshaut sehr blaß, maskenartig starr; auf Befragen gab Patient an, daß er immer bei den Anfällen ein Gefühl des Kriebelns und der Kälte im Gesicht habe, Symptome, die aber bei der Schwere der übrigen wenig von ihm beachtet wurden. Die Tastempfindung im Gesicht war etwas abgestumpft. Unter heftigem Nasenbluten löste sich der Anfall. In den nächsten Wochen stellten sich stärkere Hämorrhoidalblutungen ein, worauf die Kopfsymptome wieder nachließen.

Es ist klar, daß in diesen Fällen das Verschlossenbleiben der sonst zu einem gewissen Ausgleich dienenden äußeren Blutbahnen die inneren noch mehr belastet.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

F. LOEFFLER (Greifswald): Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms.

Versuche, Carcinome durch Einimpfung von infectiösen Organismen zu heilen, sind bereits mehrfach unternommen worden. FEHLEISEN z. B. hat mit einigem Erfolge bei inoperablen Carcinomen Impfungen mit Erysipelkokken ausgeführt; doch blieb die Impfung ein sehr gefährliches Mittel, weil man nicht imstande ist, die einmal bewirkte Infection zu beherrschen. Vor Kurzem hat v. BAUMGARTEN berichtet, daß ein Arzt, allerdings erfolglos, Carcinome durch Einimpfung von Tuberkelbacillen zu heilen versucht hat. Er ging hiebei von der irrthümlichen Anschauung aus, daß sich Carcinom und Tuberculose gegenseitig ausschließen. Aus statistischen Erhebungen, deren weitere Durchführung L. als wünschenswerth bezeichnet („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 42), scheint zu folgen, daß das Carcinom in den Tropen, wo überall Malaria endemisch ist, so gut wie gar nicht vorkommt. Es wäre nun von größtem Interesse, nicht nur in den Tropen, sondern vor

³⁰) O. ROSENBACH, Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen. Wien 1896, pag. 75.

Allem auch in den subtropischen Ländern und in den gemäßigten Klimaten, in welchen noch Malariaherde bestehen, zu ermitteln, wie sich die Häufigkeit der Carcinome in Malariagebieten im Vergleich zu ihrer Häufigkeit in nicht von Malaria heimgesuchten Bezirken verhält. L. gibt daher die Anregung, daß von zahlreichen Klinikern die Frage der Heilbarkeit des Carcinoms durch Einimpfung der Malaria einer experimentellen Prüfung unterzogen werde.

B.

FRITZ ENGELMANN (Bonn): Ueber vaginale Myomoperationen.

Es ist als eine Errungenschaft der letzten Jahre zu bezeichnen, daß die alte Anschauung von der Gutartigkeit und Harmlosigkeit der Myome des Uterus immer mehr und mehr an Boden verliert. Die schädlichen Folgen für den Gesamtorganismus, die Degenerationszustände, denen die Myome anheimfallen können, das Wachstum auch über die Menopause hinaus, haben zu einer immer weiteren Einschränkung der conservativen Verfahren geführt.

Was nun den Weg der operativen Behandlung betrifft, führt E. („Sammlung klinischer Vorträge“ Nr. 305) als Nachteile der Laparotomie die Gefahren der Sepsis und des Shoks, des consecutiven Bauchbruches, die häufigere Entstehung von Adhäsionen, das Auftreten von Ileus und die längere Dauer der Reconvalescenz an. Diesen Nachtheilen steht die größere Uebersichtlichkeit, damit die Möglichkeit, die Blutung besser zu beherrschen und die im Allgemeinen kürzere Dauer der Operation gegenüber. Während die Amerikaner und Engländer z. B. die vaginale Totalexstirpation bei Myom kaum dem Namen nach kennen, stehen doch die meisten Operateure heute auf dem Standpunkt: Was irgendwie vaginal operirt werden kann, soll vaginal operirt werden. Hiebei sind natürlich die Grenzen der vaginalen Methode (Größe des Tumors, Consistenz, Beweglichkeit desselben, Dehnbarkeit der Genitalien) zu berücksichtigen.

In den Rahmen der vaginalen Operationen gehören die Polypenoperationen, die Enucleationen, welche nur bei solitären Tumoren Aussicht auf vollkommene Heilung geben, die Kolpocöliotomien (anterior und posterior), sowie die Totalexstirpationen. Letztere bedingen meist die Anwendung der verschiedenen Arten des Morcellements, von denen insbesondere das DOYEN'sche Verfahren die weiteste Anwendung gefunden hat. Ueber die Klemmbehandlung sind die Acten noch nicht geschlossen; doch wird überwiegend die Ligaturmethode für die bessere, schonendere und für die Kranken angenehmere erklärt. Ebenfalls nicht entschieden ist die Frage der Behandlung der Adnexe und des Abschlusses der Bauchhöhle. In Anbetracht der Beobachtungen an den zurückgelassenen Ovarien neigt man jetzt mehr zur Entfernung derselben. Was die zweite Frage betrifft, wird meist für den Schluß der Bauchhöhle plaidirt.

Die Unterbindung der Aa. uterinae von der Scheide aus ist in ihren Resultaten noch zu zweifelhaft.

Was die Statistik der Totalexstirpation beim Myom anlangt, rechnet der Autor für 1402 Fälle der Literatur eine Sterblichkeit von 2.9% aus.

Zum Schlusse folgt eine Besprechung der vaginalen Myomoperationen der FRITSCH'schen Klinik und eine Tabelle über 40 vaginale Totalexstirpationen myomatöser Uteri. FISCHER.

BESOLD (Falkenstein i. T.): Ueber Behandlung der Kehlkopftuberculose.

B. tritt energisch für eine zielbewußte, operative Localbehandlung ein („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 25). Handelt es sich nämlich um zweifellos zunehmende tuberculöse Granulationen mit oder ohne Ulceration, dann ist, falls der Pat. sonst in gutem Ernährungszustande ist, die Operation angezeigt, weil Spontanheilungen unwahrscheinlich sind und die Operation eine Infectionsquelle beseitigt.

Von den Mitteln, welche zur örtlichen Behandlung dienen, ist das bekannteste die Milchsäure. Als Adstringens soll sie nach Verf. auf die unverletzte oder ganz flach erodirte Schleimhaut in einer

Concentration von 20—30% angewendet werden; als Desinficiens, um größere geschwürige Flächen zu reinigen, nimmt Verf. keine schwächere Lösung als 50—60%, zur Deckung von frisch gesetzten Wunden verwendet er die Milchsäure in 60—75%iger Lösung, je nach der Ausdehnung der Wundfläche. Soll ein flaches Geschwür oder ein abgekratztes gut verschorft werden, so nehme man nicht unter 75%ige Milchsäure. Verf. reibt bei nicht zu großer Ausdehnung des Geschwüres erst 75%ige Lösung, und wenn kein besonderer Reizzustand erfolgt, das nächstmal concentrirte Säure ein. Der Schorf hält 2 Wochen. In der Zwischenzeit wird nicht weiter behandelt. Auf nicht ulcerirte Granulationen und auf von Schleimhaut überzogene Tumoren ist Milchsäure nicht zu appliciren. — Zur möglichst vollständigen Entfernung der tuberculösen Wucherungen ist die Curette unentbehrlich, vor allem die Doppeltcurette; ältere Granulationen widerstehen häufig auch ganz energischer Anwendung; jedenfalls muß der abgekratzte Geschwürsgrund noch mit Milchsäure verschorft oder besser noch mit dem Galvanocauter verkohlt werden. Sitzen Granulome an den Stimmbändern, so ist es unzweckmäßig, mehr als das Prominente durch die Curette zu entfernen, weil sonst die Umgebung zu sehr gequetscht wird; die Basis der Granulome wird dann so weit als nöthig mit dem Galvanocauter verkohlt. Ist der Kehledeckel weit erkrankt, so ist es am zweckmäßigsten, ihn in toto oder zum größten Theil zu resequiren. B. hat für diesen Zweck eine besondere Scheere construirt. — Die Galvanocaustik bildet eine werthvolle Ergänzung des sonstigen operativen Verfahrens; Verf. wendet sie an, wo die Curetten versagen oder nicht ganz ausreichen (Ulcera der Innenfläche des beweglichen Kehledeckels, falls radicale Beseitigung des letzteren nicht angezeigt, Geschwüre der Oberfläche der Stimmbänder, Taschenbänder u. dgl.). Kleine Granulome an den Stimmbandrandern sind für die Caustik ebenfalls geeignet. In sehr vorgeschrittenen Fällen von Lungen- und Kehlkopftuberculose unterbleibt jede Behandlung; bestehen aber große Schluckschmerzen, Athemnoth durch Kehlkopfstenose, quälender Kehlkopfhusten, so kann man örtlich Orthoform, Morphium, Mentholöl, Eucain, Cocain, auch Suprarenin anwenden, auch nach vorheriger Cocainisirung ein tuberculöses Geschwür, das an den Schmerzen direct oder durch entzündliche Schwellung der Umgebung schuld ist, mit 60—70%iger Milchsäure decken; es tritt dann oft eine mehrere Tage anhaltende große Erleichterung danach ein. Handelt es sich um sehr kranke Kehlköpfe bei mittelschwerer oder leichter Lungenaffection und gutem Allgemeinbefinden, so entscheide man, ob nicht eine Totalexstirpation gemacht werden soll. Verf. hat dieselbe nur in Erwägung gezogen, wenn der ganze Kehlkopf und die davon ausgehenden Schleimhautduplicaturen, manchmal auch beide pharyngeale Seitenstränge und die Gaumenbögen, infiltrirt waren. Der Eingriff ist sehr schwer; meist entschließt sich weder der Pat. noch der Chirurg dazu. In solchen Fällen muß man bei sonstigem guten Allgemeinbefinden, wenn die Exstirpation verweigert wird, um die Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme zu beseitigen, versuchen, durch energische, dem Fall angepaßte endolaryngeale, chirurgische Therapie die Hindernisse hinwegzuräumen. Die Prognose der Larynx-tuberculose ist, wenn bei Zeiten entsprechend behandelt, durchaus nicht ungünstiger als die Prognose der rechtzeitig behandelten Lungentuberculose.

N.

HERMANN EICHHORST (Zürich): Ueber Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infectionskrankheiten.

E. beschreibt („Deutsches Archiv f. kl. Med.“, 1901, Bd. 70, H. 5 u. 6) einen Scharlachfall eines 4jährigen Mädchens. Im Verlaufe der fieberhaften Affection waren unvermuthet und urplötzlich Erscheinungen eines Arterienverschlusses zustande gekommen. Mehrere Arterien waren gleichzeitig betroffen. Schließlich mußte der linke Unterschenkel amputirt werden. Bei der Untersuchung fand man den Stamm der Poplitea verdickt. 1 Cm. über seiner Theilungsstelle in die Arteria tibialis anterior und posterior war das Gefäß durch einen Pfropf verschlossen, der sich 1 Cm. weit in die genannten Aeste hinein erstreckte.

Unter allen Infectionskrankheiten ist bisher am allers häufigsten bei Flecktyphus Brand der Glieder beobachtet worden, was um so eher ins Gewicht fällt, als diese Krankheit im Vergleich zu Abdominaltyphus und Influenza, welche die nächst höheren Ziffern liefern, glücklicher Weise beträchtlich seltener vorkommt. Männer erkranken häufiger als Frauen, immerhin sind außer dem Puerperium einzelne Infectionskrankheiten (Malaria, Morbilli, Peritonitis, Variellen) zu nennen, bei welchen bisher Brand der Extremitäten nur bei Frauen beobachtet wurde, während bei anderen (Abdominaltyphus, Pneumonie) das weibliche Geschlecht überwog. Selbstverständlich können diese Verhältnisse in Zukunft eine beträchtliche Umänderung erleiden, wenn größere Erfahrungen der Berechnung zu Grunde liegen werden. Am häufigsten bildet sich Brand an den Beinen, demnächst an den Armen und am seltensten an Armen und Beinen aus. Rechtes und linkes Bein wurden fast mit gleicher Häufigkeit betroffen, und auch ein Brandigwerden von beiden Beinen kam fast ebenso oft vor.

B.

GUIDO BARBIANI (Bologna): Das Resorptionsvermögen des Dickdarms.

Der Dickdarm besitzt ein erhebliches Resorptionsvermögen, das allerdings geringer ist als jenes des Magens. Die Resorption chemischer Stoffe beginnt im Dickdarm nach Ablauf einer Stunde („Il Policlinico“, 1901, Nr. 9). Das Resorptionsvermögen des Dickdarms hält mit dem des Magens gleichen Schritt. Die kleinsten Dosen toxischer Stoffe können Dickdarme aus alsbald den Tod des Versuchstieres herbeiführen. Das Resorptionsvermögen ist in den verschiedenen Abschnitten des Dickdarms verschieden, am größten in der Ileo-Cöcalgegend, geringer im Rectum, am geringsten in der Mitte des Dickdarms. Das Resorptionsvermögen des Dickdarms kann künstlich gesteigert werden; diese Steigerung scheint functioneller Natur zu sein und hat kein anatomisches Substrat. Eine solche Steigerung kann rein mechanisch zustande kommen (Klysmata) oder auf chemischem Wege (Glaubersalz), wenn das chemische Agens direct mit der Schleimhaut in Berührung kommt. Der chemische Einfluß ist als einfacher Anreiz zu stärkerer Function zu betrachten. Das Resorptionsvermögen des Dickdarms ist für medicamentöse Stoffe größer als für Nahrungsmittel. Selbst schon verdaute und für die Aufsaugung vorbereitete Nahrungsmittel werden selbst dann, wenn sie in übergroßer Menge in den Dickdarm gebracht werden, nur so wenig resorbirt, daß der Organismus an Erschöpfung zugrunde geht. Stimulantien vermögen das Resorptionsvermögen des Dickdarms bis auf eine den Stoffwechsel befriedigende Höhe hinaufzuheben. Die sogenannten Nährklysmen verdienen somit ihren Namen durchaus nicht; man erreicht durch sie niemals eine Erhaltung des normalen Stoffwechsels, sondern bloß eine Verlängerung des Lebens.

G.

GEORG BURGL (Nürnberg): Zwei Fälle von tödtlicher innerer Lysolvergiftung mit Betrachtungen über Lysolwirkung.

Anschließend an die Mittheilung von zwei eigenen Beobachtungen gelangt Verf. zu den folgenden, praktisch wichtigen Schlüssen: 1. Das Lysol hat zur Zeit, weil es die meisten Vorzüge und die wenigsten Nachtheile besitzt, als Antisepticum die größte Verbreitung und entfaltet in einer 1%igen Lösung zur Wundbehandlung und einer 1/2%igen Lösung zur Ausspülung von Körperhöhlen bei Erwachsenen und Kindern unter gewöhnlichen Verhältnissen keine schädigenden Wirkungen; es ist aber kein unschädliches Mittel, und man soll daher bei seiner Anwendung ähnliche Vorsicht walten lassen wie beim Carbolgebrauch. 2. Bei größeren kranken Hautpartien oder ausgedehnten Wundflächen ist eine längere Application des Lysols auch in der oben genannten Verdünnung zu meiden; dies gilt namentlich von Kindern. Ebenso sind stärkere Lösungen als die erwähnten zu meiden. 3. Concentrirtes Lysol wirkt auf unverletzter Haut ätzend und giftig und sind hiedurch die schwersten Vergiftungserscheinungen, ja selbst ein Todesfall, hervorgerufen worden. 4. Innerlich genommen, wirkt das Lysolum purum ebenfalls ätzend und giftig und sind

2*

bei Kindern schon durch Mengen von 1 Kaffeelöffel voll wiederholte Todesfälle und bei Erwachsenen von 10 Grm. an schon die schwersten Vergiftungserscheinungen beobachtet worden. 5. Die mit Magenspülung behandelten Fälle von innerer Lysolvergiftung werden fast durchwegs gerettet, während die der rechtzeitigen Magenspülung entbehrenden wiederholt tödtlich verlaufen. 6. Die beste Behandlung der inneren Lysolvergiftung ist die mechanische Entfernung des Lysols durch die Magenpumpe, und soll diese in jedem Falle von innerer Vergiftung, auch bei ganz kleinen Kindern, angewendet werden. 7. Bei innerer Anwendung des Lysols halte man sich mehr an die Minimal-, als an die bisher empfohlenen Maximaldosen und wende das Mittel nur vorübergehend, bei Kindern und geschwächten erwachsenen Personen nur mit größter Vorsicht oder besser gar nicht an. („Münch. med. Woch.“, 29. September 1901).
M. K.

W. V. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber den hypogastrischen Reflex.

Es gibt pathologische Fälle, wo der abdominale Reflex fehlt, während der epigastrische sehr leicht auslösbar erscheint; außerdem findet v. BECHTEREW („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 14) noch folgenden neuen Reflex: bei mechanischer Reizung der Haut an der inneren Fläche des Oberschenkels nahe der Leiste sinkt die Regio suprainguinalis deutlich ein. Der hypogastrische Reflex scheint unter normalen Verhältnissen etwas constanter zu sein als der abdominale.
INFELD.

V. P. OSSIPOW (St. Petersburg): Ein Fall von angeborenem partiellen Haarmangel in Beziehung zur Haarempfindlichkeit.

Verf. vertritt die Meinung („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 14), „daß die Haarempfindlichkeit eine Art der Hautsensibilität sui generis ist“, und hält den im Titel skizzirten Fall für ein dazu besonders geeignetes Untersuchungsobject. Der Mann hatte im ganzen 5 Haare auf dem Kopfe, davon waren 2 für Berührung sehr, die anderen 3 gar nicht empfindlich. Sonst normaler Befund. Es ist ja möglich, daß Verf. Recht hat; aus dem vorliegenden Falle kann man es aber nicht ersehen.
INFELD.

MAX LEVY: Ererbte Mitbewegungen.

Ein sonst gesunder Mann zeigt auffallend symmetrische Mitbewegungen in den oberen Extremitäten, weniger hervortretend gleichzeitige Mitbewegungen (z. B. Augen und Zunge), dazu die Neigung zu Spiegelschrift. Dasselbe bei der Mutter und einem der Söhne („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 13). Keine Mitbewegung, die nicht auch normaler Weise gefunden wird; pathologisch ist nur ihre Intensität und die Unfähigkeit des Patienten, sie zu unterdrücken. Verf. schließt, daß in seinen Fällen jede gewollte Bewegung durch Zusammenwirken beider Hemisphären entsteht.
INFELD.

Literarische Anzeigen.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte.

17. Bd., 1. Heft. Berlin 1900, Julius Springer.

Das neu erschienene Heft enthält ebenso wie die früheren Bände eine Reihe sehr interessanter Arbeiten. Zunächst erstatten KOSSEL und FROSCH ausführlichen Bericht über die Pest in Oporto, die sie im Auftrage der preußischen Regierung an Ort und Stelle studirt hatten. Interessant sind die von den Verff. mitgetheilten epidemiologischen Erfahrungen; ihre klinischen und anatomischen Beobachtungen enthalten im Wesentlichen nichts Neues. Die Verff. konnten 15 Kranke untersuchen und vier von Prof. PESTANA vorgenommenen Obduktionen beiwohnen. Alle im Spital befindlichen Pestkranken wurden mit dem vom PASTEUR'schen Institut gelieferten Pestserum behandelt; bezüglich des Erfolges dieser Therapie drücken sich die Verff. gleich vorsichtig aus wie seinerzeit die deutsche Pestcommission in Bombay, indem sie sich eines bestimmten Ur-

theiles enthalten und bloß angeben, daß sie keine schädliche Wirkung des Serums beobachteten. Den Schluß des Berichtes bilden kurze Mittheilungen über Beobachtungen in Spanien (Typhusepidemie, Pneumonie etc.) und in Frankreich (PASTEUR-Institut). An diesen Bericht reiht sich eine Arbeit MUSEHOLD'S „über die Widerstandsfähigkeit der mit dem Lungenauswurf herausbeförderten Tuberkelbacillen in Abwässern, im Flußwasser und im cultivirten Boden“. Auf Grund einer größeren Versuchsreihe (vgl. die zahlreichen Tabellen) kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Tuberkelbacillen in natürlichen Abwässern jauchartige Beschaffenheit und im Boden trotz aller hier auf sie einwirkenden Schädlichkeiten (Frost, Regen, Sonne etc.) im großen und ganzen die gleiche Widerstandsfähigkeit bewahren wie in getrockneten Sputis und selbst durch eine Anzahl von Monaten hindurch die Fähigkeit beibehalten, Tuberculose zu erzeugen. Verf. hält daher die grundsätzliche Durchführung einer nachhaltigen Desinfection des von Tuberculösen stammenden Lungenauswurfes für geboten. — Die umfangreiche Arbeit WEBER'S („Die Bakterien der sogenannten sterilisirten Milch des Handels, ihre biologischen Eigenschaften und ihre Beziehungen zu den Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge, mit besonderer Berücksichtigung der giftigen peptonisirenden Bakterien FLÜGGE'S“) führte zu einer Reihe interessanter Ergebnisse, von denen hier nur das erste und wichtigste hervorgehoben sei, daß nämlich die bisher gebräuchlichen Milchsterilisierungsverfahren nicht imstande sind, mit absoluter Sicherheit keimfreie Milch zu liefern. — Es folgen sodann die Arbeiten von MARTIUS (experimenteller Nachweis der Dauer des Impfschutzes gegenüber Kuh- und Menschenpocken), von BOEDER (zur Frage von der Heilkraft des Lichtes), von VAGEDES (über die Pest in Oporto) und eine kleinere Mittheilung von HEISE (eine Methode zur vergleichswisen Bestimmung der Lichtfärbungen von Kohlenwasserstofflammen und elektrischen Glühlampen). Aus den Versuchsergebnissen BOEDER'S sei erwähnt, daß Verf. eine unmittelbar bakterientödtende Kraft der Strahlen des elektrischen Lichtes nachweisen konnte und wohl die Möglichkeit zugibt, daß diese Kraft in dem Heilerfolge einer intensiven Bogenlichtstrahlung bei örtlich umschriebenen, in oder unter der Haut befindlichen bakteriellen Krankheiten zum Ausdrucke komme, andererseits aber erklärt, daß diese Kraft keinerlei erkennbaren Einfluß auf den Verlauf von acuten oder chronischen Allgemeininfektionen ausübt. Wohl bewirke aber die Belichtung eine Anregung der Zellenthätigkeit und Erhöhung des Stoffwechsels und könne in diesem Sinne von Einfluß auf den Verlauf von Infektionen sein. — Wenn auf einzelne Arbeiten nicht weiter eingegangen wurde und die übrigen erwähnten Arbeiten nur in äußerster Kürze gestreift wurden, so möge dies mit dem engen Rahmen eines Referates entschuldigt werden; der reiche Inhalt der einzelnen Mittheilungen hätte wohl mit Recht eine eingehendere Berücksichtigung erfordert. Dr. S—.

Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Herausgegeben von Professor Dr. E. Lesser in Berlin. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel.

Das von dem verdienten Leipziger Verlagshaus gegründete, lebensfähige Unternehmen der Special-Encyklopädien hat mit der Bearbeitung der Haut- und Geschlechtskrankheiten eine weitere Förderung erfahren. Zweiundvierzig durchwegs tüchtige Fachleute, die sich an dem Ausbaue dieser Disciplin erfolgreich bethätigen, haben es unter LESSER'S bewährter Redaction zuwege gebracht, den gewaltigen Stoff des Doppelfaches in den knappen Grenzen eines 548 Seiten starken Bandes unterzubringen. Daß hiebei die allermeisten Fragen nur in den knappsten Umrissen gestreift werden konnten, geht schon aus der encyklopädischen Anordnung des Werkes hervor; doch zeichnet sich die Bearbeitung von ähnlichen Versuchen durch präzise Betonung der klinischen Kennzeichnung, sowie durch klare Directiven für das therapeutische Vorgehen vortheilhaft aus. Aerzte, denen es an Zeit gebricht, in Verfolgung der Fachliteratur von den Fortschritten der Specialfächer zu profitiren, werden sich dieser Encyklopädien mit dem besten Nutzen bedienen können; Lehrbücher zu ersetzen sind sie nicht bestimmt. N.

Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie unter Mitwirkung von **Prof. Aschaffenburg, Privatdocent E. Schultze, Prof. Wollenberg**, herausgegeben von **Prof. A. Hoche**. Berlin 1901, August Hirschwald.

Ein groß angelegtes und gut durchgeführtes Werk liegt in dem sehr schön ausgestatteten Bande vor, der als Nachschlagebuch bestens zu empfehlen ist. Es sucht einer doppelten Anforderung gerecht zu werden, einerseits zu zeigen, wie unter der Voraussetzung des geltenden Rechtes abnorme Geisteszustände zu beurtheilen sind, andererseits zu erörtern, in welchen Richtungen diese Voraussetzungen des geltenden Rechtes, soweit sie die Psychiatrie betreffen, als unrichtig anzusehen, und auf welchen Wegen etwaige Aenderungen zu erstreben sind. Der erste Theil enthält die rechtlichen, der zweite Theil die klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie, der erste zerfällt in zwei Abschnitte (Strafrecht und Strafproceß, ASCHAFFENBURG; Bürgerl. Gesetzbuch, SCHULTZE), der zweite in drei (Grundzüge einer allgemeinen gerichtlichen Psychopathologie, HOCHÉ; specielle gerichtliche Psychiatrie in

zwei Hälften, HOCHÉ, WOLLENBERG); jeder Abschnitt hat ein Literaturverzeichnis. Der erste Theil berücksichtigt natürlich in erster Linie die reichsdeutschen Verhältnisse, doch enthält der erste Abschnitt eine Zusammenstellung der Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit in den Strafgesetzbüchern Europas. Der klinische Theil verdient alle Anerkennung, besonders der allgemeine; es sei aus diesem der Abschnitt: das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen, und aus diesem der Satz hervorgehoben, daß der Richter sehr Recht hat, das Gutachten von Aerzten, die der Psychiatrie fern stehen, wenn er seinen Werth durchschaut, zu ignorieren, und daß er besser daran gethan hätte, es überhaupt nicht einzufordern. Einzelne Differenzen sind für die Beurtheilung des Werthes ganz gleichgiltig. Wenn es im Vorworte heißt, daß für den allgemeinen Theil in der hier gewählten Form kein Vorbild existirte, so bezieht sich dies vermuthlich auf die ausgedehnte Vergleichung und Zugrundelegung der normalen Verhältnisse.

INFELD.

Feuilleton.

Die 69. Versammlung der „British Medical Association“.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Mit der gewohnten Prachtentfaltung und der üblichen, mich immer wieder ergreifenden Feierlichkeit ist die diesjährige, die 69. Versammlung der englischen Aerztereinigung „British Medical Association“ am 30. Juli zu Cheltenham eröffnet worden. Alle auf medicinischem Gebiete maßgebenden Persönlichkeiten der vereinigten Königreiche und viele Gäste vom Continente haben der Eröffnungsfeierlichkeit beigewohnt und sich an den Verhandlungen und Discussionen lebhaft betheiligigt. Die Jahresversammlungen der „British Medical Association“ haben ja schon seit einigen Jahren aufgehört, eine ausschließliche Domäne englischer Aerzte zu sein. In den Reihen der Versammelten sieht man immer häufiger auch auswärtige Gelehrte, zumal Professoren und Aerzte aus Deutschland. So hat die Annäherung auf politischem Gebiete die angestammte Verbrüderung in Sprache und Wissen inniger gestaltet und auch auf unser Wissensgebiet ausgedehnt.

Bei dem Versuche, ein Bild der Verhandlungen und eine Skizze ihres Inhaltes zu entwerfen, befinde ich mich in einem wahrhaften „Embarras de richesse“. Ich muß Vieles übergehen, was sicherlich berichtet zu werden verdiente, und mich auf das Wichtigste, das Allerwichtigste, beschränken.

Der Vorsitzende FERGUSON trat in seiner groß angelegten Eröffnungsrede über „Die wissenschaftliche Forschung als Grundlage jedes medicinischen und materiellen Fortschritts“ für die Schaffung von Instituten ein, die der reinen wissenschaftlichen Forschung zu dienen bestimmt seien. England leidet derzeit entschieden unter dem Mangel derartiger Institute, die nicht theuer genug bezahlt werden könnten, denn die Thätigkeit eines FARADAY, eines PASTEUR, in Gold umgesetzt, ist mit Millionen nicht theuer genug gezahlt und sicherlich ungezählte Millionen werth.

Von den dem Gebiete der inneren Medicin angehörenden Vorträgen ist in erster Linie über jenen GARROD'S zu referiren. GARROD sprach über die chronischen Gelenkerkrankungen, welche man unter dem Namen „chronischer Rheumatismus“, „Osteo-Arthritis“ und „rheumatische Gicht“ zusammenzufassen pflegt. Es fragt sich, ob man die verschiedenen pathologischen Befunde, die man bei einschlägigen Sectionen erhebt, durch einen und denselben Krankheitsproceß erklären kann. G. unterscheidet zwei Hauptformen der Krankheit; die eine findet sich vorwiegend bei jüngeren Frauen, tritt häufig nach Influenza auf und ergreift zuerst die kleinen Gelenke, die spindelförmig aufgetrieben werden und deutliche Crepitation zeigen; hochgradige Muskelatrophie ist ein frühzeitiges Symptom. Die Krankheit schreitet mit Fieber vor und führt gewöhnlich zu Pigmentablagerungen in der Haut. Selten ist Albuminurie. Diese Form der Krankheit wäre als Arthritis

rheumatica zu bezeichnen. Die zweite Form findet sich ebenfalls mit Vorliebe bei Frauen, meist aber erst in späteren Lebensjahren; sie ergreift zuerst die Terminal- und Carpometacarpalgelenke des Daumens. Diese Form ist nicht schmerzhaft. Allmähig werden mehrere Gelenke ergriffen, der Knorpel wird resorbirt, die Knochenenden werden elfenbeinhart; bei Bewegungen hört man, wie sie aneinander reiben; diese Fälle sind am besten als „Osteo-Arthritis“ zu bezeichnen. Die erste Form steht in keinem Zusammenhange mit dem acuten Rheumatismus, das Herz bleibt fast immer frei; ebensowenig hat die zweite Form etwas mit Gicht zu thun; beiden Krankheitsformen scheint ein verschiedener, bisher unbekannter Krankheits-erreger zugrunde zu liegen.

In einer Discussion über bei Biertrinkern beobachtete periphere Neuritiden, die heuer in tausendfacher Zahl in England vorgekommen sind und als deren gemeinsame Ursache Arsenik bezeichnet wurde, welcher aus arsenhaltigen Pyriten in mehreren großen Brauereien dem Biere beigemischt worden war¹⁾, trat REYNOLDS der Ansicht entgegen, daß die neuritischen Symptome als Alkoholwirkung aufzufassen seien. Bier und Spirituosen — meinte R. — seien häufiger arsenhaltig, als man denke, eine eigentliche Alkoholneuritis komme überhaupt nicht vor oder sei zumindest eine ganz besonders seltene Erscheinung. — CATON sprach über die Maßnahmen zur Verhütung der acuten Endokarditis. Jeder an acuten Rheumatismus Erkrankte soll mindestens 6 Wochen lang, auf blande Diät gesetzt, das Bett hüten. C. läßt zahlreiche kleine Blasenpflaster in die Herzgegend appliciren und verordnet Jodnatrium in kleinen Dosen. Salicylpräparate scheinen nicht geeignet zur Verhütung der Entstehung einer Endokarditis und sind jedenfalls auszusetzen, wenn auch nur die geringsten Anzeichen dafür sprechen, daß das Herz durch den rheumatischen Proceß in Mitleidenschaft gezogen ist.

Die Abtheilung für Chirurgie zeitigte zunächst den Vortrag HUTCHINSON'S „über die operative Behandlung der Nephrolithiasis“, welcher die große Bedeutung der Roentgenphotographie für dieses Gebiet der Medicin hervorhob. Vortr. geht gewöhnlich durch das Nierenbecken ein und macht die Operation auch bei dem Vorhandensein ganz kleiner Concremente. Seiner Meinung nach bedeutet jeder Nierenstein eine eminente Gefahr für den Erkrankten und indicirt die Operation.

Sehr anregend erschien die Discussion über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, des Duodenalgewürs und der Pylorusstenose durch Gastro-Jejunostomie. Nach BARLING ist wegen der großen Mortalität des Ulcus ventriculi (etwa 10%) in jedem Falle die chirurgische Therapie in Erwägung zu ziehen; zur Operation eignen sich die Fälle mit häufig wiederkehrenden kleinen Blutungen. HEATON hält die Operation bei recenter Blutung fast immer für aussichtslos, und MORISON, welcher den gleichen Standpunkt vertritt, führt an, daß sich oftmals auch

¹⁾ Ich habe vor einigen Monaten über das gehäufte Vorkommen dieser Neuritiden und die merkwürdige Art, in welcher das Arsen in das Bier hineingelangt war, eine ausführliche Notiz eingesandt.

beinahe verloren gegebene Fälle ohne Operation zu erholen pflegen. HEATON schätzt die Mortalität des Magengeschwürs auf bloß 4%; FERGUSON berichtete über zwei neue operativ geheilte Fälle von perforirtem Magengeschwür.

In der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie sprach BYERS über Puerperalfieber, Uteruskrebs und die Verminderung der Geburten. Die Zahl der an puerperalen Infectionen sterbenden Frauen nimmt von Jahr zu Jahr in England zu; von 1847—56 betrug die Sterblichkeit an Puerperalfieber 1·8 auf 1000, von 1875—84 2·28 auf 1000 und von 1886—95 stieg die Sterblichkeit auf 2·46 per 1000. Es liegt dies einmal daran, daß viel zu häufig die Geburt durch operative Maßnahmen beendet wird und zweitens an der mangelhaften Durchführung der Antisepsis in der Privatpraxis. Nach B. vermehrt sich auch das Uteruscarcinom in nachweisbarer Weise. Leider gelingt es, nur etwa 5% aller Fälle durch die Operation auf längere Zeit hinaus zu heilen; ein großer Theil aller Fälle kommt zu spät zur Operation. Schließlich sprach B. über die Abnahme der Geburten in England und forderte auf, aus Kräften dahin zu arbeiten, daß dieser Ausfall dadurch ausgeglichen werde, daß man die Sterblichkeit unter den Kindern vermindere.

Sodann referirte HORROCKS über die Ursache, Verhütung und Behandlung des Abortes. SMITH hat zur Verhütung des Abortes gute Erfolge mit Cannabis Indica und Opium gesehen; er räumt mit dem Finger aus. LYCETT behauptete, daß der Alkoholismus in der Aetiologie des Abortus eine sehr große Rolle spiele, DUNCAN vermeidet den Abort bei Herzkranken durch strenge Betruhe und leichte Massage; bei schmerzlosen Blutungen wendet er Ergotin an; bei starken Blutungen räumt er aus, curettirt und spült den Uterus mit Sublimat (1:2000) aus. BYERS betont die Wichtigkeit der Syphilis und rät, stets beide Eltern zu behandeln.

Aus der pädiatrischen Abtheilung erwähne ich die Discussion über die Behandlung der Intussusception. In derselben empfahl PITTS, sobald als möglich die Laparotomie zu machen. Eingießungen in den Darm, Luftblasungen etc. nützen meist nichts und man verliert die kostbarste Zeit. Unmittelbar vor der Operation ist eine Aufblasung oft nützlich, um den Darm nach oben zu drängen. In jedem Falle muß die invaginirte Stelle vor die Bauchhöhle gebracht werden; man vermeide dabei das Austreten von Dünndarmschlingen; besteht starker Meteorismus, so entleere man das Gas durch eine kleine Incision. Gelingt die einfache Reduction nicht, so öffne man die Scheide und versuche durch Druck von innen nachzuhelfen; gelingt auch dies nicht, so muß man den Darm resecciren. Bei schon bestehender Gangrän fixire man die Darmenden außen und stelle später wieder die Continuität her. Von großem Nutzen sind die Kochsalztransfusionen. Die Bauchwunde muß gut genäht werden und die Nähte müssen lange in situ bleiben, da leicht Aufgehen der Naht und Prolaps des Darmes vorkommt. Auch D'ARCY-POWER ist ein Anhänger der möglichst frühzeitigen Operation, ebenso ECCLES.

In der Abtheilung für Dermatologie concentrirte sich das Interesse naturgemäß auf die FINSSEN'sche Lichttherapie und auf die Roentgentherapie. Zunächst discutirte MORRIS die Behandlung des Lupus. Seine Erfahrungen sind vorwiegend auf die Wirksamkeit des elektrischen Lichtes beschränkt, das nach seiner Meinung therapeutisch dem Sonnenlicht überlegen ist; er verwendet einen Strom von 70 Ampères und 60 Volts. Von 60 Fällen handelte es sich 36mal um Lupus vulgaris, 6mal um Lupus erythematosus, 13mal lag Ulcus rodens vor, ferner Alopecia areata, Keloid und einmal Epitheliom. 8 Fälle von Lupus vulgaris wurden geheilt, ebenso 2 Fälle von Lupus erythematosus und 7 Fälle von Ulcus rodens. In den erfolgreichen Fällen schwankt die Anzahl der Sitzungen von 8—370; meist handelte es sich um leichte, oberflächliche Fälle. M. bestreitet die Behauptung von der Schmerzlosigkeit der Methode nach FINSSEN. Meist treten nachher sehr schmerzhaft Schwellungen auf. Der Erfolg ist der Intensität der Reaction proportional. Schleimhäute sind ungeeignet für die FINSSEN'sche Methode, geben aber mit Roentgentherapie gute Resultate. Nach BLACKER taugt die Roentgenbestrahlung nicht zur Entfernung von Haaren, da die Haare stets nach etwa 6 Monaten

wieder wachsen; überhaupt kann man sagen, daß der Nutzen der Roentgenbestrahlung noch zweifelhaft ist. SEQUEIRA hat 200 Fälle nach FINSSEN behandelt und in jedem Falle von Lupus vulgaris Besserung gesehen. JAMIESON glaubt nicht, daß die Roentgentherapie dem Messer, der Auskratzung oder den Aetzmitteln überlegen sei. WALKER hält die Roentgenbestrahlung für nützlich bei Lupus und besonders bei Favus.

Schließlich sei noch der Vortrag WASHBOURN'S erwähnt, der in der Abtheilung für Pathologie und Bacteriologie über die vorwiegendsten Krankheiten unter den im südafrikanischen Kriege verwendeten Truppen sprach. Hauptsächlich handelte es sich um Darmkrankheiten, während Lungenkrankheiten selten waren. Dies ist wahrscheinlich — meint W. — auf die Güte der Luft und die schlechte Nahrung zurückzuführen. Die große Verbreitung von Typhus, Dysenterie und Diarrhoe ist durch mangelhafte sanitäre Verhältnisse bedingt und könnte durch Anstellung gut geschulter Sanitätsofficiere stark eingeschränkt werden. Hitzschlag wurde nicht beobachtet. Zahlreiche Fälle von Dysenterie kamen zur Beobachtung und Section, doch wurden niemals Amöben im Stuhle nachgewiesen. Beim Typhus ist Verstopfung und Phlebitis eine oft vorkommende Complication. Schutzimpfungen schützen vor dem Typhus nicht und mildern auch den Verlauf der Affection in keinerlei Weise. Al.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii berichtet REHN („Mitth. a. d. Grenzgebieten“, Bd. IV, II. 1). Das Verhalten der Schilddrüse bei der BASEDOW'schen Krankheit ist verschieden, je nachdem die Veränderungen eine vorher gesunde oder bereits erkrankte Schilddrüse befallen. Im ersteren Falle entstehen die weichen pulsirenden Blutkröpfe, während in den übrigen, weit häufigeren Fällen die schon bestehende Erkrankung, bald nur in einem Lappen, bald über das gesammte Gebiet der Drüse verbreitet, die betreffenden Veränderungen aufweist. Verf. nimmt eine allgemeine und eine locale Giftwirkung von Seiten der Schilddrüse an und rechnet hiezu das Pulsiren der großen Halsgefäße, den monocularen Exophthalmus, die halbseitigen vasomotorischen und die trophischen Störungen der Haut. Verf. schreibt der Schilddrüse bei der Basedow-Erkrankung die Hauptrolle zu, indem er eine pathologische Hypersecretion mit ihren Folgezuständen für den Gesamtorganismus annimmt. Demgemäß tritt er, sofern die innere Medizin keine Heilung oder wesentliche Besserung des Leidens herbeiführt, für die Operation ein, und zwar wie MIKULICZ für die Resection der Drüse. Mißerfolge können dadurch eintreten, daß die Drüse infolge Erschöpfung ihre Function bereits eingestellt hat und der Basedow in sein Extrem, das Myxödem, übergegangen ist. Recidive sind nicht sehr zu fürchten. Verf. warnt vor dem inneren Gebrauch von Schilddrüsenpräparaten.

— Die „Trionalcur“ schildert WOLFF („Centralbl. f. Nervenkunde und Psychiatrie“, 1901, 21. Mai). Er skizzirt 3 Fälle von acuter Psychose, bei denen er durch Trionaldauerschlaf ein erstaunliches Resultat erzielte. „Der Schlaf dauerte ungefähr 12 Tage; am ersten Abend wurden 2 Grm. Trional gegeben, am nächsten Morgen und Abend nochmals je 2 Grm. und dann Abends und Morgens täglich je 1 Grm. oder noch weniger, so daß der Patient die ganze Zeit über in einem schlafähnlichen Dämmerzustande verblieb, in welchem er nur durch Essen und Verrichtung der Bedürfnisse gestört wurde. Traten Erregung und Hallucinationen auf, so wurde die Dosis wieder auf 2 Grm. erhöht. Das Erwachen geschah allmählig innerhalb 1—2 Tagen, die Patienten waren dann ruhig und klar, hatten Krankheitseinsicht und konnten nach einiger Zeit als geheilt die Anstalt verlassen. Alle 3 Fälle betreffen acute Verwirrtheit (Amentia, Confusion mentale primitive, hallucinatorisches Irresein), alle drei waren ganz frisch. Die acute Manie wird nicht beeinflusst, auch nicht die „verwirrte Manie“, sobald also das „Manische“ das Primäre ist; eine „manische Verwirrtheit“ dagegen wird sich beeinflussen lassen. Auch unter der „Verwirrtheit“ wird es unbeeinflussbare Formen geben; die Trionalcur wird hier zum diagnostischen Unterscheidungsmitel.“ W. ist der

Meinung, daß die geschilderten 3 Fälle, wenn sie wohl heilbar waren, ohne die Trionalcur doch viel längere Zeit in Anspruch genommen haben würden, daß also die Cur coupirend wirkte.

— Ein **Heilmittel gegen chronische Obstipation** ist nach ZIEMSEN die Magenpumpe („Berliner klin. Woch.“, 1901, Nr. 33). Man vermag nämlich durch täglich wiederholte Einführung einer Magenpumpe und daran angeschlossene Ausspülung die Peristaltik nicht allein des Magens, sondern des ganzen Intestinaltractus dermaßen anzuregen, daß schließlich eine halbe bis 1 Stunde nach der Manipulation mehrere breiige Stuhlgänge erfolgen. Die Ausspülungen müssen mit Wiesbadener Kochsalzbrunnen, und zwar früh Morgens nüchtern, vorgenommen werden.

— Den Annalen der Städtischen Allgemeinen Krankenhäuser zu München, herausgegeben von Prof. Dr. v. ZIEMSEN, Director des Städtischen Allgemeinen Krankenhauses 1./I. Bd. XI, pag. 386, entnehmen wir: Influenza. Ferner wurde als Ersatz für das bei längerem Gebrauche oft störende Salicylnatrium das **Aspirin** angewendet, und zwar mit gutem Erfolge. Vermöge seiner Eigenschaft, erst im alkalischen Darmsafte zur Spaltung zu gelangen, scheint es den Magen nicht anzugreifen, und fallen die unangenehmen Begleiterscheinungen beim Gebrauche von Salicylnatron weg (Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Ohrensausen), selbst beim Gebrauche von 4 Grm. pro die. Das Aspirin wirkt schnell, schweißtreibend, fieberherabsetzend und, was die Hauptsache ist, schmerzlindernd.

— Die **Anwendung von Jod bei Typhus abdominalis** empfehlen CAVAZZANI und LUCCHESINI („Il Morgagni“, 1901, Nr. 8). Sie verwenden eine Lösung von:

Rp. Jod.	0.7
Kali jod.	7.0
Aq. dest.	100.0

Davon werden 20 Tropfen in 400 Grm. Zuckerwasser oder Milch gegossen und diese Mischung im Laufe des Tages getrunken. Bei Kindern verwendet man 3—4 Tropfen der Lösung. In schweren Fällen von Abdominaltyphus werden subcutane Injectionen folgender Lösung gemacht:

Rp. Jod. pur.	1.0
Kali jod.	10.0
Guajacol.	20.0
Glycerin.	100.0

Von dieser Lösung werden 0.5—1.0 Cem. in die Seitentheile des Thorax eingespritzt. Mehr als zwei Injectionen von je 1 Cem. täglich werden nicht gemacht. Dank dem Guajacol sind diese Injectionen wenig oder gar nicht schmerzhaft. Unter der Anwendung des Jod soll der Verlauf des Abdominaltyphus ein bedeutend günstigerer sein als sonst, namentlich bleiben die Complicationen aus. Die Temperatur wird niedriger und auch die Dauer der Krankheit sowie die Reconvalescenz werden wesentlich herabgesetzt.

— Experimentelle Untersuchungen über **Abirin** (Jequiritol)-Immunität als Grundlagen einer rationellen Jequirity-Immunität publicirt P. RÖMER (v. GRAEFE'S „Archiv für Ophthalmologie“, 1901, Bd. 52). R. konnte nachweisen, daß dem MERCK'schen Jequiritolserum eine große Heilwirkung bei localer Anwendung des Serums zukommt. Wenn man nämlich in ein Auge, an dem eine Jequiritolentzündung besteht, Jequiritolserum einträufelt, so entzieht das Serum der entzündeten Conjunctiva das Gift und bringt die Entzündung schnell zur Heilung. Auf diesem Befund beruht ein Theil des R.'schen Verfahrens. Es wird zuerst die therapeutische Anfangsdosis bestimmt, indem man aus Jequiritol I einen oder mehrere Tropfen in das Auge einträufelt; tritt dann noch keine Entzündung auf, so geht man nach 24 Stunden zu Jequiritol II über u. s. w., bis die erste Entzündung mit zarten croupösen Membranen und Lidödem einsetzt. Nach Abklingen der ersten Entzündung folgen immer stärkere Dosen, bis der Effect eintritt. Ist dieser zu stark, dann träufelt man einigemal Jequiritolserum auf die Conjunctiva, und die Entzündung schreitet nicht vorwärts, sondern geht schnell zurück.

— Eine **neue Methode der Behandlung von Fracturen** beschreibt L. F. HATCH („Boston med. and surg. Journal“, 1901, Nr. 13). H. ist der Ansicht, daß die Sicherheit der Asepsis auf der einen Seite, die Erfahrungen über die Art der subcutan behandelten

Brüche, welche wir den Roentgenstrahlen verdanken, auf der anderen Seite, dazu führen müßten, jeden Bruch durch Freilegung der Bruchstelle mit dem Messer in einen offenen zu verwandeln. Unter Blutleere soll alsdann nach Entfernung der Blutgerinnsel, der gequetschten Gewebstrümmer, kleiner Knochensplitterchen unter Controle des Auges, die genaue Adaptation der Knochenenden, hierauf nach Lösung des Schlauches eine genaue Blutstillung erfolgen und dann die Wunde durch Nähte völlig geschlossen werden. In gleicher Weise will er die complicirten Fracturen behandeln wissen. Er hat in den von ihm nach diesen Principien behandelten Fällen (sechs complicirten Fracturen der langen Knochen, vier einfachen Fracturen der langen Knochen, fünf Patellarfracturen) glänzende Resultate erzielt. Der erste Verband wurde meist nach 6—8 Tagen gewechselt, und die Wunde alsdann geheilt vorgefunden. Hierauf erfolgt der zweckentsprechende Gyps- oder Schienenverband. — Ein gewisser Skepticismus erscheint diesen Vorschlägen gegenüber wohl angezeigt.

— Ueber den therapeutischen Werth des **Jodipin** berichtet EMIL FRIEDLÄNDER („Allg. med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 58). Er erreichte dasselbe in 10%iger Lösung per os. Guten Erfolg sah er bei Hypertrophie der Schilddrüse, Asthma bronchiale u. s. w. Es leistet besonders da gute Dienste, wo der Jodismus mit seinen schlimmen Erscheinungen eine weitere Jodmedication contraindicirt erscheinen läßt. — Auch HÖNIGSCHMIED („Aerztl. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 28) erzielte mit Jodipin bei serophulösen Erkrankungen der Drüsen und Impetigo, besonders Impetigo faciei, serophulösen Erkrankungen der Beinhaut, der Knochen und des Knochenmarkes, serophulösen Geschwüren der Haut und Infiltrationen im Bindegewebe, ferner bei Ischias und Emphysema pulmonum gute Resultate. Ebenso betont DEMETRIADE („Klin.-ther. Woch.“, 1901, Nr. 27), daß die Wirkung des Jodipins dauernd bleibt und die Medication keinen Jodismus hervorruft.

— Die **Arzneibehandlung des Diabetes mellitus** stellt v. NOORDEN („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 1) in folgender Weise dar: Wir haben zu unterscheiden: a) Verordnungen, welche gegen die Complicationen der Krankheit gerichtet sind; b) Verordnungen, welche sich gegen die diabetische Erkrankung selbst wenden. Im Allgemeinen werden die Complicationen am besten durch die hygienisch-diätetische Behandlung bekämpft, doch lassen sich unter Umständen die Arzneimittel nicht entbehren. Verhältnißmäßig Günstiges kann N. vom Syzygium Jambolanum berichten, speciell das Extr. Syzyg. Jambol. ist imstande, in manchen Fällen die Tagesausscheidung des Zuckers um 15—20 Grm. herabzusetzen; es läßt sich darum namentlich dort mit Erfolg anwenden, wo die letzten Mengen Zuckers aus dem Urin vertrieben werden sollen, welche der einfachen Entziehung der Kohlehydrate nicht weichen wollten. Das Gleiche gilt von der Salicylsäure, resp. dem Aspirin, welches Verf. namentlich dort angewendet wissen will, wo es gilt, die Toleranz zu erhöhen. Von den mit großer Reclame angepriesenen Mitteln, wie Glykosolvol, Antimellin, Saccharosolvol u. s. f. hat Verf. keine Erfolge gesehen. Die von anderer Seite angegebenen Erfolge lassen sich wahrscheinlich auf die gleichzeitig vorgeschriebene strenge Diät zurückführen. Gegen die Verdauungsstörungen der Diabetiker empfiehlt N. vor Allem die Karlsbader Trinkeur. Die Behandlung des diabetischen Pruritus läßt sich nur durch interne Mittel bewerkstelligen; in den Fällen, wo man mittels der Diät nicht zum Ziele gelangt, stellen sich die Salicylsäure, resp. deren Derivate als souveränes Mittel dar, doch ist nur dann ein sicherer Erfolg zu erwarten, wenn vorher die Glykämie beseitigt war. Unter den Mitteln, welche gegen die diabetische Erkrankung selbst gerichtet sind, spielt seit langem das Opium eine wichtige Rolle; es gelingt in den meisten Fällen, durch Opium eine Verminderung der Tageszuckeremengen um 10—15 Grm. zu erzielen; immerhin ist vor längerer Anwendung zu warnen, weil kleine Dosen unwirksam sind, große Dosen aber dem Gesamtorganismus schaden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

CARL EVERKE (Bochum): Ueber Kaiserschnitt.

In den letzten 3 Jahren hatte E. 29mal Veranlassung, eine Sectio caesarea auszuführen (24 conservativ, 4 Porro-, 1 Totalexstirpation). Von den 29 Fällen starben 8 (davon 3 an Eclampsie, 1 an vorher bestandener Sepsis, 1 an croupöser Pneumonie, 1 an Verblutung (Ruptura uteri).

Die Indicationen zur Sectio wurden gegeben 21mal durch Beckenge, 5mal durch Eclampsie, 2mal durch Ruptura uteri und 1mal durch Verlagerung des Uterus nach früherer Ventrofixatio.

Im Ganzen hat E. in 7 Fällen wegen Eclampsie Sectio gemacht. Es handelte sich immer um Erstgebärende, die, 6—12 Stunden bewußtlos, nach wiederholten, oft wiederkehrenden Krämpfen ins Spital gebracht wurden, kurz Fälle schwerster Art, wo die Engigkeit des Muttermundes und die erhaltene Cervix es unmöglich machten, per vias naturales das Kind zu entwickeln, wo ferner durch die trotz Narcotica immer wiederkehrenden Krämpfe, die andauernde Bewußtlosigkeit, hochgradige Cyanose und Lungenödem u. s. w. der Gesamteindruck ein solcher war, daß man sagen mußte, in kurzer Zeit sind Mutter und Kind verloren. Von den 7 Müttern sind zwei genesen, 5 Mütter starben an der Eclampsie. In den 7 Fällen wurden 5mal die Kinder lebend geboren, in 2 Fällen waren die Kinder schon vor der Sectio abgestorben.

Als Schnittmethoden wurde bis auf drei Fälle der vordere Längsschnitt gewählt; der quere Fundalschnitt erleichtert wohl die Entwicklung der Frucht, er trifft aber ebenso oft die Placenta wie der Längsschnitt. Die Blutung hat bei Längsschnitt nie belästigt. Die Narbe wird in der dickeren Vorderwand kräftiger sein als in der dünneren Funduswand. Die Verwachsungen der Uterusnarbe mit Nachbarorganen sind bei Längsschnitt ziemlich gleichgiltig, bei Fundalschnitt, wo leicht Magen und Darm mit der Uterusnarbe verwachsen können, gewiß für das spätere Befinden nicht gleichgiltig. Abscedirungen in der Uteruswunde werden bei Längsschnitt bequem nach vorn durchbrechen, im Fundus dagegen gern in die Bauchhöhle. Verwachsungen der Funduswunde mit der Bauchwunde veranlassen eine abnorme Fixation des Uterus.

Sofort nach Entleerung des Uterus wird ein Jodoformgaze-Tampon in den Uterus gelegt, um größeren Blutverlust und Atonia uteri zu verhindern. Zur Uterusnaht wurde in den letzten Fällen Juniperus-Oel-Catgut gebraucht. Eine Reihe Catgutfäden, die nur Decidua und innerste Muskelschicht fassen, wird nach der Uterushöhle zu geknotet, dann tiefe und oberflächliche Catgutfäden nach der Bauchhöhle zu.

Auf Grund seiner Erfahrungen stellt E. folgende Thesen auf:

1. Die Perforation des lebenden Kindes ist fast ganz zu verwerfen. Das spätere Befinden ist bei den Frauen nach Sectio besser, als wenn auf andere hier in Frage kommende Weise (Perforation oder Symphysectomie) die Geburt beendet wird in Anbetracht der hiebei oft nicht zu umgehenden Verletzungen der Geburtswege (Dammriß, Fistel u. s. w.).

2. Vorherige Untersuchungen sind keine Contra-Indicationen für Sectio. Durch energische Desinfection wird man oft die Infectionskeime entfernen. Bei den schweren Verletzungen der vaginalen Operation werden mehr Eingangspforten für Sepsis geschaffen, als bei der Sectio.

3. Zur Verhütung von allgemeiner Infection und zur Gewinnung einer festeren Uterusnarbe, die in späteren Schwangerschaften Stand halten kann, ist die obige Nahtmethode zu empfehlen.

4. Der vordere Längsschnitt ist den anderen Schnittmethoden vorzuziehen.

5. Zur Verhütung von größerem Blutverluste und Atonia uteri empfiehlt es sich, erst bei Eintritt von Wehen zu operiren, und nach Entwicklung der Frucht und Placenta einen Jodoformgaze-Tampon in die Uterushöhle zu legen.

6. Auch in Fällen schwerster Eclampsie ist unter Umständen zur Rettung von Mutter und Kind die Sectio indicirt.

Zweifel macht darauf aufmerksam, daß bisher die Naht eines rupturirten Uterus nicht als Kaiserschnitt bezeichnet wurde. Bei einem septischen Uterus einen Kaiserschnitt auszuführen, sei nicht zweckmäßig; die Gefahren sind bei schon bestehender Sepsis zu groß. Bei Eclampsie muß man gleichfalls die Indication für den Kaiserschnitt möglichst einschränken.

Küstner warnt gleichfalls dringend, bei einer erkannten Sepsis die Sectio caesarea auszuführen; jedesmal traten schwerste Störungen der Reconvalescenz oder der Exitus ein, falls gegen diese Regel verstoßen wurde; wir können nie beurtheilen, wie weit die Infection vorgeschritten ist. **Küstner** empfiehlt, einen Längsschnitt zu machen, ohne den Uterus vor die Bauchdecken hervorzuzwängen; Umschnürung mit dem Schlauch und Compression der Ligamenta lata sei nicht nöthig.

Martin: Bei Eclampsie, bei drohendem Collaps hat **Martin** mit günstigem Erfolge die schnelle Entleerung des Uterus mittels des abdominalen Kaiserschnittes ausgeführt, aber auch er empfiehlt bei Eclampsie die Einschränkung auf die dringendsten Fälle. Technisch ist **Martin** mit dem Fundalschnitt sehr zufrieden, da dieser Schnitt durch die Contraction des Uterus sich sehr verkleinert.

Werth hält eine prophylaktische Uterustamponade nicht für rathsam, da die Contractionen zu stark sind und die Nähte gefährden können. Auch **Werth** ist für diese Operation in situ, welche er stets ausgeführt hat; sie ermöglicht möglichst kleinen Schnitt. Den entleerten Uterus hingegen wälzte er zur Anlegung der Nähte vor die Bauchdecken. — Ist eine Indication für Verhütung weiterer Conception vorhanden, so wird der Porro wieder mehr Anwendung finden, als dies jetzt geschieht.

Schatz empfiehlt eine leichte intrauterine Tamponade als Reizmittel zur Anregung von Contractionen, aber bei Eclampsie kann die Tamponade neue Anfälle auslösen. **Schatz** sah bei den allerschwersten Fällen günstige Erfolge von der Sectio caesarea, aber auch nur in diesen verzweifelten Fällen ist sie gestattet.

P. Müller sah von dem Herauswälzen des Uterus und der Umlegung eines Schlauches keine Nachteile. Zur Naht empfiehlt er, wie **Everke**, möglichst exacte Naht der inneren Schichten der Gebärmutter.

Everke verwarft sich dagegen, daß er im Allgemeinen bei septischen Zuständen die Sectio caesarea empfohlen habe; auch bei Eclampsie macht er die Sectio nur in Fällen, in denen die Frauen den Eindruck von moribunden machen.

Abtheilung für innere Medicin.

JOLLES (Wien): Ueber neue Methoden der chemischen Blutuntersuchung.

Um dem Ferrometer einen erleichterten Eingang in die klinische Praxis zu verschaffen, hat Vortragender die Methodik der Eisenbestimmung im Blute wesentlich modificirt. Durch entsprechende Abmessung der Quantitäten der zugesetzten Reagentien und der Dimensionen des Apparates war es möglich, die dem Eisengehalte des normalen Blutes entsprechenden Färbungen der Intensität und der Nuance nach in Uebereinstimmung mit dem durch den Scalatheil von 90—100 bezeichneten Bereich des **FLEISCHL'schen** Hämometerkeiles zu bringen. Hierauf spricht Votr. über die Bedeutung und die Methodik der Phosphorbestimmung im Blute. Den wesentlichsten Bestandtheil der Erythrocyten und Leukoeyten bilden nicht die Eiweißstoffe im gewöhnlichen Sinne, sondern die phosphorhaltigen Proteide oder die Nucleoalbumine. Unter den nicht eiweißartigen Substanzen der Zelle sind in erster Linie das phosphorreiche Lecithin, dann das phosphorsaure Alkali zu nennen, welches bekanntlich bei der Kohlensäurebindung in den Blutkörperchen eine wichtige Rolle spielt. Die Kenntniß des Phosphorgehaltes in einer bestimmten Raumeinheit des Blutes dürfte daher in mannigfachen pathologischen Fällen werthvolle diagnostische Aufschlüsse geben. Gegenüber dem Phosphorgehalte der Blutzellen ist der Phosphorgehalt des Serums im normalen Blute in der Regel relativ vermindert, welches Verhältniß in solchen Fällen eine Verschiebung erleiden dürfte, wo Blutzellen zugrunde gehen. Durch die Feststellung der Relation zwischen Phosphorsäure im Gesamtblute und der des Serums, namentlich in Combination mit den übrigen üblichen Untersuchungsergebnissen, können wir neue Kriterien für die Beurtheilung des Blutes in patho-

logischen Fällen gewinnen. Die vom Vortragenden ausgearbeitete Methode zur quantitativen Phosphorbestimmung des Blutes gestattet, in minimalen Blutmengen den Phosphorsäuregehalt mit Genauigkeit zu bestimmen. Das Princip der Methode beruht auf den gelben Färbungen, welche bei geringen Mengen von phosphorsauren Salzen mit Kaliummolybdat entstehen. Den Maßstab für die Gelbfärbungen bieten bei dem „Phosphometer“ verschieden dicke Lagen aus schwach gelb gefärbten Glasplättchen, deren Phosphorwerth durch Vergleichen mit einer genau eingestellten Phosphorsäurelösung bestimmt wird.

FLEINER (Heidelberg): Indicationen und Contraindicationen für die Wismuthbehandlung des Magengeschwürs.

Die Idee der Wismuthbehandlung ist, dem Geschwürsgrunde einen Schutz zu verleihen vor den darüber gleitenden Speisen, welche die frisch aufschießenden zarten Granulationen leicht wieder abreißen. Sie ist auch angezeigt in leichten Fällen, welche von selbst heilen, beim Uebergang zur festen Diät und beim Auftreten von Störungen in der Reconvalescenz. Stets aber muß das Wismuth auf den reinen Geschwürsgrund kommen, deshalb ist es auf leerem Magen zu verabreichen. Nach der Nacht ist der Magen am besten erst mit irgend einem Mineralwasser zu spülen, dann $\frac{1}{2}$ Stunde später mit 5—10 Grm. Wismuth in Wasser verrührt; allmählig kann man mit der Dose zurückgehen und das Wismuth auch mit Magn. ust. u. dergl. verdünnen. Nach vorausgegangener Magenausspülung kann man auch 10—20 Grm. Wismuth in 150 Grm. Wasser gelöst eingießen. Auch der Wechsel der Lagerung des Pat. empfiehlt sich, um das Wismuth im Magen gut zu vertheilen. Bei Geschwüren am Pylorus mit secundärer Stenose derselben hat die Wismuthbehandlung meist nur vorübergehenden Erfolg. Rathsamer ist frühzeitige Gastroenterostomie, weil die gesunkenen Ernährungsverhältnisse später die Aussichten der Operation verschlechtern. Die Gastroenterostomie begünstigt die Heilung des Geschwürs. Als Contraindicationen für die Wismuthbehandlung müssen gelten: Geschwüre mit divertikelähnlichen Einbuchtungen der Magenwand und verdickten, callösen, überstehenden Rändern, sowie spontaner Durchbruch und Verwachsen des Geschwürs mit Nachbarorganen, wie Leber, Pankreas u. dergl. In den erwähnten Ausbuchtungen bleibt das Bism. subnit. als schwarzes reducirtes Wismuth liegen, das später bei der Magenspülung erkannt werden kann. Auf diese Weise ist der Mißerfolg sogar diagnostisch zu verwerthen. Votr. erwähnt eine bezügliche Beobachtung.

Auf Anfrage erklärt er, unter vielen Hunderten von Fällen niemals eine Vergiftung beobachtet zu haben, nur zuweilen Obstipation.

Ewald (Berlin) bestätigt das Ausbleiben von Intoxicationen selbst bei hohen Dosen. Die Verabreichung des Wismuths durch den Schlauch ist aber auch in den chronischen Fällen nicht nöthig. Gerade alte Geschwüre eignen sich für die wirksame Wismuththerapie.

Lenhartz (Hamburg) hat auch nie Vergiftungserscheinungen gesehen.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 25. October 1901.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

ANTON BUM: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der BIER'schen Stauung auf die Entwicklung des Knochen-callus. (Vorläufige Mittheilung.)

B. berichtet über die Ergebnisse der ersten Serie seiner im Institute für experimentelle Pathologie der Wiener Universität (Prof. R. PALTAUF) mit Unterstützung des Prof. BIEDL unternommenen Thierversuche, zu welchen ihn die Arbeiten BIER'S über den Einfluß venöser Stauung („Stauungshyperämie“) auf Localtuberculose angeregt hatten. Die Anschauungen über die Wirkungsart der Stauung sind angesichts der complicirten biologischen Vorgänge bei derselben wohl noch nicht vollständig geklärt, doch scheint das Wesentliche dieser Wirkung in ihrem antiparasitären Einflusse und in der Anregung von Gewebswucherung und Vernarbung (BIER)

im Wege der Erzeugung aseptischer Entzündung zu liegen. Es erschien nun naheliegend, den Einfluß dieses Verfahrens auf eine physiologische, in ihren einzelnen Stadien wohlstudirte Narbenbildung durch Knorpel- und Knochenproliferation, auf die Callusbildung nach subcutanen Fracturen von Röhrenknochen, zu erforschen.

Schon DUMREICHER hat auf empirischem Wege Pseudarthrosen durch eine Art Stauverband zu consolidiren versucht, und NICOLADONI hat die Wirkung dieser Methode auf nutritive Reizung der Gewebe zurückgeführt, welche in hyperämischen Zustände zur Aufnahme des im Ueberflusse gebotenen Materiales tauglicher sind. Die klinische Erscheinungen, welche der mehrere Tage währenden Application des Verbandes folgten, waren die der Entzündung.

Die Versuche des Votr. wurden zunächst an Kaninchen, die sich indeß hiezu als ungeeignet erwiesen, später an jungen Hunden vorgenommen. Denselben wurden beide Tibien möglichst symmetrisch und glatt diaphysal fracturirt, Gypsverbände angelegt und die rechte Unterextremität täglich durch 1—2 Stunden oberhalb des Kniegelenkes gestaut. Die Obduction der theils etappenmäßig getödteten, theils spontan eingegangenen Thiere zeigte in allen Fällen auffallenden Blureichthum der Weichtheile der gestauten Seite, ferner seröse Imbibition des subcutanen und intermusculären Bindegewebes an den peripheren Partien der gestauten Extremität. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle konnte schon makroskopisch mächtigere Callusbildung und größere Festigkeit der Knochennarbe an der gestauten Seite constatirt werden.

Die Schnitte zeigten ausnahmslos vorgeschrittene Verkalkung und Ossification des periostalen Callus der gestauten Seite. Die erhaltenen Präparate (Demonstration) scheinen daher für die gestaute Seite den Callus in einem vorgeschritteneren Stadium zu zeigen, als für die nicht gestaute Extremität. Der Fortschritt betraf aber fast ausschließlich den periostalen Callus, dessen Bedeutung für die Fracturheilung P. ZIEGLER erst jüngst wieder dargethan hat. Ein abschließendes Urtheil gestattet die erste Serie der B.'schen Versuche nicht; weitere Thierversuche sollen bezüglich des Einflusses der Stauung auf die Entwicklung des myelogenen und intermediären Callus Aufschluß geben.

Mechaniker **Ludwig Castagna** demonstirt einen von ihm construirten Onychographen. Ein Metallknopf, welcher auf den Fingernagel aufgesetzt wird, überträgt die Pulsationen desselben mittels eines Fühlhebels auf eine Schreibspitze, welche die Pulswellen auf einer Trommel graphisch verzeichnet.

LEOPOLD FREUND zeigt ein Instrument zur chirurgischen Naht, bei welchem das Einfädeln erspart wird. Der hohle Griff des Instrumentes enthält einen Behälter für die Seide.

MAX GRUBER: Theoretisches über die Antikörper im Blute.

In der Serumtherapie hat die Forscher vor Allem das Problem beschäftigt, wie durch Einverleibung eines Giftstoffes eine solche Aenderung des Stoffwechsels zustande kommen kann, daß anscheinend ganz neue Substanzen gebildet werden, ferner, warum der Organismus gerade solche Stoffe bildet, welche das eingedrungene Gift zerstören. Nach der Auffassung EHRlich's sind schon im gesunden Organismus chemische Verbindungen (Antikörper) vorhanden, und zwar an Protoplasmazellen als „Seitenketten“ gebunden und nur zu einem verschwindend geringen Theile im Blute circulirend. Im specifisch immunisirten Organismus sind derartige, an Zellen gebundene Seitenketten so reichlich vorhanden, daß sie abgestoßen werden und ins Blut gelangen. Sitzen Seitenketten an einer Zelle, so bringen sie das Gift an diese heran und schädigen dadurch den Organismus; circuliren sie aber im Blute, so vernichten sie das Gift ohne Schädigung des Organismus. Ein Analogon hiefür wäre die Verhinderung der hämolytischen Wirkung des Saponins durch Zusatz von Serum, dessen Cholesterin das Gift bindet und so die rothen Blutkörperchen vor der Zerstörung bewahrt. Es ist wohl als feststehend anzusehen, daß das Toxin durch Verbindung mit dem Antitoxin unwirksam wird; allerdings werden dabei die giftigen Atomcomplexe des Toxins

nicht zerstört, so daß sie wieder zum Vorschein kommen können. Die Giftwirkung eines Toxins, z. B. des Diphtheriegiftes, nimmt bei längerer Aufbewahrung ab, trotzdem bringen noch kleine Dosen Krankheitserscheinungen (Oedeme, Paresen) hervor; derartige abgeschwächte Toxinlösungen brauchen aber zur Neutralisirung gerade so viel Antitoxin wie die frischen.

Daraus zieht EHRlich den Schluß, daß das Toxin aus zwei Atomcomplexen besteht, einer giftig wirkenden (toxophoren) und einer sich mit dem Antitoxin verbindenden (haptophoren) Gruppe. Beim längeren Stehen nimmt allmählig die erstere ab — ein solches Toxin nennt EHRlich Toxon —, verschwindet sie gänzlich, nennt er sie Toxoid; bei beiden ist aber die haptophore Gruppe unverändert geblieben. Es ist wahrscheinlich, daß die giftige und die antitoxinbindende Wirkung des Toxins von einander getrennt sind; es kann aber nicht bewiesen werden, da physiologische Versuche mit so complicirten Stoffen wie den Toxinen zu vieldeutig sind. So wirkt z. B. ein bestimmtes Gemisch von Toxin und Antitoxin bei einem Thiere giftig, bei einem anderen nicht, was eine nicht aufzuklärende Incongruenz ist. v. BEHRING hat ferner gezeigt, daß die Wirkung des Diphtheriegiftes nicht nur von der Menge desselben, sondern auch von anderen unbekanntem Stoffen abhängt, welche sie fördern oder hemmen. Es ist daher ein Irrthum, daß ein ungebundenes Toxin eine Giftwirkung entfalten muß. Die Abnahme der Giftigkeit des Toxins bei längerem Stehen kann nicht auf der Umwandlung desselben in Toxoid beruhen. EHRlich's Anschauung ist ungeeignet, in diesen Fragen einen entscheidenden Aufschluß zu geben.

Das Tetanustoxin übt seine Wirkung erst nach einer Latenzperiode aus und verschwindet schließlich aus dem Blute. Werden einem Thiere das Toxin und Antitoxin des Tetanus gleichzeitig eingespritzt, so genügt dieselbe Menge des letzteren zur Neutralisirung des ersteren wie in vitro. Läßt man aber die Antitoxininjection der Toxineinspritzung erst nach 7—8 Minuten folgen, so müssen schon beträchtlich größere Mengen des Antitoxins injicirt werden, um der Krankheit vorzubeugen.

Das Verschwinden des Toxins aus dem Blute erklärte man durch eine Bindung desselben an gewisse Zellen, z. B. beim Tetanus an die Nervenzellen. Die Incubation sollte darauf beruhen, daß die haptophore Gruppe des Toxins an einen nicht lebenswichtigen Theil der Zelle „verankert“ wurde, worauf erst die toxophore Gruppe in Action treten könne. Der Umstand, daß eine Mischung von Tetanustoxin mit frischer Hirnmasse unschädlich ist, schien für die EHRlich'sche Auffassung zu sprechen. Dies ist jedoch in der That nicht der Fall. Wenn die Wirkung der Hirnmasse identisch wäre mit der des Antitoxins, dann müßte man zur Neutralisirung des Giftes nach Zusatz von Hirnmasse zum Toxin weniger Antitoxin brauchen, was nicht der Fall ist. Es fehlt jeder Beweis dafür, daß das Gift erst durch die haptophore Gruppe fixirt wird.

Auch nicht bakterielle Gifte zeigen eine Incubation, so z. B. Colchicin, Saponin, Blei, welche keine haptophore Gruppe haben können. Die EHRlich'sche Hypothese kann demnach die Incubation nicht erklären. Nach subcutaner Injection des Tetanusgiftes entsteht auch localer Tetanus; da dieser eine central entstehende Krankheit ist, so wurde die Ansicht ausgesprochen, daß das Gift durch den Axencylinder der Nerven auf die Ganglienzellen fortgepflanzt werde, was auch von H. MEYER und RANSOM bewiesen wurde.

Gegen die Anschauung EHRlich's über die Entstehung des Antitoxins im Blute aus den Seitenketten spricht die Thatsache, daß bei manchen Froschgattungen Toxinjection keine Wirkung hervorbringt. Wenn man ferner einem Thiere nach der Toxinjection den größten Theil des Blutes entzieht, so erfolgt eine kolossale Antitoxinproduction ohne weitere Injection, ebenso nach Pilocarpininjection. Die Antitoxinproduction erfolgt sicher an einem anderen Orte als die Giftwirkung.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

26. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden.

ROSENFELD (Straßburg i. E.): Gliose und Epilepsie.

Vortr. berichtet über 3 Fälle von lobärer Gliose, die klinisch mehr oder weniger unter dem Bilde der Epilepsie verlaufen waren. Der 1. Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der 5 Jahre lang an epileptischen Anfällen ohne Herdsymptome und ohne Tumorsymptome litt; der 2. Fall eine 42jährige Frau, die 1 Jahr lang allgemeine Hirndrucksymptome mit epileptischen Anfällen ohne Herdsymptome zeigte. Die Patientin starb nach einjähriger Krankheitsdauer in einer Periode gehäufter Anfälle; der 3. Fall kam im Alter von 54 Jahren zur Section. Der Pat. hatte die letzten 14 Jahre an epileptischen Anfällen gelitten, tiefen plötzlichen Bewußtlosigkeiten und klonischen Zuckungen, namentlich in dem rechten Arm. Kurz vor dem Exitus: Zunehmende Gedächtnißschwäche, aphasische Störungen, Parese des rechten Armes und Beines.

NEUMANN (Karlsruhe): Zur Aetiologie der Chorea minor.

N. faßt seine Ansicht über die Entstehung der Chorea in folgender Weise zusammen:

Die Chorea minor ist in letzter Linie als Folge einer Toxinwirkung aufzufassen. Außer dieser spielt bei der Entstehung der Chorea eine individuelle Prädisposition mit, bestehend in einer constitutionellen oder temporären Minderwerthigkeit des Organismus, speciell des Centralnervensystems.

Außer der wahren, infectiös-toxischen Chorea gibt es noch eine Art Pseudochorea, die der Hysterie zuzurechnen ist.

LAUDENHEIMER (Alsbach): Ueber den Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der Epileptiker.

Bromsalz wird aus einem bis dahin bromfreien Organismus nicht in der Menge ausgeschieden, in der es aufgenommen wurde. Es wird längere Zeit der größere Theil des zugeführten Salzes im Körper aufgespeichert. Erst nach Bildung eines Bromdepôts von individuell verschiedener Höhe (bis 52 Grm.) setzen sich Ein- und Ausfuhr ins Gleichgewicht. Unter abnormen Stoffwechselverhältnissen (Polyurie) kann ausnahmsweise späterhin die Ausfuhr die Einfuhr übersteigen, so daß es trotz reichlicher Bromdarreichung nicht zur Bildung eines größeren Bromvorrathes kommt. Das aufgespeicherte Bromnatrium verbleibt zum größten Theil in dem Dienst der Lympheflüssigkeit. Es ist anzunehmen, daß die antiseptische Wirksamkeit des Broms mehr von der Höhe des Bromdepôts als von der Höhe des täglich neu zugeführten Salzes abhängt. Es kann sich je nach der Individualität des Kranken bei geringer Zufuhr ein hohes Bromdepôt ansammeln und umgekehrt. Hiedurch erklärt es sich zum Theil, daß die Bromdosen, die zur Unterdrückung der epileptischen Anfälle nöthig sind, individuell so außerordentlich schwanken. Bromnatrium wirkt im Beginn der Cur oft beschleunigend auf den Flüssigkeitsstoffwechsel, wobei auch etwas NaCl vom Körper verloren geht. Doch tritt nach wenigen Tagen ein Ausgleich ein, so daß entweder dauerndes Stoffwechselgleichgewicht eintritt, oder es kommt allmählig unter Gewichtszunahme zu einer Flüssigkeitsstauung, wobei dann neben allen übrigen Harnbestandtheilen auch Brom in größerer Menge retinirt wird. Es kommt dann schließlich zu Bromvergiftungserscheinungen, deren primäre Ursache in einer durch das Brom bedingten Insufficienz der Nieren und Herzthätigkeit zu suchen sein dürfte.

Bei Individuen, deren Körperflüssigkeit vor Bromgebrauch besonders arm an Chloriden ist, besteht eine spezifische Neigung zu übermäßiger Bromretention, wobei gleichzeitig Cl aus dem Körper vertrieben wird. Hier kommt es relativ früh und bei kleinen Dosen zum Bromismus. Durch Zuführung großer Mengen NaCl kann die Bromausfuhr bedeutend vermehrt und dadurch das Bromdepôt verringert werden.

Bei Darreichung von Brompin findet eine bedeutend stärkere Bromaufspeicherung im Körper statt als durch Bromsalz.

In der Darreichung großer Kochsalzdosen (bis 20 Grm. pro die) besitzen wir ein rationelles und wirksames Mittel zur Bekämpfung der auf Chlorarmuth beruhenden Frühform des Bromismus.

Notizen.

Wien, 26. October 1901.

Ueber ausländische Curpfuscherei in Oesterreich.

Der Kampf gegen die Curpfuscherei in Oesterreich gehört zu den schwierigsten und undankbarsten Arbeiten, denen sich ein Arzt unterziehen kann. Trotzdem halten wir es jedoch für unsere Pflicht, die Regierung in ernstester Weise auf das Ueberhandnehmen der ausbeuterischen Curpfuscherei aufmerksam zu machen im Interesse des betrogenen Publicums und auch im Interesse der hochbesteuerten Aerzte, die ein Recht haben zu verlangen, daß man sie vor ausländischen Gesetzesübertretern schütze.

Die bekannte Entscheidung des Obersten Gerichtshofes, nach der es nicht strafbar ist, verbotene Heilmethoden und Heilmittel zu annonciren, hat in der Sanitätsgesetzgebung einen Ex lex-Zustand, die reine Anarchie, geschaffen.

Man überlege nur! Ein Heilmittel wird als schädlich bezeichnet, das Ministerium des Innern, des Handels und der Justiz geben eine Verordnung heraus, nach der die Einfuhr dieses Mittels und der Verkauf desselben in Oesterreich verboten ist. Was thun nun die Geheimmittelschwindler? Sie gehen ins Ausland, denn dort sind sie immun, annonciren von dort aus und versenden auch von dort aus die Heilmittel, die merkwürdigerweise auch von den Post- und Zollbehörden nicht beanständet werden. So lachen sich denn die ausländischen Schwindler ins Fäustchen und machen sämtliche derartige Geheimmittelverbote illusorisch; die Regierungsauctorität in Oesterreich muß thatsächlich vor der Beutegier derartiger Volksausbeuter die Segel streichen.

Traurig, aber buchstäblich wahr! Trotz der Verordnungen des Ministeriums vom 27. Juli 1897, Z. 5877, und des Justizministeriums vom 8. Juli 1897, die bisher nicht aufgehoben sind, werden ausländische Heilmittel, die ausdrücklich verboten sind, nach Oesterreich importirt und auf Distanz Praxis getrieben.

Ein neues Beispiel der Ausbeutung des österreichischen Publicums bietet das Treiben der Anstalt in Paris, die den „Vitalismus“ propagirt.

Eine große Wiener Tageszeitung, die unter dem Striche und im redactionellen Theile ungemein ärztfreundliche Artikel zu publiciren pflegt, bringt regelmäßig ein Inserat, in dem die neue Heilmethode des „Vitalismus“ angepriesen wird. Alle Leute, die krank sind, mögen sich wegen einer Krankheit, wie immer sie heißen möge, an die Anstalt wenden.

Wenn nun ein Patient sich unter Angabe seiner Krankheit nach Paris in das Hôtel de la „Médecine Nouvelle“ wendet, bekommt er postwendend (es wird in 8 Weltsprachen correspondirt) eine Broschüre „Der neue Vitalismus“ (Dynamodermie, Myodynamie, Dynamo-Vitalismus), die von Druckfehlern und stylistischen Mängeln wimmelt und die unter Leitung der Herren Doctoren PERADON und DUMAS („gepreist“ vom medico-psychologischen Verein in Paris) edirt wird.

Gegen folgende alphabetisch geordnete Krankheiten ist nach Angabe der Broschüre der Vitalismus allein wirksam.

Albuminurie, Amenorrhoe, Gelenkensteifheit, Asthma, Schwindsucht, Muskelatrophien, Hüftenweh oder Lendengicht, Herzkrankheiten, Hüftgelenkentzündung, Hautkrankheiten, Zuckerkrankheit, Geschwächte Verdauung, Ekzem, Darmentzündung (Entérites), Epilepsie, Magenkrankheiten, Gicht, Leibschmerz, Leberkrankheiten, Hysterie, Neurasthenie, Influenza, Schlaflosigkeit, Migräne, Nierengries, Kritischen Jahre, Gebärmutterkrankheiten, Gebärmutterentzündung, Neuralgien, Fettigkeit, Paralysen, Rheumatismus, Nierenleiden, Blasenkrankheiten, Geschwülste, Krebs, u. s. w.

Schreibt nun ein Kranker an die Anstalt, so wird ihm ein Fragebogen eingesendet, auf dem anamnestiche Fragen verzeichnet sind, und zwar Name, Adresse, Alter, Geschlecht, Name der

Krankheit, Beschreibung der Krankheit, der Verdauung, des Aussehens der Zunge, des Schlafes und der bisherigen Behandlungsweise, ob der Patient traurig ist und finstere Ideen hegt!

„Dadurch sind wir — so heißt es in der Broschüre — über den Fall und dessen Behandlung sofort aufgeklärt.“ Unsere Antwort folgt sogleich.

„Im Besitze des Briefes ist es uns leicht, von Tag zu Tag zu behandeln und ihn (den Patienten) zu heilen.“ „In der ersten Antwort verzeichnen wir die Art der vitalistischen Apparate, welche von unserem Verwalter zu verlangen sind, und deren Preise. Die Apparate werden genau dosirt und vitalisirt abgeschickt, und ist von da an die briefliche Verbindung zwischen dem Kranken und uns fest begründet.“

Hinc illae lacrimae! Die Absendung der Apparate ist die Hauptsache, es handelt sich in diesem Falle klipp und klar um eine gewissenlose Ausbeutung des österreichischen Publicums durch französische Kaufleute, die ihre Schwindelmittel durch ärztliche Alluren und Strohmannen zu drapieren versuchen und auf briefliche Weise schmerzlos ohne Berufsstörung dem P. T. Publico in Oesterreich das Geld aus der Tasche herausescamotiren.

Denn ist es nicht ein Betrug, wenn von Paris aus „vitalistisch geladene“ Platten nach Oesterreich hereingeschmuggelt werden — denn die Einfuhr elektrischer und magnetischer Heilapparate ist durch Ministerialverordnung vom 31. December 1899 verboten —, die angeblich eine Applicationsdauer von 300 Stunden haben, die man dann nach Paris zurücksenden müsse, um sie von Neuem zu vitalisiren? Ist es nicht ein Betrug und eine Gewissenlosigkeit, wenn man in der Broschüre armen Krebskranken verspricht, sie durch Auflegen von vitalisirten Platten ohne Operation zu heilen?

Wir kommen nun zu der Frage, wie sich die Behörden gegenüber diesem offenkundig gesetzwidrigen Verhalten benehmen?

Die Wiener Aerztekammer hat in letzter Zeit sich zweimal an die Behörden gewendet; an die Statthalterei und an die Staatsanwaltschaft — ohne Erfolg.

Es ist traurig, aber wahr, daß alle Gesetzwidrigkeiten, gegen einen anderen Stand begangen als den ärztlichen, viel leichter Ahndung finden.

Wenn Jemand im geschlossenen Tramwaywagen raucht oder das Ueberfüllungsverbot übertritt, wird er bestraft; wenn Jemand unbefugt Branntwein ausschänkt, wird er strenge bestraft, die Curpfuscherei sowohl der inländischen als ausländischen Curpfuscher scheint extra legem, völlig immun zu sein!

Wir rathen den Behörden in ihrem eigenen Interesse, auf die Befolgung der von ihnen selbst ausgegebenen Verordnungen zu achten, denn sonst werden alle Sanitätsgesetze illusorisch.

Denn das Pariser vitalistische Institut behandelt auch sämtliche Infectionskrankheiten par distance, wie Schreiber dieser Zeilen aus eigener Erfahrung weiß, in welchem Falle in einer Familie ein Kind an Scharlach erkrankt war, dasselbe von Paris aus von dem „gepreisten“ Arzte behandelt und erst am 17. Tage, einen Tag ante mortem, ein Wiener Arzt gerufen wurde. Die Geschwister des kranken Kindes hatten während jener Zeit die Schule besucht.

Unser Blatt war das erste, welches in Wien die Aerzte und Behörden auf den Bilz-Rummel aufmerksam machte; auch in diesem Falle, der uns noch gefährlicher zu sein scheint als die Herren von der Couleur Bilz, erheben wir warnend unsere Stimme. An uns Aerzten liegt es, die Bevölkerung, wo immer sich nur Gelegenheit gibt, über dieses dolose Vorgehen aufzuklären. Mögen auch die Behörden ihre Pflicht thun.

Dr. M. S.

(XII. österr. Aerztevereinstag.) Am 31. d. M. findet, wie schon gemeldet, in Wien der XII. österr. Aerztevereinstag unter Vorsitz des Directors Dr. VICTOR MUCHA statt. Auf der Tagesordnung finden sich u. A.: Referat, betreffend die Veranstaltung einer Lotterie zu Gunsten des Witwen- und Waisenunterstützungsinstitutes; Referat, betreffend die Krankencassen; Stellungnahme zum Beschlusse des oberösterr. Landtages betreffend die

Ertheilung der Venia practicandi an Curpfuscher; Referat, betreffend die Activirung einer Pensions- und Invalidencasse; Anträge, betreffend die Verbesserung der Sanitätsorganisation, betreffs der Ausübung der ärztlichen Praxis in den Sommerfrischen, betreffend die Reform des Hausapothekenwesens, endlich Anträge bezüglich der Ueberfüllung des ärztlichen Standes, der zeitgemäßen Reform der gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die ärztliche Praxis und bezüglich einer ärztlichen Vertretung in den gesetzgebenden und Verwaltungskörpern.

(Wiener Aerztekammer.) Die nächste Vollversammlung der Wiener Aerztekammer findet Dienstag den 29. October statt. Auf der Tagesordnung stehen u. A. folgende Referate: Ueber das magnetische Heilverfahren; über die Vornahme chemischer und mikroskopischer Untersuchungen in Apotheken; über „Berufszwang“, über Portofreiheit der Verletzungsanzeigen und über die Ausstellung von Spitalsanweisungen.

(Auszeichnungen.) Die Oberbezirksärzte Dr. IGNAZ HAINZE in Tetschen und Dr. FRIEDRICH PEDUZZI in Caslau haben den Titel eines kaiserlichen Rathes mit Nachsicht der Taxe, die Oberbezirksärzte Dr. JOHANN RYBAK in Neuhaus und Dr. GUSTAV SEYSS in Leitmeritz das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens, der Bezirksarzt Dr. FRANZ FORMANEK in Schlan und der leitende Arzt im allgemeinen Krankenhause in Leitmeritz Dr. FRANZ MITTELBACH das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Verein der Hilfsärzte der öffentlichen Krankenanstalten Wiens.) Unter den Subalternärzten der Wiener Krankenanstalten ist — wie sich unsere Leser noch erinnern dürften — vor einigen Monaten eine Bewegung entstanden, deren Ziel die Verbesserung der materiellen Lage der Hilfsärzte gewesen ist. Die Bewegung war insoferne von Erfolg begleitet, als die geforderte Erhöhung der Bezüge von der Regierung in der That in Aussicht gestellt, die Vermehrung der secundärärztlichen Stellen aber als derzeit unthunlich bezeichnet wurde. Nunmehr haben sich — am 19. d. M. — die Subalternärzte zu einem Vereine constituirt, der den Zweck verfolgt, den Bestrebungen seiner Mitglieder ehe baldigst zum vollständigen Durchbruche zu verhelfen. Glückauf!

(Eröffnung der dritten Lungentuberculosenheilstätte in Schweden.) Am 29. September a. c. fand — wie uns aus Stockholm geschrieben wird — die Eröffnung des III. König Oscar-Jubiläums-Sanatoriums für Lungenkranke in Heßleby bei Ekojo (Provinz Småland) statt. Der Reichsmarschall Freiherr von Essen hielt im Namen des Königs die Festrede, in der er daran erinnerte, daß König Oscar vor vier Jahren aus Anlaß seines 25jährigen Regierungsjubiläums vom schwedischen Volke eine Gabe von 3 Millionen Kronen empfangen habe, für welche Summe der König die drei Sanatorien für Lungenkranke habe bauen lassen. — Glückliches Schweden! Ein Land, das weniger Einwohner zählt als Böhmen, hat drei Sanatorien für Lungenkranke, während unsere mächtige Monarchie mit 50 Millionen Bewohnern nur ein einziges, kaum vegetirendes Institut dieser Art in Alland besitzt.

(Eine Zusammenstellung der Hörerinnen an den medicinischen Facultäten) Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz im eben verflossenen Halbjahre hat auf dem Wege einer Umfrage EULENBURG zustande gebracht und veröffentlicht dieselbe in der „Deutschen med. Wschr.“ Wir entnehmen ihr Folgendes: Die meisten Medicinerinnen (25) hat Berlin. Insgesamt studiren zur Zeit Medicin 52 weibliche Reichsdeutsche (39 auf reichsdeutschen, 13 auf schweizerischen Universitäten). Nur diese kommen als Concurrenten der männlichen Aerzte in Deutschland in Betracht. Die Gesamtzahl der deutschen Aerzte betrug nun 1900 27.374, der bevorstehende Zuwachs würde sich danach auf $\frac{1}{525}$, das ist auf 0.19 vom Hundert des jetzigen Bestandes an Aerzten belaufen. — Nimmt man an, daß durchschnittlich jährlich 1000 Personen in Deutschland zu Doctoren promovirt werden, und ferner, daß die Gesamtzahl der weiblichen Medicinstudirenden allmählig sogar auf 200 steigen werde, so erkennt man, daß eine empfindliche Beeinträchtigung der männlichen durch weibliche Aerzte in der Praxis wohl noch recht lange auf sich wird warten lassen.

(Eine pharmaceutische Frauenschule) wird — wie wir erfahren — durch Fr. ANTONINA LESSNEWSKA, die Begrün-

derin der ersten russischen Frauenapotheke, zu Beginn des nächsten Jahres eröffnet werden. Der Cursus ist zweijährig und die Absolventinnen werden das Diplom einer Apothekergehilfin erhalten.

(Heiraten von Degenerirten.) Der „Med. Fortnightly“ meldet: Die vereinigten medicinischen Gesellschaften von Iowa, Missouri und Illinois haben beschlossen, eine Petition an die Parlamente der verschiedenen Staaten zu veranlassen, es möchten Gesetze geschaffen werden, die Verheiratung von unzweifelhaft geistig, sittlich oder körperlich degenerirten Personen zu verhindern.

(Schulhygiene.) Ein Erlaß an die Kreisärzte in Potsdam in Bezug auf die hygienische Ueberwachung der Schulen bestimmt u. a. Folgendes: Alle der Aufsicht der Regierung unterstehenden öffentlichen wie privaten Schulen (Volks- und Mittelschulen, höhere Mädchenschulen, Fortbildungs- und Fachschulen etc.) unterliegen in gesundheitlicher Beziehung der Ueberwachung durch den Kreisarzt. Dieser hat jede Schule seines Bezirks abwechselnd im Sommer und im Winter in Bezug auf ihre Baulichkeiten und Einrichtungen, sowie in Bezug auf den Gesundheitszustand der Schüler unter Zuziehung des Schulvorstandes oder des Leiters der Schule, sowie des Schularztes einer Besichtigung zu unterziehen. Ueber die Besichtigung ist nach vorgeschriebenem Formular eine Verhandlung aufzunehmen, die der Regierung durch Vermittlung des Landraths, bezw. Kreisschulinspectors einzureichen ist. Vorschläge zur Beseitigung etwaiger Mißstände sind dem Begleitbericht beizufügen. Auch auf Kleinkinderschulen und Kinderbewahranstalten, Kindergärten etc. finden diese Vorschriften sinngemäße Anwendung. Außer bei diesen periodischen Revisionen soll der Kreisarzt auch bei anderen Gelegenheiten die Schulen des Bezirks besuchen, sich die Beseitigung von Mängeln angelegen sein lassen, auch die Lehrer für seine Bestrebungen zu interessiren und das Verständniß hiefür durch Belehrung anzuregen suchen. Die dem Provinzialschulcollegium unterstellten höheren Lehranstalten sind nur auf Grund besonderen Auftrags vom Kreisarzt zu besichtigen.

(Statistik.) Vom 13. bis inclusive 19. October 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6395 Personen behandelt. Hievon wurden 1358 entlassen; 122 sind gestorben (8.2% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 61, egypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 44, Scharlach 100, Masern 47, Keuchhusten 7, Rothlauf 31, Wochenbettfieber 6, Röheln 1, Mumps 1, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 481 Personen gestorben (— 20 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wessely a. d. March Dr. EMANUEL ORNSTEIN im 81. Lebensjahre; in Hartmanitz der prakt. Arzt Dr. HERMANN GLASER im Alter von 78 Jahren; in Dresden der Geh. Med.-Rath Dr. STELZNER, 62 Jahre alt.

Heinrich Mattoni-Stipendium-Stiftung. Ende October l. J. gelangt an der k. k. Universität in Wien aus der Heinrich Mattoni-Stiftung ein Stipendium im Betrage von K 700 — für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Heilquellenlehre zur Ausschreibung. Die Bestimmungen, auf Grund welcher dieses Stipendium zuerkannt wird, haben seit verflossenem Jahre eine wesentliche Erleichterung dadurch erfahren, daß die Bewerber nicht binnen der kurzen Frist von zwölf Monaten, sondern erst innerhalb drei Jahren nach erfolgter Promotion zum Doctor eine in das Gebiet der Heilquellenlehre fallende Originalarbeit im Drucke veröffentlicht haben müssen.

Mit Rücksicht auf diese nicht unbedeutende Fristverlängerung steht zu erwarten, daß zahlreiche Bewerber sich melden werden.

Vom **Gesundheitsbüchlein**, eine gemeinfaßliche Anleitung zur Gesundheitspflege, bearbeitet im kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin, ist soeben bei Jul. Springer in Berlin die 9. Auflage erschienen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der Firma **Heinrich Noffke** in **Berlin** über **Urethral-Stäbchen** und andere **Specialitäten**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Beziehungen zwischen Circulation, Motilität und Tonus des Darmes. Von Prof. Dr. J. PAL. — Zur Behandlung der Kinderconvulsionen. Von Dr. SCHUSTER in Aachen. — Zur Lehr- von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** Aus der Med. Univ.-Klinik des Geh. Med.-Rathes Prof. Dr. von ZIEMSEN in München. HUGO SCHÖNFELD (München): Klinische Erfahrungen mit dem neuen Hypnoticum Hedonal. — v. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darms. — LUDWIG PINCUS (Danzig): Praktisch wichtig: Fragen zur NAGEL-VEIT'schen Theorie. — N. v. SSAWELJEW (Dorpat): Affection des Dickdarms durch Balantiden. — G. EDLEFSEN (Hamburg): Ueber die Hauptunterschiede zwischen der Kuhmilch und Frauenmilch und den Werth und die Bedeutung der Ersatzmittel für Muttermilch. — PODWYSSOTZKI (Kiew): Myxomyceten, respective Plasmodiophora Brassicae Woronin als Erzeuger der Geschwülste bei Thieren. — LEOPOLD FREUND (Wien): Die physiologischen Wirkungen der Potentladungen hochgespannter Inductionsströme und einiger unsichtbarer Strahlungen. — EDUARD SONNENBURG (Berlin): Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen. — ERWIN STRANSKY (Wien): Associirter Nystagmus. — DANIEL J. MC CARTHY (Philadelphia): Der Supraorbitalreflex. Ein neuer Reflex im Gebiet des 5. und 7. Nervenpaares. — G. J. ROSSOLIMO (Moskau): Recidivirende Facialislähmung bei Migräne. — **Literarische Anzeigen.** Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Mit einem Vorworte von LEOPOLD VON SCHRÖTTER. — Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie. Von M. FRAENKEL. — Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Von Prof. Dr. ERICH PEIFER. — **Feuilleton.** Budapest Briefe. (Orig.-Corresp.) XI. — **Kleine Mittheilungen.** Die Technik der Blasenpülung. — Jodtinctur an Stelle von Jodkali. — Die Unterschenkelgeschwüre. — Naftalan-Seife. — Die Zimmtsäurebehandlung der Tuberculose. — Impetigo vulgaris. — Zur operativen Behandlung der DUPUYTREN'schen Contractur. — Die Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis. — Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. — Ueber den Einfluß von Alkohol und Obst auf die Harnsäurebildung. — Die Augenentzündung der Neugeborenen in klinischer und bacteriologischer Hinsicht. — Ueber Extractum fluidum hippocastani. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) VI. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus italienischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Beziehungen zwischen Circulation, Motilität und Tonus des Darmes.

Von Prof. Dr. J. Pal. *)

Seit der Entdeckung von specifischen Darmnerven haben die Anschauungen über den Einfluß der Circulation auf die Motilität und den Tonus der Darmwand mannigfaltige Wandlungen durchgemacht. Ursprünglich war man geneigt, den circulatorischen Verhältnissen großen Einfluß in dieser Hinsicht einzuräumen, im Laufe der Zeit ist man jedoch hievon zurückgekommen, ohne daß dies genügend begründet wäre.

Unsere positiven Kenntnisse auf diesem Gebiete sind sehr lückenhafte, obwohl das Studium desselben ein ebenso dringendes Erfordernis der Physiologie, wie der Pathologie und Therapie des Darmes bildet.

Die ersten einschlägigen Untersuchungen sind vor 50 Jahren durch die Beobachtung angeregt worden, daß sich der Darm der Versuchsthiere bei der Eröffnung der Bauchhöhle in Bewegung befindet. Diese Bewegung hat SCHIFF damals auf den Mangel an Blutcirculation zurückgeführt, wie er sich eben bei Thieren ergibt, die kurz vorher getödtet wurden; denn an solchen wurde seinerzeit gearbeitet. SCHIFF stützte sich darauf, daß erstens weder das narkotisirte, noch das nicht narkotisirte Thier unter gleichen Umständen Darmbewegungen aufweise, insolange noch dunkelrothes Blut in den Adern der Darmwand kreist, daß ferner zweitens beim lebenden Hunde nach Compression der Aorta unterhalb des

Zwerchfells solche Bewegungen eintreten, während sie sich, sowie die Compression aufhört, verlieren.

Dieser letztere Befund wurde von DONDERS bei einem Versuche an einer Katze bestätigt, allein BETZ konnte sich von diesem Effecte nicht überzeugen.

Während aber SCHIFF annahm, daß die Circulationshemmung an und für sich als bewegungserregender Reiz wirke, glaubte DONDERS, daß jede Veränderung in der Circulation des Blutes dies bewirken könne, und BROWN-SEQUARD trat (1851) dafür ein, daß nur die venöse Beschaffenheit des Blutes Ursache der Bewegung sein könne.

Im Jahre 1856 und 1857 folgten die Mittheilungen von PFLÜGER, betreffend das Hemmungsnervensystem des Darmes. Die Untersuchungen über den Einfluß der Circulation auf den Darm stehen von da ab in einem innigen Connex mit der Hemmungsfrage.

Die Entdeckung PFLÜGER's, daß durch Reizung der Nervi splanchnici Hemmungserscheinungen am Darm ausgelöst werden, und die daran geknüpfte Annahme, daß es specifische Hemmungsnerven für den Darm gebe, analog dem Vagus für das Herz, stieß nämlich bald auf Widerspruch. Es wurde von den einen die Hemmung überhaupt, von den anderen nur die Berechtigung der Annahme specifischer Hemmungsnerven bestritten, die Hemmungserscheinung selbst jedoch bestätigt. Von den letzteren wurde dies damit begründet, daß im Splanchnicus auch Gefäßnerven verlaufen, welche die Hemmungserscheinungen auslösen könnten. Ob aber die Erregung dieser Vasomotoren auch thatsächlich Hemmung auszulösen imstande sei, ist einwurfsfrei überhaupt nicht erwiesen worden, was im Uebrigen auch daraus hervorgeht, daß immer wieder an die Lösung dieses schwierigen Grundproblems der Darminnervation geschritten wird.

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 18. October 1901.

Eine weitere Gruppe von Forschern ist hingegen wie PFLÜGER zu der Anschauung gelangt, daß die durch Splanchnicusreizung ausgelöste Hemmung der Darmbewegung unabhängig von vasomotorischen Erscheinungen zustande komme (NASSE, VAN BRAAM-HOUCKGEEST u. a.). Dies ist auch die gegenwärtig herrschende Anschauung.

Ich werde hier über Experimente berichten, welche nach meinem Ermessen geeignet erscheinen, in dieser Lehre eine wesentliche Verschiebung hervorzurufen.

Wenngleich nicht die Erörterung der Hemmungsfrage den Endzweck meines heutigen Vortrages bildet, muß ich dem Entwicklungsgang der Hemmungslehre folgen, um die Stellung meiner Versuchsergebnisse in entsprechender Weise zu beleuchten.

PFLÜGER bemühte sich bereits bei der Erwägung der Mechanik der Hemmungswirkung dem Einwande zu begegnen, daß es sich bei dieser nur um den Effect einer Reizung von Gefäßnerven handle. Auf diesen Einwand war PFLÜGER gefaßt, da seinerzeit BROWN-SEQUARD auch den hemmenden Erfolg der Vagusreizung auf das Herz durch vasomotorische Wirkungen der Rami cardiaci des Vagus auf die Arteriae coronariae cordis zu erklären suchte. Irrthümlicherweise oder vielleicht nur mangels besserer Wege glaubte man damals mechanisch erzeugte Circulationsstörungen, wie namentlich die Aortencompression den Wirkungen der Erregung der im Splanchnicus verlaufenden Vasomotoren gleichstellen zu dürfen. So schienen PFLÜGER die eingangs erwähnten Angaben von SCHIFF, DONDERS u. a., welchen zufolge Störungen im Blutlaufe in den Gedärmen Bewegung derselben auslösen, ein Beweis dafür, daß die durch die Splanchnicusreizung herbeigeführte Aenderung in den Blutgefäßen nicht die Ursache der Hemmung sein könne, diese daher durch die Erregung spezifischer Nerven ausgelöst werde. Ebenso war auch NASSE, der sich später (1866) mit dieser Angelegenheit in eingehender Weise beschäftigte, der Meinung, daß auch die durch Verblutung herbeigeführte Blutleere des Darmes mit der durch Splanchnicusreizung herbeigeführten Vasoconstriction im Wesentlichen identisch wäre. NASSE legte besonders Werth darauf, daß er auch am anämischen Darm bei Reizung des Splanchnicus die Hemmungserscheinungen eintreten sah, und zwar ebenso, wenn die Anämie durch Verblutung — bei geköpftem Thier —, wie wenn dieselbe durch Compression der Aorta erzielt wurde.

Obwohl nun NASSE der Meinung war, in seinem Versuche einen strengen Beweis erbracht zu haben, war die Frage der Unabhängigkeit der Hemmung von der Gefäßwirkung nicht endgiltig erledigt, denn schon 1870 sind S. MAYER und v. BASCH mit einer großen Untersuchung hervorgetreten, in welcher die alten Zweifel wieder hergestellt wurden.

Inzwischen hat BONSDORFF in einem kritischen Aufsatz die Berechtigung der Annahme eines spezifischen Hemmungsnervensystems für den Darm analog dem des Herzens bestritten und gelangte, ohne einen experimentellen Beweis anzuführen, zu dem Schluß, daß die Reizung der Nervi Splanchnici eine doppelte Wirkung auf den Darm ausübe: 1. eine active Zusammenziehung im Muskelgewebe, welche in tonischen Krampf übergehen kann, und 2. eine so starke Contraction der Arterien, daß die Blutcirculation aufhört, in welchem Falle ein Stillstand in der Bewegung des Muskelgewebes während des passiven Zustandes oder der Diastole eintritt.

Zu ähnlichen, wenn auch nicht conformen Anschauungen sind auf Grund von zahlreichen Versuchen S. MAYER und v. BASCH gelangt.

S. MAYER und v. BASCH wendeten sich vor Allem gegen das Hauptargument von PFLÜGER und von NASSE, dagegen nämlich, daß die Folge der Compression der Aorta mit Anämie des Darmes identisch sei.

Im Momente der Abklemmung müsse in dem abwärts von der Compressionstelle gelegenen Gefäßbezirk noch Blut

vorhanden sein, dieses wird aber allmählig aus einem eupnoischen Zustand in einen dyspnoischen übergehen, welcher letzterer Bewegungen auslöst.

„Der Darm bewegt sich“, führen S. MAYER und v. BASCH aus, „abgesehen von künstlich eingeführten Reizen aus keinem anderen Grunde, als weil venöses Blut sich in demselben befindet, resp. in denselben einströmt. Nun wird der Splanchnicus gereizt; infolge dieser Reizung entsteht ein verstärkter Bewegungsstoß, herrührend von der directen Reizung der motorischen Darmfasern, gleichzeitig aber bei günstigem Stande der Erregbarkeit der Gefäßwände eine Contraction der kleinen Arterien, die bis zum vollständigen Verschlusse derselben führen kann. Die Zufuhr des Reizmittels wird somit sistirt, der Darm verfällt in Ruhe.“

v. BASCH benützte überdies (1873) die Ergebnisse einer mit OSER ausgeführten Untersuchung über die Wirkung des Nicotins auf den Darm zur weiteren Unterstützung dieser Lehre. Hier betont v. BASCH den Parallelismus zwischen Hemmung und Blutdrucksteigerung und beschreibt als Wirkung der Splanchnicusreizung tonische Contraction der Ringmuskelfasern und Erschlaffung des Darmes.

Der Grund für die Verschiedenheit der die Hemmung constituirenden Vorgänge liegt, wie v. BASCH glaubte, darin, daß die Längs- und Ringmuskelfasern nicht gleichzeitig und in gleicher Weise den hemmenden Einflüssen gehorchen, daß vielmehr die Längsmuskelfasern, denen nach seiner Ansicht die Darmschlingen die pendelnde Bewegung verdanken, viel eher und vollständiger zur Ruhe gelangen als die Ringmuskelfasern, deren Erregungszustand manchmal noch längere Zeit anhält.

Im Gegensatze zu v. BASCH hat 1878 VAN BRAAM HOUCKGEEST ein neues Argument dafür gebracht, daß die bei der Reizung des Splanchnicus eintretenden Hemmungserscheinungen von der Wirkung der Vasomotoren in diesem Nerven unabhängig zustande kommen. Er beobachtete nämlich an der Luft exponirten Därmen, deren Gefäße bereits so paretisch waren, daß Reizung des Splanchnicus dieselben nicht mehr zur Contraction brachte, daß die Hemmung doch noch eintrat.

Ich muß hier bemerken, daß dieser Versuch nicht als exacter Beweis dafür angesehen werden kann, wofür er von VAN BRAAM-HOUCKGEEST angeführt wurde, denn aus dem Umstand, daß die oberflächlichen Gefäße nach der Exposition dem Splanchnicusreiz nicht mehr folgen, geht durchaus nicht hervor, daß die anderen Darmwandgefäße nicht reagiren.

1885 hat nun v. BASCH, wie aus der Arbeit EHRMANN'S hervorgeht, die Meinung, daß die Wirkung des Splanchnicus auf Aenderung der Blutcirculation beruhe, fallen lassen.

In dieser Arbeit ist ein graphisches Verfahren eingeschlagen und auf Grund desselben die Lehre von der gekreuzten Innervation für den Dünndarm aufgestellt worden. Die Reizung des Splanchnicus ergab nunmehr nach EHRMANN nur Contraction der Längsmuskelfasern und Hemmung der Ringmuskelfasern — also motorische und Hemmungserscheinungen, welche denen der Vaguswirkung entgegengesetzt sind.

Ehe ich auf die Besprechung der Studien mit Hilfe der graphischen Methodik weiter eingehe, muß ich noch einer Arbeit von JACOBJ gedenken, in welcher dieser die These vertreten hat, daß die Nebenniere ein Centrum für die Hemmung der Darmbewegung sei, und daß es gelinge, durch Reizung von gewissen Verbindungsfäden zwischen Splanchnicus und Nebenniere den Hemmungseffect ohne vasomotorische Begleiterscheinungen zu erzielen.

Ich habe mich mit dieser Angelegenheit vielfach und eingehend und auch neuerdings wieder beschäftigt, konnte aber, wie ich auch seinerzeit berichtet habe, die von JACOBJ aufgestellten Sätze, insoweit sie die Bedeutung der Nebenniere für den Darm betreffen, nicht bestätigen.

Die graphische Darstellung der Darmbewegung und die auf diesem Wege durchgeführten Beobachtungen haben unzweifelhaft die Untersuchungen erheblich gefördert. Es liegt dies nicht allein darin, daß die bei der Erregung des Splanchnicus sich abspielenden Vorgänge genauer als bei der Inspection verfolgt werden können, sondern namentlich noch an dem Umstande, daß die graphische Untersuchung das Verhalten des Darmes auch bei geschlossenem Bauchraume zu erheben gestattet.

Die ersten Untersuchungen mittels graphischer Registrirung sind auf diese Weise 1869 von LEGROS und ONIMUS mit Hilfe von Gummiballons ausgeführt worden. LEGROS und ONIMUS sind auch die ersten, welche motorisch-tonische Phänomene als Wirkung der Splanchnicusreizung fixirt haben. Ueber die Hemmungsfrage erfahren wir jedoch in dieser Arbeit sonderbarer Weise nichts. Bezüglich des Einflusses der Circulation auf den Darm dagegen haben sie eingehende Untersuchungen ausgeführt. Sie geben an, daß bruske Abklemmung der zuführenden Gefäße oder ebensolche Herabsetzung der Blutzufuhr die Bewegungen des Darmes bedeutend anregt, während allmähliche Herabsetzung der Blutzufuhr kaum einen erregenden Einfluß übt; andererseits sistirt die Hemmung des venösen Abflusses die Bewegungen vollkommen. Während aber die Methode von LEGROS und ONIMUS nur die Bewegungsvorgänge der Ringmuskeln verzeichnet, brachte v. BASCH einen neuen Gedanken in die Sache, indem er das Verhalten der einzelnen Muskellager für sich zu fixiren anstrebte. Zu diesem Behufe spannte er die Darmwand in der einen oder anderen Richtung ein.

Die Einspannung war die einzige Methode, mittels der das Verhalten der Längsmuskelfasern verfolgt wurde, bis vor 2 Jahren NEW einen ziemlich einfachen Apparat angab, der es ermöglicht, ohne den Darmabschnitt spannen zu müssen, Aufzeichnungen über die Bewegungen der Längsmusculatur zu machen und dies auch bei geschlossenen Bauchdecken.

Die Ergebnisse, welche auf graphischem Wege von den verschiedenen Autoren verzeichnet wurden, waren keine einheitlichen.

So haben COURTADE und GUYON im Allgemeinen den entgegengesetzten Erfolg wie EHRMANN erzielt. Dagegen BECHTEREW und MISLAWSKI, BUNCH, sowie ich beiderlei Erfolge bestätigt, d. h. angegeben, daß unter Reizung des Splanchnicus ebensowohl Contraction wie Erschlaffung der Ringmuskelfasern erfolgen kann.

Ich habe dies in einer früheren Arbeit bereits besprochen und fasse hier die Beobachtungen von LEGROS und ONIMUS, EHRMANN, BECHTEREW und MISLAWSKI, COURTADE und GUYON, BUNCH und schließlich meine Beobachtungen als diejenigen zusammen, welche die Lehre, daß die Erregung des Splanchnicus motorisch-tonische Bewegungsphänomene auslöst, stützen.

Diesen steht gegenüber: die ursprüngliche, nur auf Inspection basirende Angabe von PFLÜGER, daß der Darm unter diesen Umständen in der Diastole stillsteht. Ferner haben in neuerer Zeit BAYLISS und STARLING (nach Versuchen mit Ballonregistrirung und einem ad hoc construirten Entero-graphen) angegeben, daß Reizung der Splanchnici nur Erschlaffung in beiden Muskellagern herbeiführt.

Thatsächlich lauten die Versuchsergebnisse dieser Autoren nicht so exclusiv bezüglich der Bewegungsphänomene, wie sie in den Schlußsätzen geboten werden.

Unabhängig von der differenten Darstellung des Verhaltens der Darmwandmusculatur während der Splanchnicusreizung wird immerhin die Stillstellung der fortschreitenden Peristaltik durch dieselbe allgemein anerkannt. Doch haben sich die Autoren darüber nicht weiter geäußert, wie sie die Sistirung der Peristaltik mit den geschilderten Vorgängen in Einklang bringen. Nur ich habe mich dahin ausgesprochen, daß die tonischen Phänomene an und für sich die fortschreitende Peristaltik aufheben, die Annahme spezifischer Hemmungsnerven daher nicht erforderlich ist.

Von EHRMANN, sowie von COURTADE und GUYON ist die Erschlaffung des einen Muskellagers bei der Contraction des anderen als selbständiges Hemmungsphänomen gedeutet worden. EXNER hat aber diesen Vorgang als natürliche Folge der Contraction eines Muskellagers und die Annahme einer Hemmung im erschlaffenden Muskel als überflüssig erklärt.

Es erscheint mir dies jetzt umso berechtigter, als — wie ich nur hypothetisch vorausgesetzt habe, von BUNCH inzwischen aber thatsächlich nachgewiesen wurde, Erregung des Splanchnicus Contraction in beiden Muskellagern gleichzeitig auslösen kann. Warum jedoch in einem Falle die Ringmuskeln, im anderen die Längsmuskeln die kräftigeren sind und überwiegen, ist wahrscheinlich von zufälligen Umständen abhängig, die wir derzeit noch nicht beurtheilen gelernt haben.

Bei allen diesen Untersuchungen ist selbstverständlich immer wieder die Frage aufgetaucht: welchen Antheil haben an diesen Vorgängen die vasomotorischen Nerven im Splanchnicus?

v. BASCH-EHRMANN haben die Mitwirkung der Vasomotoren bei den Hemmungsvorgängen abgelehnt, gleichzeitig auch die von PFLÜGER angenommene völlige Erschlaffung.

COURTADE und GUYON haben sich dagegen nachzuweisen bemüht, daß die von ihnen beschriebenen Contractionen der Ringmuskeln vom Einfluß der Vasomotoren unabhängig sind. Sie fanden nämlich bei Reizung des peripheren Splanchnicusstumpfes denselben Contractionseffect unter der Blutdrucksteigerung als bei der Reizung des centralen Stumpfes, bei welcher nach ihrer Angabe constant Blutdrucksenkung eintritt. Ich habe, nebenbei bemerkt, diesen Versuch vielleicht ein Dutzendmal wiederholt, ohne die Blutdrucksenkung erzielt zu haben. Auch BUNCH ist der Ansicht, daß die Contractionen bei der Splanchnicusreizung von der vasomotorischen Wirkung unabhängig sind, weil bei nacheinander vorgenommenen Reizungen des Vagus und Splanchnicus die Erregung der Splanchnici zwar den typischen vasomotorischen Effect auszulösen imstande war, doch Hemmung nicht eintrat, sondern die Vaguswirkung erhalten blieb.

Nur BAYLISS und STARLING sind gerade umgekehrt der Ansicht, daß die von den anderen Autoren geschilderten Contractionerscheinungen von den vasomotorischen Effecten der Splanchnicusreizung abhängen — einen Beweis für die Annahme haben sie jedoch nicht erbracht. Es steht dies überdies in Widerspruch mit ihrer Beobachtung, daß Compression der Aorta eine vollständige Erschlaffung beider Muskellager im Dünndarm auslöse.

Der Zusammenhang zwischen Hemmung und Vasoconstriction erscheint ihnen andererseits schon deshalb unwahrscheinlich, weil man Gelegenheit hat, was übrigens bekannt ist, Hemmung unter Splanchnicusreizung auch dann zu beobachten, wenn die hiebei erzielte Steigerung des allgemeinen Blutdruckes keine hohe ist.

Es ist nach all dem wohl berechtigt zu sagen, daß der Einfluß der Circulation auf die Motilität und den Tonus des Darmes eigentlich nicht bekannt und insbesondere die Frage nach dem Einfluss der Vasomotorenreizung auf den Darm eine offene geblieben ist.

Ich gelange nun zu meinen eigenen Untersuchungen. Die Experimente, auf welche ich mich hier beziehe, sind in den Jahren 1898—1901 im Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie ausgeführt worden.

Herr Prof. PALTAUF hat mir, ebenso wie seine Vorgänger im Amte, die Mittel dieses Institutes zur Fortführung meiner Arbeiten freundlichst zur Verfügung gestellt, wofür ich ihm zu größtem Danke verpflichtet bin. Bei der Ausführung der Versuche haben mich die Herren Dr. S. TAUBER und Dr. E. v. BERND in unermüdlicher Weise unterstützt.

In früheren Mittheilungen und namentlich in der Arbeit, welche ich 1899 „über den motorischen Einfluß des Splanchnicus auf den Dünndarm“ im „Archiv für Verdauungs-

krankheiten“ veröffentlicht habe, wies ich darauf hin, daß es mit Rücksicht auf die gemischte Zusammensetzung des Splanchnicus unerlässlich ist, den Einfluß der Gefäßnervenreizung auf den Darm in einwandfreier Weise kennen zu lernen. Das geeignete Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, schien mir das Nebennierenextract zu sein. Ich bin hiebei von der Annahme ausgegangen, daß dieses Mittel nur auf die glatten Muskelfasern der Gefäße, nicht aber auf die Nerven wirke, wie dies aus den Untersuchungen von VELICH, BIEDL, KÖNIGSTEIN, LEWANDOWSKI hervorgeht.

Meine damaligen Untersuchungen — ich habe über dieselben auch hier am 2. Juni 1899 berichtet — hatten ergeben, daß unter der Wirkung des Nebennierenextractes eine Erschlaffung des Darmes eintritt. Nur habe ich diese für das Längsmuskellager graphisch nicht fixirt, da ich damals noch keinen, nach meiner Ansicht einwandfreien Registrator für die Längsmuskeln zur Verfügung hatte. New hat einen solchen, wie ich vorhin erwähnt habe, seither angegeben, der zwar nicht immer ideal functionirt, aber doch das Problem gelöst hat.

Ich habe meine Untersuchungen über den Einfluß des Splanchnicus auf den Dünndarm nunmehr auch mit Hilfe dieses Apparates überprüft und die Ergebnisse meiner citirten Arbeit im Wesentlichen bestätigt gefunden.

Bei diesen Versuchen ist mir jedoch bald aufgefallen, daß der Contraction der Muskellager häufig eine Erschlaffung vorausgeht. Es war dies für mich von Wichtigkeit, da, wie hervorgehoben, BAYLISS und STARLING als Effect der Splanchnicusreizung nur eine Erschlaffung beider Muskellager gelten lassen wollen. Schließlich habe ich selbst überdies einzelne Befunde erhoben, welche den Angaben von BAYLISS und STARLING zu entsprechen schienen.

Um die obschwebende Angelegenheit endlich zu klären, habe ich die Frage der Gefäßwirkung auf den Dünndarm in folgender Weise weiter verfolgt.

Ich habe mich zunächst überzeugt, daß die Compression der Aorta, auf deren Hilfe früher so oft recurrirt wurde, ganz ungeeignet zum Studium dieser Angelegenheit ist. Die Folgen der Abschließung der Aorta sind im feineren Gefäßapparat des Darmes durchaus nicht immer gleichartig. Die Ereignisse, welche sich nach derselben in der Darmwand abspielen, sind daher schon aus diesem Grunde sehr wechselvolle und nicht, wie S. MAYER (in HERMANN'S Handbuch) annimmt, durch die verschiedene Reizbarkeit der irritablen Bestandtheile der Darmwandungen in erster Linie oder durch die variable Ausbildung der collateralen Gefäßbahnen bedingt.

Ich bin daher zu den Versuchen mit dem Nebennierenextract zurückgekehrt. Diese lehrten Folgendes:

Wenn man einem curarisirten Hunde nach Durchschneidung der Vagi intravenös Extr. suprarenale oder Oposuprarenin injicirt, so zeigt der registrirende Darm mit dem eintretenden Blutdruckanstieg Erschlaffung in beiden Muskellagern unter Sistirung der Pendelwellen an. Dieselbe Erscheinung tritt auch an einem entnervten Darmabschnitt prompt ein.

All dies jedoch nur unter der Voraussetzung, daß das einverleibte Präparat von richtiger Beschaffenheit ist und die angewendete Quantität eine ausreichende war, um den vollen Erfolg zu erzielen.

Vor mir hatten schon I. OTT (1897) und J. L. BUNCH Versuche am Darne mit Nebennierenextract angestellt, jedoch verschiedene Befunde erhoben.

I. OTT hat, wie ich einer allerdings nur kurzen Bemerkung in einer Arbeit entnehme, unter der Wirkung des Nebennierenextractes Erweiterung des Darmes und Steigerung der Peristaltik gesehen. BUNCH dagegen beschreibt tonische Verengung als den Effect der Injection. Die von ihm abgebildete Curve zeigt jedoch kurz dauernde Erschlaffung mit nachfolgender tonischer Contraction der Ringmuskeln ohne Aufhebung der Pendelwellen.

BORUTTAU, der Ende 1899 im „Archiv für Physiologie“ Erfahrungen über die Nebenniere mittheilte, konnte am Darne nach Anwendung des Nebennierenextractes nur Erschlaffung der Muskeln nachweisen.¹⁾ Während ich aber diese Wirkung als ein Product der Gefäßcontraction ansehe, nimmt BORUTTAU an, daß diese Wirkung durch eine Erregung von Hemmungsapparaten in der Darmwand ausgelöst werde.

BORUTTAU wurde zu dieser Annahme gedrängt, weil es ihm unwahrscheinlich schien, daß das Nebennierenextract auf die glatten Muskelfasern der Darmwand nicht ebenso wirke, wie auf die Gefäßmuskeln und den Dilatator pupillae, welche beide auch vom Sympathicus versorgt werden.

Da ich annehme, in der Wirkung des Nebennierenextractes einen wichtigen Behelf zum Studium der Gefäßwirkung auf den Darm gefunden zu haben, mußte ich mich auch ernstlich damit beschäftigen, allen einschlägigen Einwänden zu begegnen.

Ich stütze mich hiebei auf gewiß mehr als 200 Einzelbeobachtungen. In allen diesen habe ich bis auf etwa 5—6 Fälle stets das von mir geschilderte Resultat erhalten. In letzteren Fällen trat wohl meist auch erst nach einer kurzen Erschlaffung Contraction in den Muskellagern ein. Ich erwähne diese Ausnahmefälle, ohne auf die Analyse derselben hier weiter einzugehen.

Unter den erwähnten Angaben steht der Befund von OTT nur in scheinbarem Widerspruch zu meiner Darstellung. OTT gibt an, Nebennierenextract erweitert den Darm und steigert die Peristaltik. Beides ist richtig, nur ist zwischen den beiden Erscheinungen ein zeitlicher Unterschied, die Erschlaffung ist die Hauptwirkung, die Steigerung der Peristaltik, womit OTT die Pendelwellen meint, die Nachwirkung. Diese tritt meistens dann ein, wenn nach Erschlaffen der Gefäße das Blut wieder einströmt.

Die Aufklärung der Angabe von BUNCH machte mir hingegen große Schwierigkeiten und führte mich schließlich dahin, den Versuch von BUNCH in allen Einzelheiten zu wiederholen.

Das Ergebnis dieser Bemühungen waren die hier im Vorjahre mitgetheilten „neuen Untersuchungen über die Wirkung des Opiums und des Morphins auf den Darm“²⁾ und ferner die Beobachtung, daß zwischen Morphin und Nebennierenextract in Beziehung auf den Darm ein gewisser Antagonismus besteht, der, wie ich glaube, in der Gefäßwirkung dieser beiden Mittel seine Begründung finden dürfte.

Ich habe gefunden, daß nach vorausgegangener ausgiebiger Morphinisirung die Nebennierenextractwirkung beim Hunde ceteris paribus weniger vollkommen zur Geltung kommt. Es bedarf meist wesentlich höherer Dosen des Extractes, um den gleich prompten Erfolg zu erzielen wie beim nicht morphinisirten Thier.

Damit sind die Beobachtungen von BUNCH erklärt, der an curarisirten und gleichzeitig morphinisirten Thieren gearbeitet hat. BUNCH hat die rasch vorübergehende Hauptwirkung übersehen, und die Nachwirkung, in welcher wieder das Morphin zur Geltung kam, für das Wesentliche gehalten. Die unvollkommene Wirkung geht endlich auch noch daraus hervor, daß die Pendelwellen in seiner Curve erhalten sind.

Schließlich habe ich mich mit der von BORUTTAU ausgesprochenen Hypothese zu beschäftigen, welche dahin geht, daß das Nebennierenextract visceroinhibitorische Centren in der Darmwand direct reize.

Es war mir also darum zu thun, den gleichen Erfolg ohne Reagens herbeizuführen. Ich habe mir für diese Zwecke den folgenden Versuch zurecht gelegt, den ich in verschiedenen Combinationen mehr als 25mal ausgeführt habe.

¹⁾ J. N. LANGLEY hat in einer Arbeit „observations on the physiological action of extract of the suprarenal bodies“, welche am 16. October 1901 im „Journal of physiology“ in London erschienen ist, gleichfalls den Erschlaffungsbefund bestätigt.

²⁾ „Wiener Med. Presse“ vom 4. November 1900, Nr. 44.

THERAPEUTISCHE MONATSHEFTE,

— XV JAHRGANG, JANUAR 1901. —

Ueber die Beseitigung der Hg- und Jodkalidyspepsie.

von Dr. Bolen, Specialarzt für Hautkrankheiten.

Wie beschwerlich die Behandlung eines Lueskranken ohne eine angemessene Ernährung wird und wie leicht ein eintretender Kräfteverfall eine gründliche Behandlung unmöglich machen kann, ist bekannt.

Man muss ja in Hinblick auf das Wesen der Lues für eine möglichst gute Ernährung Sorge tragen und, falls nicht besondere Umstände es verbieten, Alles gestatten, was der Patient nach den allgemeinen Vorschriften der Ernährungstherapie geniessen darf. Leider vermögen nun die Lueskranken, welche sich einer energischen Cur unterziehen, oft die leicht verdaulichsten Speisen nicht zu assimiliren. Schon gleich nach Beginn der Cur zeigt sich bei fast allen Patienten eine Abnahme des Appetits, die sich oft binnen Kurzem zum gänzlichen Widerwillen gegen die Mehrzahl der Speisen steigert.

Sodbrennen, Völle im Magen, Magendruck sind vielfach begleitende Symptome. Die Speisen gehen bei dem häufig auftretenden Darmkatarrh unvollkommen verdaut ab, der Magensaft zeigt eine übermässige Säure.

In diesen Fällen von Quecksilber- und Jodkalidyspepsie verordne ich den Kranken 3 mal täglich 10—15 Tropfen **Extr. Chinae Nanning**, das mir als gutes Stomachicum bekannt ward, in einem Schnapsglas Portwein. Der Erfolg war kein gleichmässiger. Während sich in einigen Fällen sofortige Besserung des Appetits und der Verdauung einstellte, gelang es mir in anderen Fällen nur den Widerwillen gegen die Speisen durch obigen Extract zu vermindern.

Ich erkläre mir die Wirkung des **Extr. Chin. Nanning** dadurch, dass es den Säuregehalt des Magensaftes vermindert, die Magendrüsen wieder zur normalen Secretion anregt und eine bessere Verdauung der aufgenommenen Speisen ermöglicht. Mit der besseren Verdauung der Speisen schwindet dann der Reiz der unvollkommen verdauten Reste auf die Darmschleimhaut und der Durchfall lässt bald nach.

Zunächst behandelte ich ein 25 jähriges Mädchen in meiner Poliklinik mit Injectionen von Hydrargyrum salicyl. Die Patientin klagte schon nach der ersten Injection über Appetitmangel. Ich verordnete ihr nun **Extr. Chin. Nanning** 3 mal tägl. 10 Tropfen in einem Gläschen Portwein. Der Appetit stellte sich sofort wieder ein und blieb auch während der ganzen Cur ein normaler. Ein zweiter sehr eclatanter Fall betraf einen älteren Herrn von 55 Jahren mit tuberösem Syphilid an der Stirn. Ich verordnete ihm Inunctionscur und Kal. jod. 3 mal tägl. 1 Esslöffel. Nach 5 Tagen erschien der Patient und klagte über vollständige Appetitlosigkeit. Ich unterbrach die Cur und verordnete **Extr. Chin. Nanning** 3 mal tägl. 10 Tropfen. Nach Gebrauch während 4 Tagen war der Appetit wieder ein normaler und während der nun weiteren antiluetischen Behandlung traten niemals mehr Störungen im Magen-Darmcanal auf. Im Ganzen habe ich jetzt bei 15 Lueskranken, und zwar bei 12 vom Ersten Tage der Behandlung an, das **Extract. Chin. Nanning** verordnet und bin nur bei 2 Fällen nicht zu dem günstigen Resultat gekommen. Diese beiden Patienten waren im höchsten Grade nervös, und ob die Nervosität die alleinige Ursache war, kann ich nicht mit Bestimmtheit behaupten.

Die Patienten klagen zwar Anfangs durchweg über den schlechten Geschmack des **Extr. Chin. Nanning**, bald aber gewöhnen sie sich daran. Lässt man es aber in Portwein nehmen, den sich in kleiner Quantität fast jeder Patient zu verschaffen in der Lage ist, so wird der unangenehme Geschmack fast vollständig beseitigt und die Patienten nehmen dann dieses Extract sehr gern.

Ich bin zu der Ueberzeugung gekommen, dass man bei jeder Quecksilber- und Jodkalicur obiges Stomachicum reichen kann, auch wenn bei beginnender Cur noch normaler Appetit vorhanden ist; denn dadurch hindert man die Entstehung einer Dyspepsie, die andernfalls selten ausbleibt, meistens schwer zu beseitigen ist und störend auf die Behandlung einwirkt.

Original-Flacons mit Gebrauchsanweisung à M 1. — in allen Apotheken. Alleiniger Fabrikant H. NANNING, Apotheker, 's-Gravenhage (Holland.)

Ich habe an einem curarisirten Hunde einen Dünndarmabschnitt entnervt, und zwar derart, daß ich die mit den Gefäßen an die Darmschlinge herantretenden Nervenbündel möglichst in der Nähe derselben sorgfältig durchtrennte, daß ich ferner das Darmstück nach oben und unten isolirte. Nachdem ich das Darmsegment mit dem Registrator versehen hatte, versenkte ich es in den Bauchraum.

Ich ging von folgender Annahme aus: Wenn ich die an den Darm heranziehenden Nerven durchtrenne, hört bei Reizung des Splanchnicus jede directe Nervenwirkung auf den Darm auf; wohl aber bleibt die indirecte durch die Gefäßnerven insoweit erhalten, daß sich noch die eintretenden Gefäße, eventuell auch noch die feineren Zweige in der Darmwand contrahiren.

In dieser Versuchsreihe ergab sich Folgendes: Wenn sich der vasomotorische Effect auf den Darm erstreckte, so trat unter Sistirung der Pendelwellen eine Erschlaffung der Darmwand in beiden Muskellagern ein, und wie sich in Parallelversuchen zeigte, erheblich später als im intacten Darmabschnitt.

Dieses Experiment bestätigt also meine Deutung der Nebennierenextractwirkung in der Darmwand als Gefäßwirkung.

Es erscheint somit festgestellt, daß die Contraction der Darmwandgefäße den Darm zum mindesten in der Regel in einen Erschlaffungszustand versetzt, in denselben, welchen PFLÜGER und dann BAYLISS und STARLING als den Effect der Splanchnicusreizung beschrieben haben.

In welcher Weise diese Erschlaffung zustande kommt, kann ich nicht angeben, wahrscheinlich indirect durch eine Ausschaltung der Ganglienapparate. Ich halte hier nur daran fest, daß es eine vasomotorische Wirkung ist, die den Vorgang auslöst.

Ueber die Art dieser Erschlaffung habe ich Folgendes zu bemerken: Wenn man während der geschilderten Versuche den betreffenden Darmabschnitt unter entsprechenden Cautelen direct inspiciert, so sieht man am mittelweiten Darm nicht etwa eine bedeutende Erweiterung des Darmes eintreten. Die Erweiterung der Ringmuskeln ist kaum merklich, deutlicher häufig die der Längsmuskeln, so daß ich den Eindruck habe, als ob der Darm in eine passive Mittelstellung treten würde.

Das besprochene Experiment macht uns nunmehr auch verständlich, warum in gewissen Fällen, in welchen es sich nicht um Splanchnicusreizung handelt, gelegentlich Erschlaffung der Darmwand eintritt, so z. B. während der Aortencompression, ferner nach Aufhebung dieser Compression beim Einströmen des Blutes in die Bauchorgane und ebenso nach der Vagusreizung am Halse, wenn diese von Herzstillstand begleitet war. In diesen letzteren Fällen tritt nämlich oftmals eine Contraction der feinen Gefäße (S. MAYER, KNOLL) ein und daher die Herabminderung oder vollkommene Aufhebung der Pendelbewegung.

Die Pendelbewegung steht nach meinen Beobachtungen unter dem directen Einfluß der Blutcirculation in der Darmwand. Sie nimmt ab, wenn sich die Darmwandgefäße contrahiren, sie wird intensiver, wenn der arterielle Zufluß sich steigert.

Die Wellen verschwinden allmähig bei der venösen Stase. Sie verschwinden sofort bei der maximalen Contraction der Darmgefäße.

Zur weiteren Beleuchtung meiner Ergebnisse in dieser Richtung will ich noch Folgendes bemerken.

Es kommt vor, daß trotz Splanchnicusreizung und consequenter beträchtlicher Blutdrucksteigerung die Pendelwellen nicht verschwinden, sondern nur kleiner werden. In diesen Fällen ist nach meiner Ansicht jener Grad der Gefäßcontraction nicht eingetreten, der zur Sistirung der Pendelbewegungen erforderlich ist. In der That sieht man in einem solchen Falle, wenn man auf der Höhe der Splanchnicusreizung, nachdem der Blutdruck anscheinend den maximalen Effect erreicht hat, rasch Nebennierenextract injicirt, denselben noch um ein Beträchtliches ansteigen und die Pendelwellen wegfallen.

Ebenso kann man umgekehrt, wenn eine ungenügende Nebennierenextractmenge injicirt wurde, welche nicht imstande ist, die Pendelwellen aufzuheben, die Sistirung der Pendelwellen durch Splanchnicusreizung unter beträchtlicher Drucksteigerung erzielen.

Ich erwähne dies, namentlich um hervorzuheben, daß selbst bei der Splanchnicusreizung der anscheinend hohe allgemeine Blutdruck keine Gewähr gibt, daß eine vollständige Contraction der feinen Darmgefäße erfolgt ist. Andererseits aber kann diese bei einem relativ niedrigen Allgemeindruck dennoch eingetreten sein, denn letzterer ist eine Resultirende aus verschiedenen Componenten, deren Größe Schwankungen unterworfen ist. Hinsichtlich der diesbezüglichen Verhältnisse während der Splanchnicusreizung verweise ich auf eine Mittheilung, die ich 1887 im Vereine mit IKALOWICZ hier vorgelegt habe.

Es kann also daran nicht gezweifelt werden, daß es ein vasomotorisches Hemmungsphänomen gibt. Doch will ich gleich hinzufügen, daß die Hemmung der fortschreitenden Peristaltik nicht an dieses Phänomen gebunden ist.

Auf eine weitere Erörterung der Beziehungen des vasomotorischen Hemmungsphänomens zu dem motorisch-tonischen will ich für jetzt nicht eingehen. Ich wollte heute nur begründen, daß die Contraction der Darmwandgefäße die Pendelbewegungen unterdrückt und die Darmwand erschaffen macht, d. h. im wahren Sinne des Wortes atonisirt.

Wenn wir nun bedenken, daß diese Pendelwellen bei der fortschreitenden Bewegung des Darminhaltes mitwirken, wenn wir bedenken, daß dieselben gleichzeitig der inneren Darmarbeit dienen, so erscheint durch das vorliegende Versuchsergebniß die Beziehung zwischen echter Atonie und Ernährungsstörung einigermaßen begründet. Die Beobachtungen dürften auch in therapeutischer Richtung Verwerthung finden.

Zur Behandlung der Kinderconvulsionen.

Von **Dr. Schuster** in Aachen.*)

Auf der 1899er Versammlung der Naturforscher und Aerzte in München wurde der heutige Standpunkt über Kinderconvulsionen eingehend besprochen. Betreffs ihrer Behandlung wurden Beseitigung etwaiger ätiologischer Momente (insbesondere solche vorhandener Ernährungsstörungen), bei Rachitis Phosphor, symptomatisch die Brompräparate und warme Bäder mit kalten Uebergießungen empfohlen. In der darauf folgenden Discussion wurde die geringe Betonung sogenannter hereditärer Krankheiten als Ursache der Convulsionen bemängelt. Die Eklampsie der kleinen Kinder fordert das äußerste Interesse des Nervenarztes heraus, sowohl wegen ihrer directen Lebensgefahr als wie auch wegen der etwa später folgenden Nervenkrankheiten, wie z. B. Epilepsie, worauf meines Wissens zuerst Geh.-R. Dr. MAYER in Aachen auf der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden aufmerksam gemacht hat.

Im Beginn dieses Jahres sind mir zwei Fälle von Eklampsia neonatorum 6 Wochen alter, gesund entwickelter Kinder zur Kenntniß gekommen, deren Mütter während der Schwangerschaft in ihrer Heimat auf meinen Rath eine milde mercurielle Behandlung durchgemacht hatten. Die eine Mutter war die Frau eines Mannes, der 2 Jahre vorher manifeste Erscheinungen von Lues dargeboten hatte. Das gesund entwickelte Kind bekam nach dem mir gewordenen Berichte allgemeine Convulsionen mit Opisthotonus und starb nach 2 $\frac{1}{2}$ monatlicher, auch Mercurbehandlung. Jod war nicht gebraucht worden.

Die Eltern des anderen, kräftig entwickelten Mädchens hatte ich vor circa 12 Jahren specifisch behandelt. Bald nach

*) Vortrag, gehalten in der Neurol. Abtheilung der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 26. September 1901 zu Hamburg.

der damaligen Behandlung gebar die Frau einen noch jetzt gesunden Knaben. Während der jetzigen Schwangerschaft hatte die Mutter auf Befragen ihres Arztes mit meiner Zustimmung Quecksilbereinreibungen gemacht. Das gesund erscheinende Kind bekam, 6 Wochen alt, Gesichtszuckungen, die allmählig in allgemeine clonisch-tonische Krämpfe mit Einsenkung der großen Fontanelle einhergingen, für die eine Ursache nicht auffindbar war und die weder durch Brompräparate, noch auch auf Calomel, Sublimatbäder, Einreibungen von 0·5 grauer Salbe sich besserten; bei der künstlichen, nicht häufigen Nahrungszufuhr war die Prognose eine möglichst ungünstige. Zu dem eine halbe Tagereise von mir entfernt wohnenden Krankheitsfalle hinzugezogen, fiel mir neben den Krämpfen die Pupillenstarre, sowie ein beständiger Strabismus convergens des rechten Auges auf; auch wurde die eine Seite stärker ergriffen als die andere; mit Nachlaß des Anfalles trat Blässe auf; Exacerbationen und Remissionen folgten rasch aufeinander. Nach Angabe des Hausarztes schnellte das Kind zuweilen in die Höhe und stieß einen Schrei aus. Temperatur 37—37·6°. Aus den vorhandenen Erscheinungen glaubte ich auf Meningitis schließen zu sollen, als deren Ursache, da Tuberculose nicht in Frage kam, congenitale Lues angenommen werden mußte. Infolge dessen rieth ich als symptomatische Behandlung warme Bäder an, je nach der Temperatur des Kindes 39—40° warme bei 37° und umgekehrt. Als causale Behandlung rieth ich neben Fortsetzung der Inunctionen Jodmittel an. Um nur ja die spärliche Nahrungsaufnahme nicht zu stören, rieth ich dringend zu subcutanen Injectionen von 10%igem Jodipin in der Menge von je 1—2 Grm. täglich oder alle 2 Tage.

Innerhalb 9 Tagen wurden 14 Grm. injicirt, die letzte verursachte zum Schrecken der Eltern Abscedirung. Der Erfolg war folgender nach dem ärztlichen Berichte: Das Kind macht einen günstigen Eindruck, nimmt reichlich Nahrung seit Aussetzen der Injectionen — es war nämlich Unruhe und Schlaflosigkeit eingetreten. Bei der geringsten Erschütterung oder Berührung schreckt das Kind zusammen. (Es erinnert dies an die auch bei Erwachsenen eintretende Schreckhaftigkeit nach langem Mercurgebrauch.) Sämmtliche Extremitäten bewegt es gleichmäßig und ohne Steifheit. Es wurden noch 2mal 3 Jodipinjectionen gegeben, aber zunehmende Stuhlverhaltung und das Wiederauftreten von Convulsionen veranlaßten ein Aufgeben der specifischen Mittel. Der behandelnde Arzt machte jetzt wegen der anhaltenden Verstopfung Massage des Leibes, hierauf trat Stuhlentleerung, Nahrungsbedürfniß, Ruhe ein. Das Kind wurde bald gesund und entwickelte sich in den nächsten 5 Monaten regelmäßig.

Im August traten, wie ein Bericht des Hausarztes besagt, wieder Zuckungen auf, deren weitere Folgen nach Auskunft des Arztes nicht bedrohlich erschienen.

Dieser Krankheitsverlauf läßt folgende Schlüsse zu: Die Eclampsia neonatorum betrifft nicht gerade selten Kinder, welche aus Ehen latentsyphilitischer Eltern stammen. Die subcutane Einverleibung 10%igen Jodipins in der Menge von 10—15 Injectionen zu 1 Grm. ist eine beachtenswerthe neue Bereicherung bei der specifischen Behandlung der Eklampsie der Säuglinge. Letztere bedürfen auch nach Beseitigung der Krämpfe der zeitweisen specifischen Behandlung.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Von weiteren objectiven Symptomen hebe ich die Hyperämie der Netzhautgefäße hervor. Dieselbe scheint, wo zugleich cerebrale Symptome vorliegen, immer auf Hyperämie der intracraniellen Theile zu weisen. Es ist ja a priori auch diese

Gefäßprovinz als selbstständig zu betrachten; es ist mir aber kein Fall bekannt geworden, wo ein directer Antagonismus im Blutreichthum der Netzhaut und des Schädelinneren bestand. Die Hyperämie des äußeren Auges ist ebensowenig wie die des Trommelfelles diagnostisch verwertbar.

Die Verminderung des elektrischen Leitungswiderstandes durch den Kopf, z. B. bei traumatischen Neurosen, ist auf Hyperämie des Gehirns bei diesen Erkrankungen vermuthungsweise zurückgeführt worden. Thatsächlich handelt es sich aber hiebei um ein Symptom seitens der Haut. Diese leistet im Verhältniß zu dem ganzen übrigen Körper eine so enorme Quote des Widerstandes, daß eine erhebliche Herabsetzung nur durch eine Veränderung der Haut möglich ist. Thatsächlich hat bei vielen Leuten mit vasomotorischer Ataxie die Haut einen verminderten Leitungswiderstand, in der Weise, wie wir das beim Morbus Basedowii kennen. Auf den Blutreichthum tieferer Organe läßt sich daraus nicht schließen.

Im Uebrigen sind wir auf subjective Störungen und functionelle Anomalien seitens des Gehirns angewiesen. In leichtesten Fällen bestehen nur geringe Unlustgefühle, eine gewisse Schwere oder „Erstarrung“ im Kopfe, ruhiges Arbeiten und Schlafen wird dadurch gehindert, es besteht Bewegungsdrang und Unruhe. Diese Symptome lassen sich nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Hirnhyperämie beziehen, wenn die oben erwähnten objectiven Zeichen bestehen; oft beginnen und schließen sie einen schwereren Anfall. In heftigeren Fällen wird der Kopfschmerz intensiv, der Schädel droht zu springen, es entsteht Hitzegefühl im Kopfe und das unaufhörliche Klopfen. Dieses Klopfen, pulssynchrone Pochen u. s. w. ist in der Regel nicht bestimmt zu localisiren. Wo ein bestimmter Ort im Schädelinnern — von den äußeren Gefäßen ist natürlich hier gar keine Rede — als Sitz des Klopfens angegeben wird, thut man gut, an eine organische Erkrankung der Hirnarterien zu denken.

Fall 11. F., Rentier, 50 J. Leidet seit langem an Gicht und chronischer Bronchitis. Kam 1895 zuerst in meine Beobachtung mit typischen Gehirncongestionen; hatte kurz vorher geheiratet und sich sexuell sehr angestrengt. Herz und Nieren normal. Bei sexueller Schonung und geeignetem Regime Besserung. Consultirte mich wieder Anfang 1899 wegen neuer, unmotivirt auftretender Gehirncongestionen. Dieselben hatten noch ganz den Charakter wie früher, aber Patient gab an, daß das Klopfen an einer bestimmten Stelle links localisirt sei. Ich stellte sofort auf Grund früherer Erfahrungen die Prognose dubia. Trotz aller Vorsicht erfolgte nach einigen Wochen auf dem Abtritt eine Apoplexie, die in 24 Stunden zum Tode führte. Section nicht gestattet.

Ich habe noch mehrfach dieses localisirte Pochen bei Leuten gesehen, wo Grund zur Annahme einer Sklerose der Hirnarterien vorlag, ohne daß so prompt der Exitus erfolgte. Bei sicheren Gefäßneurosen wurde das Klopfen immer als unbestimmt, als im ganzen Kopfe verbreitet, geschildert.

Das charakteristische Gefühl für Gehirnhyperämie aber ist ein Angstgefühl, eine Art „Kopfangst“, die in den meisten Fällen das Bild des Anfalles beherrscht. Ihre Färbung bekommt sie durch die begleitenden Symptome und die Erschwerung der Gehirnfunktionen, welche die Gehirnhyperämie, wie alle Hyperämien, begleitet. Die pulsatorischen Phänomene erzeugen die Angst, daß etwas im Gehirn platzen könnte, die erschwerte Gedankenthätigkeit äußert sich in einer Art Betäubungsgefühl, in der Furcht, verrückt zu werden. Die Erhaltung des körperlichen Gleichgewichts erscheint schwierig oder unmöglich, die Kranken klagen angstvoll über „Schwindelgefühl“ mit Uebelkeit und den sonstigen Folgen, sie müssen sich anhalten, die Straße verlassen u. s. w.

Es ist hier der Platzangst respective Straßenangst zu gedenken, an welcher viele von diesen Kranken leiden. (S. Fall 8, Fall 10.) Ich könnte noch mehr Fälle der Art anführen.

Fall 12. B., Reisender, 39 J., Neurastheniker. Klage seit langem über Mattigkeit, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit. Auf der Straße fühlt sich Patient unsicher, von Zeit zu Zeit steigt ihm das

Blut in den Kopf, er bekommt solche Angst, daß er sich an ein Haus lehnen muß, um nicht zu fallen. Patient consultirte mich im Jahre 1899 zuerst und war einige Wochen in meiner Behandlung. Es gelang mit Leichtigkeit, durch chemische Mittel (Amylnitrit, Tabak), durch den elektrischen Strom, durch irgend welchen schmerzhaften Reiz eine Hirncongestion zu erzeugen, die dann immer mit großer Unsicherheit der Körperhaltung verbunden war, so daß sich Patient am liebsten legte. Im Liegen ging der Anfall in wenigen Secunden zurück.

Ich hebe hervor, daß die meisten Fälle von Platzangst gar keine derartigen congestiven Symptome zeigen. Das Primäre ist ja auch bei den Kranken, bei welchen solche da sind, eine Vorstellung, und die nach dem Kopf schießende Blutwelle bringt nur die Unsicherheit auf den höchsten Grad. Es ist aber wichtig, diese Fälle zu kennen, weil sie sich in Prognose und Therapie an die Gefäßneurosen anschließen.

Die Angst kann sich zu einer ganz erschrecklichen Aufregung steigern, welche Bewachung des Kranken wünschenswerth macht. In der Literatur finde ich auch schwerere Symptome, Hallucinationen, Delirien, Verwirrtheit als Folge von Hirncongestion beschrieben. Ich habe derartige Fälle nicht gesehen, möchte auch im ganzen vor Verwechslung mit secundären Hirncongestion warnen, die sich an allerlei Gehirn- und Geisteskrankheiten anschließen können. Jedenfalls sind weitere diesbezügliche Beobachtungen nöthig.

Dagegen habe ich von ernsteren Symptomen einmal ein Bild gesehen, das an Meningitis erinnerte.

Fall 13. Fr. E., 19 J. Seit dem 12. Jahre menstruiert, Blutung immer auffällig stark. Im Alter von 14 Jahren Purpura durch 6 Wochen. Sonst nie krank gewesen. Erkrankt am 13. April 1897 im unmittelbaren Anschluß an eine große Aufregung (Auflösung eines Verlöbnisses) unter unerträglichen Kopfschmerzen, leichter Benommenheit, Unfähigkeit, sich auf den Beinen zu halten. Ich sah die Kranke am 14. April nach 24stündigem Bestehen der Attaque. Es bestand deutliche Nackensteifigkeit, auffällige Weite der Pupillen, (die aber reagirten), allgemeine Hyperästhesie bei Berührungen, Obstipation. Der Kopf war glühend heiß, die Augen etwas vorstehend, die Carotiden pulsirten sichtbar am Hals. Augenhintergrund hyperämisch, Papille sonst normal. Kein Fieber. Therapie: Calomel, Eisblase. Am 15. früh: dasselbe Bild, die Nackensteifigkeit vielleicht noch etwas stärker. Patientin ist sehr unruhig. Therapie: Aderlaß. Am 15. nachmittags: auffälliges Besserbefinden, die Nackensteifigkeit ist fast ganz geschwunden, der Kopfschmerz viel gelinder, der Kopf weniger heiß; die Patientin ist ruhiger. In der Nacht vom 15. zum 16. erst unruhiger, dann tiefer Schlaf. Am 16. früh: Patientin ist sehr matt, hat aber sonst keinerlei Krankheitserscheinungen mehr. Die Heilung wurde in 2—3 Tagen so vollständig, daß Patientin ihre häuslichen Verrichtungen wieder aufnahm. Sie leidet seit dieser Zeit oft an „Uebersteigungen“, aber ohne cerebrale Erscheinungen.

Ich glaube den Fall mit Recht als eine länger dauernde Congestion der Meningen infolge heftigen psychischen Traumas auffassen zu müssen. In der Anamnese von Frau Dr. Y., die ich wegen congestiver Kopfschmerzen zu behandeln hatte, habe ich einen ganz ähnlichen Zustand nach dem Verlust eines nahen Angehörigen schildern hören, kann aber natürlich nicht mit Bestimmtheit sagen, daß derselbe hierher gehört. Jedenfalls sind hier die Grundlagen für eine Form der Meningealcongestion gegeben, die eventuell bei längerem Bestehen zu ernsteren Erkrankungen der Hirnhaut Veranlassung geben kann.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

*Aus der Med. Univ.-Klinik des Geh. Med.-Rathes
Prof. Dr. von Ziemssen in München.*

HUGO SCHÖNFELD (München): **Klinische Erfahrungen mit dem neuen Hypnoticum Hedonal.**

Das Hedonal bewährte sich in der größeren Anzahl der Fälle als Hypnoticum ganz gut, besonders dann, wenn der Eintritt des Schlafes nicht durch Schmerzen gehindert war. Zuweilen zeigte sich seine Wirkung auch dann, wenn andere Hypnotica, wie Trional, Sulfonal, Chloralhydrat und sogar Morphinum versagten, und zwar wurde es gewöhnlich in Dosen von 1—2 Grm., nur ganz vereinzelt 3 und 4 Grm., als Pulver oder in Zimtwasser verabreicht. Manchmal erwies sich 1 Grm. als hinreichend, oft mußte die Dosis aber auf 2 Grm. erhöht werden. Wiederholt sah man auch Mißerfolge, allerdings waren darunter Fälle, bei denen andere Hypnotica ebenfalls ohne Wirkung blieben. Wenn überhaupt die Wirkung eintrat, so erfolgte der Schlaf in der Regel nach 15—30 Minuten, selten später, und hielt dann verschieden lange an, und zwar betrug die Dauer bei 1 wie bei 2 Grm. von wenigen Stunden bis die ganze Nacht hindurch, also bis zu 9 und 10 Stunden. Der Schlaf war im Allgemeinen ein ruhiger und erfrischender, nur von 2 Patienten wurde zuweilen über beängstigende Träume geklagt. (Inaugur.-Dissert., 1901.)

Bedenklichere Nebenerscheinungen waren in keinem Falle nachzuweisen und mit Ausnahme von geringfügigen Folgen, die von keiner größeren Bedeutung schienen und vielleicht oftmals von Zufälligkeiten abhingen, wurde das Hedonal gut vertragen.

Bei einem Kranken stellten sich im Laufe der Behandlung mit Hedonal Ohrenstechen und Flimmern vor den Augen ein. Die Ohr affection ging bald zurück, obgleich das Hedonal nicht ausgesetzt wurde, und machte sich auch nicht wieder bemerkbar, während das Flimmern fortbestand, nachdem schon lange das Hedonal nicht mehr gegeben worden. Sonstige Schädlichkeiten waren nicht zu constatiren; die Angabe des Pat. ging in den meisten Fällen dahin, daß er sich am andern Tage viel wohler befände. Auch wurde es ganz gern, besonders in Zimtwasser aufgeschwemmt, genommen.

Gewöhnung und Abschwächung trat bei 2 Pat., denen das Hedonal längere Zeit hindurch gereicht wurde, ein. Der Schlaf war nicht mehr so fest und ruhig und erreichte auch nicht mehr die Stundenzahl wie in der ersten Zeit. Dies waren die einzigen Fälle, bei denen SCH. eine Abnahme der Wirkung eintreten sah. Bei einigen Fällen, denen in der ersten Zeit 2 Grm. Hedonal gereicht worden war, erzielte später 1 Grm. denselben Effect. Oft schliefen dann die Pat. nach Besserung ihres Leidens ohne jedes Schlafmittel.

Die Diurese erreicht nur ausnahmsweise einen höheren Grad der Steigerung. Ein schädigender Einfluß auf die Nieren konnte niemals wahrgenommen werden. Der Eiweißgehalt blieb unbeeinflusst. Der Drang zum Urinlassen war im Allgemeinen nicht so groß, daß eine Unterbrechung des Schlafes eintrat. Nur in zwei Fällen wurden die Pat. öfter aufgeweckt, schliefen aber gleich wieder ein.

Die Athem- und Pulsfrequenz blieb von dem Hypnoticum vollständig unbeeinflusst. Auch in der Stärke des Pulses fand keine Veränderung statt. Die Temperaturunterschiede waren dieselben wie beim physiologischen Schlaf. Ebenso blieb der Blutdruck gleich hoch oder erlitt eine so geringe Schwankung, daß man von einem Einfluß des Hedonals ganz absehen muß.

Der Wirkungskreis des Hedonal wird sich demnach zumal auf die Fälle beschränken, wo leichte, uncomplicirte Schlaflosigkeit vorhanden, und wo die Agrypnie nicht durch große Unruhe des Gehirns oder durch heftige Schmerzen verursacht ist.

Die neuerdings von den Fabrikanten des Hedonals hergestellte granulirte Form desselben erleichtert insofern noch das Einnehmen, als dieses granulirte Hedonal weniger voluminös ist wie die bisherige Pulverform. Chemisch stellen Pulver wie die granulirte Form des Hedonals genau dasselbe dar. G.

v. NOORDEN (Frankfurt a. M.): **Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darms.**

v. N. hatte im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit, das Physostigmin am Menschen anzuwenden. Die Erfolge entsprachen dem, was der Versuch und was die Praxis am Thier bei allen Autoren übereinstimmend gelehrt haben. Verf. veröffentlicht („Berl. kl. Wschr.“, 1901, Nr. 42) fünf Fälle, weil ihre Art sich nicht sehr oft darbietet und weil er zu weiterer Anwendung des, außer in der Augenheilkunde, fast verschollenen Heilmittels anregen möchte.

Bei einer so energisch wirkenden Substanz wie das Physostigmin ist natürlich große Vorsicht in der Dosirung geboten. Das amtliche Arzneibuch nennt als größte Einzelgabe 0·001 und als größte Tagesgabe 0·003. (Die Maximaldosen der neuen österreichischen Pharmakopö sind ebenso groß. Ref.) Je nach dem Befund wird man mit dem Viertel der Einzelgabe beginnen und vorsichtig steigern.

Für den denkbaren Fall, daß einmal heftige Nebenwirkungen auftreten oder eine zufällige Vergiftung durch Verwecheln u. s. w. sich ereignen sollte, erinnere man sich der experimentell feststehenden Thatsache, daß die Haupterscheinungen der Physostigminvergiftung vom Atropin vorzüglich niedergehalten werden. FRASER in Edinburg hat an Thieren gezeigt, daß es gelingt, durch Atropin selbst das 3·5fache der niedrigsten tödtlichen Gabe Physostigmin lebensrettend zu bekämpfen. B.

LUDWIG PINCUS (Danzig): **Praktisch wichtige Fragen zur NAGEL-VEIT'schen Theorie.**

NAGEL und VEIT haben zuerst mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß nur die Minderzahl der zur Beobachtung gelangenden Gynatresien angeboren ist, indem NAGEL den Satz aufstellte, daß eine Atresie der Vagina bei einfachem Genitalcanal in der Regel als erworben anzusehen ist, während VEIT betonte, daß auch das Vorhandensein einer Hämatosalpinx meist als Beweis für abgelaufene entzündliche Prozesse zu gelten habe. Die Einwände MAINZER's gegen den letztangeführten Satz, welche darin gipfeln, daß der Verschuß des abdominalen Endes der Tube auch ohne Localerkrankungen durch Achsendrehung und perisalpingitische, durch das Blut angeregte Prozesse herbeigeführt werden könne, läßt PINCUS („Sammlung klinischer Vorträge“, Nr. 299/300) insoweit gelten, als er auf Grund derselben eine transitorische, labile und eine persistirende, stabile Hämatosalpinx unterscheidet. Die erstere kann spurlos verschwinden, zur Beseitigung der letzteren ist die Cöliotomie nicht zu vermeiden. Als praktische Consequenz kann man die Regel aufstellen, daß man für den Fall, als die Ursachen der erworbenen Gynatresie zuverlässig antiseptisch behandelt wurden oder als Ursachen infectiöse Prozesse auszuschließen sind, ferner für den Fall, als keine dauernden, als pelveoperitonitische zu deutenden Schmerzen bestehen, man zunächst mit der Entleerung per vaginam auszukommen versuchen kann. Es ist eine Reihe von Fällen bekannt, in denen in der Folge ein spontanes Verschwinden der Hämatosalpinx zu beobachten war. Die primäre Cöliotomie erscheint aber dann indicirt, wenn klinisch oder anamnestisch Momente festgestellt werden, welche eine infectiöse Hämatosalpinx a priori wahrscheinlich machen.

Mit Bezug auf die Prophylaxe der Gynatresien wünscht P. die Untersuchung des Genitales der neugeborenen Mädchen, die Rücksichtnahme auf gonorrhöische Prozesse der Vulva und die Credéisirung des Genitales der Kinder gonorrhöischer Mütter; es ist ferner bei Mädchen, welche an schweren acuten und selbst chronischen Infectiouskrankheiten oder an destruirenden Constitutionanomalien leiden, darauf zu achten, ob accidentelle oder secundäre Genitalaffectionen auftreten. Solche Erkrankungen sind dann antiseptisch zu behandeln, die Kinder vor der Entlassung mit einer 8—10 Mm. starken Kupfersonde zu untersuchen, auch wenn keine Symptome von Seite des Genitales vorhanden waren, weil diese Affectionen oft symptomlos unter der Form der Colpitis adhaesiva verlaufen oder in ihren Symptomen durch die Schwere des Allgemeinzustandes erdrückt werden.

Zu tadeln ist des Weitern die von Praktikern immer als Richtschnur angesehene Auffassung der Amenorrhoe als Ausdruck

eines gestörten Allgemeinbefindens. Umgekehrt müssen die sogenannten „frühzeitigen Menstruationen“ die Aufmerksamkeit auf entzündliche Prozesse der Vagina lenken, durch die sie in der Regel bedingt werden.

Es gibt ferner Fälle, bei welchen die Menstruation zum ersten Male auftrat, nachdem längere Zeit, auch nur 2- und 3mal Mollimina vorhergegangen waren. Dann plötzlich erfolgt die „Entwicklung“ in Form eines regelrechten „Blutsturzes“. Hier können wir oft spontan zur Perforation gekommene Atresien oder Conglutinationen annehmen.

Die bedeutendste Rolle in der Aetiologie der Atresie spielen die vaginalen Affectionen bei und infolge von acuten Infectiouskrankheiten. Voran steht Typhus, dann folgt Scarlatina, Diphtherie, Variola, Pneumonie, Cholera, Dysenterie, Erysipel. Von chronischen Infectiouskrankheiten sind die Phthise und die Lues zu nennen. FISCHER.

N. v. SSAWELJEW (Dorpat): **Affection des Dickdarms durch Balantidien.**

Im Anschlusse an einen selbst beobachteten Fall erörtert S. („Centralbl. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh.“, 1901, Nr. 16) Pathogenese und Therapie der genannten Affection. Balantidium coli ist im Darmcanal des Menschen zuerst von MALMSTEN im Jahre 1866 entdeckt worden. Der Parasit hat gewöhnlich eine ovale Form; seine Länge übersteigt nicht 0·1 Mm. Die äußere Schicht des Parasiten, die corticale Schicht, ist hell, die innere feinkörnig. Auf der durchsichtigen, deutlich wahrnehmbaren Hülle, die den Körper des Parasiten umgibt, befinden sich zarte Härchen, die in steter Bewegung sind. Auf dem zugespitzten Ende des Körpers des Parasiten ist eine Mundöffnung in Form einer Einstülpung der Hülle. Zwei in der Hülle befindliche Vacuolen und andere Gebilde, die sich innerhalb der Hülle befinden, wie z. B. Fetttropfen, Stärkekörner u. s. w., ändern häufig ihre Lage. Der Parasit ist gegen Temperaturänderungen sehr empfindlich. Als sein natürlicher Wirth ist das Schwein anzusehen. Das vorwiegende Symptom der Balantidium-Affection ist die Diarrhoe, wobei die Kranken bisweilen bis zu 20 Entleerungen in 24 Stunden haben. Die Fäces sind flüssig, enthalten Beimischungen von Schleim und unverdaute Theile der Nahrung; bisweilen bestehen sie ausschließlich aus Schleim, sind äußerst übelriechend und enthalten Blut. Es bestehen quälende Tenesmen und Bauchschmerzen, ganz besonders in der Gegend des Blinddarms und der Flexura sigmoidea. Dazu gesellen sich allgemeine Schwäche und hochgradige Erschöpfung. Die Parasiten findet man hauptsächlich in den Schleimklümpchen. Beim Menschen finden sich die Parasiten im Dickdarm: die Valvula Bauhinii bildet zumeist die Grenze, welche sie nicht überschreiten. Die Schleimhaut des Dickdarms ist entzündet und von vielen gangränösen Geschwüren durchsetzt; letztere reichen durch Mucosa und Submucosa, sie sind schmutzig, mit Eiter bedeckt, ihre Ränder infiltrirt.

Die Prognose gilt als sehr ernst; sie verschlechtert sich noch mehr, wenn die Erkrankung an Balantidium coli mit anderen des Darmtractus combinirt ist. Therapeutisch sind sehr zahlreiche Mittel in Vorschlag gebracht worden. Verf. hat in seinem Falle folgende Therapie angewendet: Calomel bis zum Abführen, zugleich Solutio Kali chlorici als Spülung, dann wurde behufs Eliminirung des Calomels eine Dosis Ricinusöl verabreicht. Die weitere Behandlung bestand in der Verabreichung von Chloroformwasser zweimal täglich 1 Eßlöffel voll und von Klysmen aus Sublimatlösung 1 : 3000. Als wirksame Mittel gegen Balantidium coli haben sich ferner erwiesen: Cusso, Ammoniak, Kochsalz, Kalium hypermanganicum, Salpeter; besonders gut wirkt angeblich eine Verbindung von Acidum aceticum (1 : 1250 Wasser) und Acidum tannicum (1 : 800 Wasser). Während der Behandlung ist strenge Diät erforderlich; alles, was die Bildung großer Fäcalsmassen begünstigt, wie Schwarzbrot, Kartoffeln, Erbsen u. s. w., ist zu verbieten. Sehr gute Resultate sind mit Chinin erzielt worden, desgleichen mit Filix mas und Flores cinac. Auch Tannalbin mit Wismuth und Irrigationen mit Lösungen von Acidum boricum als Klysmen, sowie Flores cinac per os werden empfohlen. G.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz Nr. 2.

Allgemeine

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztliche Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonparolle-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. Nr. 4.

Militärärztliche Zeitung.

Beilage zur „Wiener Medizinischen Presse“ 1901, Nr. 44.

INHALT: Ueber mehrere noch offene Fragen des Feldsanitätswesens. Eine organisatorische Studie. Von Dr. KONRAD MAJEWSKI, k. u. k. Stabsarzt des 14. Corps-Commandos in Innsbruck. I. — Referate. SCHUMBURG (Hannover): Die Berechnung und Beurtheilung des Nährwerthes der Soldatenkost. — Stabsarzt MORGENROTH (Tientsin): Bericht über die Malariaerkrankungen zu Tientsin im Herbst 1900. — Literarische Anzeigen. Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Von Dr. EWALD STIER. — Notizen. Chef des militärärztlichen Officierscorps — einst und jetzt. — Das November-Avancement der k. u. k. Militärärzte. — ALWIN v. COLER †. 1831—1901. — Das November-Avancement.

Ueber mehrere noch offene Fragen des Feldsanitätswesens.

Eine organisatorische Studie.

Von Dr. Konrad Majewski, k. u. k. Stabsarzt des 14. Corps-Commandos in Innsbruck.

I.

Der edle Beruf des Arztes im täglichen Leben wird zu einem erhabenen Ideal, wenn der Arzt auf das Schlachtfeld, das Feld der Ehre, berufen wird. Die Leiden der verwundeten Compatrioten zu lindern, ist nicht nur eine ehrende Aufgabe, sondern auch ein Studium, welches sich jedoch nur dann lehrreich gestalten kann, wenn schon im Frieden vorgearbeitet wird. Diese Auffassung involviret und zeitigt eine Reihe von militärärztlichen Disciplinen, wie Kriegschirurgie, Kriegshygiene, Kriegskrankenpflege (Kriegshypurgie), Sanitätstaktik, Sanitätstechnik etc., die man alle, nachdem alle die Milderung der Kriegsleiden bezwecken, unter dem Begriffe der Kriegspathologie zusammenfassen kann.

Außerdem drängt sich jedem, der aus Liebe zur Sache über die Probleme des Feldsanitätswesens nachdenkt, eine Anzahl von Fragen allgemeiner organisatorischer Natur auf, welche noch offen, d. i. unbeantwortet sind, und die daher ebenfalls den Gegenstand von nützlicher Friedensarbeit abgeben können.

In den folgenden Zeilen werde ich bemüht sein, einige solcher Probleme zu besprechen.

1. Welches Sanitätsmaterial benöthigt die Truppe auf dem Schlachtfelde?

In den verschiedenen Armeen ist die Sanitätsausrüstung für die vorderste Linie eine sehr verschiedene; manche Staaten haben Fuhrwerke eingeführt, auf welchen das Sanitätsmaterial der Truppe auf das Gefechtsfeld folgt, die anderen beschränken sich bloß auf Sanitätstornister, welche vom Manne getragen werden. In den meisten Fällen ist die Ausrüstung qualitativ zu reichhaltig und quantitativ ungenügend. Daß jeder Mann des streitbaren Standes ein Verbandpäckchen als eisernen Vorrath an Sanitätsmaterial bei sich trägt, muß als sehr zweckmäßig und unbedingt notwendig bezeichnet werden. Um die weiteren Grenzen zu ziehen, in welchen sich die Sanitätsausrüstung der Truppe bewegen soll, muß man sich die Hauptaufgaben der ärztlichen Hilfe auf dem Gefechtsfelde vor Augen halten. Der erste Transport und die gesicherte Lagerung des Verwundeten ist unsere erste und wichtigste Aufgabe auf dem Schlachtfelde. Die Zahl der Feldtragen, über welche die Truppe verfügt,

ist in allen Armeen viel zu klein, wenn man nicht nur die große Zahl der Verwundeten in einem modernen Kriege berücksichtigt, sondern auch die Erwägung beherzigt, daß es für viele Schwerverwundete unbedingt nothwendig ist, daß sie, einmal auf der Feldtrage gelagert, nicht gleich abgeladen werden, sondern in der ruhigen horizontalen Lage auf derselben Feldtrage möglichst lang (bis zum Eintreffen im Feldspital) verbleiben, worauf schon der Altmeister PORT hingewiesen hat. Auf diese Weise geht eine große Anzahl der Feldtragen für die Truppe verloren und muß sofort Ersatz finden; jeder Truppenkörper sollte daher analog den Munitions- und Proviantwagen auch über Sanitätsrequisitenwagen verfügen, auf welchen eine größere Anzahl von Feldtragen (etwa 5% des Gefechtsstandes) verladen wäre. Auf demselben Wagen könnten auch die für Transportimprovisationen nothwendigen Materialien, wie Stangen, Nägel, Bandeisen, Stricke, Werkzeuge etc., mitgenommen werden, denn alle diese Gegenstände sind auf dem Schlachtfelde selbst nicht aufzubringen. Nachdem sich der Arzt in der vordersten Linie nur auf einfache Deckverbände, immobilisirende Schienenverbände, Blutstillungen und etwa auch noch Beseitigung von drohenden Zuständen, wie Erstickung, Collaps, Shok etc. beschränken und auf größere operative Eingriffe wegen Zeitmangels und aus aseptischen Gründen verzichten muß, sind die vielfach in den Tornistern und Truppen-sanitätswagen vorhandenen chirurgischen Instrumentarien, ärztlichen und pharmaceutischen Geräte etc. ein unnöthiger Ballast; Verbandstoffe und Schienen kann man nicht genug mitnehmen, die Medicamente sind — einzelne ausgenommen — auf dem Schlachtfelde so viel wie unnöthig, mehr Sinn haben die Labemittel, wie Cognac, Kaffee, Thee etc. Sehr wichtig und leider noch gar nicht berücksichtigt ist das Bedürfniß eines Wäschewechsels nach dem ersten Verband, welcher eine wahre Wohlthat für den Verwundeten und ein Postulat der Asepsie repräsentirt; es sollte daher unbedingt ein größerer Wäschevorrath der Truppe auf das Gefechtsfeld, auf dem Sanitätsrequisitenwagen verladen, folgen, umsomehr, als man nach den Erfahrungen bei Manövern im Frieden auf die im Tornister des Mannes vorhandenen Wäschesorten selten zurückgreifen kann, weil sie zumeist schon getragen, schmutzig oder schlecht gewaschen sind. Das zur Lagerung der Verwundeten nothwendige Stroh (Heu), das Brennholz, in vielen Fällen auch das Wasser in Fässern, sind ebenfalls als unbedingt nothwendige Elemente der feldmäßigen Krankenpflege zu betrachten; diese Gegenstände reihen sich in ihrer Gesamtheit an das Sanitätsmaterial an und haben daher in genügender Menge der Truppe aus der letzten Nächtigungsstation auf das Gefechtsfeld, etwa auf einem landesüblichen Fuhrwerke verladen, zu folgen.

2. Ueber die Geschwindigkeit des Feldtragen-Transportes.

Man nimmt an, daß ein unbelasteter Blessirtenträger im flachen Gelände 12 Minuten zur Hinterlegung eines Kilometers benötigt, im coupirten Terrain rechnet man auf je 100 Meter Anstieg 7 Minuten mehr; der belastete Blessirtenträger soll durchschnittlich im flachen Gelände 25 Minuten pro Kilometer, 30 Minuten für je 100 Meter Anstieg und 10 Minuten für je 100 Meter Abstieg benötigen. Diese auf Grund von theoretischen Raisonnements aufgebauten Zahlen durch Versuche im Terrain zu überprüfen, erschien mir sehr lehrreich. Anlässlich einer feldmäßigen Ausrückung im coupirten Gelände Ober-Mamau, nordwestlich von St. Pölten (N.-Oe.) habe ich eine Reihe von Messungen angestellt. Die wenigen Versuche, die ich gemacht habe, berechtigen mich nicht zu einer Kritik der obigen Thesen; ich habe jedoch den Eindruck gewonnen, daß die citirten Zahlen zu hoch gegriffen sind, und daß sich überall günstigere Resultate erzielen lassen. Nachdem es mir leider noch nicht beschieden war, meine Versuche fortzusetzen, dachte ich oft über das Thema nach und kam hiebei zu folgenden Resultaten.

Vor Allem ist es ein Irrthum, wenn man die Geschwindigkeit des Feldtragen-Transportes lediglich vom Terrain abhängig machen will. Ueber die Raschheit der Feldtragenbewegung entscheiden noch viele andere Momente, die ich im Folgenden skizzire. Die Temperatur, die Belichtung (Sonnenglut), die relative Luftfeuchtigkeit, die psychische und physische Verfassung, in welcher sich die Träger befinden, die individuelle Körperkraft der Träger im Verhältnisse zum Gewichte des getragenen, das gegenseitige Verhältniß der Körpergröße und der Körperstärke beider Träger, die Schulung derselben — alle diese Umstände sind wichtige Componenten, aus welchen die thatsächliche Geschwindigkeit des Transportes resultirt. Weiter muß der Transport bei größeren Distanzen und bei größerer Dauer der Arbeitsleistung relativ langsamer sein; sehr wichtig ist die Ernährung der Träger, und es ist einleuchtend, daß der auf die knappe Reserveportion angewiesene Blessirtenträger einen geringeren Record im Tragen erzielt als derjenige, welchem die volle Kriegsportion beschieden war. Endlich wird auch zwischen dem Sieger und dem Besiegten in der Größe der Arbeitsleistung ein großer Unterschied sein. Obige Erwägungen fordern auf einer Seite zur Fortsetzung der einschlägigen Experimente im Terrain auf und lassen auf der anderen Seite die in den neuen sanitätstaktischen Publicationen so beliebten Calculationen über den Feldtragentransport nichtig erscheinen.

(Wird fortgesetzt.)

Referate.

SCHUMBURG (Hannover): Die Berechnung und Beurtheilung des Nährwerths der Soldatenkost.

Verf. hält es für zweckentsprechend („Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1901, H. 7 u. 8) die Berechnung des Nährwerths so vorzunehmen, daß man die drei Cardinalnährstoffe (Eiweiß, Kohlehydrate, Fette) auf eine gemeinschaftliche Größe umrechnet, das ist die Calorie, die in diesem Fall besser den Namen Nährwerthseinheit führt.

Diese Rechnung ist überaus einfach. Zunächst wird der Nährwerth der einzelnen Nahrungsmittel (auch des gelieferten Brotes) in Grammen berechnet, wie bisher, nur Fleischeiweiß und Pflanzeiweiß getrennt. Dann werden die erhaltenen Summen von Fleischeiweiß mit 3·5, von Pflanzeiweiß mit 3·1, von Fett mit 8·8 und von Kohlehydraten mit 3·7 multiplicirt, denn 1 Grm. Eiweiß entspricht 3·5, bzw. 3·1, 1 Grm. Kohlehydrat 3·7, 1 Grm. Fett 8·8 Calorien oder Nährwerthseinheiten. Die so erhaltenen Zahlen jedes Nährstoffs werden nun addirt und die entstehende Endsumme gibt den Gehalt der Gesamtnahrung an Nährwerthseinheiten an. Jede Nahrung eines Soldaten soll nun mindestens 3000 Nährwerthseinheiten enthalten. Denn wir wissen, daß ein kräftig arbeitender

Mann täglich etwa 3000 Nährwerthseinheiten (Calorien) seinem Körper zuführen muß, wenn er seinen Körperbestand erhalten will. Zu beachten bleibt dabei, daß von diesen 3000 Einheiten nahezu 400 (genau 390) auf Eiweiß entfallen müssen. Wie viele von den übrigen Nährwerthseinheiten dem Fett oder den Kohlehydraten entstammen, ist weniger wichtig; im Allgemeinen ist es wünschenswerth, daß 500 davon Fettnährwerthseinheiten sind. Vielleicht dürfte diese Forderung an Fett je nach der Landessitte selten einzuschränken, öfter zu erweitern sein. Die obigen Einheiten stellen „reine“ Nährwerthseinheiten dar. Der Abfall der Nahrungsmittel ist bei der Berechnung zu berücksichtigen. M.

Stabsarzt MORGENROTH (Tientsin): Bericht über die Malariaerkrankungen zu Tientsin im Herbst 1900.

Im Ganzen sind 24 Fälle von Malaria zur Beobachtung gelangt. Bei der Behandlung derselben gewann M. folgende Gesichtspunkte: Mikroskopische Blutuntersuchungen sind zur Malaria-diagnose unbedingt erforderlich („Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1901, H. 8 u. 9). Malariakranke müssen jeden Tag nüchtern 1·0 Grm. Chinin einnehmen, und zwar so lange, als Parasiten nachweisbar sind. Als unzweckmäßig muß eine Chininbehandlung bezeichnet werden, die jeden Tag zahlreiche kleine Dosen verordnet.

Nothwendig ist die sogenannte Chininnachbehandlung, d. h. jeden 10. und 11. Tag Einnehmen von 1·0 Grm. Chinin 4 Monate hindurch. Empfehlenswerth erscheint die prophylaktische Chinincur, die darin besteht, im Körper andauernd etwas Chinin mit sich herumzutragen, um die Entwicklung von etwa in ihn hineingebrachten Parasiten nicht aufkommen zu lassen.

Ausgeführt wird die prophylaktische Chinincur in der Weise, daß man nach R. KOCH's Vorschrift jeden 10. und 11. Tag auf nüchternem Magen je 1·0 Grm. Chinin einnimmt. Unbedingt nothwendig sind in der hiesigen Gegend sicher die Mücken abhaltende Moskitonetze. G.

Literarische Anzeigen.

Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Von Dr. Ewald Stier. Hamburg 1902, Gebrüder Lüdeking.

Verf. begründet und formulirt mit Rücksicht auf die Verhältnisse der deutschen Armee eine Reihe von Vorschlägen, die zum Theil fast selbstverständlich, jedenfalls empfehlenswerth sind, z. B. Berücksichtigung solcher Momente vor der Einstellung, die auf geistige Minderwerthigkeit schließen lassen, besonders bei Officieren, Errichtung entsprechender Anstalten und Spitalsabtheilungen, psychiatrische Fortbildungscurse. Wie es scheint, entsprechen die österreichisch-ungarischen Verhältnisse diesen Anforderungen besser als die in der deutschen Armee. I.

Notizen.

Wien, 2. November 1901.

Chef des militärärztlichen Officierscorps — einst und jetzt.

Zwei unscheinbare Zeilen in dem Personalverordnungsblatte vom 12. October l. J. — und doch bedeuten sie eine grundlegende Umwälzung in den obersten Sphären unseres Militär-Sanitätswesens. Mit der Ernennung des k. u. k. Generalstabsarztes Dr. JOSEF URIEL zum Chef des militärärztlichen Officierscorps bei Belassung in seiner Stellung als Vorstand der 14. Abtheilung im Reichs-Kriegsministerium ist der Dualismus in der Oberleitung des Militär-Sanitätswesens beseitigt und dem letzteren eine einheitliche Spitze verliehen.

26½ Jahre sind es nun, daß dieser vielbeklagte und ver wünschte Dualismus geschaffen wurde. Kurzsichtige Enthusiasten erblickten darin eine vielversprechende Neuerung, kühlere Beobachter einen Rückschritt gegen das frühere Verhältniß, wo der

oberste Militärarzt als Vorstand der 14. Abtheilung thatsächlich Chef des Corps war, ohne den Titel zu führen. Allein krankhafter Ehrgeiz verlockte den alternden Destructor Academiae Josephinae, außerhalb des grauen Hauses eine selbständige, einflußreiche Stellung zu suchen, die in Wahrheit nichts Anderes war, als ein Otium sine dignitate. Doch auch das Otium ward sowohl ihm als seinen Nachfolgern vergällt, denn alsbald entwickelte sich jenes geheime Intriguenspiel des jeweiligen Vorstandes der 14. Abtheilung und seiner Organe gegen den jeweiligen Chef des militärärztlichen Officierscorps, wodurch letzterer in eine Defensivstellung gedrängt und an jeder weitausgreifenden Thätigkeit auf militärärztlichem Gebiete behindert wurde. „Ote-toi, que je m'y mette“ war die Devise der einen, „j'y suis, j'y reste“ die Devise der anderen Partei, und der Sieg blieb in der Regel derjenigen, welche über mancherlei Hilfstuppen aus dem grauen Hause verfügte, während die andere nur die eigene Persönlichkeit ins Treffen zu führen vermochte.

Während dieses artigen Widerspieles persönlicher Interessen gerieth das Militär-Sanitätswesen allgemach in einen Zustand der Stagnation, welcher einem unaufhaltsamen Rückschritt zum Verwechseln ähnlich sah. An Anläufen zu Reformen, an Vorschlägen, Anträgen, Promemorias und dergl. fehlte es zwar nicht, ja manche Chefs entwickelten in dieser Richtung eine emsige, freilich nur papierene Thätigkeit, allein wenn man ihnen auch den guten Willen und die richtige Einsicht nicht absprechen kann, so mangelte es ihnen zumeist an der zielbewußten Thatkraft und beharrlichen Energie sowie an dem unentbehrlichen persönlichen Contact mit den ausschlaggebenden militärischen Factoren. Das militärärztliche Officierscorps, welches für die Vorgänge in den leitenden Sphären eine feine Witterung besitzt, verfiel nach und nach in eine unbehagliche Stimmung, die Unzufriedenheit nahm überhand und machte schließlich einer hoffnungslosen Resignation Platz.

Dieser betrübende Zustand der Dinge änderte sich, man kann fast sagen, mit einem Schlage, als Generalstabsarzt Dr. URIEL vor nun 3 Jahren an die Spitze der 14. Abtheilung berufen wurde. Schon als Spitalscommandant und Mitglied des Militär-Sanitäts-Comité hatte er Proben ungewöhnlicher Initiative geliefert, und seine Ernennung belebte aufs neue die Hoffnungen des Corps. Obzwar es damals außerhalb des Kriegsministeriums einen Chef des Corps gab, dem noch ein zweiter nachfolgte, so erblickte doch alle Welt in dem neuen Abtheilungsvorstand den eigentlichen Chef, der denn auch alsbald durch seine Leistungen dieses Urtheil rechtfertigte. Ungleich seinen Vorgängern hat er sich die Anwartschaft auf den Posten des Chefs nicht durch kleinliche Intriguen, sondern durch reelle Verdienste gesichert.

Es genügt, an die ausgiebige Vermehrung der Stabschergen, die Beschleunigung des außertourlichen Avancements, die Standesvermehrung der Militär-Medicamentenbeamten, die Erhöhung und Erweiterung der militärärztlichen Stipendien, die Einführung der Alterszulage für Regimentsärzte, vor allem aber an die Gründung der militärärztlichen Applicationsschule zu erinnern, um es selbstverständlich zu finden, daß ein Abtheilungsvorstand, der solche Errungenschaften binnen einer kaum dreijährigen Amtsthätigkeit zu realisiren verstand, zum Chef des Corps ernannt wurde, und zwar zu einem wirklichen Chef, der die Oberleitung sämtlicher Agenden in seiner Hand vereinigt, eine Stellung, deren Schaffung abermals seiner Initiative zu danken ist.

Der erweiterte Wirkungskreis als Chef und Abtheilungsvorstand bringt selbstredend auch ein erhöhtes Maß der Verantwortung mit sich. Noch harren zahlreiche Fragen der befruchtenden Initiative: Die Gleichstellung der Militärärzte mit den Combatanten, die Berittenmachung der Militärärzte, die Reorganisation des Feld-Sanitätsdienstes, die Reform der Ausbildung des Sanitätshilfspersonals, die Ausgestaltung der Sanitäts-Feldübungen, die Errichtung hygienisch-chemischer, mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchungsstationen am Sitze der Corps-Commanden etc. Diese und ähnliche Fragen werden früher oder später der Lösung zugeführt werden müssen, soll das Militär-Sanitätswesen in jedem Belange auf der Höhe der Zeit erhalten bleiben.

Wenn überhaupt Jemand, wie die Verhältnisse derzeit stehen, in diesen Fragen den Pfad der Reform — der freilich oft ein

dornenvoller, von Hindernissen, Vorurtheilen etc. starrender Kriegspfad ist — betreten kann, so ist es Generalstabsarzt Dr. URIEL; er kennt bereits die ungangbaren Stellen dieses Kriegspfades und hat solche schon wiederholt überwunden. Deshalb kann das militärärztliche Officierscorps nur wünschen, daß er in seiner neuen Stellung noch lange wirken möge und, wenn einmal die Natur ihre Rechte unerbittlich geltend machen wird, es nicht an Nachfolgern fehle, die in seinem Geiste das Werk der gründlichen Reconstruction des Militär-Sanitätswesens erfolgreich weiterzuführen vermögen.

—d—.

Das November-Avancement der k. u. k. Militärärzte.

Wenn wir das Mai-Avancement 1901 seinerzeit — in Nr. 18 dieses Blattes — als einen naturgemäßen Rückschlag gegen die ausgiebigen Beförderungen der zwei vorangegangenen Jahre bezeichneten, so war die Besorgniß nicht von der Hand zu weisen, daß dieser Rückschlag sich leicht über mehrere aufeinanderfolgende Beförderungstermine erstrecken könnte. Heute müssen wir, angesichts des November-Avancements, freudig gestehen, daß sich die Sorge nicht bewahrheitet hat, und können nicht umhin, der obersten Sanitätsleitung die Anerkennung zu zollen, daß es ihrer Umsicht und Beharrlichkeit gelungen ist, die Zahl der Beförderungen innerhalb der gegebenen Grenzen so günstig als möglich zu gestalten. Indem wir das Avancement an anderer Stelle vollinhaltlich zum Abdrucke bringen, heben wir hier — unter Beifügung der Ziffern des Maitermines in Klammern — nur hervor, daß diesmal ernannt wurden: 2 (2) Generalstabsärzte, 8 (6) Oberstabsärzte I. Classe, 15 (8) Oberstabsärzte II. Classe, 16 (10) Stabsärzte, 28 (17) Regimentsärzte I. Classe und 28 (19) Regimentsärzte II. Classe.

Im Uebrigen sind die Verhältnisse, wie wir sie im Mai charakterisirt haben, unverändert geblieben, nur mit dem Unterschiede, daß diesmal die Gesamtdienstzeit des jüngsten außertourlichen Stabsarztes $11\frac{1}{2}$, sage elfeinhalb Jahre, gegen $13\frac{1}{2}$ im gleichen Falle des Maitermines, beträgt. Dieses in den Annalen des Corps, vielleicht der Armee überhaupt, unerhörte Ereigniß, daß ein bürgerlich Geborener im Frieden nach $11\frac{1}{2}$ jähriger Dienstzeit die Majorscharge erreicht, stellt sich, näher besehen, als die wohlverdiente Auszeichnung eines Mannes dar, der als erster Chirurg der Armee gilt und als solcher eine Thätigkeit entfaltet, welche an Umfang, technischer Vollendung und Heilerfolg mit dem Wirken berühmter Hochschulprofessoren concurriren kann.

Alwin v. Coler †.
1831—1901.

Vor wenigen Monaten noch haben wir ihn gefeiert, seine nimmermüde Rüstigkeit und Thatkraft bewundert, seine administrativen und wissenschaftlichen Fähigkeiten gepriesen, und nun — deckt ihn bereits der Rasen, leuchtet sein Licht nicht mehr, ist er uns für immer entschwunden.

Mit ALWIN v. COLER, der an Ehren reich gelebt hat und den eine große Nation mit Stolz den ihren nannte, ist eine bedeutende Persönlichkeit, eine seltene Individualität zu Grabe getragen worden.

In Gröningen im Kreise Halberstadt am 15. März 1831 geboren, studirte COLER an der medicinisch-chirurgischen Akademie für das Militär und hierauf an der Berliner Universität. Im Jahre 1856 zum Doctor promovirt, betrat er seine militärische Laufbahn im Garde-Drägoner-Regimente, wurde 1857 Assistenzarzt und 1863 Stabsarzt. 1864 und 1866 stand er im Felde; schon hier machte er sich durch Sachkenntniß und gediegene Tüchtigkeit derart bemerkbar, daß er der nach Beendigung des Feldzuges neu eingerichteten Medicinalabtheilung im Kriegsministerium als Mitglied beigezogen

wurde. Damals stand das Sanitätswesen der Armee auf einer niedrigen Stufe und die sociale Stellung des Militärarztes war eine überaus prekäre. Die militärärztlichen Stellen wurden als bequeme und billige Versorgungsposten betrachtet, an deren Inhaber der Sachlage entsprechend keine allzugroßen Anforderungen gestellt werden durften. An Ausnahmen hat es natürlich auch damals nicht gefehlt, die große Masse aber, der Durchschnitt, stand an wissenschaftlicher Ausbildung hinter den Fortschritten der Wissenschaft weit zurück. Hierin hat nun v. COLER energisch Wandel geschaffen. Alle bestehenden Mängel klar übersehend und tiefe wissenschaftliche Bildung mit praktischem Können verbindend, hat er zumal seit 1889, wo er selbst an die Spitze der deutschen Sanitätsverwaltung berufen wurde, dieselbe zu ungeahnter Höhe emporgehoben. Die Einfügung der Militärärzte in das Officierscorps ist sein Werk, die Organisation des militärärztlichen Unterrichtes — vor Allem in der Kaiser Wilhelms-Akademie — hat er geschaffen; durch Einführung des militärärztlichen Fortbildungswesens ist er seinen Collegen im Civil weit vorangeeilt. Er setzte es durch, daß alljährlich zahlreiche Sanitätsofficiere an den Kliniken Deutschlands mit den Fortschritten der medicinischen Wissenschaft vertraut gemacht wurden und, zwischen die schaffenden und bildenden Factoren gestellt, selbst theilnahmen an der Erwerbung und Schaffung neuer Kenntnisse und Errungenschaften.

v. COLER's Einfluß ist eine eminente Verbesserung der Militär-lazarethe zu danken, die nunmehr von tüchtigen und erprobten Sanitätsofficiern geleitet werden, und die über pathologische, bacteriologische, chemische und hygienische Laboratorien in reicher Zahl verfügen. Er hat seine große Erfahrung in der Instruction für das Sanitätswesen der Armee im Felde 1869, der Kriegs-Sanitätsordnung von 1878 und der Friedens-Sanitätsordnung von 1891 niedergelegt, die zum Theile schon erfolgreich die Feuer-taufe bestanden haben.

Nun, da er gestorben ist und ein anderer seine Stelle bekleidet, bleibt zu wünschen, daß der Geist, der ihn beselte, fortwirke, und daß jede künftige Neuerung im Rahmen unseres Sanitätswesens vollkommen dem Sinne und den Intentionen v. COLER's entspreche.
St. P.

(Militärärztliches Officierscorps.) Der Generalstabsarzt Dr. JOHANN STREJCEK ist in den Ruhestand versetzt und ihm aus diesem Anlasse der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen worden; der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. GEORG PHILIPP hat anlässlich seiner Versetzung in den Ruhestand den Generalstabsarztes-Charakter und den Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit erhalten.

(Militärärztliche Applicationsschule.) Die Zahl der Frequentanten des 1. Cursus betrug im Ganzen 86, und zwar 70 ordentliche und 16 außerordentliche Hörer. Zu den ersteren gehören die Aspiranten für den Berufstand des militärärztlichen Officierscorps, welche verpflichtet sind, gleich nach Erlangung des Doctorgrades in die Applicationsschule einzutreten, zu den letzteren Berufsberähtzte oder rangjüngere Regimentsärzte, die zur Frequentierung bestimmt werden oder die eine Vervollständigung ihrer fachmännischen Kenntnisse anstreben. Der vorzüglichen, durch einen tüchtigen Lehrkörper aufs wirksamste unterstützten Leitung ist es gelungen, die Schwierigkeiten des Anfanges rasch zu überwinden und sehr erfreuliche Resultate zu erzielen. Obwohl an die Frequentanten sehr hohe Anforderungen gestellt wurden, war das Ergebnis der Schlußprüfung überaus günstig. Die militärärztliche Applicationsschule dürfte bald eine höchst werthvolle und unentbehrliche Institution darstellen, welche auch wesentlich dazu beitragen wird, dem nun seit dreißig Jahren bestehenden Mangel an Berufsmilitärärzten abzuhelpfen.

(Die Beförderungsverhältnisse im preußischen Sanitätsofficierscorps) haben sich in den letzten Jahren überaus günstig gestaltet. Im Dienstgrade der Generalärzte, die jetzt sämtlich Oberstenrang, die ältesten sogar Generalmajorsrang haben, befinden sich jetzt schon eine ganze Reihe von Sanitätsoffi-

cieren, die erst nach dem Feldzuge von 1870/71 Assistenzärzte geworden sind. Der Jüngste ist der Abtheilungschef im Kriegsministerium Dr. SCHIERNING, der 1878 Assistenzarzt geworden ist. Bevorzugungen von jüngeren, besonders tüchtigen Sanitätsofficiern um mehrere Jahre sind nichts Seltenes. Die Oberstabsärzte, die jetzt sämtlich Majorsrang haben, vertheilen sich auf eine große Zahl von Jahresclassen. Der älteste ist bereits seit 1889 in seinem Dienstgrade und seit 1864 Sanitätsoffizier; die jüngsten sind erst 1888 Sanitätsofficiere geworden, haben also den Majorsrang in einer Zeit erreicht, wo die gleichalterigen Officiere des Heeres noch Oberlieutenants sind. Von den Stabsärzten sind die ältesten seit März 1893 in ihrem Dienstgrade und seit Juli 1888 Sanitätsofficiere, während die jüngsten erst 1896, einer sogar erst 1897, Assistenzärzte geworden sind. Die Sanitätsofficiere erreichen also jetzt in 4 $\frac{1}{2}$ Jahren den Rang der Hauptleute. Die ältesten Oberärzte sind erst seit November 1899 in ihrem Dienstgrade, die jüngsten sind erst im September 1898 Assistenzärzte geworden, so daß bis zur Beförderung zum Oberarzt nur 2 $\frac{1}{2}$ Jahre vergehen. Die Zahl der Assistenzärzte ist trotz des Uebertritts einer größeren Anzahl von Sanitätsofficiern des Beurlaubtenstandes in das active Heer abermals zurückgegangen. Es sind nach der letzten Dienstaltersliste nur 135 Assistenzärzte vorhanden gegen 197 im April v. J. Allerdings befinden sich noch 26 Assistenzärzte beim ostasiatischen Expeditionscorps, die nach dessen Auflösung wieder dem preußischen Sanitätsofficierscorps zugute kommen.

Das November-Avancement.

Ernannt wurden:

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

zu Generalstabsärzten: die OstAe. I. Cl.: DDr. C. Urpani, F. Kappeler, Edler zu Oster- und Gatterfeld;

zu Oberstabsärzten I. Classe: die OstAe. II. Cl.: DDr. J. Kury, J. Kalcic, A. Czeike, J. Zuckermann, J. Schöfer, A. Lein, J. Schoebel, C. Setz;

zu Oberstabsärzten II. Classe: die StAe.: DDr. E. Worell, L. Wallenböck, A. Springer, U. Prochazka, J. Uhlik, A. Huber, F. Goleek, F. Kosmelj, A. Kirchner, J. Muresianu, E. Kompass, F. Simbriger, E. Della Torre, E. Trnka, A. Weiß;

zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: DDr. J. Strasiribka, P. Winternitz, V. Olexy, T. Zapakowicz, C. Sommer, K. Fischer, M. Scharnagl, C. Pavlecka, I. Krejci, A. Herz, L. Deutsch, J. Merlin, A. Stenczel, C. Franz, E. Lang, A. Zimmermann;

zu Regimentsärzten I. Classe: die RAe. II. Cl.: DDr. J. Bett, J. Heißfeld, A. Melzer, R. Sladky, R. Gantner, M. Gorzynski, I. Hofer, A. Weißkopf, J. Vymyslicky, R. Herkner, L. Redlich, E. Schwarz, H. Kurzer, F. Eliaß, E. Hein, V. Herrmann, E. Mat-tauschek, J. Grzes, J. Müller, J. Wermisofsky, A. Skutezky, L. Czaplinski, G. Bardecki, L. Zeleny, C. Biehl, J. Edler v. Kasparek, E. Eckert, R. Langer;

zu Regimentsärzten II. Classe: die OAc.: DDr. F. Vetvicka, J. Weinerek, T. Tobolar, J. Tichy, A. Abt von Apati, A. Maniu, A. Lipovski, A. Domes, A. Fiala, B. Tabajdi, A. Rozsybal, A. Hempt, A. Vrana, M. Haager, J. Kolmer, A. Gava, L. Justitz, H. Wolfenstein, V. Otschka, T. Merunowicz, A. Stocklöw, A. Szatkowski, E. Janetzky, J. Malaniuk, J. Fischer, R. Blümel, A. Ehrenberger, S. Herbatschek.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

zum Marine-Stabsarzt: der Linienschiffsarzt: Dr. A. Plumert;

zum Linienschiffsarzt: der Fregattenarzt Dr. St. Burzynski;

zum Fregattenarzt: der Corvettenarzt: Dr. C. Bettini.

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

zum Oberstabsarzte II. Classe: der StA. Dr. C. Blachowski;

zum Stabsarzte I. Classe: der RA. I. Cl.: Dr. B. Dub;

zu Regimentsärzten I. Classe: die RAe. II. Cl.: DDr. J. Katz, G. Stein, M. Simek, R. Šavřda, Fr. R. v. Auffenberg, S. Beykovsky, A. Popper.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

G. EDLEFSEN (Hamburg): Ueber die Hauptunterschiede zwischen der Kuhmilch und Frauenmilch und den Werth und die Bedeutung der Ersatzmittel für Muttermilch.

Den besten Ersatz für die Muttermilch bietet die Thiermilch, u. zw. kommt aus praktischen Gründen nur die Kuhmilch in Betracht, wenn auch die Esel- und Stutenmilch der Frauenmilch näher verwandt zu sein scheint. Der Regel nach hat die Frauenmilch, ihrem geringeren Gehalt an festen Bestandtheilen und ihrem etwas größeren Gehalt an Fett entsprechend, ein etwas niedrigeres specifisches Gewicht als die Kuhmilch. Die Reaction ist normaler Weise immer alkalisch, die der frischen Kuhmilch dagegen häufig amphoter, zuweilen neutral, selten alkalisch. Die Frauenmilch enthält mehr Milchzucker als die Kuhmilch, nämlich 6—7% gegen 3—4½% („Münch. med. Woch.“, 1. Januar 1901). Von besonderem Interesse ist die Thatsache, daß der Zuckergehalt in den ersten Tagen nach der Entbindung noch hinter den Mittelwerthen der Kuhmilch zurückbleibt, dann bis zum Ende der ersten Woche rasch zunimmt. An Citronensäure, welche als normaler Milchbestandtheil im Jahre 1888 von HENKEL nachgewiesen wurde, ist die Frauenmilch ärmer als die Kuh- und Stutenmilch. Nicht sehr erheblich ist der Unterschied im Fettgehalt. Die Frauenmilch enthält im Mittel 3·5—4·2%, die Kuhmilch dagegen 2·5—3·5%. Wichtiger sind dagegen die Verschiedenheiten in der qualitativen Beschaffenheit und dem physikalischen Verhalten des Fettes, speciell ist in der Frauenmilch das Fett viel feiner emulgirt als in der Kuhmilch. Besonders bedeutungsvoll sind die Unterschiede zwischen Frauenmilch und Kuhmilch in Bezug auf das Verhältniß der stickstoffhaltigen zu den stickstofffreien Substanzen. Die Frauenmilch enthält im Durchschnitt nur 1—1·2%, die Kuhmilch dagegen 3·2 bis 3·5% Eiweiß. Das Verhältniß der stickstoffhaltigen zu den stickstofffreien Substanzen ist in der Frauenmilch ungefähr 1:7·6, in der Kuhmilch 1:2·3. Der Eiweißgehalt der Frauenmilch ist in den ersten Tagen ein sehr hoher, nimmt aber mit der Dauer der Lactation allmählig ab. Es ergibt sich, daß der Säugling bei der Ernährung durch Muttermilch in dem Maße, wie sein Wachstum fortschreitet, allmählig immer weniger Eiweiß im Verhältniß zu den stickstofffreien Substanzen erhält. Durch die allmähliche Zunahme der Milchsecretion wird bewirkt, daß die absolute Eiweißmenge nicht unter das ursprüngliche Maß sinkt, während die zugeführten Zucker- und Fettmengen directe Steigerung zeigen. Es wird angegeben, daß in der Frauenmilch weit mehr Albumin im Verhältniß zum Casein enthalten ist, als in der Kuhmilch. Die Bedeutung des größeren Gehaltes der Frauenmilch an Lactalbumin liegt nach SCHLOSSMANN theils darin, daß dieses einen leicht resorbirbaren schwefelreichen Eiweißkörper darstellt, theils darin, daß die Anwesenheit einer größeren Menge Lactalbumin die feinflockige Gerinnung des Casein der Frauenmilch bedingt. Außer den Eiweißstoffen enthält die Milch noch andere stickstoffhaltige Substanzen. Es sind dies gewisse Extractivstoffe unbekannter Art und vor allem phosphorhaltige Körper, nämlich Nucleon und Lecithin. Die Frauenmilch ist an solchen phosphorhaltigen Substanzen weit reicher als die Kuhmilch. Für die Ernährung und den Aufbau des menschlichen Säuglings sind die organischen Phosphorverbindungen wichtiger als die anorganischen, welche letztere in der Kuhmilch in reichlicheren Mengen enthalten sind. Bei der Verwendung verdünnter Kuhmilch ist die Menge des zugeführten organischen Schwefels und Phosphors sehr gering, der größere, mit der Zunahme der Milchsecretion absolut noch wachsende Reichthum der Frauenmilch an Nucleon und Lecithin läßt sich auf keine Weise ersetzen. Der ungleiche Gehalt der Frauen- und Kuhmilch an anorganischen Salzen, in der ersteren 0·2%, in der letzteren 0·7 bis 0·8%, ist von geringerer Bedeutung. Durch die Zunahme der Milchsecretion erhält der Säugling die für die Gewebe, besonders für die genügende Consolidation des Knochensystems genügende absolute Menge anorganischer Salze. Bei Besprechung der verschiedenen Ersatzmittel der Muttermilch gelangt Verf. zu dem Resultate, daß die einfache verdünnte Kuhmilch hier noch am ehesten in Betracht komme.

M. K.

PODWYSSOTZKI (Kiew): Myxomyceten, respective Plasmodiophora Brassicae Woronin als Erzeuger der Geschwülste bei Thieren.

Im Verlaufe seiner Untersuchungen über Krebs, Sarkome und Endotheliome gelang es Verf. nicht, auf experimentellem Wege die parasitäre Natur gewisser Zelleinschlüsse zu erweisen, so lange er seine Versuche mit einem vom Menschen oder vom Thier stammenden Material anstellte. Daher zog er den von WORONIN entdeckten Myxomyceten, Plasmodiophora Brassicae, der, in den Wurzeln verschiedener Cruciferen, am häufigsten bei manchen Kohlarten vorkommend, Anschwellungen und echte parasitäre Geschwülste erzeugt, in den Kreis seiner Untersuchungen. Ganz kleine Stückchen von mit Sporen der Plasmodiophora ausgefülltem Kohlgewebe wurden Thieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Fröschen und Axolotlen) unter die Haut und in die Peritonealhöhle gebracht. Schon nach 15—18 Tagen zeigte sich beim Kaninchen und Meerschweinchen in der Umgebung des übergeimpften Stückchens eine Anschwellung von der Größe einer kleinen Walnuß; bei näherer Untersuchung zeigte diese Geschwulst „einen vollkommen parasitären Charakter“. Ein genauer Befund über das Ergebnis der histologischen Untersuchung wird in der vorliegenden vorläufigen Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 27, p. 97) nicht mitgeteilt. Verf. zieht aus den erwähnten Experimenten folgende Schlüsse:

Es gelingt, durch Impfung von Plasmodiophora Brassicae bei Thieren (bis jetzt Kaninchen und Meerschweinchen) experimentell Geschwülste mesodermalen Ursprunges zu erzeugen, die in ihren progressiven Stadien am meisten einem großzelligen Sarkom, Endotheliom oder Granulom in der Art von Lepromen ähneln und durch starke Hypertrophie und Proliferation der fixen Bindegewebszellen, und zwar hauptsächlich der Endothelien der perivasculären Spalten, entstehen, so daß man mit Recht von einem parasitären Myxomyceten-Peritheliom oder Granulom reden kann. Im Innern der Geschwulstzellen sitzen Sporen von Plasmodiophora Brassicae entweder in einzelnen Exemplaren oder in sehr großen Mengen, in welcher letzterem Falle die Zellen stark ausgedehnt sind.

Aus den Angaben des Verf. ist nicht ersichtlich, was für eine Geschwulstbildung in den beschriebenen Thierversuchen zustande kam. Manche Andeutungen würden darauf schließen lassen, daß einfach ein Granulationsgewebe sich entwickelte, doch wird ein abschließendes Urtheil erst nach Erscheinen der in Aussicht gestellten ausführlichen Publication möglich sein. Wir bezweifeln aber heute bereits, daß es dem Verf. gelingen wird, durch Infectiousversuche mit der Plasmodiophora Brassicae der Aetiologie der malignen Tumoren des Menschen näher zu treten oder die parasitäre Natur derselben zu erweisen, und wollen auch in Erinnerung bringen, daß bereits vor einiger Zeit BEHLA in einer an dieser Stelle ausführlich besprochenen Arbeit den Versuch gemacht hat, Beziehungen zwischen der Plasmodiophora Brassicae und der Verbreitung des Krebses herzustellen, und daß auch gegen die Schlußfolgerungen dieses Autors schwerwiegende Bedenken geltend gemacht werden mußten.

Dr. S.

LEOPOLD FREUND (Wien): Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Inductionsströme und einiger unsichtbarer Strahlungen.

Auf Grund einer langen Reihe überaus interessanter Versuche und bemerkenswerther histologischer Untersuchungen ist FR. zu folgenden Ergebnissen gelangt („Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wiss. in Wien“, Bd. 109, Abth. 3, Oct. 1900):

Directe Funkenschläge, gleichgiltig wie sie entstehen, ob als directe Polentladungen des Funkeninductors oder als Effluvia des d'Arsonval-Oudin'schen Apparates, können beim Thiere Haarausfall zuwege bringen.

Directe Funkenschläge sind imstande, Aussaaten und bereits entwickelte Culturen des Staphylococcus pyogenes aureus, des Typhusbacillus, des Diphtheriebacillus, des Anthraxbacillus, des Soorpilzes, des Tubelkelbacillus und des Achorion Schönleinii in der weiteren Entwicklung zu hemmen, respective abzutöden.

Diese Wirkung der directen Funkenschläge wird durch Verwendung einer Erdableitung, einer verlängerten Exposition, eines geringeren Elektrodenabstandes, einer schnelleren Unterbrechung des den Secundärstrom inducirenden Primärstromes und durch Steigerung der Intensität des letzteren erhöht.

Die besagte Wirkung äußert sich unter Umständen auch durch dünne Schichten von Holz, Papier, Aluminium, Stanniol und menschlicher Leichenhaut.

Sie erstreckt sich auch auf Mikroorganismen, welche in Flüssigkeiten suspendirt sind.

Die physiologische Wirkung der negativen Funkentladungen ist intensiver als jene der positiven, hingegen erstreckt sie sich auf ein kleineres räumliches Gebiet.

Die stillen Entladungen stellen eine Erscheinungsform der Funkenentladungen dar, durch welche letztere wohl Einiges an der Intensität ihrer physiologischen Wirkung einbüßen, durch welche jedoch manche unverwünschten Nachtheile der directen Funkenschläge (z. B. Schmerz) vermeidbar sind. Ihr Wirkungsgebiet ist ein größeres als das der directen Funkenschläge, ihre Wirkungsart qualitativ dieselbe wie die der letzteren.

Den Roentgenstrahlen selbst kommt nach diesen Versuchen keine physiologische Bedeutung zu, insoferne ihr Einfluß auf das Bacterienwachstum in Frage kommt.

Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen äußern weder physiologische Wirkungen auf die Bacterienentwicklung, noch auf die normale Hautdecke.

Die durch directe Funkenentladungen in der Haut hervorgerufenen pathologischen Veränderungen bestehen in Blutungen in das Cutisgewebe, in Entzündung und in einer durch Vacuolenbildung sich charakterisirenden Gefäßerkrankung. B.

EDUARD SONNENBURG (Berlin): Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen.

Ueberblickt man die große Reihe der von S. dargelegten Fälle („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 38), so findet man, daß es sich bei ihnen immer nur um bereits vor dem Trauma bestehende larvirte oder chronische Erkrankungen gehandelt hat, die durch das Trauma wieder in ein acutes Stadium übergeführt wurden.

Das Charakteristische bei derartigen Fällen ist der Umstand, daß das Trauma sehr häufig in keinem Verhältniß zur Schwere der Krankheit steht. Heben eines schweren Gegenstandes, plötzliches Bücken, ein leichter Stoß gegen die rechte Seite, Ausrutschen des Körpers und Fall auf den Rücken bei starker Anspannung der Bauchmuskulatur löst die acute Appendicitis aus. Die Fälle, die zur Begutachtung kommen, sind meist solche, bei denen infolge dieser Entzündung des Wurmfortsatzes der Tod eingetreten ist. Es ist hervorzuheben, daß man in allen diesen Fällen einen Zusammenhang zwischen Unfall und Entzündung insofern gelten lassen kann, als nämlich der Unfall die bereits bestehende Entzündung des Wurmfortsatzes neu aufflackern ließ, daher als ätiologisches Moment nur insofern in Betracht kommt, als durch denselben eine schon bestehende Erkrankung sich verschlimmerte, nicht aber durch den Unfall selber eine zum Tode führende Krankheit entstand. Das Trauma ist hier nur die Gelegenheitsursache (der „Zufall“, nach v. BERGMANN), um die schleichende chronische Entzündung in eine acute überzuführen. Selbst wenn der Unfall heftiger Natur ist, wird er nicht imstande sein, einen bis dahin gesunden Wurmfortsatz zur Entzündung, Perforation oder Gangrän zu bringen. Man wird in solchen Fällen also nicht sagen können, daß der Tod des an Perforationsperitonitis erkrankten Patienten die Folge des Unfalls ist. N.

ERWIN STRANSKY (Wien): Associirter Nystagmus.

STRANSKY beschreibt einen neuen Befund („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 17): „Oeffnet man bei sonst keinerlei Störungen des optischen, dioptrischen oder Augenmuskellapparates darbietenden, mit keinerlei organischen Nervenkrankheiten behafteten, vor allem von sonstwie in Erscheinung tretenden Nystagmus freien Individuen mit den Fingern vorsichtig die Lidspalte ad maximum und läßt

dieselben nun versuchen, das Auge gegen diesen dergestalt gesetzten Widerstand langsam zu schließen, so tritt in einigen Fällen parallel mit dem im Oberlide sichtbaren krampfhaften Contractionen des Orbicularis palpebrae behufs Ueberwindung des durch den die Lidspalte geöffnet haltenden Fingers gesetzten Hemmnisses ein deutliches, schnellschlägiges Oscilliren des Bulbus in horizontaler oder in schräger Richtung in Erscheinung.“ Ein positives Resultat erscheint „nur bei Vornahme des Versuches in der Convergenzstellung beider Bulbi nach vorne verwerthbar“. Diesen associirten Nystagmus erklärt STRANSKY „als eine tremorartige Mitbewegung von Muskeln, die schon unter physiologischen Verhältnissen vielfach Synergisten sind und nun auch in ihren pathologischen Bewegungsformen ihren Synergismus bewahren“. INFELD.

DANIEL J. MC CARTHY (Philadelphia): Der Supraorbitalreflex. Ein neuer Reflex im Gebiet des 5. und 7. Nervenpaares.

Wenn man mit dem Percussionshammer auf den Supraorbitalnerven klopft, so wird ein fibrilläres Zittern des M. orbicularis palpebrarum beobachtet („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 17). Die Augen müssen dabei offen gehalten werden und im Ruhezustande sein. Erloschen war der Reflex bei verschiedenen Affectionen des Trigemini, constant bei Facialislähmung. INFELD.

G. J. ROSSOLIMO (Moskau): Recidivirende Facialislähmung bei Migräne.

Hereditäre Migräne; familiäre Insufficienz des Facialis in Form von mangelhaftem Lidschluß im Schlaf; unter Symptomen, die als Migräneanfalle bezeichnet werden, tritt bei der Kranken zweimal links, zweimal rechts periphere Facialislähmung auf. Es ist natürlich möglich, daß, wie Verf. („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 16) meint, ebensogut wie recidivirende Oculomotoriuslähmung ebensolche Facialislähmung auf der Basis von Hemikranie entstehen kann, doch ist das Abhängigkeitsverhältniß immerhin nicht evident, und Verf. entwickelt auch keine Vorstellung davon. INFELD.

Literarische Anzeigen.

Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.

Mit einem Vorworte von Leopold von Schrötter. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Die vorliegende Brochüre ist ein wissenschaftlicher Katalog der an der k. k. III. medicinischen Universitätsklinik in Wien befindlichen Sammlung von Fremdkörpern aus den Luftwegen und der intra vitam und nach dem Tode der betreffenden Kranken beobachteten klinischen und anatomischen Veränderungen. Die Herausgabe hat die Klinik selbst besorgt, deren Vorstand das große, selten reiche Material vorwiegend während seiner Thätigkeit als Leiter der laryngologischen Klinik gesammelt hat. Die Anordnung des Stoffes ist klar und übersichtlich; die einzelnen Abbildungen sind überaus instructiv und naturgetreu. B.

Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie. Von M. Fraenkel. Leipzig 1901. H. Hartung & Sohn (G. M. Herzog).

„Vorliegendes Büchlein soll dem Candidaten in des Examens Nöthen ein treuer Freund sein und ihm kurz vor der Prüfung eine allgemeine Repetition schnell und doch umfassend ermöglichen.“ Mit diesen Worten kennzeichnet Verf. sein Programm, mit dem er sich an seine „Commilitonen, die dem Buche ihr Interesse zugewandt haben“, richtet. Wir konnten uns nie für Bücher erwärmen, die lediglich den Zweck haben, Candidaten für die Prüfung einzupauken; das vorliegende Büchlein hat uns in unserer Abneigung neuerdings bestärkt. Das Bestreben des Verf., in äußerster Kürze die gesammte allgemeine Pathologie oder richtiger

pathologische Anatomie in leicht verständlicher, beinahe will es scheinen, populärer Weise zur Darstellung zu bringen, führt oft zu fehlerhaften, bisweilen ganz sinnlosen Behauptungen; so heißt es auf pag. 1.: „Folge der arteriellen Hyperämie: 1. Temperaturerhöhung, 2. Turgor vermehrt. 3. Gefäßzerreißung . . .“. Köstlich ist die Definition des Fiebers (pag. 14): „Fieber bedeutet Feuer, Brand. Ein Fiebernder ist einer, der infolge der Infection brennt, als Beweis: das Gesicht glüht trotz der Ruhelage, die Organe sind überhitzt, und besonders die äußere Haut infolge Erweiterung und reichlicherer Füllung der Blutgefäße.“ Sehr heiter stimmt den Leser auch die Besprechung der Wirkung des Fiebers auf die einzelnen Organe, speciell auf das Nervensystem; befremdend ist die Definition der Degeneration (pag. 21): „Der degenerative Charakter der Zellen zeigt sich im Verschwinden des Kernes, und damit tritt Nekrose der Zelle ein.“ — Wir glauben, diese Beispiele genügen, um die Brauchbarkeit des Repetitoriums zu kennzeichnen.

Dr. S—.

Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Von Prof. Dr. Erich Peiper. Berlin 1900, Louis Marcus.

Das vorliegende Büchlein stellt eine erschöpfende Zusammenfassung alles dessen dar, was bisher in der Literatur über das parasitäre Vorkommen von Fliegenlarven beim Menschen bekannt geworden ist. Die „Myiasis“ der Haut, Conjunctiva, der Wunden, des uropoëtischen Systems und Magendarmcanals werden gesondert besprochen und die Naturgeschichte der einzelnen Larven erörtert, wobei zahlreiche Abbildungen den Text erläutern. Schließlich werden auch Prophylaxe und Therapie der Myiasis erwähnt. Das Literaturverzeichnis enthält eine Zusammenstellung aller bisher vorliegenden Mittheilungen. Gegenüber der Anschauung zahlreicher Aerzte, die die Existenz dieses Krankheitsbildes leugnen, hält Verf. das Vorkommen von Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten beim Menschen (und zwar nicht nur unter der Haut, sondern auch z. B. im Magendarmcanal) für sichergestellt.

Dr. S—.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

XI.

— October 1901.

Mit ungewöhnlich großem Interesse sah man dem letzten Congresse des Landes-Aerzteverbandes in allen Kreisen der ungarländischen Aerzteschaft, sowohl in jenen, die sich der Liga angeschlossen haben, als auch in jenen, die eine stramme Organisation, die obligaten Aerztekammern, anstreben, entgegen. Aus allen Theilen des Landes eilten die Aerzte herbei, um an den Verhandlungen des Congresses in Sachen der vitalsten Interessen des ungarischen Aerztescorps theilzunehmen und den Wünschen der Landärzte Geltung zu verschaffen. Der große, diesmal zum erstenmale zutage getretene Eifer der Landärzte hatte seine volle Berechtigung, denn ein wichtiger Punkt der Tagesordnung war ein Antrag des Bács-Bodroger Filialverbandes, betreffend die Verstaatlichung des öffentlichen Sanitätsverbandes. Diese arbeitsfähige und von edlem Thätigkeitstrieb durchdrungene Tochterliga hatte nämlich in acht Punkten jene Gesichtspunkte zusammengefaßt, welche bei der in Aussicht gestellten und von vielen Aerzten für baare Münze genommenen Verstaatlichung des öffentlichen Sanitätswesens im Auge behalten werden mußten. Sämmtliche Filialverbände haben die Vorschläge der Bács-Bodroger Aerzte mit ungetheilter Begeisterung aufgenommen, und so war es auch zu erwarten, daß auch der Congreß als höchstes Forum ihre Wünsche zur Basis weiterer Verhandlungen annehmen werde, umso eher, als sich der Directionsrath für die Annahme des Elaborats ausgesprochen hatte. Doch der Budapester Verband denkt und die Provinzärzteschaft lenkt. Dr. BERENESI, der Wortführer letzterer, hatte die Gelegenheit wahrgenommen, in einer meisterhaften Rede gegen die Regierung die Anklage zu erheben, daß sie die Wünsche der Aerzte vollständig unbeachtet lasse. Seit vier Jahren — sagte Redner — finden Zusammenkünfte von Aerzten statt, sie debattiren über ihre Gravamina und über wichtige Sanitätsfragen. Die Abtheilung für Sanitätswesen im Ministerium für innere Angelegenheiten fand es jedoch niemals für angezeigt, an diesen Zusammenkünften theilzunehmen, und selbst jetzt, wo die Frage der Verstaatlichung des Sanitätsdienstes auf der Tagesordnung der ungarischen Aerzteliga steht, ist kein einziges Mitglied der Sanitätsverwaltung anwesend. Aus diesem Vorgehen mögen die Aerzte die Consequenzen ziehen. Sie müssen sich ralliiren, die Bande der Collegialität enger knüpfen, aber jede Art und Form der Zwangsverstaatlichung zurückweisen. Redner stellt den Antrag, die Verhandlung des Elaborats bis zu dem Zeitpunkte aufzuschieben, wo die Regierung ihrem Versprechen gemäß den Entwurf des Verstaatlichungsgesetzes dem Verbands zuzuschicken wird. Auch dann werde dem Verbands noch Zeit genug bleiben, Stellung zu nehmen. Die Abstimmung über diese Frage bot ein überraschendes Resultat. Gegen die Stimmen

der hauptstädtischen Aerzte, welche für die Annahme des Elaborats stimmten, gaben die in überwiegender Majorität erschienenen Provinzdelegirten, die für die Vertagung stimmten, den Ausschlag. Der Antrag des Directionsausschusses wurde daher abgelehnt und die Verhandlung über das Elaborat vertagt. Ein zweiter, nicht minder wichtiger Punkt der Tagesordnung war die Feststellung der Visitentaxe der Kreis- und Gemeindeärzte mit Rücksicht auf den Abusus, daß Stuhlrichter und Vicegespänne schon in den Concursen eigenmächtig feststellen, wie viel die wohlhabendere Classe der Bevölkerung dem erst zu wählenden Aerzte des Kreises für jede einzelne Visite zu zahlen hat, was im Sinne des G. A. XIV, 1876 unzulässig ist und den Aerzten überhaupt die Hände bindet. Wie sollte denn eine freie Vereinbarung mit der besser situirten Volksclasse zustande kommen können, wenn der neue Arzt schon a priori verpflichtet ist, für ein Maximalhonorar von 20 bis 100 Hellern die Behandlung wohlhabender Leute zu übernehmen? Die Verhandlung dieser Frage wurde von der Majorität ebenfalls vertagt, da sie nicht gehörig vorbereitet war. Nach diesen unerwartet gekommenen Vertagungen ist die Ablehnung eines Antrages, der im Interesse des Bestandes der Liga geboten war, ausgesprochen worden. Die Großwardeiner Filiale hatte nämlich dem Congresse den Antrag vorgelegt: Da die Congreßbeschlüsse derzeit den Willen der Mehrheit der Filialen nicht zum Ausdruck bringen, stellt sie den Antrag, der Congreß solle auf Grundlage des Delegirtensystems organisirt werden und die Filialen sollen an dem Congresse durch Delegirte vertreten sein, deren Zahl im Verhältnisse zu den Mitgliedern der Filiale steht. Die Congreßstatuten sollen demgemäß abgeändert werden. In Budapester Ligakreisen rief dieser Antrag große Entrüstung hervor, da dessen Annahme die jetzige Organisation, die angeblich sehr liberal ist, über den Haufen zu werfen geeignet gewesen wäre. Nach einer eingehenden Debatte wurde der Antrag abgelehnt. Wenn wir noch erwähnen, daß der Vorsitzende Prof. Dr. KARL KÉTLY in seiner Eröffnungsrede und Generalsecretär Dr. F. FLESCH in seinem Rechenschaftsbericht die Thätigkeit des Verbandes eingehend schilderten, bleibt uns nur noch die Erwähnung dessen übrig, daß der nächstjährige Congreß in Tatra-Füred stattfinden wird.

Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Technik der Blasenspülung** erörtert FUCHS („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 12). F. verwirft die Füllung der Blase mit Hilfe des Irrigators bis zu dem Grade der Spannung, der vom Kranken gerade noch ertragen wird, als unzweckmäßig, weil die entzündete Blasenschleimhaut nur eine geringe Spannung verträgt und auf jede übermäßige Ausdehnung durch Zunahme der Entzündungserscheinungen reagirt. Verf. empfiehlt folgendes Verfahren: Zur Blasenspülung benutzt man eine mindestens 160 Ccm. fassende, leicht gehende Spritze (GUYON) und einen (französischen) Katheter. Sobald dieser den Widerstand des Sphincter überwunden hat, beginne man mit der Einspritzung, damit eine Berührung der Katheterspitze mit der Blasenschleimhaut vermieden werde. Man

spritze nur 20—40 Ccm. ein, um, falls die Blase nicht vollständig entleert war, keine übermäßige Spannung zu erzeugen, und wiederhole die Einspritzung vor vollständigem Abfluß der vorher eingeführten Spülflüssigkeit, um die nach vollkommener Blasenentleerung entstehenden schmerzhaften Contraktionen zu vermeiden. Gleichzeitig erreicht man dadurch eine Strudelbildung, die die mechanische Wirkung der Spülung unterstützt. Dies wird so lange fortgesetzt, bis die Spülflüssigkeit klar abfließt, was trotz der kleinen, jedesmal verwendeten Flüssigkeitsmenge überraschend schnell geschieht. Als Spülflüssigkeit empfiehlt Verf. 3%ige Borsäure oder 1‰ Argentum nitricum, eventuell nach vorheriger Reinigung mit Borsäurespülung Einspritzung kleinerer Mengen der adstringirenden Silberlösung. Die letzte Einspritzung kann man in der Blase zurücklassen; bei empfindlichen Kranken empfiehlt es sich jedoch, wenn Silberlösung zur Verwendung kommt, diese abfließen zu lassen und Borsäurelösung in der Blase zu belassen.

— In der Abtheilung für Dermatologie und Syphilidologie der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg sprach PAUL RICHTER über den innerlichen Gebrauch von **Jodtinctur an Stelle von Jodkali**. R. ist durch über 100 Fälle, in welchen er Jodtinctur oder Jodvasogen an Stelle von Jodkali anwandte, zu der Ueberzeugung gekommen, daß es nicht nur aus klinischen Gründen, sondern auch der billigeren Verordnungsmöglichkeit wegen geboten erscheint, das Jodkali durch Jodtinctur zu ersetzen; er empfiehlt, namentlich bei empfindlichen Patienten Jodvasogen 6% und 10% innerlich anzuwenden. Dabei betont er die größere Haltbarkeit des Jodvasogen gegenüber der Jodtinctur. Die Anwendung des 10%igen Jodvasogen geschieht ebenso wie diejenige der Jodtinctur in Dosen von 3mal täglich 10 Tropfen, jede Woche um je 5 Tropfen steigend bis auf 3mal täglich je 30 Grm. nach den Mahlzeiten, in Kaffee, Wein, Bier, Milch oder Wasser. Für eine Jodcur sind im Allgemeinen 100 Grm. Jodvasogen anzuwenden.

— Die **Unterschenkelgeschwüre** behandelt RANK („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 33) mit folgender Salbenmischung:

Rp. Camphorae trit.	0·3
Olei Olivarum	2·0
Liq. Plumbi acetici	2·0
Ungt. Hydrarg. praec. alb.	36·0
M. f. ungt.	
D. S. Aeußerlich.	

— Zur Behandlung von Hautkrankheiten empfiehlt ROHLEDER („Berliner Klinik“, 1901, Aug.) die **Naftalan-Seife**. Die Seife enthält 25% Naftalan und 2% Ueberfett und eignet sich zu prophylaktischer und therapeutischer Anwendung bei chronischen Ekzemen, Psoriasis, Lichen pilaris, bei Scabies vor den Salbenreibungen; ferner dort, wo Salbenverbände bei trockenen, schuppigen Ekzemen schwer halten, bei Pityriasis versicolor, Impetigo. Zur Verhütung von Ekzem eignet sich die Seife für Aerzte, Hebammen und dort, wo das Waschen in rauher Jahreszeit leicht zu Ekzem der Hände und des Gesichtes führt.

— Die Erfahrungen über die **Zimmtsäurebehandlung der Tuberculose** in den Jahren 1888—1901 hat CANTROWITZ zusammengestellt („SCHMIDT's Jahrbücher der gesamten Medicin“, Bd. 271, pag. 196). Nicht weniger als 76 Literaturangaben bestätigen die Angaben LANDERER's über die mit seiner Methode erreichten und erreichbaren günstigen Ergebnisse bei Bekämpfung der Tuberculose in allen wesentlichen Punkten. Wenn manche Autoren nicht so gute Erfolge, einige sogar Mißerfolge gehabt haben, so ist weniger die Methode als solche dafür verantwortlich zu machen, als vielmehr ihre nicht sachgemäße Ausübung. Bei geeigneter Auswahl der Fälle und richtiger (individueller) Dosirung werden die nicht ausbleibenden Erfolge jeden, der ohne Voreingenommenheit an die Hetolbehandlung herangeht, zum unbedingten Anhänger der Zimmtsäure machen. Es ist eine alte Erfahrung: Wer eine Methode bemeistert, wird stets gute Erfolge mit ihr erzielen. Ein Stümper wird, wie überall, so auch in der Zimmtsäurebehandlung nichts erreichen.

— Bei **Impetigo vulgaris** empfiehlt HODARA („Monatsh. f. prakt. Dermatologie“, Bd. 33, Nr. 3), die Impetigopusteln täglich oder jeden zweiten Tag einmal mit einer 50%igen Höllensteinlösung

zu betupfen; nach 2—4maliger Aetzung erfolgt die Heilung. Bei Säuglingen genügt tägliches 1—2maliges Aetzen mit 2—10%igen Lösungen und nachheriges Bepudern mit Calomel 1·0, Amyli 9·0.

— Zur **operativen Behandlung der DUPUYTREN'schen Contractur** berichtet LOTHEISSEN („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 30). Bei leichteren Fällen von DUPUYTREN'scher Fingercontractur lassen sich durch Massage oder durch subcutane Durchtrennung der sich spannenden Stränge Besserungen erzielen. Für schwerere Fälle schlägt Verf. eine Schnittführung vor, bei der die Narbe nicht über die Sehnen fällt, und ein bei der Streckung etwa entstehender Hautdefect nicht zu neuer Narbencontractur führt. Zu diesem Zweck wird der Schnitt seitlich geführt, also am ulnaren Rand über die Lig. lateralia, reicht bis zum 1. Interphalangealgelenk hinab, zieht dann proximalwärts am ulnaren Rande des Antithenar bis etwa zur Höhe des Lig. carpi transv. vol., wo er im Bogen zum Thenar hinübergeht. Der dadurch begrenzte volare Lappen wird nun vorsichtig abpräparirt, die Palmaraponeurose der in Betracht kommenden Finger — meist ist es der 5. und 4. — abgetragen. Die Operation wird in localer Anästhesie ausgeführt.

— Die **Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis** formulirt LANZ („Corr.-Bl. f. Schweizer-Aerzte“, 1901, Nr. 1). In frischen Fällen hält L. in den ersten Stunden der Erkrankung die Operation für angezeigt, ist dieser Zeitpunkt aber verstrichen, so soll in den nächsten Tagen ein Eingriff abgelehnt werden. Kommt es zur Bildung eines Exsudates, so soll womöglich dessen Resorption abgewartet und die Operation à froid vorgenommen werden. Wenn jedoch das Exsudat sich vergrößert, das Fieber anhält und der Allgemeinzustand des Kranken sich verschlechtert, so muß der Absceß eröffnet werden. Hier steht nun L. auf dem Standpunkte, daß nach dem Wurmfortsatz in diesen Fällen nicht gesucht werden soll. Von irgend welchem gewaltsamen Vorgehen, durch welches eventuell die freie Bauchhöhle eröffnet werden könnte, ist natürlich Abstand zu nehmen.

— Ueber die **chirurgische Behandlung des Magengeschwürs** und seiner Folgezustände berichtet KÖRTE („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 12). Operatives Eingehen kommt nicht in Frage in dem Frühstadium des Magengeschwürs, welches durchaus der internen Behandlung angehört (ausgenommen sind nur sehr frühzeitige Perforationen). Erst in dem Spätstadium, wenn die Mittel der inneren Medicin erschöpft sind, oder wenn Folgezustände mechanischer Art sich gebildet haben, welche nur durch operative Eingriffe behoben werden können, tritt die Chirurgie in ihr Recht. Dementsprechend geben die Hauptindication Pylorusverengerungen durch vernarbende Geschwüre, seltener offene Geschwüre ab, welche der inneren Behandlung trotzen und unerträgliche Beschwerden machen. Bei großen lebensgefährlichen Blutungen bleibt ein chirurgischer Eingriff oft das Ultimum refugium; dasselbe kann bei kleineren häufigen Blutungen der Fall sein. Magenperforationen erfordern natürlich so früh als möglich einen chirurgischen Eingriff.

— Ueber den **Einfluß von Alkohol und Obst auf die Harnsäurebildung** hat WEISS Versuche angestellt („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 26). Bezüglich der ersteren Genußmittel, von denen der Citronensaft in den letzten Jahren ja als „Curmittel“ infolge nachdrücklicher Reclame in gewissen Kreisen eine besondere Beliebtheit erlangt hat, kam er zu den gleichen Ergebnissen, wie LEBER und v. NOORDEN. Eine Veränderung der Harnsäureausscheidung, insbesondere eine Verminderung unter dem Einflusse dieser beiden Mittel konnte nicht festgestellt werden. Dasselbe Ergebnis hatte ein Versuch mit geschälten Äpfeln, während nach dem Genuße eines größeren Quantum (880 Grm.) ungeschälter Äpfel (vielleicht infolge des Gehaltes der Schalen an Chinasäure) eine deutliche Verminderung in der Ausscheidung von Harnsäure beobachtet wurde.

— Die **Augenentzündung der Neugeborenen in klinischer und bacteriologischer Hinsicht** erörtert GROSNOW („Archiv f. Ophthalmol.“, Bd. LII, H. 1). Verf. hat bei der Untersuchung der Ophthalmia neonatorum in bacteriologischer und klinischer Hinsicht auch vergleichende Versuche über die Wirkung einer 5%igen Protargollösung und einer 2%igen Höllensteinlösung angestellt,

indem bei Kindern, bei denen beide Augen gleich schwer erkrankt waren, das eine Auge mit Protargol, das andere mit Höllenstein behandelt wurde. Er kommt zu dem Ergebnis, daß beide Mittel in Bezug auf die Eigenschaft, die Gonokokken zum Verschwinden zu bringen, annähernd gleichwerthig sind.

— Ueber **Extractum fluidum hippocastani** und dessen therapeutische Verwendung berichtet SCHÜRMEYER („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 6). Die Kastanie enthält im reifen Zustande Saponin-substanzen. Mit dem von FLÜGGE hergestellten Extract hat Verf. eine Reihe geeigneter Fälle behandelt. Nach der Natur der wirk-samen Bestandtheile scheint das Extract berufen zu sein, in der Therapie von Rheumatismus, Neuralgien, überhaupt bei allen schmerzhaften Affectionen der Haut, eine hervorragende Rolle zu spielen. Einreibungen des unverdünnten, des mit Wasser oder Chloroform verdünnten Extractes, des ausgestrichenen Extractes als Pflaster, riefen selbst bei wochenlanger Anwendung keinerlei Hautreizungen außer leichter Röthung hervor. Das Mittel kann also bei seinem günstigen Erfolge nicht allein auf dem Wege des Hautreizes gewirkt haben. Gurgelwasser (1—2%ige Lösungen) hatte nicht die für die anderen Saponin-substanzen erwiesenen Nebenerscheinungen, wie Kratzen im Schlunde etc.; nur der bittere Geschmack machte sich geltend. Pillen aus 0.1 Extr. Hippocast. und 0.05 Extr. Rhei bis zu 3—4 pro dos. erzeugten keine unangenehme Nebenwirkung.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

F. SIEGERT (Straßburg) [Correferent]: Die Intubation und Tracheotomie bei Diphtherie seit der Serumbehandlung.

Ref. sucht die Bedeutung der Tracheotomie bei der Behandlung der Kehlkopfdiphtherie dadurch festzustellen, daß er an der Hand des Materials fast aller Städte Mitteleuropas mit über 50.000 Einwohnern insgesamt 22.600 Fälle von 1895—1900 aus 93 Spitälern ermittelt: 1. Die Leistungen der Tracheotomie im Vergleich mit den Erfolgen der principiellen primären Intubation, 2. die Leistungen der Tracheotomie in den intubirenden Spitälern, primär wie secundär, also bei aussichtsloser oder erfolgloser Intubation. Durch eine einfache Wandkarte wird sowohl die Herkunft des verwendeten Materials angegeben, wie ein anschauliches Bild von der Verbreitung der Intubation in Mitteleuropa an der Jahrhundertwende erreicht. Nur Spitalmaterial unter Ausschluß des privaten wurde verwendet, weil letzteres zu wenig einwandfrei ist. Außer dem Erfolg, wie er durch die relative Mortalität bezeichnet wird, wurde bei der Intubation auch deren Versagen berücksichtigt, soweit die Tracheotomie nothwendig wurde. An die Untersuchung der Frage, ob der Uebergang zur Intubation den betreffenden Spitälern eine Verminderung der Mortalität gebracht habe, schließt S. eine Erörterung der Häufigkeit der Tracheotomie in den intubirenden Spitälern mit guten, respective schlechten Resultaten und vergleicht schließlich die Spitäler mit besten und schlechtesten Erfolgen betreffs des angewendeten Verfahrens. Dabei gelangt er zu folgenden Schlüssen:

1. Tracheotomie und Intubation ergeben im Spital bei 11.104 Tracheotomirten und 11.511 in intubirenden Spitälern operativ behandelten eine Mortalität von 34.29, respective 34.27%, also die gleiche Mortalität.

2. Zur Erreichung dieses Resultates bedarf die Intubation der primären und secundären Tracheotomie.

3. Der größeren Häufigkeit der Tracheotomie entspricht in den intubirenden Spitälern ceteris paribus der Erfolg.

4. Durch Uebergang zur Intubation haben die tracheotomirenden Spitäler ihre Mortalität nicht vermindert.

5. Die principielle Tracheotomie, wie in höherem Grade die principielle Intubation sind unrationell.

6. Nur die Anwendung beider Verfahren erlaubt den best-möglichen Erfolg.

Im zweiten Theil seines Referates begründet S. die Nothwendigkeit des Uebergangs zur facultativen Intubation seitens der Tracheotomen mit der Thatsache, daß es bei facultativer Intubation bei mindestens gleichem Endresultat gelingt, die blutige, eingreifendere Tracheotomie in $\frac{2}{3}$ der Fälle zu vermeiden.

Die Tracheotomie aber hat außer einer ganzen Anzahl von den intubirenden Klinikern erhobener Vorzüge nur wenige Nachteile: den blutigen Eingriff, die Narbenbildung, die schwerer zu erlangende Einwilligung zur Operation, die längere Dauer der Behandlung. Eine Anzahl weiterer, von den Gegnern der Tracheotomie behaupteter Nachteile: Häufigkeit gefährlicher Blutungen und Nachblutungen, Schwierigkeit der Wundbehandlung und Assistentz; das „Springen“ und Herausreißen der Canülen wird als unberechtigt zurückgewiesen. Trotz der zahlreicheren Schwierigkeiten der Intubation und gewisser Vortheile der Tracheotomie aber ist diese nicht erlaubt, wo die weniger eingreifende Intubation genügt. Noch mehr aber ist die principielle Intubation zu verwerfen, da unbedingte Contraindicationen derselben allgemein anerkannt sind. Nur die facultative Intubation und Tracheotomie erlaubt die Erfolge, die heute von jedem Spitalleiter gefordert werden können und müssen.

Im letzten Theil werden die Forderungen erhoben, welche zu erfüllen sind, wenn die Lehre von der operativen Behandlung der Larynxdiphtherie weitere Förderung erfahren soll.

Zu diesem Zweck bedarf es 1. einer recht genauen klinischen Mittheilung des Diphtheriematerials der Spitäler mit genauer Berücksichtigung der mit und ohne Operation behandelten Croupfälle. Die Vor- und Nachteile der Tracheotomie und Intubation, local wie allgemein, die augenblicklichen und dauernden Folgen, die Complicationen bedürfen wie vieles andere der eingehenden Wiedergabe. Sodann müssen 2. die Indicationen für den primären Eingriff, Intubation oder primäre Tracheotomie, genauer gestellt werden. Vor allem aber bedarf es 3. viel schärferer Angaben über die Verhältnisse und den Zeitpunkt, welche für die secundäre Tracheotomie maßgebend sind. Erst wenn hier Klarheit gewonnen ist über die Momente, welche den Uebergang von der Intubation zur Tracheotomie gebieten, sei es die Rücksicht auf eine ungenügende Beseitigung der Athemnoth, sei es auf eine drohende locale Schädigung durch den Tubus, sei es auf mangelhafte Ernährung, wird ein weiterer Fortschritt der Intubation und Tracheotomie bei Diphtherie erreicht werden.

Abtheilung für Chirurgie.

Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.

QUINCKE (Kiel), Referent, führt aus, daß nur die Chirurgie der Lungen imstande ist und es somit ihre erste Aufgabe ist, der Eiterung Abfluß zu verschaffen. Er bespricht sodann die verschiedenen Ursachen der Eiterung, die mechanischen, bacteriellen Ursachen und die Prädisposition zur Eiterung, die durch die Erkrankung der Schleimhaut der kleinen Bronchien, durch Verlust ihres Flimmerepithels gegeben ist. Sodann kommt Q. im Besonderen auf die tuberculösen Processe zu sprechen. Der Zweck, die Entleerung des Eiters, die Narbenbildung ist an der Lunge durch ihre Eigenthümlichkeit der Lage, des Baues etc. nicht so leicht wie sonst an den Organen, besonders wenn Verwachsungen mit der Brustwand vorhanden sind, wenn das Gewebe um den Absceß herum durch langdauernde Processe starr und hart geworden ist. Q. ist der Meinung, daß die Eiterung des Unterlappens in gewissen Beziehungen günstiger ist als die des Oberlappens. Für die Höhlen des Unterlappens ist nur die Absceßspaltung, für die des Oberlappens aber ausgedehnte Rippenresection nothwendig, weil die

Eiterung des Unterlappens durch die günstigen Auswurfsbedingungen beim Husten besser entleert wird als die des Oberlappens. Das Wichtigste ist die Diagnose und am wichtigsten ist mikroskopische Diagnose, der Befund elastischer Fasern im Auswurf, wobei ihr Fehlen eine Höhle noch nicht ausschließt. Auch Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken sind wichtig. Höhleneiter hat meistens üblen Geruch. Bei Höhlen im Unterlappen findet die Expectoration gewöhnlich periodisch statt. Die classischen Höhlensymptome gelten vorwiegend für die Höhlen des Oberlappens, die gewöhnlich tuberculöser Natur sind. Die des Unterlappens stellen selten größere Räume, gewöhnlich spaltförmige Formen dar, die zumeist noch ausgefüllt sind. Das amphorische Athmen ist sehr trügerisch. Die Roentgendurchleuchtung ist nur in sehr mäßigen Grenzen verwendbar. Größere Höhlen kennzeichnet sie durch ein helles Centrum mit dunklem Rand. — Will man nun operiren, so ist eine weitere wichtige Frage, ob die Pleurablätter an dieser Stelle miteinander verwachsen sind. Alle üblichen physikalischen Zeichen dafür haben keine große Bedeutung. Die Verwachsung fehlt sehr häufig bei der aus chronischer Bronchitis entstandenen Eiterbildung.

Man wird häufig bei der Operation enttäuscht, und dies immer zum Unglück des Pat., denn wo man sichere Verwachsungen vermuthete, fehlen solche, und Infection der frischen Pleurahöhle durch den Eiter ist meist durch Collaps oder durch Sepsis tödtlich. Redner spricht dann noch über die Lungengangrän und die Verschlechterung der Diagnose durch die Putrescenz wegen der septischen Intoxication. Nach den acuten einfachen und den acuten putriden Abscessen muß man besonders die chronischen einfachen Abscesse betrachten, die gewöhnlich mit Bronchiectasien verbunden sind. Die chronischen putriden Abscesse sind schwer zu diagnosticiren, ihre operative Behandlung ist wenig erfolgversprechend. So kommt er zu dem Schluß, daß acute Processe günstig, chronische ungünstig für den Erfolg chirurgischen Handelns sind, daß Putrescenz bei beiden Arten die Prognose stark beeinträchtigt. Die Fremdkörperabscesse sind günstiger für die chirurgische Therapie. Die Tuberculose wird durch die Operation günstig beeinflusst; wenn man auch die mit Tuberkeln durchsetzte Absceßwand nicht gut in Angriff nehmen kann, so wirkt in vielen Fällen schon sehr günstig für die Ausheilung der Tuberculose die Ausschaltung des Lungenflügels aus den Athmungsbewegungen durch Rippenresection und die Immobilisation der erkrankten Partie.

KÖLLIKER (Leipzig): Ueber Aether-Chloroformnarkose.

K. leitet die Narkose mit Aether ein und setzt sie mit Chloroform fort. Er demonstriert seine dreitheilige modificirte JUILLARD'sche Maske.

Sudeck (Hamburg) empfiehlt die Operation im ersten Aetherrausch vor Eintritt des Excitationsstadiums.

Abtheilung für innere Medicin.

UMBER (Berlin): Das Verhältniß von Zucker- und Stickstoffausscheidung beim Eiweißzerfall durch Diabetes.

Bei der Berechnung der in den Stoffwechsel eingetretenen Eiweißmengen, die nöthig sind, um den vom schweren Diabetiker ausgeschiedenen Eiweißzucker zu liefern, hält man sich heute im Allgemeinen an die Vorstellung, daß aus 6·25 Grm. Eiweiß höchstens 2·8 Grm. Zucker entstehen können (MINKOWSKI'sche Zahl). Ist die Quantität des ausgeschiedenen Zuckers im Verhältniß zum ausgeschiedenen Stickstoff (D:N) größer als 2·8 — die hier beobachteten Werthe schwanken zwischen 0·01—12·2 : 1 —, so vermochte man sich den Ueberschuß dieses sogenannten „Eiweißzuckers“ nicht recht zu erklären. RUMPF und v. NOORDEN sprechen als Quelle dafür das Fett an. Diese Berechnung der der Zuckerbildung dienenden Eiweißmengen auf Grund des Zuckerstickstoffquotienten setzt aber voraus, daß das Eiweißmolecül, sowie es überhaupt in den Stoffwechsel eintritt, auch bis in seine sämtlichen Endproducte abgebaut werde, somit auch sein gesamtter Stickstoff im Urin erscheine. Dem stehen aber unsere Erfahrungen auf dem Gebiet der Eiweißchemie entgegen, und Votr. tritt auf Grund seiner Untersuchungen über die Zerfallsproducte der Eiweißkörper dafür ein, daß das Eiweißmolecül im Körper durch fermentative Prozesse

in primäre Spaltproducte ganz verschiedener physiologischer Bedeutung zerlegt wird, von denen die einen zum Aufbau, die anderen zur Ausscheidung bestimmt werden können, je nach der herrschenden Stoffwechselanomalie. Der Diabetiker schwerster Form steht nun meistens gleichzeitig unter den Gesetzen der Unterernährung. Er wird also einerseits aus dem zerfallenden Eiweißmolecül diejenigen kohlenstoffhaltigen Gruppen, die als synthetische Bausteine zur Synthese seines ausgeschiedenen Eiweißzuckers dienen — und dazu gehören keineswegs nur die Derivate über präformirte Kohlehydratgruppen —, eliminiren, andererseits den zum Eiweißbau vollwerthigen N-reichen Proteosenrest, der an Zuckerbildnern arm ist, wieder in seinem Eiweißbestand ansetzen, so lange er eben unter den Gesetzen der Unterernährung steht und Eiweiß um jeden Preis zu retiniren sucht. Der ausgeschiedene N sagt uns also nicht, wie viele Eiweißmolecüle mit ihren zuckerbildenden Gruppen in den Stoffwechsel des schweren Diabetikers eingetreten sind; je nach dem speciellen Eiweißbedürfniß derartiger Fälle kann der Werth des Quotienten D:N die verschiedensten Größen annehmen herauf bis zur RUMPF'schen Zahl von 12·2, ohne daß wir deshalb genöthigt wären, eine andere Quelle für den ausgeschiedenen „Eiweißzucker“ heranzuziehen als das Eiweißmolecül. Dabei muß der gesammte Eiweißbestand des schweren Diabetikers unter diesen Umständen allmählig an derartigen Zucker bildenden Gruppen verarmen.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse.“)

Académie des Sciences.

LORTET und GENOUD: Ueber einen sehr einfachen Apparat für die Application der Phototherapie von FINSEN.

Man schaltet in den Lichtkegel einer von einem constanten Strome gespeisten Bogenlampe einen mit Wasser gefüllten Ballon ein, welcher den Zweck hat, die Lichtstrahlen convergent zu machen und die Wärmestrahlen zum großen Theile zurückzuhalten. Auf die dem Licht auszusetzende Körperregion wird ein Compressor gebracht, durch welchen constant kaltes Wasser strömt, um auch die Wärmestrahlen auszuschalten. Die Versuche haben gezeigt, daß die Intensität der photochemischen Wirkung bei der geschilderten Anordnung ebenso groß ist, als bei der Anwendung des von FINSEN angegebenen Condensators.

Roos: Ueber die physiologische Wirkung des Weines.

Von 6 Meerschweinchenpaaren bekamen 4 täglich Wein, während die anderen in gewöhnlicher Weise ernährt wurden. Nach 3 Monaten zeigten die Thiere, welche Wein bekommen hatten, eine größere Gewichtszunahme und hatten auch mehr Junge als die Controlthiere. 2 Monate später war die relative Gewichtszunahme der Thiere, welche Wein bekommen hatten, noch größer. Nach 9 Monaten war auch das Verhältniß der Zahl der Jungen zu Gunsten der Thiere, welche Wein bekamen, gewachsen; die Mortalität der Jungen war bei den Controlthieren etwas geringer. Auch die Arbeitsleistung scheint durch die Darreichung von Wein in günstigem Sinne beeinflusst worden zu sein. Von 2 Meerschweinchen, welche ungenügende Nahrung bekamen, erhielt das eine täglich 5 Ccm. Wein; das Thier, welches keinen Wein erhielt, ging am 25. Tage der Versuchsperiode zugrunde, während das Meerschweinchen, welches eine tägliche Weinration erhalten hatte, sich als vollkommen widerstandsfähig erwies.

Société de Biologie.

GILBERT und FOURNIER: Die therapeutische Verwendung des Lecithins.

Das Lecithin übt einen günstigen Einfluß auf die Ernährung thierischer und pflanzlicher Organismen aus, indem es die Assimilation des Stickstoffes und des Phosphors begünstigt. Das aus dem Eidotter gewonnene Lecithin wurde in einmaligen Dosen von 2 bis 5 Grm., oder in fortgesetzten Einzeldosen von 0·1—0·2 Grm. Thieren verabreicht. Die Thiere zeigten beträchtliche Gewichtszu-

nahme, schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet. Beim Menschen wurde Lecithin intern in Pillen à 0.1–0.5 Grm. oder subcutan in sterilisirten Oliven gelöst, in Dosen von 0.05 bis 0.15 Grm., jeden 2. Tag verabreicht. Bei Tuberculösen, die sich zum Theil in einem vorgeschrittenen Krankheitszustand befanden, wurde Steigerung des Appetites, Zunahme der Kräfte, Gewichtszunahme, in einem Falle selbst bei einem fiebernden Kranken, sowie Besserung des Allgemeinzustandes erzielt. In 2 Fällen wurde Abnahme des Hustens, des Auswurfes und der Anzahl der Bacillen gesehen. Auch bei Neurasthenie und anderen Erkrankungen des Nervensystems wurden mit Lecithin günstige Erfolge, namentlich hinsichtlich des Allgemeinbefindens erzielt. Man kann aus den Beobachtungen schließen, daß die langdauernde Verabreichung des Lecithins für Mensch und Thier unschädlich ist und daß die therapeutischen Erfolge weitere Versuche mit dem Mittel angezeigt erscheinen lassen.

Société de Chirurgie.

REYNIER: Das Krebsheilserum.

Nach den Beobachtungen des Vortr. vermag das Krebsheilserum wohl nicht vollständige Heilung, wohl aber in einzelnen Fällen eine wesentliche Besserung zu erzielen. Es werden die unerträglichen Schmerzen sehr rasch beseitigt, und es zeigt sich auch eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens. Das Carcinom selbst bleibt unbeeinflusst, und es ist auch von keinem Serum eine diesbezügliche Einwirkung zu erwarten.

Piqué hat bei einem Recidiv eines malignen Tumors unter dem Einflusse der Serumeinspritzungen ein rascheres Wachstum der Geschwulst beobachtet.

Tuffler meint, daß das Serum wohl auf das Allgemeinbefinden, nicht aber auf die Geschwulst günstig zu wirken vermag.

Lannois hat bei einem Falle von inoperablem Mammacarcinom subcutane Injectionen von schwefel- und salzsaurem Chinin angewendet, worauf sich eine auf Wirbelsäulenmetastase beruhende Parese der unteren Extremitäten zurückbildete und auch das Krebsgeschwür an der Mamma eine Besserung seines Aussehens zeigte.

Tuffler beobachtete Besserung eines inoperablen Mammacarcinoms nach Injectionen von kakodylsaurem Natrium.

Bazy weist auf das Vorkommen spontaner Besserungen beim generalisirten Carcinom hin. So gingen bei einer Pat., welche wegen Mammacarcinom operirt worden war, Gibbus und Paraplegie spontan wieder zurück.

Félizet schlägt vor, nach Krebsoperationen Chinin zur Verhütung von Recidiven zu verabreichen.

Nimier hat keinerlei Nutzen der Serumbehandlung bei einem Fall von Zungencarcinom mit Drüsenschwellung gesehen.

Académie de Médecine.

J. BOECKEL: Totale Gastrektomie mit Ausgang in Heilung.

Vortr. hat vor einigen Monaten bei einer 38jährigen Frau, welche seit 2 Jahren an Magenbeschwerden litt, die vollständige Ausschaltung des Magens vorgenommen. Die Untersuchung ergab einen apfelgroßen, harten, höckerigen, sehr leicht beweglichen Tumor in der linken Subumbilicalgegend. Der Harn war eiweiß- und zuckerfrei, Herz und Lungen gesund. Es wurde zunächst an ein Carcinom des Querecolons gedacht, doch zeigte es sich bei einer neuerlichen Untersuchung, daß der Tumor nunmehr oberhalb des Nabels zu finden war, und es wurde die Diagnose auf Magencarcinom gestellt. Bei der Laparotomie zeigte es sich, daß der Tumor die ganze kleine Curvatur occupirte und bis zum Pylorus reichte. Es wurde der Magen vorgezogen und zum Zwecke der Totalexstirpation zunächst die große Curvatur freigemacht, dann der Magen an der Cardia abgelöst, weiter die kleine Curvatur von ihrer Adhäsion mit dem Pankreas freigemacht, schließlich das Duodenum durchtrennt und nach Blutstillung die Cardia mit dem Duodenum vernäht. Die Operation dauerte 1½ Stunden, das Abdomen wurde geschlossen, Drainage nicht angewendet. Die Wunde heilte per primam, ohne Fistelbildung, die Pat. konnte nach 22 Tagen aufstehen und am 33. Tage das Krankenhaus verlassen. Die Verdauungsthätigkeit erwies sich als eine durchaus befriedigende, nur mußte man der Pat. öfters kleine Mahlzeiten verabreichen. Eine beträchtliche Körpergewichtszunahme zeigte am deutlichsten, daß sich die Verdauungs- und Assimilationsvorgänge in vollständig nor-

maler Weise vollzogen. Aus dieser Beobachtung läßt sich der Schluß ziehen, daß die vollständige Exstirpation des Magens mit dem Leben vereinbar ist und sogar zu beträchtlicher Besserung führen kann. Es ist kein Zweifel, daß sie nicht nur bei Carcinom, sondern auch bei anderen schweren Magenerkrankungen, welche wegen ihres Sitzes oder ihrer Ausdehnung die Ausführung der Gastroenterostomie unmöglich machen, indicirt ist. Die Operationstechnik der Totalexstirpation des Magens umfaßt 5 Hauptacte, und zwar 1. Freilegung der großen Curvatur mittels Durchtrennung des Lig. gastro-colicum, 2. Freimachung des oberen Endes zwischen 2 Darmklemmen, von denen die eine oberhalb oder unmittelbar unterhalb der Cardia zu liegen kommt, 3. Freimachung des Magens im Niveau der kleinen Curvatur vermittelst Durchtrennung des Lig. gastro-hepaticum, 4. Freimachung des unteren Endes mittels Durchtrennung der zwischen 2 Klemmen gefaßten obersten Partie des Duodenums, 5. Herstellung der Anastomose zwischen Cardia und Duodenum. Naht der Bauchwand, ohne Drainage bildet den Abschluß der Operation.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Accademia medico-chirurgica di Ferrara.

TADDEI: Ueber den Grad der Zusammenziehung der Venen bei seitlicher Ligatur und die Naht ohne Functionsbeeinträchtigung.

Wegen der Schwierigkeiten, die sich einer genauen Messung der genannten Verhältnisse entgegensetzen, bediente sich T. der einfachen Inspection. Er ging in der Anwendung der seitlichen Ligatur so weit vor (Versuchsthiere waren Hunde und Kaninchen, er operirte an den Jugular- und Femoralvenen), als er die Variationen des Gefäßcalibers in dem betreffenden Körpersegmente abzuschätzen vermochte. Seine Technik aber war eine ganz besondere. Das Gefäß selbst wurde nicht verletzt. Da Verengerungen auf $\frac{1}{4}$ und auf die Hälfte des Durchmessers ohne Folgen blieben und erst Caliberrestriction auf $\frac{3}{4}$ des Durchmessers Obliteration des Gefäßes durch eine Art von adhäsiver Endophlebitis zur Folge hatte, gelangte T. zu dem Schlusse, daß die seitliche Ligatur auch bei kleineren Venen zur Verwendung gelangen dürfe, wenn das Gefäßcaliber dadurch nicht auf mehr als die Hälfte reducirt werde. Bei Anwendung der Naht bleibt die Function besser erhalten, und kann man mit der Verengerung des Gefäßcalibers noch weiter herabgehen.

TADDEI: Experimentelle Untersuchungen über die Plastik der Venenwand.

Vortr. hat seine Untersuchungen an den Jugular- und Femoralvenen von Hunden ausgeführt. Er ging in folgender Weise vor: Er erzeugte zunächst Substanzverluste von Myrthenblattform, deren Längsdurchmesser parallel der Venenachse, und erzielte Erhaltung der Function ohne sofortige Blutstillung durch Anlegung einer theils fortlaufenden, theils geknüpften Naht, senkrecht auf die Achse des Gefäßes. Zweitens versorgte er verschieden geformte Substanzverluste der Venenwand durch einen vierseitigen Wundlappen, der mit seinen drei freien Seiten theils durch fortlaufende, theils durch geknüpfte Naht in den Substanzverlust hineingenäht wurde. Die Blutstillung war immer vollkommen, die Jugularis blieb durchgängig. An der Femoralis beobachtete er mehr oder weniger vollkommene Obliteration durch Thrombenbildung.

CENTANNI: Die biochemische Diagnose der Rabies.

Die rasche Feststellung der Diagnose „Rabies“ scheidet an unserer Unkenntniß der Natur des Virus sowie an der Inconstanz und mangelnden Specificität der histologischen Veränderungen. C. studirte den Einfluß einer Emulsion von Nervengewebe eines wuthkranken Thieres auf das betreffende Antiserum. Er fand eine Art von Agglutination. Kurze Zeit, nachdem sich die beiden Medien berührt hatten, erschienen in der Emulsion kleine Flöckchen, die immer dichter wurden und mikroskopisch aus zusammengeballten

Nervenzellen bestanden. Fibrinbildung bestand, Myelinbildung in ganz geringem Maße. Bald darauf begannen Erscheinungen von Zelldestruction, Kariolyse und Karioschisen. Stammt das verwendete Serum von einem geimpften Thiere, dann erzeugte auch eine gewöhnliche Emulsion die gleichen Folgen wie ein Antiserum. Das nervöse Gewebe eines rabieskranken Thieres ist empfindlicher als das gesunde. Das Virusfix des Hundes hat eine lytische, nicht eine agglutinirende Eigenschaft, dasjenige des Kaninchens verhält sich umgekehrt.

RAVENNA: Psychischer Entwicklungsstillstand bei einem neun-jährigen Mädchen.

Das Kind ist das letzte unter 13 Geschwistern, als die Eltern bereits in vorgeschrittenem Alter waren, geboren, die Mutter schwächlich, nervös, mit psychischen Defecten während der Gravidität behaftet. Die Mutter hat das Kind selbst gestillt. Gegenwärtig entspricht der Geisteszustand des demonstrierten Kindes dem Alter desselben nicht, es macht einen stupiden Eindruck, hat leichten Strabismus, hält den Mund immer halb offen, der Kopf ist klein, die Schilddrüse atrophisch. Das Kind kann nur wenige Worte sprechen, hat geringe Willenskraft, sehr gesteigerte Patellarsehnenreflexe. Es handelt sich offenbar um eine Entwicklungshemmung, bereits durch intrauterinen Einfluß hervorgerufen. R. rät die Unterbringung der Kranken in einer Idiotenanstalt an, denn er hält dieselbe entschieden für erziehungsfähig. Beließe man sie in ihrer Familie, dann würden ohne Zweifel die geringen Reste von Intelligenz unfruchtbar bleiben und schließlich vollkommen zugrunde gehen.

C. MINERBI: Situs viscerum inversus.

Es handelte sich um einen Fall von Transposition der Eingeweide an einem 7jährigen, an Bronchiektasien erkrankten Knaben. Der Spitzenstoß befindet sich an der rechten Mammilla, die Leberdämpfung links, die Milzdämpfung rechts. Das Kind stammt von normalen Eltern; es wurde halb asphyktisch geboren, bekam die ersten Milchzähne mit 11 Monaten und begann, 17 Monate alt, zu gehen. Seit seiner Geburt ist es dyspnoisch und hustet. Es bestehen zweifelloste Symptome von Lungenemphysem, daneben Erscheinungen von ausgesprochener Bronchiektasie an verschiedenen Stellen des Thorax. Fieber ist niemals aufgetreten.

Accademia dei fisiocritici di Siena.

SALVATORE OTTOLENGHI: Die Abkühlung der Leiche nach einigen gewaltsamen Todesarten.

Nach Traumen des verlängerten Markes, Suspension, Erstickung, Erdrosselung, Erwürgen, Strychninvergiftung prüfte Votr. mit Thermometern an Hunden durch Bestimmung von Hundertsteln eines Grades die Temperatur im Brust- und Bauchraume, der Extremitäten und des Gehirns. Die Bestimmungen dauerten bis 7—9 Stunden nach dem Tode und wurden alle 3 Minuten wiederholt. Immer fand sich $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Tode die höchste Temperatur im Abdomen, die nächstniedrigere im Hirne, die niedrigste in der Musculatur. Der Körper verliert sonach seine Wärme nicht gleichmäßig. Bei allen Todesarten geht die Abkühlung im Bauchraume überaus langsam vor sich, viel rascher in Hirn und Musculatur. Die Intensität und die Raschheit der Abkühlung wechselt je nach den physikalischen Verhältnissen der Umgebung, dem Eintritte des Todes, der Lage der Leiche, der consecutiven Hypostase etc. Die erhaltenen Zahlen sind zur Bestimmung der Ursachen, des Zeitpunktes und der Raschheit des Todeseintrittes verwendbar.

MAZZI: Bromojodismus.

Ein Kranker mit Tabaksamblyopie wurde einer Jod-Brom-Cur mit steigender Dosis unterworfen. Nachdem er 1.5 Grm. Jod und 6 Grm. Brom genommen hatte, trat ohne Fieber ein Gichtanfall auf mit deutlicher Schwellung des Großzehengelenkes und lebhafter Schmerzhaftigkeit. Jedwedes Mittel gegen die schmerzhaftige Affection blieb erfolglos; dieselbe wich erst, nachdem mit der Jod-Brom-medication ausgesetzt worden war. Der Kranke hat weder vorher noch nachher wieder jemals einen Gichtanfall gehabt.

MAZZI: Castration und Menstruation.

Ein Beitrag zur Thatsache der Wiederkehr der Menstruation nach beiderseitiger Castration. Es handelte sich um eine Frau, die durch 5 Jahre, vom 40. Tage ihres ersten Puerperiums angefangen und hierauf in jeder Menstruationsepoche, von heftigen convulsivischen Anfällen und Schmerzen in den Ovarien befallen war. Sie wurde in Florenz ovariektomirt. Nach drei Monaten kehrte die Menstruation, von den früheren stürmischen Symptomen begleitet, wieder und wiederholte sich nunmehr allmonatlich. Votr. berichtet sodann über die Statistik dieser seltenen Erscheinung.

Notizen.

Wien, 2. November 1901.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 29. October stattgefundenen Kammerversammlung berichtete zunächst Präsident Prim. Dr. HEIM über zwei Erlässe der n. ö. Statthalterei, mit welchen die von der Kammer am 9. Juli 1901 beschlossene Aeußerung über die Hintanhaltung der angeblich vorgekommenen Irreführung von Spitalsorganen durch Ausstellung unrichtiger Spitalzettel seitens der praktischen Aerzte wegen ungebührlicher Schreibweise zurückgestellt und erklärt wurde, daß ein eventuelles ehrenrätliches Verfahren seitens der Kammer gegen den in der Aeußerung genannten Spitalsleiter unzulässig sei, da derselbe in seiner amtlichen Eigenschaft in disciplinärer Hinsicht nur der Statthalterei unterstehe. Nach dem Antrage des Vorstandes wurde beschlossen, diese Erlässe dahin zu beantworten, daß die Wiener Aerztekammer in ihrer Aeußerung lediglich den Zweck im Auge hatte, die Statthalterei über die thatsächlichen Verhältnisse aufzuklären und die nach ihrer Meinung zweckmäßigsten Mittel zur Abhilfe zu empfehlen; bezüglich des erwähnten Spitalsleiters wird mit Rücksicht auf die von der Statthalterei ausgesprochene Rechtsanschauung betreffs der Competenz des Ehrenrathes das Ersuchen gestellt, die Statthalterei möge denselben wegen der ihm zur Last gelegten Angriffe auf einen Collegen im eigenen Wirkungskreise zur Verantwortung ziehen. — Dr. GRUSS referirte über eine von der Statthalterei verlangte Aeußerung, betreffend das sich in letzterer Zeit in Wien wieder bemerkbar machende sogenannte „magnetische Heilverfahren“. In der nach dem Antrage des Referenten beschlossenen Aeußerung wird die Ansicht der Kammer dahin ausgesprochen, daß die sogenannte Heilmethode mit thierischem Magnetismus nicht als eine wissenschaftlich begründete Heilmethode anzusehen ist, daß das Publicum gegen eventuelle Ausbeutung zu schützen Sache der staatlichen Aufsichtsbehörde sei, und daß der marktschreierischen Anpreisung dieser wie jeder Heilmethode durch die Disciplinarmittel der Aerztekammern begegnet werden soll, wobei dieselben die werththätige Unterstützung der Regierung benöthigen. — In einem Referate über eine Anregung der Aerztevereins-Section Amstetten constatirt Referent Dr. GRUSS unter Hinweis auf die Bestimmungen der Concursordnung und des Verfahrens über Streitsachen, daß dem Arzte bezüglich der Geltendmachung seiner Honorarforderungen ein Vorzugsrecht sowohl an die Concursmasse eines Lebenden als auch an den Nachlaß eines Verstorbenen eingeräumt ist. — In einem weiteren Referate über eine von einem magistratischen Bezirksamte gegen einen Arzt durchgeführten Amtshandlung wegen Verweigerung der ärztlichen Hilfeleistung führt Referent Dr. GRUSS an, daß kein Gesetz existire, welches einen praktischen Arzt zu einer Hilfeleistung zwingt, da die für den Berufszwang herangezogenen veralteten Hofkanzleidecrete und Patente den heutigen Verhältnissen nicht mehr entsprechen und für den freien ärztlichen Stand nicht mehr anwendbar seien.

(Abnahme der Zahl der Studenten der Medicin.) Wie aus Daten hervorgeht, die von den Decanaten der medicinischen Facultäten an den österreichischen Universitäten herrühren, hat die Zahl der Studenten der Medicin seit den letzten zehn Jahren in sehr starker Weise abgenommen. An den sieben medicinischen Facultäten Oesterreichs (Wien — Graz — Innsbruck — Prag

deutsche — Prag tschechische Facultät — Lemberg — Krakau) waren inscribirt im Wintersemester der Studienjahre:

1891—1892 =	5275
1892—1893 =	5193
1893—1894 =	4985
1894—1895 =	4686
1895—1896 =	4297
1896—1897 =	3954
1897—1898 =	3604
1898—1899 =	3207
1899—1900 =	2793
1900—1901 =	2555

Die Zahl der Promotionen war nicht in dem Maße absteigend; sie betrug vom Jahre 1891—1892 bis zum heurigen 721, 717, 764, 857, 801, 724, 732, 675, 714, 603.

(Honorarverhältnisse der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) Wie officiös verlautbart wird, treten die infolge der Action der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten in Aussicht genommenen Ameliorationen mit dem Anfange des Jahres 1902 in Kraft. Von dieser Zeit an sollen die Adjuten der Abtheilungsassistenten an den Wiener öffentlichen Krankenanstalten von 1400 auf 1800 K, jene der Secundärärzte von 1000 auf 1400 K erhöht werden. Die Prosectursadjuneten und Laboratoriumsassistenten nehmen an dieser Erhöhung theil, je nachdem sie der ersteren oder letzteren Kategorie von Hilfsärzten gleichgestellt sind. Auch die den Hilfsärzten hinsichtlich der Beköstigung, der Bedienung und Beleuchtung zugeordneten Begünstigungen sollen je nach den Verhältnissen der einzelnen Anstalten durchgeführt werden. 16 Secundärärztestellen werden neu systemisirt, und es wird die Veranlassung getroffen, daß diese Stellen, insofern nicht in einer oder der anderen Anstalt wegen Mangels an Wohnungen ein Hinderniß obwaltet, noch im Laufe des Jahres besetzt werden. Anläßlich der Eröffnung des Betriebes der nächst dem k. k. Wilhelminenspital befindlichen zwei Kinderspitäler wird eine weitere Vermehrung der hilfsärztlichen Stellen erfolgen. Die gesammten dauernden Mehrausgaben, die sich aus der Durchführung der erwähnten Maßnahmen für den Wiener Krankenhausfond ergeben, betragen rund 122.000 K.

(Universitätsnachrichten.) Ein Erlaß des österreichischen Ministeriums für Cultus und Unterricht vom 23. August d. J. bestimmt, daß bezüglich der Promotion ungarischer Staatsangehöriger zu Doctoren der Medicin von den Studirenden aus Ungarn der bei anderen Ausländern vorgeschriebene Revers abzufordern ist, in welchem die Erlangung der Praxisberechtigung von dem vorherigen Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft abhängig zu machen ist. — Aus München erfahren wir: Die bayerische Unterrichtsverwaltung hat die Creirung einer Lehrkanzel für Gewerbehygiene an der Münchener Universität beschlossen.

(Personalien.) Der Primararzt des landesgerichtlichen Gefangenhauses in Wien Dr. RUDOLF Ritter KUNDRAT von LÜFTENFELD ist ad personam in die 8. Rangklasse der Staatsbeamten versetzt worden. — Der Professor der klinischen Propädeutik Dr. SAMUEL STERN ist in den Ruhestand getreten. — Geh. Rath Prof. Dr. WALDEYER ist zum Ehrendoctor der Universität Yale ernannt worden.

(MARCEL NENCKI †.) In St. Petersburg ist der Professor an dem dortigen Institute für experimentelle Medicin MARCEL NENCKI im 55. Lebensjahre plötzlich gestorben. NENCKI war einer der bedeutendsten Vertreter der organischen Chemie unserer Zeit; eine Reihe von physiologischen Errungenschaften und Entdeckungen, zumal auf dem Gebiete des Stoffwechsels, verdanken wir seinem Scharfsinne und seiner geradezu unübertrefflichen Arbeitskraft. Seine Arbeiten sind theils in deutscher, theils in polnischer Sprache erschienen. Die wichtigsten derselben sind: „Ueber die Vorstufen des Harnstoffs“, „Ueber die Harnfarbstoffe aus der Indigogruppe“, „Zur Kenntniß der Fäulnißprocesse“, „Beiträge zur Biologie der Spaltpilze“. In den letzten Jahren hat sich N. vorwiegend der Bearbeitung hygienischer Fragen zugewandt. Seine Erfolge auf diesem Gebiete zeigen die Untersuchungen über die Rinderpest und die Vaccine der Rinder, seine Desinfectionsmethoden u. a. m. NENCKI

hat seinen Namen mit unvergänglichen Lettern in das Buch der Wissenschaft eingetragen.

(Meisterkrankencassen.) Die Landesregierung in der Bukowina hat den Beschluß der dortigen Aerztekammer in Betreff der Nichtannahme einer Stelle bei den Meisterkrankencassen außer Kraft gesetzt.

(Exempla trahant!) Die Stadt Frankfurt hat eine ihr vermachte Stiftung von 500.000 Mark einem der größten ihrer Söhne, dem Pathologen PAUL EHRlich, überlassen. EHRlich soll diese Summe der Erforschung der Aetiologie des Carcinoms zuwenden und hat zu seinem Mitarbeiter den Zoologen WEIDENBUCH gewählt.

(Zum Frauenstudium.) Aus Königsberg erfahren wir: Die ordentlichen Professoren an der hiesigen Universität STIEDA (Anatomie), LOSSEN (Chemie) und PAPE (Physik) haben ihre Vorlesungen weiblichen Studirenden verschlossen. Infolge dessen ist Frauen das ordnungsgemäße Studium der Medicin in Königsberg unmöglich.

(Der 23. Balneologencongreß) wird vom 8.—12. März 1902 in Stuttgart tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen werden rechtzeitig erbeten an den Generalsecretär der balneologischen Gesellschaft, Geh. San.-Rath Dr. BROCK, Berlin SO., Melchiorstr. 18.

(Handel mit dem Doctortitel.) Ein schwunghafter Handel wird — wie wir amerikanischen Blättern entnehmen — seit kurzem mit dem Doctortitel der Universität in Jersey-City betrieben. Der Titel eines Doctors der Medicin kostete durch Vermittlung von Händlern, auf deren Ausforschung der Gouverneur von New-Jersey bereits einen Preis gesetzt hat, die Summe von — 10 Dollars, mit dem Titel eines Doctors der Philosophie zusammen 15 Dollars.

(Der Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens) zählt trotz seines kaum 1½-jährigen Bestandes bereits ein Drittel der Wiener Aerzte zu seinen ordentlichen Mitgliedern, überdies eine Reihe von Professoren, Docenten und Aerzte als Stifter, Gründer und unterstützende Mitglieder. In letzterer Zeit ist die Wiener Aerztekammer unter besonderer Anerkennung der ausgezeichneten humanitären Bestrebungen und Leistungen des Vereines diesem als Stifter mit 300 K, ebenso das chirurgische Gremium als Gründer mit 100 K beigetreten. Der Verein hat bisher in 5 Fällen im Ganzen K 5768 an die Familien jener Aerzte zur Auszahlung gebracht, die sich durch den geringen Vereinsbeitrag (2 K pro Todesfall) versichert hatten. Je größer die Zahl der Mitglieder, umso größer der Betrag, der an die Familien verstorbener Mitglieder zur Auszahlung gelangt. Die dem Vereine bisher noch nicht angehörigen Wiener Aerzte sollten ihm daher möglichst bald beitreten. Anmeldungen sind an den Obmann des Wohlfahrtsvereines für Hinterbliebene der Aerzte Wiens, II., Praterstraße 10, zu richten.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. October 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6480 Personen behandelt. Hievon wurden 1403 entlassen; 114 sind gestorben (7.5% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 62, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 16, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 63, Scharlach 88, Masern 56, Keuchhusten 8, Rothlauf 51, Wochenbettfieber 6, Rötheln 1, Mumps 1, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 506 Personen gestorben (+ 25 gegen die Vorwoche).

(Frauenärztliches Institut für heiße Innendouchen.) Diese Bezeichnung führt ein von Frauenarzt Dr. JAMES EISENBERG begründetes und geleitetes neues, vom h. Ministerium concessionirtes Institut, welches den Zweck hat, die Anwendung der anerkannt werthvollen heißen (37—50 C.) Scheiden- und Mastdarmirrigationen kranken Frauen (bei chronischen Exsudaten, Blutungen und als schmerzstillendes Mittel etc.) in sachgemäßer hygienisch zweckentsprechender und bequemer Weise zu ermöglichen. Das Institut entspricht allen Bedürfnissen der Kranken und wahrt nach jeder Richtung die selbstständige Leitung der Ordination seitens der Aerzte. Die Vortheile für die Kranken liegen in der Vereinfachung der sonst so umständlichen und mühevollen Durchführung der heißen Douchen im Hause, die Vortheile für die Aerzte in den exacten Durchführungen ihrer Verordnungen, sowie in der Möglichkeit einer leichteren Ueberwachung der Behandlung. Die Ausführung der Douchen geschieht mittels besonders construirter Apparate. — Das Institut befindet sich I., Wipplingerstraße 14. Sprechstunden von 3—4 Uhr.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Erste Sitzung Donnerstag den 7. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik Nothnagel.

Programm:

- I. Feierliche Eröffnung.
- II. Wahl der Functionäre

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 4. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaal des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. v. REBER.

Programm:

Dr. CARL HOCHSINGER: Das sogenannte Drüsenfieber der Kinder.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

- Robin et Dalché, *Maladies des femmes*. Paris 1901, J. Rueff.
- Glaessner R., *Die Leitungsbahnen des Gehirns und des Rückenmarks*. Mit 7 farbigen Tafeln. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 3.—
- Schlöss H., *Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal*. Wien und Leipzig 1901, Franz Deuticke. — K 1 50.
- Pujade P., *La cure pratique de la Tuberculose*. Paris 1901, Carré et Naud.
- Rethi L., *Die Krankheiten des Kehlkopfes*. 2. Auflage. Mit 34 Holzschnitten. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke. — K 4.—
- Friedmann M., *Ueber Wahnideen im Völkerverleben*. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 2.—
- Freud S., *Ueber den Traum*. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 1.—
- Wolff J., *Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Function der einzelnen Gebilde des Organismus*. Mit 22 Abbildungen. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.
- Schürmayer B., *Die letzten Neuerungen auf dem Roentgengebiete*. München 1901, Seitz & Schauer.
- Knapp L., *Geburthshilflich-stereoskopische Aufnahmen*. München 1901, Seitz & Schauer.
- Pichler A., *Der Faserverlauf im menschlichen Chiasma*. 12 Tafeln mit Text. Breslau 1900, J. U. Kern.
- Schaper, *Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten*. Berlin 1901, A. Hirschwald.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect des Apothekers **H. Nanning in Haag** über das **Stomachicum Extractum Chinae Nanning**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anträgen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

- • Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.
- • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

WIESBADEN
SALZEMÜNNE
Prospecte durch den Director
Südabth. Station: Pöltschach
PRACHTVOLLER
SOMMERAUFENTHALT

Bewährte
Heilstätte
für Magen-, Leber-
u. Nierenleiden,
Zuckerharnruhr,
Gallensteine,
Rachen- u. Kehlkopf-
entzündung,
etc.

Extractum contra Typhum Dr. Jež

in Original-Flacons à 100 und 250 Gramm,
dargestellt vom Schweizer Serum- und Impfinstitut in Bern.

Hauptdepôt nur für den Engros-Verkauf:

G. & R. Fritz, Wien, I. Medicinal-Drogen-
Grosshandlung.

Erhältlich durch alle Apotheken.

Dr. Emmerich's Heilanstalt für Nervenranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geistesranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: Dr. Otto Emmertch.

3 Aerzte.



Farbenfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Jannigen.

Prompt wirkend bei chronischer
und acuter Enteritis, speciell der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht
beeinträchtigend.

Dosis: 0,25—0,50 gr. 4—6mal täglich.

Nedonal.

Neues Hypnoticum,
absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Spez. Ind.: nervöse Agrypnie.

Dos.: 1½—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten.
Auch per clysm.

Aspirin.

Antirheumaticum und Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate. Frei von üblen
Nebenwirkungen. Angenehm säuerlich schmeckend.

Dosis: 1,0 gr. 3—5mal täglich.

Epicarin.

Ungiftiges Naphtolderivat,
geruch- und reizlos, in der Anwendung reinlich.
Ind.: Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo.

Dos.: 5—10% Salben.

Heroin. hydrochl.

Protargol

Aristol

Creosotal

Jodothyrim

Lycetol

Eisen-Somatose

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & CO., Wien, I., Hegelgasse 17.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Stadtspitale in Banjaluka (Bosnien). Ein Fall von Pseudobulbärparalyse mit einseitiger reflectorischer Pupillenstarre. Von Dr. IGNAZ KNOTZ, Leiter des obigen Spitalen. — Ueber Suggestionenbehandlung in der täglichen Praxis, besonders bei Alkoholisten. Von Dr. GEORG BONNE in Klein-Flottbach. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** EDLEFSEN (Hamburg): Euthanasie und die PRAYAZ'sche Spritze nebst Bemerkungen über die subcutane Anwendung der Excitantien. — GRABOWER (Berlin): Die Förderung der Medicin durch die Laryngologie. — H. JAQ. POLAK (Amsterdam): Die Desinfection der schneidenden, chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus. — KOPFSTEIN (Jung-Bunzlau): Mittheilungen über operative Behandlung vorderer eitriger Mediastinitis. — ALFRED FICKLER: Zur Frage der Regeneration des Rückenmarks. — J. IWANOFF (Warschau): Ueber die Bedingungen des Erscheinens und die Bedeutung der Varicosität der Protoplasmafortsätze der motorischen Zellen der Hirnrinde. — NATANSON: Vorübergehende beiderseitige vollständige Amaurose (Papillitis) bei einem Kinde ohne wahrnehmbare Ursache. — HERMANN W. FREUND (Straßburg): Ueber moderne Prolapsoperationen. — DEUTSCH (Budapest): Die forensische Serumdiagnose des Blutes. — SPENGLER (Davos): Zur Aetiologie des Keuchsterns. — **Literarische Anzeigen.** Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Von Prof. Dr. LUDWIG KLEINWÄCHTER. — Das Asthma, sein Wesen und seine Bedeutung. Von Dr. W. BRÜGELMANN. — Augenheilkunde und Ophthalmoskopie. Von Dr. SCHMIDT-RIMPLER, Professor in Halle a. S. — **Feuilleton.** Italienischer Brief. (Orig.-Corresp.) II. — **Kleine Mittheilungen.** Gegenmittel bei Carbonsäureätzungen und -Vergiftungen. — Argentum colloidal. — Chinosol. — Behandlung der Kindereczeme. — Ein neues Antidiarrhoicum. — Hyperemesis gravidarum. — Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren unter dem Einflusse von Karlsbader Wasser. — Epicarin. — Behandlung des Hustens. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. (Orig.-Ber.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Stadtspitale in Banjaluka (Bosnien).

Ein Fall

von

Pseudobulbärparalyse mit einseitiger reflectorischer Pupillenstarre.

Von Dr. Ignaz Knotz, Leiter des obigen Spitalen.

Das ARGYLL-ROBERTSON'sche Pupillenphänomen gilt als Vorläufer oder Begleiter einer Reihe von schweren Hirn- und Rückenmarkskrankheiten.

SIEMERLING (1) fand es bei 9160 Fällen von progressiver Paralyse in 92%, v. GROSZ (2) bei Tabes in 65% doppelseitig, desgleichen UTHOFF (3) in 50% bei progressiver Paralyse, in 60—90% von Tabes.

Man sollte glauben, daß angesichts der großen Verbreitung der Syphilis in Bosnien die beiden letztgenannten Krankheiten, insbesondere aber Tabes, die man ätiologisch so oft mit Lues verknüpfen will, auch hier Gelegenheit zur Beobachtung von Pupillenstörungen gegeben haben.

Entsprechend den Erfahrungen anderer hiesiger Aerzte, wie GLÜCK (16), BERGMANN (17) u. A., beobachtete auch ich im Verlaufe von 6½ Jahren unter der einheimischen Bevölkerung Tabes fast gar nicht (einen Fall!), dagegen oft tertiäre Lues mit Augenaffectationen und beispielsweise vor einiger Zeit 2 Fälle mit Pupillenstörungen.

1. Prot. 778/1900. Bojana V., 20 Jahre alt, stammt aus luetischer Familie, vor 7 Jahren Kopfschmerz, L Oculomotoriuslähmung und schwere, seither andauernde Amblyopie, Parese der

rechten Extremitäten, Sprachstörung, Stupor; später Herumvagiren. Vor einem Monate auch R Oculomotoriusparese und geringe Amblyopie.

Spitalsaufnahme wegen breiter Condylome ad genitalia. Pupillen mittelweit, leicht verzogen, völlig starr L > R.

2. Prot. 746/1900. Vinz. F., 49 Jahre alt, seit 1889 an Lues erkrankt. Schmiercur, 1894 Kopfschmerz, L Abducenslähmung, auf Jodkali bald geheilt; L seither Amblyopie in wechselnder Intensität.

1899 Kopfschmerz, Schwindel; L Abducenslähmung, S L = $\frac{6}{18}$, R = $\frac{6}{12}$. Neuritis optica, 1900 reißende Schmerzen in Armen und Beinen, Patellar SR immer deutlich; lange Behandlung (Traitement mixte) bessert alle Symptome (S beiderseits = $\frac{6}{6}$!), unverändert bleiben die unregelmäßig verzogenen Pupillen, R > L, sie reagiren bei Accommodation und Convergenz träge, auf Licht gar nicht.

Derartige doppelte reflectorische Pupillenstarre fand UTHOFF in 14% seiner Luesfälle, die einseitige scheint auch bei diesen Leiden sehr selten vorzukommen.

Bei Tabes zählt sie v. GROSZ nur in 6% der Fälle, aber auch sonst findet sich das Symptom der einseitigen reflectorischen Pupillenstarre in der Literatur nicht häufig beschrieben; HEDDAEUS (4), SCHANZ (5), LYDER-BORTHEM (6), MOEBIUS (7), KALISCHER (8) und namentlich SEGGER (9) haben über einige derartige Fälle berichtet, denen ich angesichts der Seltenheit des Symptomes nachfolgende Beobachtung anreihen möchte.

Prot. Nr. 538 ex 1896.

Prot. Nr. 303 ex 1900.

Prot. Nr. 58 ex 1901. Franz P., 54 Jahre alt, r.-kath., Holzaufseher, machte in den Jahren 1873 und 1885 Typhus durch, 1871 heiratete P. eine Witwe, die oft an Hautausschlägen und

in ihren letzten Lebensjahren an furchtbaren, vorwiegend nächtlichen Kopfschmerzen und endlich an einem Geschwür am harten Gaumen litt, woran sie auch 1881 starb.

Er hatte immer einen körperlich sehr anstrengenden Dienst zu versehen; hiebei trat manchmal etwas Herzklopfen, Schwindel und Ohrensausen auf. Potus (Wein und Schnaps) wird zugegeben.

Am 14. December 1896 hatte er 6 Stunden bergauf, bergab zu wandern gehabt und sah plötzlich tief im Gebirge zwei „Feen“ aus dem Walde treten, die ihm Unglück prophezeiten, und bald danach „7 Rehe“, die, vom begleitenden Jagdhund völlig unbehelligt, vorüber liefen; darauf glitt ein Schatten über den Weg. Pat. wurde von Schwindel erfaßt, stürzte, auf einer Erdabrutschung ausgleitend, mit lautem Aufschrei angeblich in einen tiefen Abgrund und verlor das Bewußtsein. Er wurde 3 bis 4 Tage nach dem Absturze, einige Kilometer weit von der angeblichen Absturzstelle entfernt, im Walde umherirrend angetroffen, war offenbar gänzlich verwirrt und bedrohte die sich ihm Nähernden mit dem Messer.

Man brachte ihn am 21. November 1896 bewußtlos ins hiesige Spital, wo er zunächst noch 2 Tage völlig benommen dalag, Urin unter sich ließ und erst in weiteren 2 Tagen aus der Somnolenz soweit erwachte, daß er Einzelheiten aus der Vorgeschichte seines Falles mittheilen konnte.

Hiebei war noch immer eine leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit auffallend, Geistesstörung aber nicht wahrnehmbar. Nirgends ein Zeichen äußerer Verletzung. Chronischer Bronchialkatarrh, starke Insufficienz, geringere Stenose der Aortenklappen.

Da Patient berichtete, daß er bis zum Absturze immer gut gesehen habe, seit dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit aber das linke obere Augenlid gar nicht heben könne, wendete sich das Hauptinteresse dem Augenbefunde zu.

Links: Lider, Bindehaut, Augapfel von normaler Beschaffenheit, doch besteht vollkommene Ptosis, Bulbus stark nach außen abgelenkt, kann weder gehoben, noch gesenkt, auch nicht nach innen bewegt werden, Pupille mittelweit, reagirt nicht auf Licht, ob sie bei Convergence reagirt, konnte angesichts der Internuslähmung nicht festgestellt werden.

Sehschärfe wesentlich herabgesetzt, angeblich nur Handbewegungen auf 3 Meter. Ophthalmoskopisch fand man Verwischung der Papillengrenze hauptsächlich am oberen und unteren Rande, Venen und Arterienpuls.

Das rechte Auge äußerlich normal beschaffen und normal beweglich, Sehvermögen angeblich ungestört.

Temperatur 36·7.

23. November. S. auf dem linken Auge: Fingerzählen auf 3—4 Meter. Es besteht Doppeltsehen, das dem linken Auge entsprechende Bild allerdings schwach und um die Hälfte kleiner und dünner als das andere Bild (Mikropsie).

27. November. Von heute ab täglich 1 Grm. Jodkali.

17. December. Stuhlgang bisher nur auf Laxantia, seit 30. December regelmäßig, Appetit sehr befriedigend.

Temperatur bisher immer normal.

Pat. kann das linke obere Augenlid schon ein wenig heben, auch den Bulbus, wenn er sich anstrengt, etwas nach innen ziehen, während Hebung und Senkung noch nicht wiedergekehrt sind.

Am 21. December Entlassung, Jodkali weiter.

Mitte Januar konnte Pat. die Lidspalte schon auf ein Drittel der normalen Weite öffnen, den Bulbus schon etwas senken und für kurze Zeit soweit nach innen ziehen, daß die Doppelbilder vorübergehend verschwinden, während die Hebung am wenigsten Fortschritte gemacht hat. Die Mikropsie ist verschwunden.

Pat. sieht mit dem linken Auge wieder bedeutend besser. Pupille noch völlig starr auf Licht, contrahirt sich aber bei Accommodation und Convergence, Augenhintergrund beiderseits normal.

Unter Jodkalimedication besserte sich die Lähmung im Laufe der nächsten Monate allmählig, doch blieb eine Oculomotoriusparese mit der oben angeführten, verschieden starken Betheiligung der einzelnen Muskeln dauernd zurück, die linke Pupille aber blieb stets völlig starr auf Lichteinfall.

Bis zum Februar 1900 soll sich Pat. relativ wohl befinden haben, um diese Zeit begann er wieder an Schwindelanfällen zu leiden, welche 1—2mal in der Woche so heftig auftraten, daß es ihm schwarz vor den Augen wurde, er sich niedersetzen mußte und erst nach ein paar Minuten soweit erholte, daß er weiter gehen konnte. Aber auch in der anfallsfreien Zeit wurde er von Kopfschmerzen, Sausen, hie und da auch Nebelsehen vor dem linken Auge heimgesucht.

Gegen Ende Februar 1900 bemerkte Pat., daß ihm die Speisen nicht mehr so wie früher schmeckten, und daß er den charakteristischen Geschmack des „Kronawetterschnaps“ nur mit der Zungenspitze und im Rachen, dagegen auf der Zungennmitte gar nicht wahrnehme.

Anfangs März bildete sich angeblich nach einem Trauma am linken Sternalrande im 2. Intercostalraum eine fast taubeneigroße, schmerzhaft, direct dem Knochen aufsitzende, ziemlich harte Anschwellung, 8 Tage später auf der 7. linken Rippe zwei Finger breit medialwärts von der Mamillarlinie eine etwas größere derartige Anschwellung.

Zur selben Zeit wurde dem Pat. auch eine Sprachstörung lästig; er konnte gewisse Worte und Buchstaben, namentlich das K, immer schwieriger aussprechen und stotterte hiebei leicht, seine Stimme wurde immer schwächer und höher, schlug leicht in Fistelton um, schließlich konnte er gar nicht mehr laut sprechen. Nebst allgemeiner Abmagerung traten auch bald Schlingbeschwerden auf; sollte er feste Speisen schlucken, so kam es ihm vor, als ob sich ein klebriger dicker Speichel bildete, wollte er Flüssigkeiten schlucken, so gelang dies nur bei vorgeneigtem Kopfe, während bei zurückgeneigtem Kopfe sofort die heftigsten Hustenanfälle ausgelöst wurden; die hochgradigen Beschwerden führten ihn am 6. Mai 1900 wieder in das hiesige Stadtspital, wo folgender

Befund

aufgenommen wurde: Abgemagerter Mann, Gewicht 49 Kgrm., Temperatur normal, Pulsfrequenz 76 in der Minute, Puls schnellend, Hautdecken blaß, ohne Narben, keine Sensibilitätsstörung.

Am linken Sternalrande und an der 7. linken Rippe je eine circa taubeneigroße, leicht druckschmerzhaft, etwas fluctuirende, von blasser Haut bedeckte Anschwellung. Zeichen von chronischem Bronchialkatarrh, gut compensirte Insufficienz und Stenose der Aortenklappen.

Rechtes Auge: S = $\frac{6}{8}$, der Augenspiegel zeigt die Papillengrenze etwas weniger deutlich als links, sonst normaler Befund.

Linkes Auge: Mäßige Ptosis, der Bewegungsdefect nach innen kaum mehr wahrnehmbar, Hebung über die Mittelstellung fast gar nicht. Senkung etwas besser möglich, Doppelbilder treten auf nur beim Blick nach unten und nach oben.

Die Pupillen zeigen ein auffallendes Verhalten, die rechte ist von normaler Weite, reagirt prompt auf Licht, Convergence, Accommodation und consensuell, während die linke mittelweit ist, auf Convergence und Accommodation prompt, aber absolut nicht auf Licht und consensuell reagirt.

S = des linken Auges = $\frac{6}{12}$ (Presbyopie beider Augen durch + 3 D corrigirt), Augenspiegelbefund normal. Die Zunge wird gerade vorgestreckt und scheint schlaffer als normal.

Versuche, Flüssigkeiten zu schlucken, gelingen nur bei nach vorne vorgeneigtem Kopfe, rufen aber, wenn Pat. den Kopf zurückneigt, erstickungsähnliche Hustenanfälle hervor.

Sensibilität der ganzen Zungen- und Rachenschleimbaut erhalten, dagegen ist eine exacte Geschmacksempfindung nur auf einer schmalen Randzone der Zungenspitze zu finden, der mittlere Zungenantheil empfindet weder bitter, noch süß, weder sauer, noch salzig, während der hinterste Antheil der Zunge und des weichen Gaumens nur unsichere Geschmacksempfindung aufweist, indem süß für sauer gehalten wird u. dgl. Die Sprache wird bei K immer, seltener bei Z stotternd, die Stimme ist schwach, etwas heiser, hoch, von kindlichem Klange und schlägt leicht in Fistelton um.

Laryngoskopisch: Parese der Stimmbänder. Anlässlich dieser Untersuchung klagt Pat. wie später noch öfters über Fremdkörpergefühl in der Schlund-Luftröhrengend.

Gaumenreflex und Patellarreflexe deutlich. Patient ist leicht reizbar, zeigt jedoch keine Geistesstörung.

Unter guter Ernährung und Jodkalimedication erholt sich Patient zusehends.

18. Juni 1900 Kopfschmerz und Sausen verschwunden, Körpergewicht $51\frac{1}{2}$ Kgrm., Verschlucken kommt immer seltener vor, Pat. nimmt feste Speisen anstandslos, flüssige aber noch immer nur mit nach vorne geneigtem Kopfe zu sich, Speichelabsonderung normal, die hohe, dünne und leise Stimme ist wieder kräftiger und tiefer geworden. Pat. kann auch schon recht laut sprechen, stottert weniger, aber beim K noch immer. Faradisation.

Augenbefund und Fremdkörpergefühl in der Kehlkopfgegend unverändert. Jodkali wird bis zum 7. Juli ausgesetzt und inzwischen Guberwasser gegeben.

Körpergewicht zunehmend, am 31. Juli 56 Kgrm.

Vom 7.—31. Juli wieder Jodkali.

Geschmacks lähmung unverändert.

Pat. fühlt sich so wohl und gekräftigt, daß er nur mehr zur ambulatorischen Behandlung kommen will, und bittet, die Faradisation der Kehlkopfgegend fortzusetzen, da er danach immer Besserung verspüre.

Gebessert entlassen am 31. Juli 1900.

Mitte August 1900 allgemeiner Ernährungs- und Kräftezustand unverändert, wie bei der Entlassung, die anfänglich beschriebenen Auftreibungen an den Rippen in geringem Grade noch wahrnehmbar, nicht mehr druckschmerzhaft, Sprache zeigt noch manchmal Stottern, hie und da Umschlagen in Fistelton, lauterer Schreien hie und da möglich, Schlingact nur manchmal, namentlich stark aber beim Zurückneigen des Kopfes gestört.

Geschmacks lähmung und Augenbefund unverändert.

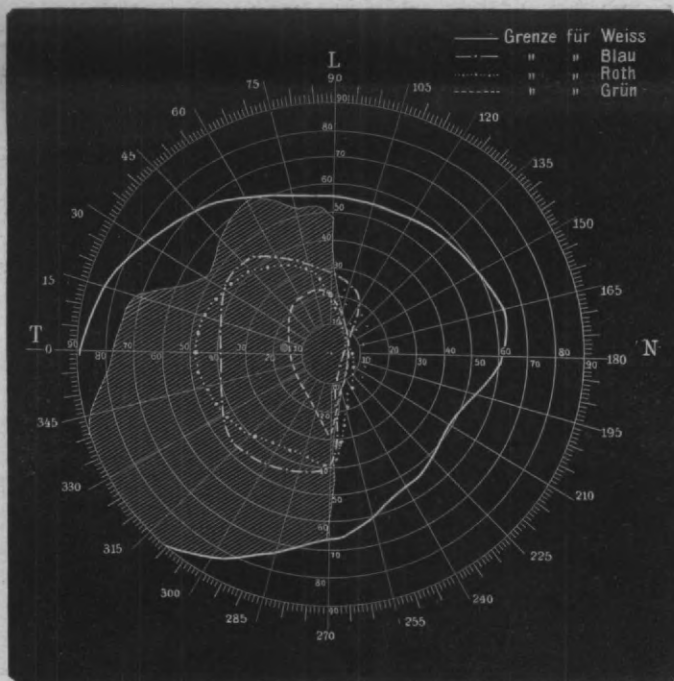


Fig. 1.

Seit 11. Februar täglich 1.5 Grm. Jodkali.

Seit 23. Februar Schmiercur (täglich 3 Grm. Ung. hydrarg. cinerei, 20 Einreibungen).

4. März auffallende Besserung.

Pat. ist kaum mehr verwirrt, schreibt besser, geht sicher umher. Sehschärfe R = $\frac{6}{8}$, L = $\frac{6}{18}$.

Neuritis optic. etwas gebessert, Hemianopsie unverändert. Kopfschmerzen und Sausen nur mehr hie und da, Stottern noch deutlich.

Keine Schlingstörung. Vom 9. April bis 24. Mai Dec. Zittm.

Im Mai und Juni hatte sich auch das Allgemeinbefinden gebessert, Pat. schreibt ziemlich gut.

Weder Kopfschmerz, noch Rückenschmerz, Fremdkörpergefühl in der Luftröhrenschlundgegend fast ganz verschwunden.

9. September. Befund unverändert, Pat. ist jedoch infolge materieller Sorgen sehr aufgeregt, spricht von Selbstmord u. dgl.

31. October 1900. Befund im Allgemeinen und besonders bezüglich der einseitigen reflectorischen Pupillenstarre, die auch Collegen wiederholt demonstriert wird, und der Geschmacks lähmung unverändert; ebenso Mitte Januar 1901, nur tritt nun auch kein Stottern und kein Verschlucken (selbst bei zurückgeneigtem Kopfe) mehr auf.

Stimme normal.

Am 20. Januar 1901 neuerliche Aufnahme wegen einer heftigen Influenza-Bronchitis, Kopfschmerz und Schwindel. Während des Ablaufes der Bronchitis verstärken sich Ende Januar die Kopfschmerzen, über Nacht verschlimmerte sich der Zustand des Pat. wesentlich, wieder Nebel und Doppeltsehen, Schwindel, Sausen im Kopfe, schwankender Gang, Schlafstörungen. Pat. ist leicht verwirrt, spricht viel, theilweise unzusammenhängend, schreibt unverständliche Worte ins Notizbuch, stottert wieder, namentlich bei K, Z und D; Fremdkörpergefühl im Schlunde deutlicher, Geschmacksstörungen unverändert. Pat. ist verzweifelt, ruft wiederholt: „Was ist mit mir geschehen?“

Augenbefund: Links: reflectorische Pupillenstarre unverändert, Oculomotoriusparese deutlicher, entsprechende Doppelbilder, S = $\frac{6}{24}$.

Rechts: Normale Pupillenreaction und Bulbusbeweglichkeit; S = $\frac{6}{12}$; der Augenspiegel zeigt beide Papillen leicht geröthet, die Ränder etwas verwischt, Venen stärker als normal gefüllt, auf dem linken Auge Arterien- und Venenpuls deutlich.

Das Perimeter erweist das Vorhandensein homonymer rechtsseitiger Halbblindheit (vgl. Fig. 1 und 2).

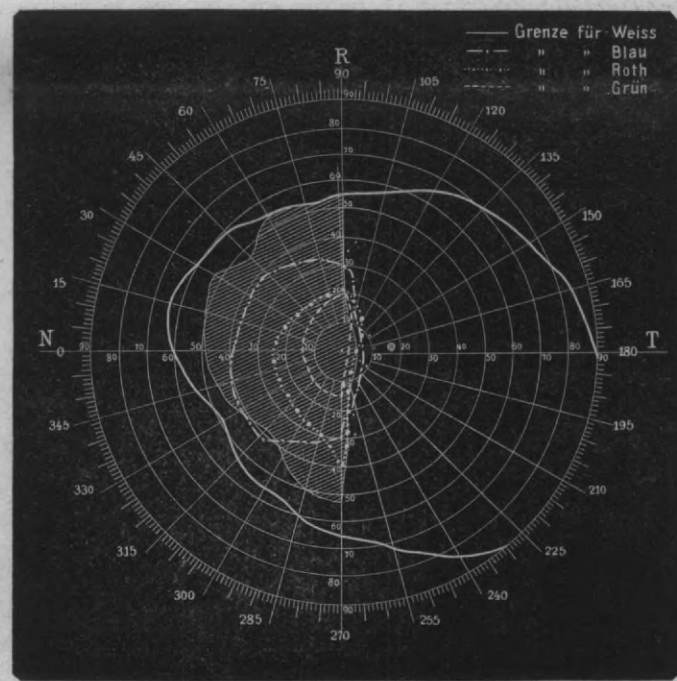


Fig. 2.

Seit Anfang Juli wieder Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörung, störendes Fremdkörpergefühl im Rachen; stärkeres Stottern.

10. Juli Ophthalmoskop. beiderseits, vorwiegend rechts Neuritis, S r = $\frac{6}{12}$, l = $\frac{6}{36}$, Hemianopsie im Wesentlichen unverändert.

Temporalere Gesichtsfeldhälften des linken Auges concentrisch auf circa 50° um den Fixationspunkt eingeschränkt.

Seit Mitte August wieder Jodkali, dazu (8. bis Ende September) 20 Einreibungen.

Danach subjectiv und objectiv erhebliche Besserung. Körpergewicht: $56\frac{1}{2}$ Kgrm.; kein Kopfschmerz mehr, nur eine Empfindung von dumpfem Druck und „Hitze“ in der Gegend des linken Scheitelhöckers. Geringer Schwindel, Stimme normal, weniger

Stottern, keine Schlingstörung, aber unverändertes Fremdkörpergefühl im Rachen. Schlaf und Appetit befriedigend. Pat. schreibt ziemlich gut. Sehschärfe $R = \frac{6}{8}$ (?), $L = \frac{6}{18}$, Neuritis gebessert; Geschmacksstörung, Hemianopsie und linksseitige reflectorische Pupillenstarre unverändert.

Die vorstehende Beobachtung erstreckt sich auf 5 Jahre und betraf einen mit Herzklappenfehler behafteten Mann, der nach verschiedenen Prodromalsymptomen seitens des Gehirnes und nach Auftreten von Gesichtshallucinationen angeblich abstürzte, mehrere Tage gänzlich verwirrt und die Umgebung bedrohend umherirrte, später Somnolenz zeigte und seit der Erkrankung totale Lähmung des linken Oculomotorius aufwies, welche sich unter Jodkalidarreichung und schonender Lebensweise theilweise zurückbildete. Die Lähmung wich bei einzelnen Augenmuskeln früher und vollständiger, bei anderen später und unvollkommen.

Die Reaction der linken Pupille auf Licht und die consensuelle kehrte aber gar nicht wieder.

$3\frac{1}{2}$ Jahre nach diesem ersten Anfalle kamen langsam heranschleichend wieder Schwindel und Kopfschmerz, allgemeine Abmagerung, Sprach-, Schling- und Geschmacksstörungen zur Ausbildung, Erscheinungen, welche sich wieder unter Jodkalidarreichung und kräftiger Ernährung wesentlich besserten.

Einige Monate später Influenza-Bronchitis und neuerliche Verschlimmerung unter Zeichen leichter Verwirrtheit, Auftreten rechtsseitiger homonymer Hemianopsie und Neuritis opticorum; wieder Besserung durch antiluetische Behandlung.

Die Beurtheilung des Falles begegnete großen Schwierigkeiten.

Die naheliegende Vermuthung, daß die anfängliche Oculomotoriuslähmung in der ersten Krankheitsphase auf Fractur der Schädelbasis infolge des Sturzes, insbesondere auf Compression des Nerven durch periostale Blutergüsse aus Sprüngen durch die Gegend der Fissura orbital. sup. zurückzuführen sei, erweist sich als unbegründet.

Einmal hätten sich doch am ganzen Körper des angeblich so tief Abgestürzten irgend welche kleinste Verletzungszeichen, bei Orbitalfissuren aber wenigstens Blutunterlaufungen der Bindehaut nachweisen lassen.

Der „Absturz“ dürfte vielmehr als Endglied der Sinnestäuschungen vor dem völligen Schwinden des Bewußtseins aufzufassen sein.

Insbesondere spricht aber der weitere Verlauf für eine andere Erklärungsweise.

Gelähmt waren sämtliche Oculomotoriusäste, wie die Symptome: Mikropsie, absolute Pupillenstarre, die charakteristischen Bewegungsstörungen des Bulbus und die Doppelbilder beweisen, eine Lähmung, die bei den einzelnen Aesten nach verschieden langer Zeit und in ungleichem Maße sich zurückbildete.

Ein Symptom aber blieb während des ganzen Verlaufes unverändert: die einseitige reflectorische Pupillenstarre.

Wenden wir diesem interessanten und für die topisch-diagnostischen Erwägungen bei unserem Falle bedeutungsvollen Symptome zunächst unsere Aufmerksamkeit zu, indem wir die bisherigen Erklärungsversuche bei ähnlichen Fällen hier vorführen.

LYDER BORTHEM (6) nimmt an, daß der Sphincterkern aus zwei Theilen bestehe (Accommodation, Iris), deren einer gelähmt sei, MOEBIUS (7) wieder eine Zerstörung der zum Oculomotoriuskern der starren Pupille führenden Opticusfasern in der Nähe dieses Kernes; ähnlich argumentirt auch MAUTHNER (14), der eine Zerstörung der Verbindung zwischen Opticus und Oculomotorius bei Erhaltenssein der Sphincterkern annimmt.

HEDDAEUS (4) entwickelt bei Besprechung von 5 Fällen die Auffassung, daß der centrifugal leitende Ramus iridis

nerv. oculomot. aus zwei Wurzeln entspringt, deren eine vom Accommodationskerne, die andere von dem davon getrennten Sphincterkern innervirt wird.

Durch Zerstörung eines Sphincterkernes entstehe dann einseitige reflectorische Pupillenstarre.

Wo liegt nun das Reflexcentrum der Pupille?

BACH (11) möchte es in den obersten Theil des Halsmarkes, ziemlich direct unterhalb der Medulla oblongata verlegen, BERNHEIMER (10) vertheidigt dagegen die ältere Anschauung, versetzt es in den vordersten Abschnitt der vorderen Vierhügel unter den Aquaeductus Sylvii und gelangt in einer Studie über die Reflexbahn der Pupillarreaction (12) zu folgenden Schlüssen:

„Die Annahme eigener, ausschließlich die Pupillarreaction vermittelnder Sehnervenfasern ist durchaus berechtigt, ja nothwendig; diese verlaufen im Chiasma theilweise gekreuzt. Jeder Sphincterkern tritt mit ungekreuzten Sehnervenfasern (Pupillarfasern) des gleichseitigen und mit gekreuzten des gegenüberliegenden Auges in Beziehung.

Außer dieser doppelten Verbindung jedes Sphincterkernes mit jedem Auge durch die theilweise gekreuzten Pupillarfasern muß noch eine centrale Verbindung der beiden Sphincterkern miteinander vorhanden sein.

Die Meldung von Helligkeitsunterschieden beider Augen gelangt somit durch die theilweise gekreuzten Pupillarfasern zum Sphincterkern jeder Seite; die beiden untereinander verbundenen Kerne übertragen diese Meldung auf ihre centrifugal leitenden, ungekreuzt in den Oculomotoriusstamm eintretenden Fasern.“

Während nun in unserem Falle bei isolirter Belichtung der linken Pupille offenbar durch gekreuzt verlaufende Pupillarfasern die Reflexcontraction der rechten Pupille ausgelöst wird, bleibt sowohl bei directer Belichtung der linken, als bei isolirter Belichtung der rechten Pupille die Reflexcontraction der linken Pupille völlig aus, es kann somit weder durch die gekreuzten, noch durch die ungekreuzten Pupillarfasern, aber auch nicht durch die centrale Verbindung beider Sphincterkern eine Meldung von Helligkeitsunterschieden beider Augen zum linken Sphincterkern gelangen oder, wenn sie schon hingelangt, centrifugal nicht weiter geleitet werden, mithin den Pupillarreflex auf dem linken Auge nicht auslösen; es besteht linksseitige reflectorische Pupillenstarre.

Dieses Symptom läßt sich nun auf dem Boden der Anschauungen BERNHEIMER'S (10) und HEDDAEUS' (4) nur durch die Annahme erklären, daß der linke Sphincterkern zerstört worden ist, also offenbar viel schwerer betroffen war, als die benachbarten Kerne des linken Oculomotorius, deren geringere Schädigung sich eben auch theilweise zurückbilden konnte.

Wenn wir nun auch nach diesen Erwägungen den hauptsächlichsten Krankheitsherd für die erste Phase des Leidens erkannt haben, so mahnen doch die der Oculomotoriuslähmung vorangehenden Allgemeinerscheinungen seitens des Gehirns (Schwindel, Sinnestäuschungen, Bewußtseinsstörung und vorübergehende Verwirrtheit) daran, daß es sich keineswegs nur um diesen begrenzten Krankheitsherd handeln könne.

Die Betrachtung des Verlaufes, namentlich der zweiten Krankheitsphase mit den Bulbärsymptomen erinnert einigermaßen an das Bild der Bulbärparalyse DUCHENNE'S, welche von LEYDEN als progressive atrophische Bulbärparalyse bezeichnet wird.

Unser Fall läßt sich jedoch in diesen Rahmen nicht einfügen, da der Verlauf nicht nur kein progressiver, sondern ein schwankender war, ja durch die Therapie auffallende Besserung erzielt werden konnte; zudem fehlen gewichtige Symptome, unter anderem das der Atrophie

der befallenen Muskelgruppen, fibrilläre Muskelzuckungen und Entartungsreaction aus dem Complex der typischen Symptomenreihe.

Es wird überhaupt schwer halten, unseren Fall in ein festes Krankheitschema einzureihen, am ehesten dürfte noch die Bezeichnung „Pseudobulbärparalyse“ den Symptomen und dem Verlaufe entsprechen.

Ob es sich nun um die cerebrale oder die cerebrolulbäre Form nach OPPENHEIM und SIEMERLING (18) handelt, wage ich auch nicht zu entscheiden.

„Atheromatose der basalen Hirnarterien und ihrer Verästelungen, multiple Erweichungsherde, Blutherde und apoplektische Cysten von mikroskopischer Kleinheit bis über Walnußgröße, Ependymitis am Boden des vierten Ventrikels, Hydrocephalus chronicus“ werden von OPPENHEIM und SIEMERLING als die anatomischen Substrate der Krankheit bezeichnet. Sie entstehen dadurch, daß die Abzweigungen der basalen Hirnarterien erkranken; dieselben senken sich bekanntlich nach HEUBNER'S (13) Untersuchung an der Hirnbasis in die ihnen zukommenden Gebiete ein, ohne Anastomosen miteinander einzugehen, bilden also Endarterien (COHNHEIM), die nur einen bestimmten Hirnbezirk versorgen; insbesondere wird das Centrum für die innere Augenmuskulatur von einem eigenen Gefäßchen (Ramus communic. post.) versorgt.

Bedenken wir, daß das ganze Gefäßsystem des Patienten durch den chronischen Alkoholismus, insbesondere aber durch den Herzfehler aufs ungünstigste beeinflusst war, so könnten wir ja im Sinne OPPENHEIM'S und SIEMERLING'S arteriosklerotische Veränderungen der Basalgefäße als Ursache der Gesamterkrankung heranziehen.

Diese zweifellos vorhandene Schädigung der Gefäßwänden will ich nun keineswegs von der Aetiologie ganz ausschließen, glaube aber, daß ihr doch nur eine vorwiegend prädisponirende Rolle für die Entwicklung des Hauptleidens, nämlich einer Endarteriitis luetischen Charakters zukommen dürfte, welche ich im Vereine mit einer luetischen Basilar-Meningitis als anatomisches Substrat unseres Falles bezeichnen möchte.

Die wichtigsten Stützpunkte dieser Auffassung sind folgende:

1. Die Anamnese, welche eine Infection durch die Frau höchst wahrscheinlich macht;
2. die allgemeinen Hirnsymptome, namentlich in der ersten und in der jüngsten Phase des Leidens; das schwankende Verhalten der meisten Symptome;
3. die Betheiligung des Sehapparates (Amblyopie, Neuritis optica, Oculomotoriuslähmung auf dem linken Auge, zuletzt beiderseits Amblyopie und Neuritis, homonyme Hemianopsie);
4. die Functionsstörungen im Innervationsgebiete der anderen Hirnnerven (Vagi, Glossopharyngei, Accessorii) in der zweiten Krankheitsphase gleichzeitig mit dem Auftreten von Gummen an den Rippen. Mit Jodmedication, bezw. Schmiercur parallel einhergehende auffallende Besserung fast aller Symptome in allen Krankheitsstadien.

Die angenommene Meningitis basilaris und Endarteriitis syphilitica mit den consecutiven Circulationsstörungen im Ernährungsgebiete der zugehörigen Nervenkerne konnten zunächst die anfängliche Oculomotoriuslähmung auslösen.

Für die Kerngegend des linken Sphincters allerdings könnte eventuell auch eine kleine Hämorrhagie in Erwägung gezogen werden, da es sich hier um eine bleibende Zerstörung handelt, während fast alle anderen Symptome unter der lange dauernden, energischen antiluetischen Behandlung sich wesentlich besserten, schwere Kernläsionen daher auszuschließen sind. Bei einem späteren Wiederaufflammen des luetischen Processes konnten durch Schädigung der supranuclearen Bahnen, vielleicht auch der Wurzeln des Hypo-

glossus (Sprachstörung), Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius (Schluck- und Geschmacksstörungen, Stimmbänderparese) mehr oder weniger heftige Ausfallserscheinungen in deren Functionen entstehen.

Man kann also nach Symptomen und Verlauf des Falles ganz wohl die cerebrolulbäre Form der Pseudobulbärparalyse dem Krankheitsbilde zugrunde legen, aber auch die rein cerebrale Form (Läsion der cerebrolulbaren Bahn an irgend einer Stelle ihres Verlaufes, also supranuclear) nicht ausschließen.

Die in der jüngsten Krankheitsphase beobachtete rechtsseitige homonyme Hemianopsie dürfte entweder aus einem Weiterschreiten der Erkrankung auf das linke Corpus geniculatum externum oder den linken Tractus opticus zu erklären sein.

Der Verlockung, hier noch weitere Erklärungsversuche unseres Falles anzureihen, muß ich aus dem Wege gehen; häufen sich doch gerade in dem hier gestreiften Gebiet der Physiologie und Pathologie des Gehirnes strittige Fragen, nach deren Lösung erst eine sicherere Beurtheilung ähnlicher Fälle möglich sein wird.

Nur kurz möchte ich noch zum Schlusse auf die begleitende Geistesstörung hinweisen, die in der ersten Phase des Leidens vorübergehend das ganze Bild beherrschte, in der zweiten kaum andeutungsweise, in der dritten wieder deutlich hervortrat. Sie ist als Ausdruck einer auch das Großhirn und insbesondere dessen associative Leistung betreffenden Allgemeinschädigung aufzufassen, als deren pathologisch anatomische Grundlage wohl auch die Endarteriitis luetica anzusehen sein wird. Diese Geistesstörung wäre ja auch geeignet, die ange deutete Auffassung der klinischen Bulbäreerscheinungen unseres Falles im Sinne cerebrolulbarer Grundlagen zu stützen. In dieser Auffassung beleuchtet unser Fall die Bemerkung SIEMERLING'S (15) sehr schön, daß keine Affection so geeignet ist, uns die Beziehungen der Nerven- zu den Geisteskrankheiten zu demonstrieren, als die chronische Augenmuskellähmung mit ihren möglichen Begleiterscheinungen.

Literatur: 1. SIEMERLING, citirt nach SCHMIDT-RIMPLER, Die Erkrankung des Auges, „Spec. Path. und Ther. von NOTHNAGEL“, XXI, 1898, pag. 192. — 2. GROSZ, Die Symptome der Tabes dors. am Auge. Referirt im „Centralblatt für prakt. Augenheilk.“, 18. Juni, pag. 181. — 3. UHTHOFF, Ueber die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen, Leipzig bei Engelmann, 1894. — 4. HEDDAEUS, Ueber einseitige reflectorische Pupillenstarre, „Arch. f. Augenheilk.“, Bd. 27, Heft 1, 1895. HEDDAEUS, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1888, Nr. 18, pag. 153. — 5. SCHANZ, Drei Fälle einseitiger reflectorischer Pupillenstarre, „Arch. f. Augenheilk.“, Bd. 31, Heft 1, 1895. — 6. LYDER BORTHEN, „Zehender's Monatsblatt“, April 1892. — 7. MOEBIUS, „Centralblatt für Nervenkrankh. und Psych.“, 1888, Nr. 23. MOEBIUS, Ueber reflectorische Pupillenstarre, „Neurol. Beitr.“, Heft 4, 1895, pag. 112. — 8. KALISCHER, Tabes mit Ophthalmoplegie, Demeuz und Muskelatrophie, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1897, Nr. 2. — 9. SEGGEI, citirt nach HEDDAEUS, Ueber einseitige reflectorische Pupillenstarre, „Arch. f. Augenheilk.“, XXVII. SEGGEI, Ein weiterer Fall einseitiger reflectorischer Pupillenstarre, „Arch. f. Augenheilk.“, XXIV, pag. 234. SEGGEI, Ein Fall einseitiger reflectorischer Pupillenstarre, „Arch. f. Augenheilkunde“, XXVI, pag. 151. — 10. ST. BERNHEIMER, Bemerkungen zu L. BACH'S Arbeit: Zur Lehre von den Augenmuskellähmungen etc. „Arch. f. Ophth.“, XLVIII, 1899, pag. 463. — 11. L. BACH, Zur Lehre von den Augenmuskellähmungen und den Störungen der Pupillenbewegung, „Arch. f. Ophth.“, XLVII, 1899, S. 551. — 12. ST. BERNHEIMER, Die Reflexbahn der Pupillarreaction, „Arch. f. Ophth.“, XLVII, 1898, pag. 1. — 13. HEUBNER, Zur Topographie der Ernährungsgebiete der einzelnen Hirnarterien, „Centralblatt f. d. med. Wissensch.“, LII, 1872. Die luetische Erkrankung der Hirnarterien, Leipzig 1874. — 14. L. MAUTHNER, Die Nuclearlähmung der Augenmuskeln, Wiesbaden 1885. — 15. SIEMERLING-WESTPHAL, Ueber die chronische progressive Lähmung der Augenmuskeln, Berlin 1891, „Arch. f. Psych. und Nervenkrankh.“, XXII, Suppl. 1891. — 16. GLÜCK, Tabes und Syphilis, „Wiener med. Wochenschr.“, 1896, — 17. BERMAN, ebendort 1900. — 18. OPPENHEIM und SIEMERLING, Acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbärparalyse, „Charité-Annal.“, 12, 85, citirt nach M. ANDREYKA, Beitrag zur Lehre von der reinen cerebralen Pseudobulbärparalyse, G. Schade, Berlin 1892. — A. HALIPRÉ, La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale, Steinheil, Paris 1894.

U e b e r

Suggestionsbehandlung in der täglichen Praxis, besonders bei Alkoholisten.

Von **Dr. Georg Bonne** in Klein-Flottbach. *)

Es ist eine auffallende Erscheinung, daß die methodische Psychotherapie verhältnismäßig wenig von den praktischen Aerzten geübt wird. Der Grund hiefür liegt theils in der mangelnden philosophisch-physiologischen Ausbildung, theils in der Person des modernen Arztes selbst, der Nervosität des Vielbeschäftigten, dem gesellschaftlichen Leben u. a.

Unter Suggestion verstehe ich denjenigen Reiz, welcher ein Gehirn bei eingengtem oder gelähmtem Bewußtsein derartig trifft, daß dieser Reiz in der einen oder anderen Weise noch verarbeitet wird.

Die zu diesem Vorgange nothwendige Einengung des Bewußtseins kann bedingt sein:

1. Durch die Jugend oder die Senilität des Patienten, da sich bei der Abnahme der Geisteskräfte überhaupt das Bewußtsein auf das eigene Ich gleichsam zusammenzieht.

2. Kann diese Bewußtseinseinstellung angeboren sein als eine Art Decadenzerscheinung.

3. Kann sie erworben sein

a) durch schwächende und erschöpfende Krankheiten,

b) durch Erschöpfung und Ermüdung nach Anstrengungen und Excessen körperlicher und geistiger Art.

4. Kann dieselbe durch äußere Einwirkungen künstlich hervorgerufen sein

a) durch starke somatische Reize, insbesondere durch heftige Schmerzen,

b) durch gehirnlähmende narkotische Substanzen: Opium, Morphin, Chloralhydrat, Chloroform, Aether, Chloräthyl, Alkohol, Tabak,

c) durch starke oder speciell auf Einengung des Bewußtseins gerichtete psychische Reize.

Durch diese psychologische Gliederung der Suggestionen ist sowohl der Technik wie der Indication zur methodischen Psychotherapie der Weg vorgezeichnet. Somatische Reize können nur als Suggestionserreger indirect dadurch wirken, daß sie unter Vermittelung der Sinnesnerven durch Erregung gewisser psychischer Centren psychische Reize auslösen, welche nun ihrerseits auf das eingengte Bewußtsein als Suggestionen wirken.

Die psychischen Reize, welche als Suggestionen wirken, können sowohl psychische sensitive, als motorische Erregungszustände veranlassen, wie andererseits vorhandene psychische, sensible oder motorische Erregungszustände beruhigen und abklingen lassen, immer aber werden auch sie des somatischen Reizes als Träger und der Sinnesorgane des zu Suggestirenden, sei es nun des Ohres oder des Auges bei Blinden oder Schwerhörigen, bei blinden Tauben des Gefühls, als Uebermittler bedürfen.

Ob wir uns in dem einzelnen Fall der Wachsuggestion oder der hypnotischen Suggestion, d. h. der Suggestion bei einem künstlich durch Schlafsuggestion eingengten Bewußtsein bedienen, hängt einmal von der Art des Krankheitszustandes, sodann aber von der Suggestibilität des Patienten ab. Einen Patienten mit bereits eingengtem Bewußtsein, der also dadurch schon suggestibel, d. h. aufnahmefähig zu Suggestionen ist, wird man nur in seltenen Fällen noch zu hypnotisieren brauchen. Umgekehrt wird man einem Patienten mit „Zerstretheit“ im centrifugen Sinne erst sein Bewußtsein für die zu ertheilenden Suggestionen, und zwar am zweckmäßigsten oft durch Ertheilung der Schlafsuggestion einengen müssen. Man soll aber niemals einen Patienten in hypnotischen Schlaf zwingen. Nur auf diesem Mißgriff beruhen die schlechten Erfolge, die durch

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für innere Medicin der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

geschickte Suggestionsertheilung stets zu vermeiden sind, während man anderenfalls negative Erfolge haben kann.

Wichtig ist bei der Ausübung der Suggestionsbehandlung das Milieu, die locale und personelle Umgebung des Kranken; das Zimmer des Arztes ist an sich schon ein gutes Milieu infolge der Voreingenommenheit des Patienten. Störende Geräusche lassen sich, wenn nöthig, durch die Suggestion, daß sie „in der Ferne verhalten“, eliminiren. Am wichtigsten ist die Instruction der Umgebung zur Vermeidung von Gegensuggestionen, welche diese nur zu oft und nur zu gerne ertheilt. Angezeigt ist die methodische Psychotherapie, die wir als einfache Wachsuggestion schon bei jeder Reception anwenden und mit besonderer Sorgfalt bei jeder Reception von Narkoticis anwenden sollten, zur Ersparung derselben, bei allen psychischen und nervösen Störungen, ob mit oder ohne Organerkrankung, bei Verstimmungen, Zwangszuständen wie Platzangst u. dgl., nervösen Schmerzen, bei Lähmungen, hier mit Vorliebe in Verbindung mit elektrischer Behandlung, bei Schmerzen im Unterleib in Verbindung mit Mentholpräparaten (Spir. Ment. pip.), während Opium nur zur Ruhigstellung des Darmes, Morphin zur Erschlaffung der eventuell Steine umschließenden Gallengänge oder Harnleiter u. s. w., auch bei sehr heftigen Schmerzen indicirt ist.

Ganz besonders diene die Suggestion zur Beseitigung von Schlaflosigkeit, um die depressorischen sowie die herzwächenden Folgen der Schlafmittel zu vermeiden. Sodann ist die Suggestionstherapie berufen, die Schmerzlosigkeit bei kleinen Operationen zu bewirken, Panaritien, Phlegmonen, Zahnextraktionen, Mastitis u. s. w. mit oder ohne Schein-anwendung von Chloroform oder Aether, durch Auflegen der mit wenigen Tropfen benetzten Maske, bezw. unter gleichzeitiger Anwendung von Chloräthyl oder Aetherspray. Besonders erfreulich wirkt die Wegsuggestionirung von Nachschmerzen und die Dauersuggestionsbehandlung in inoperablen Fällen.

Sehr wichtig ist die Ersparung von Chloroform unter Vermeidung des Excitationsstadiums bei länger dauernden Operationen, bei alten Leuten, schwächlichen Patienten, bleichsüchtigen Mädchen und Alkoholisten, durch Zuhilfenahme der dauernden Schlafsuggestionsertheilung und Ertheilung der Schmerzlosigkeitssuggestion.

Hervorragendes leistet die methodische Psychotherapie bei der Behandlung von Alkoholisten. Bei der Beruhigung von tobenden Deliranten ist es nothwendig, sich unter der Firma des „besten Freundes“, am besten im Dialect und Jargon des Kranken in das entgleiste Bewußtsein desselben gewissermaßen einzuschleichen und ihm dann unter Erfindung von den jeweiligen Hallucinationen angepaßten Suggestionen Müdigkeit und Schlaf zu suggeriren. Chronische Alkoholisten befinden sich infolge der gehirnlähmenden Wirkung des Alkohols bereits in einer Art hypnotischen Dauerzustandes, in welchem sich durch Lähmung der Peripherie der Bewußtseinssphäre das Ichbewußtsein, alle übrigen Empfindungen und Vorstellungen beherrschend, bergkegelförmig emporthürmt. Man ist also genöthigt, dieses krankhaft großgezüchtete Ichbewußtsein dem Alkoholisten gründlich zu vernichten, indem man ihm im freundlich-festen Tone erklärt, ob er zugrunde ginge oder nicht, sei angesichts der übergroßen Zahl von Menschen einerlei, aber er mit seinen Erfahrungen am eigenen Leibe, mit seiner Noth, seinem Elend im eigenen Hause, er könne und müsse jetzt ein Werkzeug werden zur Errettung von anderen. Es ist klar, daß der abstinenten Arzt, von dem der Kranke weiß, daß er die alkoholischen Getränke verschmäht, wesentlich anders bei der Desuggestionirung von Alkoholisten auftreten kann, als der selbst Alkohol trinkende Arzt. Prophylaktisch muß sich der Arzt bewußt sein, daß bei seiner Berufstellung bei den allermeisten Patienten fast jedes seiner Worte suggestiv wirkt; es muß daher in der Ertheilung nicht nur von therapeutischen Maßnahmen, sondern auch besonders bei Kundgebung von Diagnose und Prognose in der Wahl der

Worte und der Betonung äußerst vorsichtig sein, ganz besonders auch schon wegen der socialen Tragweite bei Unfallverletzungen. Die oben erwähnten Methoden haben sich mir in meiner eigenen Praxis bewährt. Zur Orientirung über die Details verweise ich auf die Bücher von FOREL und LOEWENFELD über Hypnotismus.

Aus dem Mitgetheilten geht hervor, daß die methodische Psychotherapie nicht Specialeigenthum der Nervenärzte bleiben darf, sondern immer mehr das tägliche Armamentarium des praktischen Arztes werden muß. Nur so können wir gleichzeitig dem Curpfuscherthum das einzige wirksame Mittel, welches dieses besitzt, und oft in höchst geschickter Weise zum Nachtheil, zuweilen wohl auch zur Heilung, von Patienten zu benützen weiß, entwinden und seine Macht brechen.

Andererseits sei sich der Arzt bewußt, daß die methodische Psychotherapie gleichzeitig neben der speciellen Indication den Gesamtmenschen mit beeinflussen soll, wo immer es nöthig ist, den Willen, die Energie zu heben. So ist die methodisch angewandte Psychotherapie geradezu als angewandte Ethik zu betrachten.

Es ist klar, daß in diesem Sinne die Fälle von Suggestion, die von der Masse der Aerzte ins Volk strömen, von unberechenbarem Einfluß auf die geistige und sittliche Entwicklung einer Gesamtnation sein müssen.

Verstehen die Aerzte diesen ihrem Stande eigenthümlichen Einfluß in einer für die Nation, die Menschheit segenspendenden Weise nutzbar zu machen, so wird das Ansehen ihres Standes wie in den alten classischen Zeiten unbegrenzt sein, und die ärztliche Kunst, deren Geboten Könige sich beugen müssen, mit Recht genannt werden: „Die königliche Kunst!“

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Endlich müssen noch gewisse Erscheinungen seitens der Sinnesorgane bei Gehirncongestion geschildert werden. Die Injection der Conjunctiven und vor allem der Retinalgefäße ist bereits erwähnt. Auch pulsatorische Erscheinungen im Augenhintergrunde kommen vor. Weite Pupillen, die als Symptom angegeben werden, fand ich nicht häufig. Dagegen ist sehr gewöhnlich, als Zeichen der vermehrten Blutfüllung, Druckgefühl in den Augäpfeln, und, wohl infolge centraler Störungen, fleckweise oder ausgedehntere Verdunklung des Gesichtsfeldes, z. Th. mit allerlei Lichterscheinungen.

Einer meiner Kranken bekam einen acuten Glaucomanfall. Ob zwischen diesen Congestivzuständen und dem Glaucom ein Zusammenhang besteht und welcher Art derselbe ist, kann ich mangels geeigneten Materials nicht sagen.

In den Ohren tritt oft sehr lästiges Sausen und Rauschen auf; die pulsatorischen Ohrgeräusche sind schon bei leichteren Anfällen oft Gegenstand lebhaftester Beschwerden, namentlich bei Nacht.

Besonderes Interesse erheischen Fälle, wo Labyrinth-symptome die Congestion des Gehirns begleiten oder so in den Vordergrund treten, daß die anderen Symptome von den Kranken ignoriert werden; auch in letzteren Fällen lassen sich übrigens andere Zeichen vermehrter Blutströmung im Kopfe, wenn auch in geringem Grade, nachweisen. Eine besondere, eventuell durch ganz andersartige Erkrankungen erworbene Erregbarkeit des Labyrinthapparates gegen diese Schwankungen des Kreislaufes wird man als Grundlage postulieren müssen. Die Zeichen sind die bekannten des MENIÈRE'schen Symptomencomplexes: Schwindel, Brechreiz, Schwerhörigkeit mit Ohrensausen. Ich bemerke, daß zahlreiche Kranke mit Gehirncongestion über Schwindel und etwas

Brechreiz klagen; meist aber handelt es sich nur um eine gewisse Unsicherheit. Ein deutliches Drehen der Gegenstände oder des Körpers, eine Unfähigkeit gar, sich aufzurichten, findet sich nur bei den Kranken mit Bethheiligung des inneren Ohres, welche auch Störungen im Hörvermögen aufweisen. In der Regel handelt es sich um Anfälle, doch kann der Zustand auch mehr chronisch werden. Von dieser „angioneurotischen Form der MENIÈRE'schen Krankheit“, von der z. B. auch BRUNNER³¹⁾ ein Beispiel berichtet, habe ich mehrere Fälle gesehen, von denen ich zwei anführe.

Fall 14. F., Kaufmann, 29 Jahre alt. Will früher an „Leberanschoppung“ gelitten haben. Seit Jahren sind seine Füße eiskalt. Ein Bruder hat mich wegen nervösen Herzleidens consultirt. Seit einem halben Jahre bestehen Schwindelanfälle mit Erbrechen, zuerst in Zwischenräumen von einigen Wochen, jetzt von Tagen; dabei starkes Ohrensausen rechts. Status vom 14. April 1899. Anämischer Mann mit sehr zarter Haut. Bei Bestreichen derselben deutliche Quaddelbildung. Füße sehr kalt, Musculatur auffällig schlecht entwickelt, bei Ausrecken der Hände leichter Tremor; starkes Zittern der Augenlider beim Schließen derselben (ROSENBACH'sches Phänomen). Patient ist etwas leicht erregbar, die Frequenz der Herzschläge steigt bei Aufregungen bis 120. Die rechte Pupille ist, angeblich seit der Kindheit, größer als die linke, und reagirt träger als links; Augen sonst gesund. Die Untersuchung des Ohres ergibt nichts Abnormes, das Hörvermögen ist intact; auch früher soll nach Angaben des Patienten keinerlei Ohrenleiden vorhanden gewesen sein, specialistische Untersuchung des Ohres hat nichts Krankhaftes ergeben. Bei Einathmung von Amylnitrit bald starke Congestion nach dem Kopfe, Patient klagt über Schwindel und Ohrensausen, lange nicht in der Stärke, wie bei seinen Anfällen, aber von derselben Art. Schwerhörigkeit konnte ich dabei nicht constatiren.

Auf meine Veranlassung prüfte später Patient beim Abklingen eines seiner Anfälle das Gehörvermögen mit der Uhr; der durchaus zuverlässige Kranke war erstaunt, daß er dieselbe beim Näherbringen erst in wenigen Centimetern Entfernung hörte. Durch Anwendung einer Marienbader Cur und mäßige Chinindosen gelang es, der Anfälle Herr zu werden.

Hervorheben möchte ich schon hier die Wirksamkeit, welche Chinin, ein wichtiges Heilmittel der vasomotorischen Ataxie, in diesen Fällen hat, wie dies auch BRUNNER (l. c.) constatirte. Dagegen ist sein Effect bei anderen derartigen Zuständen bekanntlich recht zweifelhaft. Den zweiten Fall führe ich an, weil derselbe den eigenthümlichen Zusammenhang von Kreislaufstörungen in den verschiedenen Gefäßprovinzen demonstirt (derselbe ist übrigens schon anderweitig von mir erwähnt worden).

Fall 15. v. E., Rittergutsbesitzer, 58 Jahre. Hat als junger Mann eine Otitis media durchgemacht, von der eine kleine Narbe am Trommelfell und eine ganz geringe Störung des Hörvermögens zurückgeblieben ist. Litt seit 1884 an Hämorrhoiden, mit meist reichlichen Blutentleerungen. Anfangs 1894 Entzündung der Hämorrhoiden, infolgedessen Abtragung derselben. Einige Wochen nach der Operation stellten sich heftige „Uebersteigungen“ nach dem Kopfe ein, die sich allmählig mit heftigem beiderseitigen Ohrensausen und Schwindel verbanden. Patient brachte sein Leiden mit dem Fehlen der Ableitung durch die Hämorrhoiden in Verbindung; ein consultirter Ohrenarzt erklärte den Zustand für die Folge einer chronischen Labyrinthkrankung. Allmählig häuften sich die Anfälle; sie wurden wohl etwas schwächer, aber es blieb zuweilen wochenlang ein unerträgliches Ohrensausen und andauerndes leichtes Schwindelgefühl bestehen, das sich zeitweise steigerte; dann war wieder wochenlang Ruhe. Das Hörvermögen sank allmählig etwas, doch nicht auffällig. 1895 stellte ein Ohrenarzt leichte Sklerose des Mittelohres beiderseits fest.

Ich sah den von seinem Zustande sehr gequälten Patienten April 1896 zuerst. Ich konnte bei längerer Beobachtung constatiren, daß die Stärke des Schwindels und Sausens durchaus parallel ging

³¹⁾ BRUNNER, Ueber den sogenannten MENIÈRE'schen Symptomencomplex und die Beziehungen des Ohres zum Schwindel. Klin. Vorträge von HAUG, I, 10, 1896.

mit der Füllung der Kopfgefäße; ein schwerer Schwindelanfall, den ich sah, ging mit typischer allgemeiner Kopfcongestion einher. Von sonstigen Gefäßsymptomen fand ich nur eine, angeblich auf Erfrierung beruhende, Cyanose der Hände. Eine Marienbader Cur und heiße Sitzbäder brachten Erleichterung, doch begannen im Spätherbst die Beschwerden wieder. Galvanisiren des Kopfes mit schwachen Strömen und Chinin schienen günstig zu wirken, doch litt Patient noch viel. Zu Weihnachten zeigte sich wieder ein kleiner Hämorrhoidalknoten, in den ersten Tagen des Jahres 1897 erfolgte daraus eine profuse Blutung. Patient behauptet, an diesem Tage zuerst seit seiner Operation einen freien Kopf gehabt zu haben. Die Blutungen wiederholten sich von da an alle 4—8 Wochen, und Patient war dauernd ohne Congestion und Schwindel; ein minimales Ohrensausen, das ihn nicht weiter störte, und leichte Schwerhörigkeit blieben bestehen. Dieser Zustand hielt an bis August 1899, wo eine Lungenentzündung den Exitus herbeiführte.

Es ist wohl sicher, daß ein Ohrenleiden (wahrscheinlich die Sklerose) bei diesen Ohrphänomenen ursächliche Bedeutung hatte. Ebenso sicher ist aber, daß das Auftreten der Congestionen (deren rein nervöse Natur übrigens hier nicht über jeden Zweifel erhaben ist) die veranlassende Ursache der Anfälle darstellte, und daß der Kranke nicht so unrecht hatte, wie es vielen erscheinen mag, wenn er einen Zusammenhang der Hämorrhoidaloperation mit seinem Ohrensausen construirte.

Ehe ich die Congestion im Carotidengebiete verlasse, möchte ich nur noch erinnern, daß dieser höchst lästige Zustand, der in den Kranken oft eine dauernde Angst vor seiner Erneuerung zurückläßt und dadurch die Erregbarkeit der Gefäßnerven nur noch steigert, nicht nur bei vasomotorischer Ataxie vorkommt. Er findet sich, wie erwähnt, bei Arteriosklerose, ferner bei Nierenleiden, bei allgemeiner Plethora, bei Vergiftungen, durch Hitzewirkung. Oft äußert sich auch eine allgemeine Kreislaufsstörung, etwa vom Herzen ausgehend, besonders am Cerebrum, weil es besonders empfindlich ist, und es entstehen so ganz ähnliche Beschwerden, ohne daß der örtliche Kreislaufsapparat wesentlich betheiligte wäre.

Letzterer Punkt ist besonders bei den anämischen Zuständen des Kopfes beachtenswerth. Ich halte dieselben bei vasomotorischer Ataxie überhaupt nicht für allzu häufig, und von den zu beobachtenden Fällen beruht der größte Theil auf allgemeineren Kreislaufstörungen; auch da sind es meist nur, wie schon BINSWANGER anführt, anämische und hochgradig erschöpfte Neurastheniker, bei denen Ohnmachten häufig sind.

Besprechen wir auch hier zunächst die Anämie der äußeren Theile. Es findet sich bei unseren Kranken gelegentlich ein auffälliges plötzliches Erblassen, das oft nur der Umgebung auffällt; subjectiv bestehen dabei gar keine oder nur mäßige Spannungs- und Kältegefühle. Es ist aber schon oben erwähnt, daß diese Kältegefühle, die bei Nervösen recht häufig sind, nur dann als sicherer Ausdruck veränderter Circulationsverhältnisse dienen können, wenn ihnen die im allgemeinen Theile geschilderten objectiven Symptome der Anämie parallel gehen.

Zuweilen begleitet eine derartige Anämisirung der Gesichtshaut die später zu schildernde Synkope der Arme. Erst jüngst sah ich einen Mann, bei welchem gewöhnlich an den Anfällen ein Arm und die zugehörige Gesichtshälfte betheiligt waren.

Fall 16. F., Gastwirth, 29 Jahre. Starker Raucher, Potator mittleren Grades. Leidet an Fettleibigkeit. Consultirte mich schon vor 5 Jahren wegen einer Herzneurose. Klagt zur Zeit (April 1901) über allgemeine Erregtheit; ferner über häufiges Flimmern vor den Augen. Zeitweise wird ihm, wie er angibt, die rechte Gesichtshälfte und der rechte Arm kalt und taub, seltener entsprechend die linke Seite. Ich konnte auch in meiner Sprechstunde feststellen, daß die rechte Seite circa $1\frac{1}{2}^{\circ}$ C. kälter war als die linke. Zeichen einer cerebralen oder Gefäßerkrankung bestanden sonst nicht. Einige

Stunden später waren beide Seiten subjectiv und objectiv gleich temperirt.

Gelegentlich betheiligen sich außer Arm und Gesichtshaut auch Zunge und Rachen an der Synkope.

Viel seltener sind tiefere Gefäßgebiete nachweislich in ihren Kreislaufsverhältnissen gestört. In der Literatur (z. B. bei MARTIN l. c.) ist viel von schweren Störungen die Rede, welche durch Arterienkrampf in cerebro entstehen sollen, von Krämpfen, Lähmungen u. s. f. Einer strengen Kritik halten diese Angaben nicht stand. Mehr Beachtung verdient es, wenn SOLIS-COHEN bei einer Kranken mit vasomotorischer Ataxie mehrfach vorübergehende Blindheit beobachtete und auf Ischämie zurückführte. In demselben Falle trat einmal vorübergehende Hemianopsie auf; ich erinnere mich der Schilderungen einer jungen Dame über ganz flüchtige Anfälle, die ich auch nur als Hemianopsie deuten konnte, zuweilen kam es dabei zur Ohnmacht. Endlich könnte man, da bei sehr vielen Fällen von Agoraphobie im Anfall das Gesicht blaß wird, gleichzeitige Anämie des Cerebrums vermuthen. Es ist aber oben bereits das Nöthige darüber gesagt, daß die Gefäßfüllung der äußeren und inneren Gebiete durchaus nicht correspondirt, und es ist wohl anzunehmen, daß die begleitende Anämie bei der Platzangst, noch mehr wie die oben besprochene Hyperämie, nur eine secundäre Erscheinung darstellt.

Das typische Symptom der Gehirnanämie ist die Ohnmacht, und gerade sie tritt fast immer nur mit Begleitscheinungen am Herzen und am Radialpuls auf, die auf ein allgemeines Sinken der Blutbewegung im Körper schließen lassen. Eine örtlich bedingte Kreislaufsänderung ist nur anzunehmen, wo jene fehlen, und scheint mir selten zu sein. Die Gefäße des Kopfes dürften sich nicht leicht über einen gewissen Grad hinaus — wie er etwa den Schlaf begleiten mag — verengern; es ist merkwürdig, daß auch der Nachweis der gefäßverengernden Nerven des Gehirns ein so difficiler ist (s. TIGERSTEDT, l. c. pag. 479).

Ich konnte nur zwei sichere Fälle derartiger örtlicher Synkope finden; in beiden wechselte sie mit Anfällen von Congestion.

Fall 17. F., Gymnasialschüler, 16 $\frac{3}{4}$ Jahre. Nervöser Mensch, der in der Schule schlecht fortkommt, wahrscheinlich Onanist. Leidet seit $\frac{3}{4}$ Jahren an eigenthümlichen Attaquen. Er wird zuerst blaß, unwohl, schwindlig, die Gegenstände verschwimmen ihm; nach circa 24 Stunden tritt starke Röthung des Gesichtes und der Conjunctiven, Klopfen am Halse, allgemeine Unruhe ein; dazu Schwellung der Schilddrüse und, wie auch der Vater bestimmt versichert, Hervortreten der Augen, so daß sie kaum geschlossen werden können (?) und stark thränen. Nach 2—3 Tagen geht alles zur Norm zurück. Solche Attaquen sollen 5—6mal dagewesen sein, meist in der Schulzeit, während bei mehrwöchentlicher Ruhe nur andeutungsweise Anfälle auftraten. Ferner klagt Patient oft über Herzklopfen. Ich sah den sehr schlecht genährten Patienten im August 1900 beim Beginn einer Attaque. Bei verstärktem Herzschlag, gut gefülltem Radial- und Carotispuls war das Gesicht leichenblaß und kühl, die Retinalgefäße zeigten sich sehr zusammengezogen, Patient klagte dabei über Schwindel, vorübergehende Verdunklung des Gesichtsfeldes, Uebelkeit, wollte am liebsten liegen. Bei Erregung wurde der Puls sehr frequent, blieb aber sonst von normalen Qualitäten. Schwache galvanische Ströme, durch den Kopf geleitet, vermehrten den Schwindel sofort ins Unerträgliche. — Außerdem constatirte ich starke Cyanose der Hände, ausgedehnte Aknebildung auf der Haut. — Leider war es aus äußeren Gründen nicht möglich, den weiteren Ablauf der Attaquen zu beobachten, was mir gerade wegen der Schilddrüsenschwellung sehr wichtig gewesen wäre.

Im zweiten Falle waren die Zeiten der Hirncongestion von denen der Hirnanämie durch weitere Zwischenräume getrennt.

Fall 18. S., Agent, 58 Jahre. Sehr nervöser Mann. Hat bereits in seiner Jugend viel an Ohnmachten gelitten, die aber seit vielen

Jahren weggeblieben waren. Kam 1895 in meine Behandlung. Litt an Leberhyperämie, Flatulenz, chronischer Proctitis mit leichter Hämorrhoidenbildung. Bei starker Flatulenz oft dyspnoische Zustände. Zeitweise Congestion nach dem Kopfe mit allen deutlichen objectiven Zeichen der Hyperämie in den sichtbaren Theilen; zugleich Kopfdruck, Hitze im Kopf, Erschwerung der Gedanken-thätigkeit, schlechter und unruhiger Schlaf. Ferner bestehen starke Varicen an den Unterschenkeln. Chronische Bronchitis.

Nach schwerer Aufregung erfolgte plötzlich 1896 im September ein Ohnmachtsanfall, zu dem ich gerufen wurde. Da Patient in meiner unmittelbaren Nähe wohnte, fand ich ihn noch im Anfalle: das Gesicht leichenblaß, mit kaltem Schweiß bedeckt, die Züge verfallen. Patient konnte kaum den Kopf heben, um etwas zu trinken, klagte über Verschwommensein der Gegenstände, Klingen in den Ohren, Uebelkeit. Retinalgefäße stark contrahirt. Dabei waren Herzschlag und Radialpuls ohne die geringste nachweisbare Abweichung von der Norm. Der Anfall löste sich erst nach circa 1½ Stunden.

Die Attaquen wiederholten sich noch öfter in den nächsten Jahren, wurden aber immer schwächer und sind jetzt (April 1901) viele Monate ganz weggeblieben.

Ich erwähne noch, daß manche Kranke unserer Kategorie über ohnmachtsähnliche Schwäche klagen, die sich aber bei näherer Betrachtung nicht als cerebraler Genese, sondern als Folge einer Störung des Muskelgefühls erweist.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

EDLEFSEN (Hamburg): Euthanasie und die Pravaz'sche Spritze nebst Bemerkungen über die subcutane Anwendung der Excitantien.

Einem Ausspruche von BENZ beipflichtend, welcher empfahl, das Morphinum zur Linderung der Qualen Sterbender ohne kleinliche Rücksichtnahme auf eine eventuelle Schädigung des Herzens ausgiebig zu gebrauchen, da 0·01—0·02 Grm. Morphinum das Herz nicht schädigen, rath nunmehr E. („Deutsche Aerzte-Ztg.“ 1901, Nr. 3), auch bei Klappenfehlern im Stadium der schweren Compensationsstörung vor dem Morphinum nicht zurückzuschrecken, wenn es sich nicht gerade um hochgradige Sklerose der Coronararterien und vorgeschrittene Degeneration des Herzmuskels oder um sonstige specielle Contraindicationen handelt. Wenn man den Morphinumgebrauch in Fällen von Insufficiencia cordis nicht allzu sehr übertreibt, dann kann das Morphinum in manchen Fällen geradezu als Herztonicum betrachtet werden.

Vom Kampher sagt E., daß man durch ihn zuweilen dadurch Euthanasie zu erzeugen vermöge, daß er in Fällen schwerster subjectiv beängstigend wirkender präagonalen Schwäche, die mit Unruhe einhergeht, nicht selten dem Sterbenden eine subjective Erleichterung schaffe. E. verwendete stets eine Lösung von 2 Grm. Kampher in 10 Grm. Ol. amygdal. dulcium, welches dünnflüssiger ist als Olivenöl, oder eine Lösung von Camphor. trit., Aether sulf. aa. 2·0 Ol. amygdal. dulc. 8·0 und warnt vor einem größeren Aetherzusatz, nicht bloß wegen der Gefahr einer Neuritis, sondern vor allem auch deshalb, weil bei ungeschickter Ausführung der Injectionen — in die Haut statt in das subcutane Gewebe — leichter Hautnekrosen entstehen, als bei Benutzung ätherarmer oder ätherfreier Lösungen. Im Uebrigen rath er bei Collapszuständen mit der Kampherdosis nicht zu kargen. Meist kommt man mit dem Kampher vollkommen aus, zuweilen aber ist es wünschenswerth, ein noch stärkeres Reizmittel subcutan anwenden zu können. Als solche bezeichnet E. den moschus, und zwar in Form einer besonders starken Moschustinctur „Tinct. Moschi fortior“ (Rp. Moschi 1·0, Aq. dest. Spir. vin. dil. aa. 5·0), die er vorräthig halten läßt, weil ihre Herstellung mehrere Tage erfordert. Hievon gibt er im Bedarfsfalle mehr als eine, eventuell 3 Spritzen, die in Zwischenräumen von ½—1 Stunde verabreicht werden.

B.

GRABOWER (Berlin): Die Förderung der Medicin durch die Laryngologie.

Die verschiedenen Wissenszweige der Medicin haben durch die Laryngologie eine bedeutende Förderung erfahren („Berlin. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 27). Larynxödem wird nicht selten angetroffen zusammen mit acuter und chronischer Nephritis, mit amyloider Nierendegeneration als Stauungsödem. Es ist bisweilen das erste Zeichen einer Nephritis, z. B. bei Scharlachnephritis. — Bei Abdominaltyphus hat sich immer mehr die Nothwendigkeit gezeigt, den Kehlkopf während des Ablaufes der Krankheit wiederholt zu untersuchen. Laryngitis, Perichondritis, Eiterergüsse zwischen Knorpel und Perichondrium kommen vor; Geschwüre am Epiglottisrande sind für Typhus pathognostisch und bisweilen geeignet, die Diagnose zu stützen. Die Dignität der Laryngoskopie für die Tuberculose ist bekannt: Hervorzuheben sind Fälle, in denen weder die Untersuchung der Lungen, noch das Sputum einen sicheren Anhalt gewähren und ein Infiltrat an der Vorderfläche der hinteren Larynxwand die Diagnose ermöglicht.

Eine Beschleunigung der Herzthätigkeit und Vermehrung der Pulsfrequenz bei vorhandener Kehlkopfmuskellähmung kann durch Compression des Recurrens, z. B. durch Lymphdrüsen im Brust-raume, entstehen. — Der Befund einer linksseitigen Recurrens-lähmung ist bisweilen eine brauchbare Stütze für die Diagnose eines Aortenaneurysma. — Die weitaus interessantesten Beziehungen bestehen zwischen dem Kehlkopf und den nervösen Centralorganen. — Bezüglich des Großhirnes ist das Centrum für die Adduction der Stimmlippen zu erwähnen, entsprechend der vorderen Hälfte der Basis der aufsteigenden Stirnwindung, dessen einseitige Reizung doppel-seitige Adduction zur Folge hat, und dessen weitere Bahnen durch die Corona radiata, Capsula interna und Pons zur Medulla ziehen. — Die Erwartung einer genaueren Localisation in cerebralen Herden durch Ausfallserscheinungen an den Kehlkopfmuskeln hat sich bislang nicht erfüllt. — Bei multipler Sklerose wird Verlangsamung in der Bewegung der Adductoren und der Spanner beobachtet. Bekannt ist der Symptomencomplex der hysterischen Aphasie. — Das in der Ala cinerea (Medulla oblongata) gelegene Adductionscentrum, dessen einseitige Reizung doppel-seitige Adduction der Stimmlippen zur Folge hat, wurde von SEMON und HORSLEY entdeckt; es ist eine Durchgangsstation für Impulse von höheren Orten. — Bei der progressiven Bulbärparalyse ist eine größere Reihe von Beobachtungen bekannt, bei denen Kehlkopfstörungen vorhanden waren, theils leichter Art, wie Monotonie der Stimme, theils schwere Lähmungen. — Ein brauchbares Mittel ist oft die Constatirung einer Kehlkopfmuskellähmung zur Unterscheidung einer progressiven Bulbärparalyse von einer Pseudobulbärparalyse. Bei Syringomyelie kann die Beobachtung einer Kehlkopfmuskellähmung einen Fingerzeig dafür geben, wie hoch hinauf der Proceß reicht. Bei Tabes ist eine große Reihe von Kehlkopfstörungen beobachtet worden, und zwar theils Reiz-, theils Lähmungserscheinungen. Hieher gehören die Larynxkrisen, Posticuslähmungen etc. Besonders ins Gewicht fällt der Umstand; daß die Lähmung zu den Frühsymptomen der Tabes gehören kann.

B.

H. JAQ. POLAK (Amsterdam): Die Desinfection der schneidenden, chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus.

Aus den Untersuchungen des Verf. ergibt sich („Deutsche med. Wochr.“, 1901, Nr. 36), daß das sicherste von allen praktisch ausführbaren Desinfections- und Sterilisationsmitteln das Kochen ist, am besten in Sodalösung und in geschlossener Pfanne. Für complicirt construirte Instrumente und solche, die durch das Kochen nicht angegriffen werden, wird diese Art der Desinfection die bevorzugte bleiben. Der Spiritus saponis kalinus tödtet innerhalb 15 Minuten den an Instrumenten getrockneten Staphylococcus. Es verdient daher Erwägung, dieses Präparat für schneidende Instrumente, die durch das Kochen leiden, anzuwenden; der Spiritus saponis kalinus ist ebenso für die mechanische Reinigung ein ausgezeichnetes Mittel, wenn man nur die Reinigung sorgfältig ausübt und mindestens ½ Minute fortsetzt. Die mechanische Reinigung findet

nicht nur statt durch Abreiben der Instrumente mit einem Lappchen, das mit Spiritus saponis kalinus durchtränkt ist, sondern auch durch das Anschwellen und Lockern von Eiter und Blut im Seifenbade. Diese Stoffe werden also von den Instrumenten losgelöst.

Alkohol von 50% ist ein besseres Mittel zur Desinfection als die schwächeren oder stärkeren Concentrationen. Jedoch steht im Vergleich zum Spiritus saponis kalinus der Alkohol sowohl betreffs antiseptischer als auch mechanischer Reinigungskraft zurück. Nach jeder Operation lege man also die schneidenden Instrumente durch mindestens 15 Minuten in den Spiritus saponis kalinus. Man nehme sie dann heraus und reinige sie sorgfältig.

Vor jeder Operation lege man sie wieder 15 Minuten in den Seifenspiritus. Der Operateur oder ein Assistent reibe sie mit einem sterilen leinenen Lappchen sorgfältig ab. Ferner kann man die Seife durch 50%igen Alkohol oder durch eine sterile Borsäurelösung beseitigen. Es ist von grossem Vortheil, die Instrumente vor und sofort nach dem Gebrauch in 3%ige Borsäurelösung steril zu legen.

G.

KOPFSTEIN (Jung-Bunzlau): Mittheilungen über operative Behandlung vorderer eitrigiger Mediastinitis.

Der Aetiologie nach wird die Mediastinitis in eine traumatische, aus der Umgebung übertragene und metastatische getheilt. Die Entzündung kann in allen diesen Fällen eine eitrig-septische sein, doch wurden auch nicht eitrig-septische beobachtet. Die eitrig-septischen sind häufiger. In HARE'S Statistik von 115 Fällen sind nur 16 nicht eitrig-septisch bezeichnet.

Am häufigsten erscheint die M. bei Entzündungen in der Nachbarschaft, aber auch in entfernteren Organen. In dieser Hinsicht sind, was das vordere Mediastinum anbelangt, Halsphlegmonen, besonders im prävisceralen Raum, und die Phlegmonen in dem lockeren Gewebe um die Carotis und die Vena jugul. com., sehr gefährlich.

Die metastatische Mediastinitis wurde in erster Reihe bei dem Typhus und dem Erysipel beschrieben, hie und da bei acutem Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Blattern und Masern. Eines der ersten Symptome anfangender oder schon entwickelter Mediastinitis ist ein heftiger Schmerz hinter dem Sternum, der bis in die Wirbelsäule ausstrahlt, hohes Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen, erschwerte Athmung und Herzschwäche, besonders wenn eine größere Menge Eiter sich hinter dem Sternum ansammelt. Der Eiter kann zwischen den Rippen am Rande des Sternums, oder in eine der Nachbarhöhlen durchbrechen; gewöhnlich endet der Fall ohne chirurgische Hilfe letal (Sepsis). Bei cariösen Processen, die eine Mediastinitis erzeugten, ist der Verlauf gewöhnlich nicht so stürmisch. In Betreff der Therapie handelt es sich um möglichst baldige operative Entleerung des Eiters. Bei sicherer Diagnose ist die Trepanation des Sternums indicirt. Nach Entleerung des Eiters wird die Wunde mittels der LUER'schen Zange erweitert. Bei cariösen Processen sind ausgedehnte Sternum- und Rippenresectionen am Platze. MILTON empfiehlt das Durchfeilen des Sternums in der Mittellinie. MICHAJLOW aber verwirft diese Methode auf Grund seiner Cadaverversuche und empfiehlt zur Trepanation einen auf den Knochen flach aufgelegten dünnen Meißel, wodurch eine Verwundung der Pleura am besten vermieden werden soll. GIORDANO schlägt die osteoplastische Resection des Sternums vor. Einfacher ist die Operation, wenn der Eiter im Rippenzwischenraum perforirte und einen subcutanen Absceß bildete oder eine Fistel schon vorhanden ist. Durch Erweiterung der Perforation, Resection einer oder zweier Rippen und eines Theiles des Sternums wird dem Eiter Abfluß gesichert.

Verf.'s Casuistik („Věstnik“, III. sjezdu čes. přír. a lék. v Praze, 1901, pag. 254) enthält 4 Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um eine mehr chronische Mediastinitis als Folge einer Caries sterni. Trepanation und Resection des Sternums. Heilung.

Im 2. Falle bestand ein mediastinaler Absceß nach einem Trauma. Perforation zwischen der 3. und 4. Rippe. Incision, Resection des Sternumrandes und der 3. und 4. Rippe. Heilung.

3. Fall. Acute Mediastinitis als Folge einer Halsphlegmone nach Zahnextraction. Contraincision zwischen der 2. und 3. Rippe. Tod durch Sepsis.

4. Fall. Posttyphöse acute metastatische Mediastinitis. Spontane Perforation rechts zwischen der 2. und 3. Rippe, dann 4. und 5. Rippe und am Halse. Die Perforationen wurden erweitert und drainirt. Im weiteren Verlaufe entstand ein großer Absceß um das Herz herum, so daß nach der Eröffnung das Herz und die großen Blutgefäße frei lagen. Später entstand noch durch weitere Perforation ein linkseitiges Pleuraempyem, das durch Resection einer Rippe geheilt wurde.

Der Pat. genas vollkommen.

STOCK.

ALFRED FICKLER: Zur Frage der Regeneration des Rückenmarks.

F. hat in zwei Fällen von Compression des Rückenmarks abnorm gelegene Nervenfasern gefunden und als Regenerationsproduct angesprochen, BIELSCHOFKY hat dieselben für ein abgesprengtes Bündel der Pyramidenvorderstränge oder ein langes Commissurenbündel gehalten. Verf. sucht nun Gründe für seine Auffassung beizubringen, daß seine Befunde regenerirte Fasern darstellen, und zwar einmal solche, die die Verbindung zwischen den Ganglienzellen in den der Compressionsstelle benachbarten Rückenmarksegmenten wieder herstellen, also der Association innerhalb des Rückenmarks dienen, sodann solche, die als Ausläufer centraler Neurone die Verbindung mit den peripherischen Neuronen zu erneuern suchen.

INFELD.

J. IWANOFF (Warschau): Ueber die Bedingungen des Erscheinens und die Bedeutung der Varicosität der Protoplasmafortsätze der motorischen Zellen der Hirnrinde.

Es ist bekanntlich die Theorie aufgestellt worden, daß die Nervenelemente, besonders die Protoplasmafortsätze in ihrem physiologischen Zustande bewegungsfähig sind, und daß dieser Amöboismus verschiedene vitale, auch psychische Functionen habe; im wachen Zustande berühren sich ihre Ausläufer, unter gewissen Einflüssen ziehen diese sich zurück, und die Störung des Contacts ruft Unterbrechung der Function, Ruhe oder Schlaf, hervor. Verf. findet nun („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 15), daß die dornartigen Ausläufer einen integrierenden Bestandtheil der Protoplasmafortsätze normaler Pyramidenfortsätze darstellen, daß ihr Verschwinden und das Erscheinen von Varicositäten zu den schweren destructiven Veränderungen gehören, aber nicht mit den Functionsstörungen der Nervenzellen in Parallele zu stellen sind, daß sie auch durch die Leichenzersetzung, daß sie aber auch durch das Verfahren selbst, die schnelle GOLGI'sche Methode, werden zustandekommen können.

INFELD.

NATANSON: Vorübergehende beiderseitige vollständige Amaurose (Papillitis) bei einem Kinde ohne wahrnehmbare Ursache.

Ein 5jähriges Mädchen, das noch am Tage vorher in vollständigem Besitz ihres Sehvermögens war, erblindete plötzlich. Anamnestisch konnte („Wratsch“, 1901, Nr. 6) nur festgestellt werden, daß in der Familie ein Influenzafall vorgekommen war, und daß das erblindete Mädchen 2—3 Tage vor der Erkrankung einen Stoß gegen die Stirne bekommen hatte. Das Sehvermögen an beiden Augen = 0. Pupillen erweitert, unbeweglich. Am Augenfundus bedeutende Stauung, geringe Verstopfung der Pupillen, Trübung derselben und Verschwommenheit der Contouren; links 2—3 geringere Blutergüsse. Nach 10 Tagen vermochte das Kind die vorgehaltenen Finger in einer Entfernung von 3 M. und auch noch weiter zu zählen. Die Pupillen verengten sich und reagirten auf Licht. Die Symptome der Papillitis haben bedeutend abgenommen. Aetiologisch blieb der Fall vollständig dunkel.

L—Y.

HERMANN W. FREUND (Straßburg): Ueber moderne Prolapsoperationen.

Zum Zwecke einer ungefähren Umgrenzung der Indicationen, welche für die verschiedenen Prolapsoperationen zu gelten haben, hat man sich zunächst vor Augen zu halten, daß im Mechanismus der Entstehung und des Recidives der Prolapse die Harnblase die erste Rolle spielt. Eine vorhandene Retroversio flexio uteri darf nicht als Ursache der Scheidenverlagerung angesehen werden; sie kann gleichzeitig entstanden sein, der Scheidenprolaps ist aber als die bedeutsamere Affection aufzufassen. Die mächtigen Totalprolapse sind nichts anderes als große Hernien, welche durch die physiologische Pforte im Beckenboden austreten.

Auf Grund dieser Vordersätze folgert FR. („Centralbl. f. Gynäk.“, 1901, Nr. 18):

1. Für uncomplicirte Scheidenvorfälle bleibt die classische Kolporrhaphie zu Recht bestehen;
2. für complicirte Scheidenvorfälle sind Operationen nothwendig, welche die Harnblase dauernd aus dem Prolapsgebiete verdrängen und zugleich Eingriffe an der Portio oder dem Corpus uteri gestatten;
3. für große Eventrationen kommen allein peritoneale Eingriffe in Betracht.

Ad 1 bespricht FR. zunächst die Kolpo-Perineorrhaphie; der Anwendung des Catgut schreibt er keine besonderen Vortheile zu. Die SCHLEICH'sche Infiltration hält er für exactes plastisches Operiren ungeeignet. Bei der Schaffung eines neuen Dammes ist das Aufsuchen der zerrissenen und distalwärts verzogenen Enden des M. sphincter ani und ihre genaue Vereinigung, wie sie insbesondere die W. A. FREUND'sche Operation intendirt, von größter Wichtigkeit. Die Drahtschnürung der Scheide hat nur vorübergehende, palliative Wirkung.

Ad 2 beschreibt der Autor eine Methode der Kolpo-Cystopexie, bei der ähnlich der GERSUNY- und SÄNGER'schen Methode die Cystokele freigelegt und genügend abgelöst wird, worauf man sie mit Catgutfäden in dem paracolpale Bindegewebe in der Weise fixirt, daß man unterhalb des einen Scheidenlappens mit der Nadel einsticht, durch die untersten Abschnitte der Blase flach hindurchgeht und in der der Einstichöffnung correspondirenden Stelle der anderen Seite unterhalb des zweiten Scheidenlappens wieder herauskommt. Die P. MÜLLER'sche Colpectomie, welche in der Hauptsache aus einer möglichst weitgreifenden Exstirpation der Scheide und Versenkung der Gebärmutter besteht, hat nur eine beschränkte Verwendbarkeit bei alten Frauen, deren Uterus kein Secret mehr absondert.

Ad 3. Hier ergibt die W. A. FREUND'sche Einnähung des Uterusfundus in die Scheide, welche denselben beschränkten Wirkungskreis wie die letztangeführte Operation hat, vorzügliche Resultate, insbesondere, wenn man den Uteruskörper noch außerdem als plastisches Materiale zum Verschuß von Urin- oder Mastdarmfisteln verwenden kann. Des Weiteren kommt die Ventrofixatio uteri et flexurae sigmoid. in Betracht. Die einfache Ventrofixation der Gebärmutter genügt in vielen Fällen nicht, weil sich der erweiterte Douglas rasch wieder mit Organen der Bauchhöhle füllt. Dies hat FR. dadurch verhindert, daß er die Flexura iliaca als schräges Diaphragma über den Beckeneingang zieht und zwei Appendices derselben rechts seitlich von der Bauchincision am Peritoneum anheftet, nachdem zuvor der ganze Douglas von Därmen und Netz befreit worden ist.

FISCHER.

DEUTSCH (Budapest): Die forensische Serumdiagnose des Blutes.

Die Kenntniß der specifischen Hämagglutinine, Hämolsine und Präcipitine, die wir den neueren bacteriologischen Arbeiten verdanken, hat bekanntlich zu der praktisch äußerst wichtigen Verwendung dieser Körper zur Diagnose menschlichen Blutes geführt. In dem vorliegenden Aufsätze („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 16), in dem Verf. sich in erster Linie die Priorität für diese Verwendung der Antikörper im Blut zu forensischen Zwecken sichern will, gibt er

die Methode an, die von ihm gewöhnlich geübt wird, und die die Hämolyse in der zu untersuchenden Blutspur anstrebt, während UHLENHUTH, dann WASSERMANN und SCHULZE die Präcipitation prüfen. Verf. vergleicht beide Methoden unter einander und glaubt, daß dieselben in Bälde allgemeine Verwendung in der gerichtlichen Medicin finden werden.

Dr. S—.

SPENGLER (Davos): Zur Aetiologie des Keuchhustens.

JOCHMANN und KRAUSE haben vor kurzem in ihrer Arbeit über die Aetiologie des Keuchhustens der Meinung Ausdruck gegeben, daß SP. ähnliche Bacillen im Sputum Keuchhustenkranker gesehen habe wie sie selbst, daß er sie aber nicht für specifisch gehalten habe. Verf. erbringt daher den Nachweis („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 18), daß er in der betreffenden Arbeit bereits im Jahre 1897 influenzabacillenähnliche Stäbchen als Pertussisbacillen beschrieb, an deren ätiologischer Bedeutung für den Keuchhusten er nicht zweifelte, weil sie in gewissen Fällen (bei Erwachsenen) beinahe in Reincultur im Sputum auftraten. Mit den CZAPLEWSKI'schen Pertussisbacillen hatten sie nicht das Mindeste zu thun, vielmehr glaubt Verf., daß diese Autoren andere Bacterien reinzüchteten, als sie im Sputum als Pertussisbacillen ansprachen und beschrieben.

Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin und Wien 1902, Urban und Schwarzenberg.

Durch die fast vollständige Umarbeitung und die erschöpfende Berücksichtigung der neuesten Literatur — das Verzeichniß weist 712 Nummern auf — präsentirt sich die dritte Auflage des KLEINWÄCHTER'schen Buches als ein neues Werk, welches in klarer Darstellung und objectiver Kritik alle einschlägigen Fragen erörtert und nicht nur dem Fachmann, sondern auch dem praktischen Arzt ein überreiches, werthvolles Materiale bietet. Dabei beherrschen die streng conservativen Grundsätze des Autors die ganze Arbeit, die wohl dazu angethan ist, auf diesem Tummelplatz so mancher Polypragmasie, wie es die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist, ernsten Rath und strenge Warnung abzugeben; denn gegen manche der landläufigen und immer von neuem kritiklos wiederholten Indicationen lehnt sich der Verfasser auf, wobei ich nur auf die Nierenerkrankungen und Herzklappenfehler hinweise, von den vielen anderen, ich möchte sagen, exotischen Indicationen nicht zu sprechen. Infolge der eng beschränkten Indicationsstellung wird KLEINWÄCHTER, wie er es auch voraussieht, viele Widersacher finden, er wird aber auch unendlich viel Gutes stiften, da er zur gewissenhaften Ueberprüfung in jedem Einzelfalle Anstoß gibt. Denn auch hier lassen oft allgemeine Sätze im Stiche, auch hier heißt es oft: individualisiren.

Bezüglich der Operationsmethode tritt KLEINWÄCHTER beim artificiellen Abortus für die möglichst rasche Ausräumung des Uterus, bei der künstlichen Frühgeburt für die COHEN- und die KRAUSE'sche Methode ein, von denen die letztere heute wohl die allgemein geübte ist.

Auf dem Gebiete der gynäkologischen Sprachreinigung erwirbt sich der Autor das Verdienst, nachdrücklichst auf den unsinnigen Pleonasmus der „Einleitung des künstlichen Abortus, beziehungsweise der künstlichen Frühgeburt“ hinzuweisen. Daß „intrauterine Kolpeuryse“ ein Nonsens ist, wurde schon früher betont.

FISCHER.

Das Asthma, sein Wesen und seine Bedeutung. Von Dr. W. Brügelmann. Vierte vermehrte Auflage. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

Das in vierter Auflage erschienene Werk fußt auf einer durch tausendfältige Beobachtungen an einem reichen Krankemateriale und durch sorgfältiges Studium der unzähligen Phasen

des Asthmas gesammelten großen Erfahrung. Nach Erörterung der verschiedenen ätiologischen Factoren und der allgemeinen in Betracht kommenden Grundsätze behandelt Verf. im speciellen Theile das traumatische, reflectorische und das Intoxicationsasthma. Die Therapie B.'s ist mannigfaltig und sie trägt — was speciell von der Frage der Asthmabehandlung von großer Wichtigkeit ist — dem individuellen Standpunkte des einzelnen Kranken sorgfältig Rechnung. N.

Augenheilkunde und Ophthalmoskopie. Von Dr. H. Schmidt-Rimpler, Prof. in Halle a. S. VII. verbesserte Auflage. Leipzig 1901, S. Hirzel.

Zu den besten Lehrbüchern zählt die eben in VII. Auflage erschienene Augenheilkunde SCHMIDT-RIMPLER'S. Den bekannten Vorzügen dieses weitverbreiteten Werkes haben sich neue hinzugesellt. So wurden diesmal die wichtigsten bacteriologischen Befunde berücksichtigt und die Verletzungen des Auges gleichzeitig mit der durch sie bedingten Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit im Zusammenhange behandelt.

Dieses Capitel ist nicht nur für den Augenarzt, sondern für den Praktiker überhaupt wegen der mit den Unfallsuntersuchungen in Verbindung stehenden wichtigen Fragen von Bedeutung.

Auch heute erscheint es noch besonders vortheilhaft, daß die Ophthalmoskopie eine gesonderte Abtheilung ausmacht und so den Studirenden ein besonderes Handbuch für diesen Zweck entbehrlich machen kann.

Es gibt kein Capitel der praktischen Augenheilkunde, das nicht von dem als Arzt, Forscher und Schriftsteller gleich verdienten Autor allseitig anerkannte Originalarbeiten aufweist. Der Stil ist präcise und leicht verständlich und unterstützt in wirksamster Weise die von selbständigem Urtheil zeugenden Ausführungen des Verf.

Somit kann die Lectüre des SCHMIDT-RIMPLER'schen Lesebuches nicht nur den Studirenden, sondern besonders allen praktischen Aerzten, welche, etwa seit einigen Jahren der Schule entwachsen, sich über den actualsten Stand einer oculistischen Frage schnell und autoritativ Rath erhoffen wollen — dringend empfohlen werden. Primar. Dr. H. A.

Feuilleton.

Italienischer Brief.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

II.

— 15. September 1901.

Der II. italienische Anti-Pellagracongreß wird im Mai 1902 zu Bologna abgehalten werden. Die Vorbereitungen trifft die Permanenzcommission im Vereine mit der interprovinziellen Leitung zu Udine. In der letzten Sitzung der Commission zu Bologna wurde beschlossen, sanitäre Unterkunftsorte für Pellagra in einigen Gemeinden des Flach- und Gebirgslandes zu errichten. Das Finanzministerium hat den Leitern der Agriculturnanstalten den Auftrag erteilt, für die Verbreitung der Kenntnisse über das Wesen und die Ursachen der Pellagra Sorge zu tragen. Der oberste Sanitätsrath bereitet zudem einen Gesetzentwurf vor, dessen Tenor dahin geht, daß der Staat, die Provinzen und die pellagrogenen Gemeinden verpflichtet werden, zur Prophylaxe und Heilung der Pellagra beizutragen, daß Permanenz-Commissionen eingesetzt werden, welche sich aus Vertretern des Landes, der Gemeinden und aus Sanitätspersonen recrutiren, und daß die Mais-einfuhr überwacht, havarirter Mais confiscirt werde. Verdorbener Mais darf nicht vermahlen werden.

In der Zeit vom 29. September bis zum 3. October d. J. wird zu Ancona der XI. Congreß der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie tagen. Folgende Themen stehen auf der Tagesordnung: Die Fortschritte der Psychiatrie, Neuropathologie und Irrenbehandlung, Ref. SIPPILLI und TAMBRONI; Classification der Psychosen, DE SANCTIS; Genese und Nosographie der progressiven Paralyse, BIANCHI; Einfluß der Psychiatrie auf die Pädagogik, AGOSTINI; Idiotenerziehung, DE SANCTIS und COLUCCI; Irrenfürsorge in den Provinzen, TAMBURINI. Dem Congreß wird auch eine Ausstellung aller Vorrichtungen beigelegt, die in Kliniken, Irrenanstalten, Krankenhäusern und ähnlichen Institutionen zur Verwendung kommen. Der Besuch der neuen Irrenanstalt von Ancona und Ausflüge zur See sind geplant.

Nachträglich habe ich auch über eine Generalversammlung der Aerzte der römischen Provinz zu berichten, die im Juli d. J. in der Aula der königlichen Universität stattgefunden hat. Auf der Tagesordnung stand die Berechtigung von ausländischen Aerzten zum Practiciren auf italienischem Gebiete. Die Versammlung gab der Meinung Ausdruck, daß fremde Aerzte nur dann in Italien praxisberechtigt seien, wenn sie alle vorgeschriebenen medicinischen und chirurgischen Prüfungen an einer italienischen Universität abgelegt und die entsprechenden Taxen bezahlt hätten. Die Versammlung nahm hingegen mit Applaus die Mittheilung des Vorsitzenden entgegen, daß die englische Re-

gierung italienischen Aerzten das Recht des Practicirens in den vereinigten Königreichen bedingungslos gestattet habe.

Ende August fand zu Rimini die lange vorher angekündigte Reunion statt, in der die Maßnahmen zur Versorgung und Isolirung von Tuberculösen berathen und discutirt wurden. Die Versammlung faßte folgende Resolution:

Es ist unerläßlich, daß sich die bedürftigen Volksschichten auf die billigste Weise die allernothwendigsten Nahrungsmittel verschaffen können; Individuen aus tuberculösen und Individuen aus gesunden Familien sind, wenn sie sich während der Arbeitszeit in staubigen oder dampferfüllten Localen aufhalten müssen, mit entsprechenden Respirationsmasken zu versorgen; jugendliche, aus tuberculösen Familien stammende Individuen dürfen zu solchen Arbeiten nicht zugelassen werden; für Häuser, Fabriken und Straßen, welche die hygienischen Bedingungen der Lüftung, Belichtung, Drainage und Beheizung nicht erfüllen, werde der Bauconsens verweigert; die Arbeitsstunden müssen limitirt, auf Kinder und Frauen, zumal in der Gravidität, soll besondere Rücksicht genommen werden; die Schulkinder sollen in den Anfangsgründen der Hygiene unterrichtet und durch Gymnastik zu kräftigeren Individuen herangebildet werden; die gleiche Aufmerksamkeit wie den öffentlichen Schulen sei den privaten Schulen und Kindergärten zugewandt; die Gemeinden und Wohlthätigkeitsvereine mögen nach Maßgabe ihres Könnens schwächliche, anämische und scrophulöse Kinder in Seehospize senden, welche letztere in wirkliche Hospitäler und Tuberculose-Heilstätten umzuwandeln wären; eine permanente Commission habe sich mit entsprechenden Studien zu befassen und gegebenenfalls die geeigneten Vorschläge zu erstatten.

Die Arbeiten der diesjährigen Aestivo-autumnalen Malaria-Campagne gehen rüstig vorwärts und versprechen einen vollen Erfolg. Die Mitglieder der Commissionen studiren die Natur und den Verlauf der Epidemien in den verschiedenen Landstrichen und verfolgen die Wirkung der großen Vorkehrungsmaßnahmen in den Provinzen, bei den Eisenbahnen, Finanzwachstationen, Militärunterkünften etc. Dies gilt in erster Linie für die Provinzen von Rom, Pisa, Udine, Venedig, Vicenza, Verona, Padua, Mailand, Cremona, Mantua, Ferrara, Ravenna, Foggia, Lecce, Polenza, Cosenza und Syracus. In der römischen Campagna ist das Studienbereich ein weiter Landstrich am Aniene. Andere Stationen operiren auf den Eisenbahnlinien Rom-Pisa, Rom-Palombara und Rom-Faru Sabina. Ein Beweis dafür, daß die Studien von Erfolg begleitet sind, ist schon darin zu finden, daß die Eisenbahnverwaltungen die Pflege ihres erkrankten Personales den jungen Commissionsmitgliedern anvertrauen, die auf den Bahnstrecken den Dienst so versehen, wie sie es von den Mitgliedern des „Rothen Kreuzes“ gelernt haben. Der Dienst kann in der That nicht strenger und sorgfältiger versehen werden, als es thatsächlich geschieht. Es darf auch mit Stolz hervorgehoben werden, daß die Antimalaria-Commission in ihrer Mitte immer Delegirte fremder Länder hat, welche die Bekämpfungsmaßnahmen dieser Volkssuche von Angesicht zu Ange-

sicht kennen lernen wollen und die in der italienischen Antimalaria-Commission den besten Lehrmeister der Welt begrüßen.

Das Krankenhaus in Florenz hat im großen Saale der medicinisch-chirurgischen Facultät die 613. Wiederkehr des Jahrestages seines Bestandes vor kurzem gefeiert. An der Ceremonie nahmen die Verwaltungsräthe, der Generaldirector, die Sanitätsdirectoren, der medicinische Verwalter und zahlreiche Repräsentanten theil. Die Krankenpflegerin GIUSTINA BIONDI — Schwester Vittoria — wurde bei diesem Anlasse in allen Ehren ihres Amtes enthoben und reich beschenkt in den Ruhestand versetzt, nachdem sie durch volle fünfundsechzig Jahre in nimmermüdem Eifer und mit unübertrefflicher, immer gleicher Hingebung die ihr anvertrauten Kranken gepflegt und für das Wohl ihrer Pflöglinge gesorgt und gearbeitet hat.

J.

Kleine Mittheilungen.

— Als **Gegenmittel bei Carbolsäureätzungen und Vergiftungen** empfiehlt PIRKNER („Deutsche Praxis“, 1901, Nr. 13) die Anwendung von absolutem Alkohol mit der Schlundsonde, bezw. äußerlich. Er hatte zwar in einem von ihm derart behandelten Falle keinen Erfolg, vermuthlich, weil zwischen der Vergiftung und der Einflößung des Alkohols zu lange Zeit verstrichen war, vielleicht auch, weil die Ausspülung des Magens unterblieb und daher die Alkoholgabe von 100 Grm. bei dem 3½-jährigen Kinde toxisch wirkte. Die spezifische Wirkung des Alkohols, die gegen die Aetzwirkung der Carbolsäure gerichtet ist, hat Verf. an sich selbst erprobt, indem er einen Theelöffel voll 25%iger Carbolsäure in den Mund nahm und 30 Sekunden im Munde behielt. Das dadurch verursachte Brennen wurde durch Ausspülung mit 80%igem Alkohol sofort beseitigt. Ebenso prompt wirkte der Alkohol bei Aetzung der Haut (absichtlich herbeigeführt) mit reiner Carbolsäure. Verf. empfiehlt auch die innerliche Verabreichung der Carbolsäure in Verbindung mit Alkohol (und Campher) als Heilmittel gegen acute Enteritis und Ruhr.

— Das **Argentum colloidal** empfiehlt CRÉDÉ als inneres Antisepticum („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 37), und zwar bei allen nicht zu weit vorgeschrittenen Strepto- und Staphylokokken-erkrankungen. In leichteren Fällen genügt die je nach Bedarf wiederholte energische Einreibung einer 15%igen Salbe in die gut gereinigte und wenn möglich hyperämisierte Haut eines gesunden Körpertheiles (einmalige Dosis 2—3 Grm.). Nicht nur Phlegmonen etc. und septische Processe, sondern auch epidemische Cerebrospinalmeningitis und Erysipel wurden günstig beeinflusst. Abscesse und Nekrosen werden natürlich nicht rückgängig. Bedeutend energischer wirkt die intravenöse Application, wobei je nach der Schwere des Falles 5—20 Grm. einer ½—1%igen Lösung, wenn nöthig wiederholt, injicirt werden. Thierversuche ergaben, daß dabei das Silber alle Organe durchwandert und nach wenigen Wochen wieder ausgeschieden ist; Argyrose wurde nie beobachtet. Diese Anwendungsweise ist indicirt bei schweren septischen Erkrankungen, septischem Gelenkrheumatismus, epidemischer Cerebrospinalmeningitis, septischen Complicationen von Tuberculose und Typhus.

— Das **Chinosol** hat NOTTEBAUM („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 33) in einer Anzahl von Fällen als Stypticum und secretionsbeschränkendes Mittel angewandt. Besonders beachtenswerth ist folgender Fall: Ein Fuhrknecht mit einer durch Auffallen eines schweren Baumstammes stark gequetschten, profus parenchymatös blutenden Hand bekam, nachdem die mit Erde stark beschmutzte Hand gründlich abgeseift und darauf mit klarem Wasser abgespült worden war, ein Localbad aus einer Chinosollösung 1:1000. Bald stand die beträchtliche Blutung wie auf ein Zauberwort. Die Heilung der umfangreichen lappenförmigen Haut- und der Unterhautzellgewebszerreißungen ging dann unter Jodoformgazeverband in kurzer Zeit mit geringfügiger Absonderung eines gutartigen Eiters vor sich. In 2 Fällen von heftigem Nasenbluten stand die Blutung sofort nach Einbringung eines mit Chinosollösung 2:1000 getränkten Wattetampons. Blutungen granulirender Flächen bei Verbandwechsel, capilläre Blutungen bei

Operationen stehen bei einfacher Berieselung mit Chinosollösung 1:1000 oder nach kurzem Betupfen mit Wattetampons, die mit einer solchen Lösung getränkt sind. Ebenso stehen bei dieser Behandlung sofort die Blutungen aus den Sticheanälen beim Vernähen von Wunden. Es sind aber bei der Anwendung des Chinosols einige Eigenthümlichkeiten desselben genau zu beachten: Alkalisches Wasser und Seifen zersetzen das Chinosol. Will man seine Hände oder ein Operationsfeld nach Abseifen mit Chinosollösung desinficiren, so muß man vorher mit reinem Wasser abspülen. Die Lösungen von Chinosol bereitet man am besten in Porzellan- oder Glasschalen, da Chinosol, mit Metallen in Berührung gebracht, sich verfärbt, bezw. Niederschläge gibt, mit Eisen z. B. schwarzgrün. Messer werden in einer Chinosollösung schwarz und stumpf. Die schwarzen Flecken verschwinden nach Abreiben mit Kreide. Vernickelte Instrumente werden vom Chinosol nicht angegriffen. Mit Sublimat gibt Chinosol eine starke Fällung, so daß eine abwechselnde örtliche Behandlung mit Sublimat- und Chinosollösungen für die nämlichen Wund- und Schleimhautflächen nicht angebracht ist. Auch eignet sich dasselbe wegen seiner relativen Ungiftigkeit ausgezeichnet als Desinficiens und Stypticum in den Händen von Laien.

— Für die **Behandlung der Kindereczeme** empfiehlt LEISTIKOW folgenden Modus („Prager med. Wschr.“, 1901, Nr. 40). 1. Zur Behandlung des squamösen Ekzems gelbes Hg O.

Rp. Adipis lanae,
Zinci oxyd.
Amyli aa. 5·00
Vasellini fl. 10·00
Hydrarg. oxyd. fl. 0·25—0·5
Mf. Pasta.

Bei nässenden Ekzemen empfiehlt sich am besten Zinkoxydichthylsalbenmull, fixirt mit einer Mullbinde und nach je 24 Stunden Verbandwechsel. Bei sehr hartnäckigen, zu Recidiven neigenden Fällen wendet LEISTIKOW die Pyrogallussäure in ½—2 (ausnahmsweiser) 3%ige Mischung an, als Salbenconstituens empfiehlt er Unguent. caseini; man reibt die Pyrogalluscasinialbe leicht mit dem Finger ein, und es entsteht auf der Haut eine trocknende Decke, welche mit Wasser leicht zu entfernen ist. Die juckstillende Wirkung in der Form des Ung. casein. ist auffallend, ebenso die Fernhaltung von Recidiven; Ueberwachung des Urins ist nothwendig.

— Ein **neues Antidiarrhoicum** nennt M. T. SCHNIBER („Klin. ther. Wschr.“, 1901, Nr. 32) das in der Therapie der Lungenkrankheiten eingebürgerte Thiocol. Dasselbe hat sich in vielen Fällen, namentlich bei subacutem und chronischem Darmkatarrh, glänzend bewährt. In allen Fällen war nach 1, 2-, selten 3tägiger Behandlung mit Thiocol eine Abnahme der Frequenz der Dejectionen zu vermerken. Obgleich in keinem Falle ein Opiat verabreicht wurde, verschwanden stets die die Enteritis begleitenden Bauchschmerzen. Die Wirkung des Thiocols scheint weniger eine adstringirende als vielmehr eine antiseptische, durch das im Präparate zu 52% enthaltene Guajacol bedingte, zu sein. Man verabreicht das Thiocol Erwachsenen in Dosen von 0·5 3mal täglich in Pulvern, am besten in comprimierten Tabletten à 0·5 (Tabul. comp. Thiocoli Roche), Kindern in Dosen 0·25—0·50 täglich in Lösung mit Syr. cort. aurant, versüßt.

— In sehr schweren Fällen von **Hyperemesis gravidarum** lasse man alle Versuche mit internen Mitteln fort (DIRMOSER, „D. Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 70). Man reinige den Darm mit hohen HEGAR'schen Kochsalzklysmen, den Magen wasche man mit dem schleimlösenden Natrium bicarbonicum aus. Danach wird die Ernährung der Patienten zunächst nur per rectum erzielt und zweimal täglich nach jedesmal vorausgeschickter Reinigung des Darms je ¼ Liter Milch mit Zusatz von Eidotter, Somatose oder Wein insufflirt. Erst wenn das Erbrechen für wenigstens 24 Stunden nachgelassen hat, gehe man vorsichtig und allmähig zur Ernährung per os über.

— Ergebnisse von Versuchen SCHUMAN-LECLERCQ's über die **Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren unter dem Einflusse von Karlsbader Wasser**, Karlsbader Salz, Wasser und Bier („Berliner klin. Wschr.“, 1901, Nr. 40) lauten: Karlsbader Salz bewirkt eine Herabminderung der Menge der ausgeschiedenen

Aetherschwefelsäure. Kleinere und größere Mengen Sprudelwasser lassen eine solche Einwirkung nicht erkennen. Es scheint sogar in diesen Perioden die Menge der ausgeschiedenen Aetherschwefelsäure etwas größer als an den vorhergehenden Normalperioden. Da eine solche Steigerung der Ausfuhr der Aetherschwefelsäure bei Genuß von größeren Mengen Trinkwasser und Bier auftritt, so muß zur Erklärung des Gegensatzes der Wirkung von Karlsbader Salz und Karlsbader Wasser die vermehrte Flüssigkeitszufuhr herangezogen werden. Gegenüber dem Wasser und dem Bier läßt das Sprudelwasser immerhin einen jene Wirkung einigermaßen dämpfenden Factor durch die in ihm gelösten Salze erkennen.

— Nach der Angabe von PFEIFFENBERGER („Klin.-therap. Wschr.“, 1801, Nr. 29) ist das **Epicarin** bei Scabies, Prurigo und Herpes tonsurans ein recht schätzenswerthes Mittel, besonders wegen der leichten, bequemen Anwendung, während Ekzem und Psoriasis eher negativ reagieren. Die verwendete Pinselflüssigkeit bei Herpes tonsurans bestand aus:

Rp. Epicarin 5'0
Alkoh. absol. 50'0
M. D. S. Zum Einpinseln.

Auch KAPOSI verweist („Heilkunde“, 1901, Nr. 6) von neuem auf die Vorzüge des Epicarins. Er sagt: In der letzten Zeit habe ich statt Naphtol das adäquate, aber viel weniger irritierende Epicarin mit befriedigendem Erfolge in der Krätzsalbe angewendet. Es soll in 10—20%iger Salbenform angewendet werden. Man verschreibt:

Rp. Epicarin 10'0—20'0
Ungt. simpl. 100'0
S. Salbe.

Alle anderen Mittel, welche Fett enthalten, ohne Seifen oder Theer oder Naphtol, haben den Nachtheil, weil sie die Epidermis nicht schrumpfen, daß man nicht erkennt, ob die Milbgänge zerstört sind.

— Zur symptomatischen **Behandlung des Hustens** empfiehlt SAENGER das Menthol („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 7). Die Anwendung geschieht am einfachsten, wenn man einige in einem Löffel befindliche Krystalle 5—20 Sekunden lang über einer Kerzenflamme erwärmt und dann die Mentholdämpfe inhalirt. Beim Nachlassen der Verdampfung kann man von Neuem erwärmen. Löst man das Mittel in Alkohol (40—50%iger Lösung), so braucht man nur einige Tropfen der Lösung zwischen den Handflächen zu verreiben und die Hände wie eine Maske vor den Mund zu halten. Mit einer der gewöhnlichen Chloroformmasken läßt sich der Zweck ebenso gut erreichen. Der Hustenreiz schwindet auf die Menthol-einathmungen ziemlich prompt, vorausgesetzt, daß nicht die Schleimhaut von Secret allzusehr bedeckt ist. Etwa vorhandenes Secret muß entfernt werden, indem man das Menthol, in Olivenöl gelöst, in den Kehlkopf einspritzt. Dadurch werden einerseits sehr starke Hustenstöße ausgelöst, die den Schleim entfernen, andererseits wird die Schleimhaut durch das verdampfende Menthol in ausgezeichneter Weise anästhesirt. Bei chronischer Bronchitis, auch bei Phthisikern, kann man durch täglich 2—4malige Einspritzung von 1—2 Grm. einer 10—20%igen Lösung die Kranken fast vollkommen hustenfrei machen. Diese Injectionen können ohne Hilfe des Kehlkopfspiegels auch von den Angehörigen der Kranken vorgenommen werden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Wissenschaftliche Versammlung vom 4. November 1901.

CARL HOCHSINGER: Das sogenannte Drüsenfieber der Kinder.

Mit dem Namen „Drüsenfieber“ bezeichnete EMIL PFEIFFER in Wiesbaden (1889) eine fieberhafte, mit Vorliebe Kinder zwischen dem fünften und achten Lebensjahre befallende Infectionskrankheit sui generis, welche durch das Auftreten einer schmerzhaften, zumeist einseitigen, nur selten zur Vereiterung führenden, in der Regel spontan zurückgehenden Anschwellung der cervicalen

oder submaxillaren Lymphknoten charakterisirt erscheint. Wesentlich alterirtes Allgemeinbefinden, Schmerzen in allen Gliedern, große Unruhe, Erbrechen etc. begleiten gewöhnlich die Affection. Anamnestisch ist nichts zu eruiren. Eine genauere Untersuchung ergibt etwas belegte Zunge, leicht geröthete, aber belagfreie Fauces, äußerlich Schmerzhaftigkeit am Halse beim Schlucken, bei activen und passiven Bewegungen und — wie HOCHSINGER hinzufügt — eine torticollisähnliche Kopfhaltung. In schwereren Fällen findet man manchmal leichte Heiserkeit, Schnupfen, Milz- und Leberschwellung, spontanen Schmerz in der Mittellinie des Unterleibes zwischen Nabel und Symphyse und endlich Nephritis. Der Verlauf ist stets ein günstiger.

HOCHSINGER verfügt über eine große Anzahl dem PFEIFFERschen Typus entsprechender Fälle. Schwellungen der Halsdrüsen findet man — abgesehen von der Tuberculose, der Syphilis und dem malignen Lymphom — im Kindesalter erstens bei zahlreichen entzündlichen irritativen Erkrankungen der Haut- und Schleimhautauskleidung im Bereiche des Kopfes und Gesichtes. Sie verlaufen fieberfrei und sind zweifellos infolge von Infectionen der Wurzelgebiete der Lymphknoten entstanden. Eine zweite Gruppe bilden jene Drüsenanschwellungen am Halse, die bei manchen acuten Infectionskrankheiten ohne besonders markirte Temperatursteigerung auftreten und oft längere Zeit persistiren, und zu einer dritten Gruppe endlich rechnet HOCHSINGER die im Anschlusse oder nach Ablauf verschiedenartiger Infectionen der Mund-Nasen-Rachenhöhle auftretenden acuten, mit einer neuerlichen oder anscheinend selbständigen fieberhaften Erkrankung verbundenen Drüsenanschwellungen. Diese letzteren dürften es auch sein, welche infolge Uebersehens der ursächlichen Affection im Wurzelgebiete der Halslymphdrüsen zur Aufstellung des „Drüsenfiebers“ geführt haben. Sie unterscheiden sich von der zweiten Gruppe eigentlich nur durch die Inszenesetzung einer neuerlichen Fieberbewegung, die aber durchaus nicht die ihr zuerkannte Dignität verdient. Zeigen ja doch auch der Schankerbubo sowie die Halsdrüsenentzündung bei Scharlach die verschiedenartigsten, sowohl fieberhaften als fieberlosen Verlaufsvarietäten. Das Vorkommen acuter Nephritis infolge des „Drüsenfiebers“ erweckt geradezu den Verdacht auf Scarlatina sine exanthemate. In vielen Berichten über „Drüsenfieber“ finden sich auch Hinweise entweder auf vorangegangenen Scharlach, Masern, Varicellen oder auf eine gleichzeitig bestehende, respective vorangegangene infectiöse Erkrankung der Pharynx-, Nasen- oder Nasenrachen-schleimhaut. Auf diesbezügliche negative Angaben bei einzelnen Fällen ist wohl kein besonderes Gewicht zu legen, wenn man bedenkt, wie leicht die letzterwähnten Affectionen — bei mildem Verlaufe — von den Angehörigen des Patienten übersehen werden können.

HOCHSINGER stellt das „Drüsenfieber“ ganz gleich den so häufig zu beobachtenden, durch Infection von außen entstandenen, mit Lymphangitis vergesellschafteten Lymphadenitiden in anderen Körperregionen und kommt zu dem Schlusse, daß das „Drüsenfieber“ nur der Ausdruck der Mikroben-, beziehungsweise Toxinwirkung auf die mit dem Wurzelgebiete der erkrankten Schleimhautregion in Verbindung stehenden Lymphknoten des Halses sei. Das „Drüsenfieber“ ist eine secundäre, regionale Drüsenentzündung und nicht etwa eine idiopathische, bei unversehrten Schleimhäuten entstandene Affection. Dem „Drüsenfieber“ kommt weder eine einheitliche Aetiologie, noch eine einheitliche klinische Auffassung als Infectionskrankheit zu. Localisatorisch bevorzugt sind die Drüsengruppen vor und hinter dem Kopfnicker. Doch kommen auch wegen der zahlreichen Anastomosen zwischen den einzelnen Lymphknoten alle Drüsengruppen der Hals-Nackenregion, auch die tiefer gelegenen retropharyngealen Lymphdrüsen in Betracht. Auch der Retropharyngealabscess gehört in die Gruppe des Drüsenfiebers der Kinder und beruht auf durch Infection entstandener Entzündung der Glandulae faciales profundae.

Da nach MANFREDI nur hochvirulente Mikroorganismen zu entzündlicher Erkrankung der Lymphknoten und zu einer „Reinfection“ des Organismus führen können, so ist es unwahrscheinlich, dass die Einbruchsstelle des hochvirulenten Mikroorganismus

in den menschlichen Körper von der Affection ganz frei bliebe. HOCHSINGER beobachtete auch stets eine gleichzeitige Röthung der Gaumenbögen und eruirte bei eindringlicher Befragung meist eine vorausgegangene Pharyngitis oder Tonsillitis. Das Fieber selbst ist kein gleichartiges oder typisches, das Allgemeinbefinden durchaus nicht immer gestört, und auch die angebliche Seltenheit der Vereiterung besitzt nicht die ihr beigelegte Bedeutung, da sie gerade in den typischen Fällen von „Drüsenfieber“ doch mitunter eintritt. Die Intumescenz der Drüsen ist gewöhnlich keine sehr bedeutende, die betroffene Halsseite zeigt aber häufig eine im Verhältniß dazu übergroße Empfindlichkeit, die man wohl auf die Entzündung der zwischen den Weichtheilen eingeschachtelten Lymphgefäße zurückführen muß.

HOCHSINGER hat sehr häufig leichte ephemere acute retro-nasale Infectionsprocesse, ausgehend von dem Schleimhautüberzuge der LUSCHKA'schen Tonsille, beobachtet, namentlich bei Kindern, die an Hyperplasie dieser Tonsille leiden. Diese leicht zu übersehenden Affectionen geben nicht selten die Primäraffection für ein nachfolgendes „Drüsenfieber“ ab, und solche Kinder dürften auch das Hauptcontingent der Fälle von „Drüsenfieber“ ohne nachweisbare Primäraffection darstellen.

Die besondere Bevorzugung des Kindesalters erklärt sich aus der geringen Widerstandsfähigkeit des Lymphdrüsenorgans und aus der großen Rolle, welche der adenoiden Schlundring bei der Entstehung der fieberhaften Halslymphome in diesem Lebensalter spielt. Jeder acute Schnupfen der Kinder kann auf dem Umwege der Tonsilla pharyngea zu Lymphadenitis febrilis cervicalis und somit zu dem Bilde des „Drüsenfiebers“ führen, ebenso jede die Nasenhöhle tangierende und eine Entzündung der LUSCHKA'schen Tonsille hervorrufende Infectionskrankheit, wie die Influenza. Das mitunter epidemische Auftreten der Affection beweist nur, daß die dem „Drüsenfieber“ zugrunde liegende Erkrankung eine ansteckende ist, und die spezifische Localisation der Erkrankung am Halse hängt wieder nur mit der Häufigkeit bakteriell bedingter Erkrankungen der Mund-Nasen-Rachenhöhle des Kindes zusammen.

Ist nun auch die PFEIFFER'sche Lehre vom „Drüsenfieber“ theoretisch unhaltbar, so ist durch sie dennoch in praktischer Beziehung in Bezug auf die richtige Einschätzung von Halslymphknotenschwellungen bei Kindern ein großer Nutzen gestiftet worden. Dies gilt besonders gegenüber der allzu häufig angewendeten Diagnose: „Scrophulose“ bei Lymphknotenschwellungen am Halse im Kindesalter.

Gegen die acut aufgetretenen Drüsenanschwellungen empfiehlt HOCHSINGER Umschläge mit verdünnter essigsaurer Thonerde oder mit Aqua Goulardi, bei länger dauernden Drüsenanschwellungen nach Ablauf des Fieberstadiums Einreibungen mit Schmierseife unter Ichthyolzusatz. Die Prophylaxe der Halsdrüsenentzündung fällt mit der Halsentzündung der Kinder zusammen. HOCHSINGER perhorrescirt die gebräuchlichen Gurgelungen als unnütz und verwendet ausschließlich Kaupastillen, welche mit verschiedenen wirksamen Substanzen imprägnirt sind und als Basis eine schwer lösliche erhärtete Gummischleimmasse besitzen, zur Anregung der Speichelsecretion und zur Desinfection der Tonsillen mit ihren Krypten. Vortragender demonstirt eine neue Art solcher Halspastillen.

Moritz Weil hat im Gegensatz zu H. durch Gurgelungen mit 2% Kresollösung gute Resultate erzielt. Er selbst verwendet zur prophylaktischen Behandlung des Nasenrachenraumes Einblasungen pulverisirter Substanzen (namentlich Natr. sozodolicum) mittels einer einfachen Vorrichtung, bestehend aus einem kurzen Hartgummistück, welches, mit dem Pulver beschickt, in die Nase eingeführt wird, einem sich daran schließenden Schlauch und einem perforirten Mundstück. Schickt das Kind selbst oder eine fremde Person einen kurzen, kräftigen Luftstoß durch das Mundstück hinein, so erfolgt eine sehr exacte Vertheilung des Pulvers im Nasenrachenraum.

Emil Pins steht ebenfalls auf dem Standpunkte, daß jede Hyperplasie einer Lymphdrüse eine secundäre Erscheinung sei, und daß viele Fälle sogenannter scrophulöser Entzündung der Lymphdrüsen durch entzündliche Vorgänge in den Nebenhöhlen der Nase und im Nasenrachenraume bedingt seien. Zur prophylaktischen Douche des Nasenrachenraumes verwendet PINS eine Spülflasche mit doppelt durchbohrtem Stoppel, einem Zuleitungsrohr, durch welches der Patient selbst hineinbläst (wobei die Tuba Eustachii geschlossen

und der Eintritt von Flüssigkeit in das Mittelohr verhindert wird) und so die Flüssigkeit (Borsäurelösung) in das abführende Rohr hineintreibt, welches mit einer Olive endigt und in die Nase eingeführt wird.

Carl Hochsinger (Schlußwort): Nicht jede eitrige Entzündung im Wurzelgebiete der Halslymphdrüsen führt zur Vergrößerung derselben. Die Hyperplasie bleibt manchmal bei stark speckig belegten, ausgedehnten Tonsillotomiewunden u. dgl. aus und ist bei geringfügiger Aphtenbildung in der Mundhöhle stets eine sehr bedeutende. Es scheint auf eine spezifische Infection anzukommen.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 8. November 1901.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse.“)

I. NEUMANN berichtet über einen Fall von Arsen dermatose bei einem Pat., welcher wegen chronischer Furunculose durch 6 Wochen Solut. Fowleri genommen hatte; die Gesamtdosis betrug 0.4 Grm. Arsenik. Als Folgen des Arsenikgenusses traten auf geröthetem Grunde schmerzhaft Schwielen und erbsen- bis haselnußgroße Blasen an den Fußsohlen und Handflächen auf; ferner entstanden solche, mit serösem Inhalt gefüllte Blasen am Scrotum und an der Innenseite der Oberschenkel. Der Harn enthielt geringe Mengen von Arsen. Als die Arsenmedication ausgesetzt wurde, bildeten sich die Blasen zurück.

E. LANG erinnert an einen von ihm vorgestellten Fall von Arsenkeratosis an den Fußsohlen.

E. LANG demonstirt einen Pat. mit floridem Lupus von excessiver Ausdehnung. Die großen Lupusherde sitzen im Gesichte, auf der Brust und an den Armen. Im Bereiche einer vor Jahren excidirten und nach THIERSCH gedeckten Lupuspartie auf dem rechten Vorderarme ist kein neuer Knoten aufgetreten. Wegen der großen Ausdehnung des Leidens ist gegenwärtig Transplantation nicht mehr ausführbar. Pat. wird mit Roentgenstrahlen und mit ultraviolettem Lichte behandelt werden. Votr. macht ferner die Mittheilung, daß er die Gründung einer Lupusheilstätte anstrebe.

L. HOFBAUER führt einen Bergarbeiter vor, welcher an Ankylostomiasis mit consecutiver Anämie gelitten hat und durch die bei Bandwurmeuren übliche Behandlung mit Extr. filicis maris von den Darmparasiten befreit worden ist. Die Zahl der eosinophilen Zellen im Blute blieb auch nach der Heilung dauernd hoch.

J. Mannaberg bemerkt, daß in mehreren von ihm beobachteten Fällen von Ankylostomiasis interne Thymoldarreichung erfolglos blieb.

L. Hofbauer erwidert, daß sich auch bei seinen Fällen das Thymol als unwirksam erwiesen habe.

J. Pal führt an, daß nach den Erfahrungen GOLDMANN's in Brennbürg das Extr. filicis maris ein ausgezeichnetes Mittel gegen Ankylostomiasis darstelle.

H. Schlesinger hat mehrere Fälle beobachtet, in denen Extr. filicis maris wirkungslos geblieben war, während Thymol gute Resultate lieferte.

E. SCHIFF stellt zwei Kranke vor, bei welchen er ein exulcerirtes Epitheliom im Gesichte und ein Ulcus rodens durch Roentgenbestrahlung zur Heilung gebracht hat.

FUCHSIG berichtet über einen Fall von Kalilaugenvergiftung. Wegen hochgradiger Athemnoth mußte einige Tage nach der Vergiftung die Tracheotomie ausgeführt werden. Aus der Trachealwunde wurde ein vollständiger, röhrenförmiger Abguß des Oesophagus ausgestoßen. Es dürfte sich um Perforation des Oesophagus und Aspiration der abgestoßenen Innenschichten desselben in die Trachea gehandelt haben.

E. ULLMANN stellt eine Frau vor, bei welcher sich im Anschlusse an ein Ulcus rotundum Perigastritis ulcerosa ausgebildet hatte. Nach Excision des Ulcus und Naht der Magenwunde erfolgte Heilung. — U. demonstirt ferner eine Patientin, bei welcher durch einen Sanduhrmagen hervorgerufene Beschwerden per gastroenterostomiam beseitigt wurden.

L. BRAUN zeigt einen neuen Narkoseapparat. Derselbe besteht aus zwei Flaschen zur Aufnahme von Chloroform und Aether und aus einem Gebläse, durch welches in jede dieser Flaschen Luft eingetrieben werden kann, worauf der Flascheninhalt in Sprayform in die Athemaske entweicht. Es kann auf diese Weise reine Aether- und Chloroformnarkose, sowie gemischte Narkose unter exacter Dosirung eingeleitet werden.

M. GRUBER setzt seinen Vortrag „Theoretisches über die Antikörper im Blute“ fort. Bei der Immunisirung von Thieren nimmt das Serum specifisch bactericide Eigenschaften an; dieselben sind aber vorübergehend und werden durch längeres Stehen und durch Erwärmen aufgehoben. Wird ein derartiges, bereits wirkungsloses Serum einem Thiere eingespritzt, so macht es dennoch das Serum des Thieres bactericid. Man hat daraus geschlossen, daß im Immunserum selbst keine bactericiden Stoffe enthalten seien, sondern nur solche, welche auf das Thier reizend einwirken, so daß es auf irgend eine Weise die bactericiden Stoffe erzeugt. Im Serum sollte eine Vorstufe der bactericiden Stoffe vorhanden sein, aus welcher dann letztere auf reactivem Wege gebildet werden. Diese Ansichten sind nicht richtig, ebenso nicht die Meinung, daß im Serum bacterienlösende Stoffe enthalten seien, durch welche man das Verschwinden von Bacterien erklären wollte, die in die Bauchhöhle immunisirter Thiere oder in die Peritonealhöhle nicht immunisirter Thiere zugleich mit dem Immunserum eingespritzt wurden. Diese Erscheinung ist vielmehr auf die Agglutination der Bacterien und Anlagerung an die Bauchwand zurückzuführen. Die Wirkung des normalen Serums ist keine specifische, sondern gegen die verschiedensten Stoffe gerichtet. Die Existenz der Schutzstoffe des Serums (Alexine) ist noch strittig. Auch das inactivirte Immunserum, welches nicht mehr bactericid wirkt, agglutinirt die Bacterien; es handelt sich dabei um die Wirkung der Agglutinine. Der specifische Immunkörper wird von den betreffenden Bacterien gebunden und dabei verbraucht. **EHRlich** hat die Hypothese aufgestellt, daß die Lysine aus zwei Zwischenkörpern entstehen; die nicht specifische Wirkung des normalen Serums soll darauf beruhen, daß in demselben verschiedene solche Zwischenkörper vorhanden sind.

Für diese Hypothese, sowie für alle auf dieselbe aufgebauten Schlüsse liegen keine Beweise vor; es ist auch nicht gerechtfertigt, von Hämolytinen und Bacteriolysinen zu sprechen. Nach den Untersuchungen des Vortr. reagiren die specifischen Antikörper und die Lysine mit einander gar nicht. Die Alexine können unter Umständen globulicide und bactericide Wirkungen entfalten, während in anderen Fällen die Alexine für sich allein zu dieser Wirkung nicht ausreichen, so daß sie sich erst mit Hilfsstoffen (Präparatoren) verbinden müssen. Die specifischen Präparatoren verhalten sich anders als die normalen Präparatoren. Es spricht alles dafür, daß bei jeder Thierspecies nur ein Alexin vorkommt. Von **METSCHNIKOFF** ist bestritten worden, daß im normalen Körper Alexine vorhanden sind, dieselben seien nur Absterbeprodukte von Leukocyten. Dies ist jedoch nicht richtig, denn die Leukocytenalexine sind ganz andere Stoffe als die Alexine des Blutes, deren Herkunft nicht bekannt ist.

Notizen.

Wien, 9. November 1901.

(XII. Oesterreichischer Aerztevereinstag.) Am 31. October d. J. hat im Sitzungssaale der Wiener Aerztekammer der von uns angekündigte XII. Oesterreichische Aerztevereinstag stattgefunden. Ein Antrag lag von Seiten des Geschäftsausschusses des österreichischen Aerztevereinsverbandes vor betreffend die Veranstaltung einer Lotterie zugunsten des Witwen- und Waiseninstitutes des österreichischen Aerztevereinsverbandes; ein zweiter Antrag betraf die Verbesserung der Sanitätsorganisation, weitere Anträge die ärztliche Praxis in den Sommerfrischen, die Reform des Hausapothekenwesens, die Reform der gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die ärztliche Praxis und die ärztliche Vertretung in den gesetzgebenden Körpern. Bei der Begründung des Antrages „Ausübung der Praxis in Sommerfrischen“ legte Referent **Dr. OBERSOHN** die durch die Ausübung der Praxis seitens in Sommerfrischen weilender Aerzte entstehenden Uebelstände dar. In der Debatte berichtete **BRENNER** (Brünn) über die erfolgreiche Bekämpfung der Wanderpraxis, die namentlich durch Zahnärzte in Mähren geübt worden war. Folgender Antrag des Referenten wurde angenommen: „Die Ausübung der Praxis durch einen Arzt, der

sich zu seiner Erholung in einer Sommerfrische aufhält, in diesem Orte ohne Zuziehung des ansässigen Arztes ist standeswidrig. Ausgenommen sind jene Fälle, in denen es sich um Krankheitsfälle in dort weilenden Familien handelt, die zu seiner Clientel gehören. In acuten Krankheitsfällen gebietet die ärztliche Gewissenhaftigkeit die Zuziehung eines ansässigen Arztes.“ Der Vereinstag stimmte den Forderungen des Memorandums der österreichischen Aerztekammern in Angelegenheit der Krankenversicherungsreform zu und nahm eine Resolution an, in der er sein Bedauern über den Beschluß des oberösterreichischen Landtages, Bauern die Venia practicandi zu ertheilen, und dem Abgeordneten **Dr. BEUERLE** sowie den gegen diesen Beschluß protestirenden Aerztekammern seinen Dank aussprach. Ferner gelangte ein Antrag zur Annahme, es seien die Aerztekammern aufzufordern, die studirende Jugend über die Ueberfüllung des ärztlichen Standes in passender Weise aufzuklären; es wurde beschlossen, die Regierung aufzufordern, eine Revision der auf die ärztliche Praxis Bezug habenden Gesetze und Verordnungen vorzunehmen. Der Aerztevereinstag hat sich auch im Interesse des öffentlichen Gesundheitswohles für eine angemessene Vertretung des ärztlichen Standes in den gesetzgebenden und den Verwaltungskörpern ausgesprochen.

(Gesellschaft für innere Medicin in Wien.) Diese aus dem „Wiener medicinischen Club“ hervorgegangene Gesellschaft hat am 7. d. M. unter Vorsitz des Hofrathes **NOTHNAGEL** ihre Eröffnungssitzung abgehalten, welcher fast alle Mitglieder und zahlreiche Gäste beiwohnten. In meisterhafter Rede wies der Präsident einleitend auf die Genese und die Nothwendigkeit des Bestehens der neuen Vereinigung hin, welche berufen erscheint, eine empfindliche Lücke im Wiener medicinischen Gesellschaftsleben auszufüllen. — Bei der Wahl der Functionäre wurden die von dem Vorbereitungs-Comité vorgeschlagenen gewählt, und zwar: Die Hofräthe und Proff. **NOTHNAGEL**, v. **SCHRÖTTER** und **NEUSSER** zu Vorsitzenden, die Docenten **MAX HERZ** und **HERMANN SCHLESINGER** zu Secretären, **Dr. TELEKY sen.** zum Cassier, die ältesten Assistenten der drei medicinischen Kliniken zu Schriftführern. Das Resultat der Wahl des Beirathes wird in der nächsten Sitzung bekannt gegeben.

(Militärärztliches.) Generalstabsarzt **Dr. JULIUS PILDNER** v. **SEINBURG** wurde in den Ruhestand versetzt und ihm der Orden der Eisernen Krone III. Cl. verliehen; ernannt wurden die O. St. Ae. I. Cl.: **Dr. IGNAZ KOPRIVA**, **Dr. KARL NUSKO**, **Dr. JOSEF ULRICH**, **Dr. ARTHUR RITTER v. WAGNER**, **Dr. EUGEN LEIBNITZ**, **Dr. EDUARD MATSCHNIG** zu Sanitätschefs, ferner **Dr. GUSTAV STERGER** zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 7 in Graz; der O. St. A. II. Cl. **Dr. MATTHÄUS BOCEK** zum Garnisons-Chefarzte in Peterwardein; dann die St. Ae. **Dr. WENZEL SCHULER** zum Commandanten der Filiale Baden des Garnisonsspitals Nr. 2 in Wien und **Dr. JACOB UNGER** zum Garnisons-Chefarzte in Plevlje; transferirt wurden die O. St. Ae. II. Cl. **Dr. FRANZ PATZELT** zum Garnisonsspitale Nr. 17 in Budapest, **Dr. JOHANN POLASEK** als Garnisons-Chefarzt nach Reichenberg, St. A. **Dr. KARL SCHNEIDER** zum Reichskriegsministerium; Marine-St. A. **Dr. EMERICH BILLITZER** wurde in den Ruhestand versetzt.

(S. FEDERN.) Der allgemein geachtete praktische Arzt **Dr. S. FEDERN** in Wien, unseren Lesern durch seine fachwissenschaftlichen Arbeiten vortheilhaft bekannt, begeht am 20. November im Kreise seiner Familie und der ihn hochschätzenden Collegenchaft seinen 70. Geburtstag.

(Auszeichnung.) Unser geschätzter Mitarbeiter Herr Stabsarzt **Dr. KONRAD MAJEWSKI** hat in der Ausstellung für Unfall-Schutz und -Verhütung, Sanitäts- und Rettungswesen in Frankfurt a. M. October 1901 für seine „Kalkwärmeflasche“ und „Tragmatte“ (beide zuerst in der „Wr. Med. Presse“ beschrieben), sowie für eine Collection seiner Publicationen auf dem Gebiete des Militär-Sanitäts- und Rettungswesens die silberne städtische Medaille erhalten.

(Eine Universität in Hamburg.) Aus Hamburg erfahren wir: Die Bürgerschaft unserer Stadt hat vor wenigen Tagen ein Gesetz sanctionirt, das Hamburg in gewissem Sinne des Wortes eine Universität verleiht. Sämmtliche wissenschaftlichen Anstalten

werden nämlich zu einem gemeinsamen Körper vereinigt; die Directoren der wissenschaftlichen Anstalten sowie die mit Abhalten von Vorlesungen beauftragten Gelehrten, welche den Titel „Professor“ führen, bilden den „Professorenconvent der Wissenschaftlichen Anstalten“. Der Professorenconvent wählt sich alljährlich einen Vorsitzenden. Die Aufgaben des Professorenconvents sind die Erstattung von Berichten und Gutachten, die von der Ober-schulbehörde über allgemeine, die wissenschaftlichen Anstalten betreffende Fragen verlangt werden, die Herausgabe des Jahrbuches der wissenschaftlichen Anstalten und die Aufstellung eines Planes für die jedes Jahr zu haltenden Vorlesungen und praktischen Übungscurse. Für das begonnene Wintersemester sind Vorlesungen von 117 Hamburger und auswärtigen Gelehrten, darunter 20 Hochschulprofessoren, in Aussicht genommen.

(Statistik.) Vom 26. October bis incl. 2. November 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6458 Personen behandelt. Hiervon wurden 1329 entlassen; 127 sind gestorben (8·7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 48, egypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 58, Scharlach 66, Masern 56, Keuchhusten 22, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 1, Rötheln —, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 465 Personen gestorben (— 41 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. EMANUEL BLUM, ein allseits beliebter College und vielgesuchter praktischer Arzt, im 53. Lebensjahre; in Triest der k. k. Hafen- und Sanitätsarzt Dr. WILHELM STRASSER; in Berlin der Abtheilungsvorstand am physiologischen Institute und Professor der Physik Dr. ARTHUR KÖNIG; in Prenzlau der Begründer und Herausgeber der „Deutschen Medicinalzeitung“ Sanitätsrath Dr. JULIUS GROSSER, 66 Jahre alt; in München Hofrath Dr. GEORG NÄHER, ein als Arzt und Schriftsteller hervorragender Mann; in Cordoba (Mexiko) unser langjähriger hochgeschätzter Mitarbeiter Dr. FRIEDRICH SEMELEDER, chem. Leibarzt weil. des Kaisers Maximilian, ein ausgezeichneter, aus DUMREICHER'S Schule hervorgegangener Chirurg, 74 Jahre alt.

Medic. & Chirurg. Dr. JOSEF HOFFMANN, Arzt am Theater a. d. Wien, im Sommer Curarzt in Baden, wohnt jetzt I., Elisabethstraße 22, I. St. Ordination von 3—5 Uhr. Telephon (wie bisher) Nr. 1372.

Die „Pharmaceutische Post“ in Wien berichtet unter der Rubrik „Neue Arzneimittel“ Folgendes:

„Radlauer's Lanolin. oxygenat. steril. (Dermozon) und der daraus bereite Lanolin-Sauerstoff-Toilette-Cream (Dermozon-Crème) sind nach der Analyse Dr. AUFRECHT'S infolge ihres Gehaltes an activem Sauerstoff vollständig keimfrei, geruchlos, absolut neutral, leicht verreibbar und resorbierbar und von schöner weißer Farbe. Das Lanolin. oxygenat. ist daher eine ideale, geruchlose, sterile Salbengrundlage von einer Vollkommenheit, wie sie von keinem anderen Lanolin-Fabrikat oder Salbenfett erreicht ist. Durch seinen Ozongehalt ist es zur antiseptischen Wundbehandlung, als Verbandmittel und als Hautcosmeticum sehr geeignet.“

Das Dermozon ist von vorzüglicher Wirkung bei Schnitt- und Brandwunden, aufgesprungenen Händen, Frostbeulen, ferner bei Hautausschlägen, Ekzemen, Acne, Psoriasis, Schuppenflechten. Das Kilo Lanolin-Dermozon kostet 3 Mk. Dermozon-Toilette-Crème in eleganten Dosen zu 10 Pf., 20 Pf., Tuben 40 Pf. Proben, Analysen, Prospective gratis und franco durch Radlauer's Kronenapotheke Dr. Homeyer, Berlin; W., Friedrichstraße 160.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 11. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Hofrath Prof. WINTERNITZ: Lungentuberculose und Hydrotherapie.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das October-November-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die Arsonvalisation.“ Von Dr. Julius Baedecker in Berlin. — Ferner liegt der Gesamt-Auflage ein Prospect über die Universalbinde „Monopol“ nach Dr. OSTERTAG, Barmen, bei, den wir der geneigten Beachtung unsrer Leser empfehlen.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:
Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

Steiermark

ROHITSCHER

SAUERBRUNN **Jempel-Styria Quelle**
WELTBERÜHMTES
Erfrischungs-Getränk. Unübertroffenes Heilwasser.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
&
Dr. Sachsse

Alboferin

WIEN
XX/1, Jägerstrasse 58^E.

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Nähr- und Kräftigungsmittel**, welches Eisen und Phosphor organisch in hochmolecularer Form an Eiweiss gebunden enthält.

90·14⁰/₁₀₀ Eiweiss, 0·68⁰/₁₀₀ Eisen, 0·324⁰/₁₀₀ Phosphor.

Alboferin-Pulver, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, Alboferin-Chocolade-Tabletten.

Alboferin wurde von **Klinikern und Privatärzten** mit **vorzüglichem Erfolge angewendet** bei: **Anämie, Chlorose, Rhachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberculose, Blutverlusten, Nierenkrankheiten, Reconvalescenten und stillenden Frauen.**

Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an, erhöht das Körpergewicht und stärkt die Nerven. Bakterienfrei, unbegrenzt haltbar.

Den Herren Aerzten stehen Litteratur und Gratisproben zur Verfügung.

Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran 
 0,2 FeJ in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 400,0 = K 3.—.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran c. Phosphor
 0,2 FeJ, 0,01 Ph. in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 100,0 = K 1.60, 250,0 = K 3.—. — **Beides bei den Aerzten sehr beliebte Präparate.** Besonders bewährt bei

Scrophulose • Anämie • Rachitis • Tuberculose.

Vorzüge: Feiner, milder Geschmack, energische Wirksamkeit, leicht zu verdauen, keine Magen- und Darmstörungen, unbegrenzt haltbar, **Winter** und **Sommer** zu nehmen.

Für die Kinderpraxis unentbehrlich und unerreicht in seinen Erfolgen.

Nur echt bei einer Ordination mit dem Namen **LAHUSEN-BREMEN.** In allen Apotheken Oesterreich-Ungarns zu haben. Ausführliche Broschüren und Proben verlange man gratis vom **Fabrikanten Apotheker Lahusen** in **BREMEN.**

Tropon

natürliches, chemisch reines Eiweiß
 ist aus bestem südamerikanischem Fleisch und Leguminosen gewonnen. Es enthält in der Trockensubstanz 98% reines Eiweiß und führt dem Körper in concentrirter Form kraftzeugende Nahrung zu, ohne den Magen zu belästigen.

EISEN-TROPON

enthält 2% reines metallisches Eisen, besteht aus einer Verbindung von Tropon mit Pepsin und ist sehr leicht assimilirbar. Hervorragendes eisenhaltiges Nahrungsmittel bei Anämie, Chlorose und Blutkrankheiten.

TROPON-KINDERMEHL

ist das verlässlichste Nährpräparat der Gegenwart m. 17% Eiweißgehalt u. bildet einen vollständigen Ersatz für die beste Milch. 'Tropon-Kindermehl' ist leicht verdaulich, befördert das Wachstum schon im zartesten Alter und verhindert Durchfall sowie Darmkatarrh.

Vorrätig in allen Apotheken und Drogengeschäften.

Oesterr.-ungar. Tropon-Werke: Dr. Röder & Co., Klosterneuburg.
 Bureau: **Wien, VIII., Kochgasse 3.**

Institut für Mechanothérapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doct. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder

Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
 ———— Curse für Aerzte. ————

Bei **KONGESTION** und **Funktionsstörung der LEBER,** **ATONISCHER DYSPEPSIE,** **WECHSELFIEBER** sowie bei **MALARIKACHEXIE,** welche ein längerer Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann, verordnet man in den Hospitälern in Paris und Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von

BOLDO-VERNE

oder 4 Kaffeelöffel von ELIXIR BOLDO-VERNE

Dépôt: VERNE, Professor an der Schule für Medizin in GRENOBLE (FRANKREICH) und in allen grösseren Apotheken Frankreichs und des Auslands.

Engros-Dépôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG** in Wien
 ———— I., Maximilianstrasse Nr. 4. ————

Soeben erschienen: **Wiener Medicinal-Kalender**  und **Recept-Taschenbuch**

für praktische Aerzte.

Fünfundzwanzigster Jahrgang * * *

1902

Preis: In elegantem Leinwandband mit Bleistift . **3 K 20 h**
 Mit Postversendung **3 K 40 h**

INHALT.

Register zu den Receptformeln 1. Receptformeln nebst therapeutischen Winken 2. Anhang: a) Zu subcutanen Injections gebräuchliche Medicamente u. ihre Dosirung b) Zu Inhalationen gebräuchl. Medicam. u. ihre Dosirung c) Tropfen-Tabelle 3. Pharmacol. n. Indicationen 4. Receptformeln f. die Cassen- und Armen-Praxis 5. Kurze Symptomatologie und Therapie der wichtigsten acuten Intoxicationen 6. Cosmetics (Schönheitsmittel) 7. Vergleichung der gebräuchlichen Thermometerscalen 8. Uebersicht der officinellen, sowie der wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel, ihrer Dosirung und Anwendung, sowie ihrer Preise 9. Explosive und detonationsfähige Arzneimischungen 10. Approximative Berechnung d. Inhaltes d. üblichen Löffel 11. Die wichtig. Nährpräparate. 12. Sterblichk. u. mittl. Lebensd. 13. Maximaldosen für Erwachsene, welche nach d. neuen österreichischen Pharmacopöe (1890) und nach der neuen deutschen Pharmacopöe (1890) zum innerlichen	Gebrauch nicht überschritten werden dürfen, ohne dass der Arzt ein (!) hinzuffügt 14. Maximaldosen für Erwachsene und Unerwachsene nach der neuen österr. Pharmacopöe (Ed. VII, 1890) und der III. Ausgabe d. Arzneibuch. f. d. Deutsche Reich (Ph. G. Ed. III ex 1890) berechnet 15. Vergleich. Gewichtstabellen 16. Arzneiformeln der österr. Militär-Pharmacopöe (1891) 17. Längenwachstum und Gewichtszunahme d. gesunden Kindes 18. Körperlänge u. Körpergew. 19. Die normale Dentition 20. Incubationsdauer infectiöser Krankheiten 21. Anleitung z. Untersuchung von Se- und Excreten. 22. Das Gesetz vom 21. December 1891, betreffend die Errichtung v. Aerztekammern 23. Aerztliche Standesordnung 24. Wiener ärztl. Vereinsleben 25. Die Bade- und Curorte nach ihrer Charakteristik 26. Bäder, Brunnen, Curorte, Heilanstalt, Privatkliniken, Mineralwässer, Sanatorien und Sommerfrischen 27. Künstliche Bäder 28. Schwangerschafts-Kalender 29. Sehproben Pharmacopoea elegans Allgemeine Anzeigen Bezugsquellen-Register Kalendarium mit Papier durchschossen Krankenanstalten in Wien Verzeichniss der in Wien wohnhaften Aerzte Notizen f. alle Tage d. Jahres.
---	---

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ein Fall von sogenannter Psorospermia follicularis cutis (DARIER) in der zweiten Generation. Von Prof. Dr. S. EHRMANN. — Ueber Saponine, das Saponin der Roßkastanie und dessen pharmakodynamische sowie therapeutische Wirkung. Von Dr. B. SCHÜRMEYER in Hannover. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** G. UMBER (Berlin): Das Verhältnis von Zucker- und Stickstoffausscheidung beim Eiweißzerfall im Diabetes. — SCHÜLE (Freiburg i. B.): Die diagnostische Bedeutung des Magenplätschens. — HERMANN SCHNEIDER (Berlin): Ueber das Zehen-Phänomen BABINSKI'S. Ein Beitrag zur Lehre von den Fußsohlenreflexen. — v. OPPEL (Petersburg): Ueber die Regeneration der Deckzellen am Epicard und Endocard. — WILMS (Leipzig): Zur Behandlung der Leberrupturen. — JULIUS C. ROTHBERGER (Wien): Ueber die gegenseitigen Beziehungen zwischen Curare und Physostigmin. — ST. ORLOWSKI (Warschau): Ueber einen Fall von Brückenverletzung bei intactem Schädel. — A. WALLENBERG (Danzig): Stichverletzung des dritten linken Dorsalnerven am Ganglion spinale. — CRAMER (Heidelberg): Bacillol und Lysoform, zwei neuere Desinfectionsmittel. — LEWKOWICZ (Krakau): Ueber den Enterococcus als Ruhrerreger. — RODELLA (Zürich): Ueber die sogenannten säureliebenden Bacillen im Säuglingsstuhle. — **Literarische Anzeigen.** Die Krankheiten der Schilddrüse. Von Dr. A. Freiherrn von EISELSBERG, Professor der Chirurgie in Wien. — Vorposten der Gesundheitspflege. Von Dr. L. SONDEREGGER. — **Feuilleton.** Psychologie der Gesichtsvorstellung. — **Kleine Mittheilungen.** Dauer psychischen Alkoholwirkung. — Therapie der Gonorrhoe. — Coffein bei Carbolvergiftung. — Tannigen. — Behandlung der motorischen Aphasie. — Anämie. — Zur elektrolytischen Behandlung der Haarbälge. — Airoi „Roche“. — Ein durch große Atropindosen geheilter Fall von acuter Darmobstruction. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) VII — **Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.** (Orig.-Ber.) — **Aus englischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung. — **Literatur.** — **Er-gesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ein Fall von sogenannter Psorospermia follicularis cutis (Darier) in der zweiten Generation.

Von Prof. Dr. S. Ehrmann.*

Im Jahre 1889 beschrieb DARIER eine eigenthümliche Krankheitsform der Haut, bei welcher er, auf kleine Knötchen beschränkt, in den mittleren Schichten der Oberhaut derselben zwischen der verdickten Hornschichte und der verdünnten MALPIGHI'Schen Schichte kugelige Körper fand, die zum Theil anscheinend Zellmembranen hatten oder geschichtet waren, zum Theil frei lagen. Er hielt sie für einzellige Organismen aus der Classe der Protozoen, welche in der Oberhaut parasitisch leben sollten, und nannte sie analog den anderweitig bei Thieren in den Eingeweiden gefundenen „Psorospermien“ und die Krankheit „Psorospermose folliculaire végétante“. Seither ist von verschiedenen Autoren, namentlich BOECK, MOUREK, MIETHKE, BUZZI, JARISCH und PAWLOFF die Erkrankung histologisch näher untersucht worden, und das Urtheil, dem sich zuletzt auch DARIER anschloß, lautet allgemein dahin, daß es sich wohl um eine eigene Krankheit handelt, deren parasitäre Natur aber nicht erwiesen ist, und daß die vermeintlichen Psorospermien Producte von atypischer Verhornung und Zelldegeneration sind. Die Fälle sind sehr selten. Der hier vorgestellte ist der zweite, bei welchem die Krankheit in der zweiten Generation sichergestellt ist.

Der Patient ist jetzt 30 Jahre alt; er wird von mir schon seit einer Reihe von Jahren (1896) beobachtet; die

*) Nach einer Mittheilung in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 18. October 1901.

erste Erscheinung trat im Jahre 1892 auf in Form von stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen Knötchen, die von der Nackengegend bis in die Kreuzbeingegend nur in der Nackengegend sich erstreckten, dabei im Nacken und in der Lendengegend ein breiteres Terrain einnahmen. Die Form variierte von einem Dunkelroth bis zu Braunroth, gedeckt waren sie zum größten Theile von gelblich-braunen, hie und da dunkelbraunen, erdfarbigem, leicht zerreiblichen Hornkegeln, die jedoch nicht so beschaffen waren wie bei Warzen. Nach Application von Leberthran äußerlich und innerlich schwanden die Knötchen im Verlaufe von einigen Wochen, um später ephe-lidenartigen Pigmentirungen Platz zu machen. Zu gleicher Zeit waren schon wenige Knötchen vorne in der Fossa supraclavicularis und längs der Taille; als bemerkenswerthes Begleitsymptom bestanden damals scrophulöse Abscesse der Drüsen und Narben nach solchen unter dem rechten Kieferwinkel; die ersteren wurden incidirt, ein Theil ging bei Darreichung des Leberthrans vollständig zurück. Das zweitemal sah ich den Kranken im Jahre 1898, nachdem er anderweitig, angeblich wegen Ekzem der behaarten Kopfhaut, behandelt worden war. In der That waren neben einer ganz enormen Verbreitung der erkrankten Hautzone und Vermehrung der Knötchen solche auch auf der Stirne, außerdem war diese, sowie die angrenzenden Partien der behaarten Kopfhaut von gelblich-grünen, grauen, dicken Krusten besetzt, die den Krusten bei Seborrhoe ganz ähnlich sahen, darunter eine nässende geröthete Kopfhautfläche; auch diesmal ging die Erkrankung bis auf wenige Knötchen bei Leberthranbehandlung zurück. Vortr. hat aber hier die Erfahrung gemacht, daß die interne Darreichung des Leberthrans einen viel größeren Einfluß habe als die locale, denn das sogenannte Ekzem der behaarten Kopfhaut ebenso wie die Knötchen gingen nur langsam zurück, so lange sie extern

allein behandelt wurden und schwanden ziemlich rasch, wenn auch intern Leberthran dargereicht wurde. Dieser Umstand, sowie das gleichzeitige Vorhandensein von scrophulösen Lymphdrüsen waren auch der Grund, weshalb die Affection hier früher auch für Lichen scrophulosorum gehalten wurde.

Die Untersuchung der excidirten Knötchen, die ich an fünf verschiedenen Stellen gemacht habe, zeigte übereinstimmend das Bild, wie es von allen Autoren als charakteristisch für die von DARIER aufgestellte Form von sogenannter Psorospermose beschrieben wurde, und auch nicht die Spur jener charakteristischen histologischen Bilder des Lichen scrophulosorum; nirgends war eine Riesenzelle oder eine epitheloide Zelle vorhanden, noch viel weniger die Tuberkelknötchen, wie sie bei Lichen scrophulosorum immer vorkommen. Außer der histologischen Untersuchung, über die ich noch sprechen werde, war auch noch folgender Umstand maßgebend: Im Jahre 1892 sah ich auf der Klinik des Prof. JANOVSKY in Prag einen Fall von Psorospermose, der unserem je länger je mehr ähnlich wurde und von dem Prof. JANOVSKY damals so freundlich war, mir eine Photographie zu schenken. Der Fall wurde vom damaligen Assistenten der Klinik, Collegen MOUREK, veröffentlicht, und als ich nun die Krankheitsgeschichte dieses Falles („Arch. f. Derm. u. Syph.“, 1894) hernahm, fiel mir auf, daß der Anfangsbuchstabe des Namens und der Geburtsort der gleiche waren. Eine frühere Anfrage hatte der Patient schon dahin beantwortet, daß sein Vater in Prag gestorben sei. Die Auskunft, welche Prof. JANOVSKY auf meine diesbezügliche Anfrage in liebenswürdigster Weise gegeben, verscheute jeden Zweifel; der vorgestellte Kranke ist ein Sohn jenes Mannes, der auf der Klinik JANOVSKY behandelt wurde und dessen Photographie ich Ihnen hiemit herumreiche.

Beim Vater begann die Erkrankung in seinem 20. Lebensjahre auf dem Mons Veneris; ferner waren bei demselben in der letzten Phase seiner Erkrankung die Inguinalbeugen in hohem Grade erkrankt, während bei unserem Kranken an dieser Stelle nur verhältnißmäßig wenige Knötchen vorhanden sind. Die Erkrankung des Vaters hatte, wie ich auf der Klinik des Prof. JANOVSKY selber gesehen, durch die Localisation in der Leistenbeuge einen anderen Charakter gewonnen. Sie war viel ähnlicher den breiten Condylomen oder dem Pemphigus vegetans; sonst war, wie Sie aus der Photographie ersehen, die Hautaffection, wenn auch in ausgebreitetem Maße, auf dieselbe Stelle localisirt und auch genau so beschaffen wie beim Sohne.

Der Exitus letalis des Vaters erfolgte unter Erscheinungen allgemeiner Schwäche des Organismus, die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Nephritis subacuta, Catarrhus intestinorum chronicus, Thrombosis arteriae pulmonalis, Oedema pulmonum acutum, Morbus Darieri.

Es interessiren uns zunächst zwei Fragen: die Aetiologie und der allgemeine pathologische Charakter der Erkrankung, sowie die Heredität. Bezüglich der ersteren fällt zunächst hier auf das Zusammentreffen mit scrophulösen Drüsen. Der Vater des Patienten hatte angegeben, daß in der Familie keinerlei Erkrankungen vorgekommen wären. Zur selben Zeit hatte aber bereits der Sohn nach des letzteren Angabe Drüsen-schwellungen. Außer diesen hier vorgestellten hat noch ein Bruder Drüsen-schwellungen an dem Halse und ein achtjähriges Kind des letzteren eine Drüsenvereiterung und einen kalten Absceß des linken Augenlides und Spina ventosa des Mittelfingers der linken Hand. Außer den drei lebenden Kindern hatte der JANOVSKY-MOUREK'sche Patient, von denen also zwei deutliche Symptome der Tuberculose haben, noch sieben Kinder, die im frühen Alter gestorben sind.

Bedenkt man, daß Drüsen-schwellungen mäßiger Art ohne Abscedirung auch von anderen Autoren, wie zum Beispiel von BOECK, BUZZI und MIETHKE, angegeben werden, so ist es wohl begründet, einen Zusammenhang beider Processe zu vermuthen. Allerdings ist der Zusammenhang nicht in der Weise gedacht, wie beim Lichen scrophulosorum, der sich ja

anatomisch von unserer Erkrankung wesentlich unterscheidet. Hier haben wir es mit einer Bildung von Hügelchen zu thun, deren Elevation hauptsächlich in Veränderungen der Epidermis beruht. Es sind zerreibliche bräunliche Kegel von Hornsubstanz, die in die umgebende Epidermis eingefalzt sind, und unter denen eine gewucherte MALPIGHI'sche Schichte mit vergrößerten Zapfen sich findet; zwischen beiden Schichten ist eine Zwischenschichte, in welcher geschichtete kugelige Gebilde mit einem homogenen Kern oder homogene frei liegende kugelige Körper sich finden. Diese sind von DARIER ursprünglich für Psorospermien, d. h. für Mikroorganismen aus der Gruppe der Protozoen gehalten worden, wie solche bekanntlich in der Leber der Kaninchen oder im Hoden und der Leibeshöhle der Regenwürmer gefunden wurden. Es hat sich aber durch wiederholte Untersuchungen herausgestellt, daß man es hier nicht mit Mikroorganismen, sondern mit Bildungen zu thun hat, die durch atypische Verhornungen der Epidermiszellen entstehen. Im Papillarkörper und dem Stratum reticulare sind hier nur Rundzelleninfiltrate längs der Gefäße zu finden. Beim Lichen scrophulosorum hingegen sind die hauptsächlichsten Veränderungen gerade in der Cutis und bestehen immer in einer Anhäufung von epitheloiden Riesenzellen, die durchsetzt und umgeben von Leukocyten ist, also in Bildung echter Tuberkelknötchen, die bei unserem Kranken nach Durchsicht einer großen Anzahl von Serienpräparaten nicht zu finden sind. Es wäre also der Zusammenhang — wenn er überhaupt besteht — kein directer, sondern ein indirecter.

Zum Schlusse muß ich noch einen Fall von HALLOPEAU erwähnen, den ich selbst im Hospital St. Louis gesehen, bei welchem neben Psorospermose auch Lupus des Gesichtes vorhanden war.

In Bezug auf die zweite Frage, nämlich die Erbllichkeit, muß ich auf den Fall von BOECK hinweisen, bei welchem ein Vater mit zwei Söhnen erkrankt ist; ich bin der Ansicht, daß es sich hier nach dem jetzigen Stande der Erfahrung um wirkliche Vererbung, also Uebertragung durch Sperma auf die Nachkommenschaft, und nicht um Infection handle, da bei der geringen Anzahl von Fällen, die bis jetzt bekannt sind, zwei Fälle in der zweiten Generation schon sehr ins Gewicht fallen, und bisher nirgends etwas über eine Miterkrankung der Ehehälfte oder der Mitbewohner bekannt ist.

Ueber Saponine, das Saponin der Roßkastanie und dessen pharmakodynamische sowie therapeutische Wirkung.

Von **Dr. B. Schürmayer** in Hannover. *)

Im Junihefte der „Therapeutischen Monatshefte“, sowie in der letzten Nummer der „Deutschen Praxis“ habe ich über ein saponinhaltiges Präparat berichtet, das Extractum hippocastani FLÜGGE.

Nachdem LAVES den chemischen Theil bearbeitet hatte und meine therapeutischen Versuche sehr günstig ausgefallen sind, erlaube ich mir, auch an dieser Stelle auf das genannte Extract aufmerksam zu machen.

Denn meine in der ersten Mittheilung ausgesprochene Vermuthung; daß es sich bei dem Extr. hippocast. FLÜGGE um ein Präparat handle, welches die therapeutische Wirkung der Saponinsubstanz zum Ausdrucke bringt, ohne die Schädigungen, welche den meisten der bisher bekannt gewordenen Saponinen zukommen — hat sich nach jeder Richtung hin als zutreffend erwiesen.

Mit dem Namen „Saponine“ bezeichnet man bekanntlich verschiedene Pflanzenstoffe, die glykosidischen Charakter be-

*) Vortrag, gehalten auf der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

sitzen mit der Eigenschaft, nach Art der Seifen mit Wasser schäumende Lösungen zu geben.

Die Saponinsubstanzen sind im Pflanzenreiche sehr verbreitet; KRUSKAL nennt über 150 verschiedene Pflanzen, in denen sie vorkommen. Trotzdem stand man von Seiten der wissenschaftlichen Medicin — im Gegensatze zur Empirie — der Verwerthung dieser Stoffe skeptisch gegenüber.

Anfangs wurden alle Saponinsubstanzen für identisch gehalten, wohl einzig infolge der genannten physikalischen Eigenschaft.

Man war deshalb in der Verwendung des Namens nicht sehr wählerisch und übertrug denselben später auf eine Reihe entdeckter Stoffe, welche letztere denen ähnlich schienen, die man zuerst im Extracte der Wurzel von Saponaria officinalis gefunden hatte.

So rechnete man die Extractivstoffe der Pannamarinde hieher, ja sie dominirten, wenn der Begriff „Saponine“ feststand.

Nachdem nun aus dieser Droge vier Saponinarten dargestellt waren, sah man ein, daß es in der That verschiedene Saponine gäbe, eine Ansicht, die von KOBERT und seinen Mitarbeitern sodann verallgemeinert wurde.

Aus Radix Senegae ließ sich das Senegin gewinnen, ferner das Pariglin, auch Parillin genannt, wahrscheinlich identisch mit dem Salseparin; dann das Parigenin und das Sarsaponin.

Aus den Digitalisblättern entstammt das Digitonin, aus Primulaarten das Calmin etc.

Von den vier Componenten der Pannamarinde, dem Sapotoxin, der Quillajasäure, dem Lactosin und dem sogenannten reinen Saponin, ist das Sapotoxin und die Quillajasäure am besten untersucht.

In der Folge identificirte man die hier gesehenen üblen Nebenwirkungen mit dem Begriffe „Saponin“, und die Erfahrungen, welche EULENBURG machte, schienen dieses Urtheil zu bestätigen.

Ich erwähne alle diese Einzelheiten, weil ich durch Versuche zeigen konnte, daß wir unter der Bezeichnung „Saponine“ bisher die heterogensten Stoffe zusammenstellten, und daß im Extr. hippocast. Saponine vorliegen, die sich in Bezug auf Wirkung und Abwesenheit von Nebenwirkung vortheilhaft von den bis jetzt bekannten Saponinsubstanzen unterscheiden.

Eigentlich mußte es bei näherem Zusehen je dem Beobachter auffallen, daß auf dem Gebiete der Saponinclassification keine Uebereinstimmung erzielt ist; zwar wollte FLÜCKINGER alle Saponine als homologe Glieder der Reihe

$C_n H_{2n-10} O_{18}$
auffassen. Dies paßt für Digitonin des rothen Fingerhutes, für Chamälerin aus Helonias dioica, jedoch schon nicht mehr für Quillajain und die Quillajasäure, nicht für Senegin, Sapotoxin u. a. m.

Mehr Uebereinstimmung herrscht bei Zugrundelegung der KOBERT'schen Formel:

$C_n H_{2n-8} O_{10}$
sie ist jedoch auch hier keine allgemeine.

Den verschiedenen Methoden der Darstellung der Saponine mag die Schuld an diesem Mangel von Einheit zufallen; doch bleibt für alle Fälle die Thatsache als solche bestehen, daß vom rein chemischen Standpunkte aus schon keine Lösung der Saponinfrage vorliegt.

Letzteres erscheint sofort erklärlich, wenn man bedenkt, daß den Saponinen diejenige Eigenschaft fehlt, welche die Grundbedingung der Reingewinnung ausmacht, nämlich die Krystallisirbarkeit!

Sehen wir doch bei anderen Glykosiden ebenfalls, daß man denselben Namen für Substanzen von ganz verschiedener Wirkung gebraucht; so existiren eine Reihe von „Digitalinpräparaten“, die jedoch in ihrer Wirkung ganz bedeutend

schwanken, wobei allerdings keines die volle Digitaliswirkung zum Ausdrucke bringt.

Bei den Saponinen muß ferner berücksichtigt werden, daß aus glykosidhaltigen Drogen, wozu auch die Saponin-gerbsäure gehört, die Isolirung viel schwerer fällt, als aus den alkaloidhaltigen.

Die Alkaloide sind krystallisirt, beständig, die Glykoside dagegen meist amorph und leicht zersetzlich.

So viel steht fest, daß man nicht berechtigt ist, aus dem Verhalten einer isolirten Componente im Einzelfalle auf die Wirkung des Gesamtpreparates zu schließen.

Für Saponine kommt noch in Betracht, daß dieser Sammelname keine chemische Bedeutung hat, und daß die Stoffe, die Quillajasäure und das Sapotoxin, die alle Saponine in Mißcredit gebracht haben, in einer Reihe von Saponinmischungen fehlen.

Sodann kommt neben dem Einflusse der eigentlichen Saponine in den saponinhaltigen Substanzen noch eine Reihe anderer, die Saponine begleitender Componenten in Betracht.

Dies sehen wir z. B. auch bei der pharmakodynamischen Einwirkung von Radix Senegae, Illicium anisatum etc., wo im letzteren Falle nicht die Saponine allein in Frage kommen, wenn die expectorirende Wirkung ergründet werden soll, vielmehr noch ein ätherisches Oel und ein Bitterstoff!

Die Gesamteinwirkung hängt also in diesen Fällen von der Anwesenheit aller Einzelcomponenten ab, und dies gilt auch von dem Extr. hippocastani.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen möchte ich Ihre Aufmerksamkeit in wenigen Worten für dieses saponinhalte Präparat in Anspruch nehmen.

Das Extractum hippocastani wird gewonnen bei der Dienstbarmachung des Kastanienmehles der Roßkastanie zum Zwecke der Volks- und Krankenernährung.

Es handelt sich darum, eine völlige Entbitterung zu erreichen, womit sich seit langer Zeit eine Reihe von Forschern beschäftigt haben, ohne das Ziel völlig zu erreichen.

Denn dieser Bitterstoff haftet so fest an dem Mehle, daß er noch in sehr geringer Verdünnung sich bemerkbar macht.

FLÜGGE löste diese Frage in einer völlig zufriedenstellenden Weise, wie Ihnen diese Probe beweist; infolge etwas stärkerer Röstung hat das Mehl eine leichte Färbung, dasselbe wird auch im Kleinen dargestellt, die Technik im Großen liefert jedoch bessere Resultate (Demonstration).

Auf die Bedeutung des Mehles kann hier nicht näher eingegangen werden, es sei nur bemerkt, daß nach Versuchen von DOMMER und mir die Ausnützung eine äußerst gute ist.

Bei Entfernung der — im Mehle völlig fehlenden — Bitterstoffe gewinnt man eine alkoholische Lösung eines Gemisches, das zum größeren Theile aus Glykosiden besteht. Dasselbe wird sodann eingedickt, womit das Extr. hippoc. gewonnen ist.

Im letzteren sind nach den Analysen von LAVES 70% Glykoside enthalten, worunter 36% Saponine.

Die Consistenz des Extractes ist eine dickflüssige; die Farbe war anfangs dunkelbraun, ist nun jedoch mit Vervollkommnung der Technik heller gelb geworden. Charakteristisch bleibt der bittere Geschmack; mit Wasser entsteht eine haltbare, schäumende Emulsion, es tritt jedoch ebenfalls Lösung in Alkohol, selbst bei Zugabe von $\frac{1}{5}$ Volum Chloroform ein, welche Lösung ebenfalls beständig ist.

Ich zeige hier eine geringe Quantität frischen Rohsaponins, die aus diesjährigen Kastanien gewonnen ist; bei noch nicht herangetretener Reifungszeit der Roßkastanie ließ sich nicht mehr gewinnen (Demonstration).

Diese Saponinprobe besitzt einen ausgesprochen bitteren Geschmack; die zweite, mittels Bariumoxydhydrat gefällte — in der Schale enthalten — zeigt nach erfolgter Entfernung

des Fällungsmittels weniger Bitterkeit, weil ein gereinigteres Saponin vorliegt. Man hat auf der Zunge einzig ein kratzendes Gefühl (Demonstration).

Daß ein solches Gemisch mit einem so hohen Procent-satze an erfahrungsgemäß sehr differenten Stoffen auch therapeutisch einen Erfolg haben müßte, dieser Gedanke lag nahe. Nachdem nun die Ungiftigkeit erwiesen war, konnte zur Anwendung geschritten werden, die eine rein externe ist. Es handelt sich um schmerzhaft Affectionen der Hautdecken, wie Neuralgien und Rheumatismus etc. Die Anwendungsform war folgende:

1. Das reine Extract, direct auf die Haut gestrichen, oder als Bad mit Wasser verdünnt.

2. Eine 5%ige alkoholische Lösung des Extractes.

3. Dieselbe unter Zusatz von Chloroform.

4. Ein ausgestrichenes Pflaster mit 20% Extractgehalt.

Im Uebrigen verweise ich auf meine und DOMMER's gemachten Erfahrungen, und ersuche um Nachprüfung der gewonnenen, und wie gesagt, sehr günstigen Resultate.

Literatur: 1. SCHÜRMEYER, „Ueber Extractum fluid. Hippocastani und dessen therapeutische Verwerthung“. „Therap. Monatsh.“, 1901, Juni. — 2. LAVES, „Pharmaceutische Centralhalle“, 1901, Nr. 22, Mai. — 3. DOMMER, „Medicinische Woche“, 1901, Nr. 25 u. 26. — 4. SCHÜRMEYER, „Zur therap. Verwerthung des Saponins“. „Deutsche Praxis“, 1901.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Wir wenden uns jetzt zu den Halsorganen, an denen wir mehrere Gebiete gesondert besprechen müssen.

Zunächst die Rachengebilde, mit denen zusammen die Mundhöhle betrachtet werden mag, da die Circulationsveränderungen recht oft gemeinsam sind. Auch hier sind es besonders die Hyperämien, die uns zu beschäftigen haben; bei zahlreichen Leuten mit vasomotorischer Ataxie habe ich sie beobachtet. Die Klagen bestehen hauptsächlich in höchst lästigen, brennenden, stechenden oder „krampfartigen“ Sensationen, von anfallsweisem Auftreten; mit den Anfällen zugleich läßt sich die auffällige Hyperämie des Pharynx und öfter auch der Mundhöhle (Zunge) unschwer constatiren. Rachenblutungen, zuweilen aus deutlich geschlängelten Rachengefäßen, sind nicht selten und diagnostisch wichtig. Mehrere Kranke der Art kamen wegen „Blutsturz“ in meine Behandlung; ich constatirte Rachenblutung auf Grund einer Gefäßneurose und habe selbst nach jahrelanger Beobachtung keine anderen Symptome an ihnen gesehen, als die zu dieser Erkrankung gehörigen. Selten sind Anfälle von Zahnschmerzen, wohl durch Hyperämien der Umgebung des Zahnes. Diese vasomotorischen Störungen finden sich oft im Zusammenhang mit genitalen Vorgängen bei Weibern (s. mein oben citirtes Buch, pag. 422).

SOLIS-COHEN sah bei einer 60jährigen Frau, die auch zahlreiche andere vasomotorische Symptome (Herzklopfen, Hitze und Erröthen des Körpers, Urticaria, angioneurotisches Oedem) darbot, unter Athemnoth einen schweren Anfall von localer Cyanose der Uvula und der linken hinteren Gaumenfalte eintreten, einer Form der Kreislaufstörung, die uns noch beschäftigen wird.

Dagegen konnte ich anämische Zustände an diesen Organen bei unseren Kranken nicht mit Sicherheit constatiren, außer jenen oben erwähnten Fällen, wo sie Synkope der Gesichtshaut begleiteten. Vielleicht kommen sie nur wegen Mangel an subjectiven Symptomen nicht zur Beobachtung.

Der Mangel klinisch gut erkennbarer Symptome ist es wohl auch, der die anämischen Störungen eines Apparates verbirgt, dessen Hyperämien ein ganz besonderes Interesse

beanspruchen: der Schilddrüse. Es ist nicht zu erwarten, daß kurzdauernde Ischämien des Organs Schädigungen hervorrufen könnten, die an Myxödem irgendwie erinnerten.

Dagegen sind die Hyperämien dieses Organes wohl nachweisbar durch temporäre Anschwellung desselben, durch die starke Pulsation in den zuführenden Arterien, die von allen Seiten Blut zur Drüse führen. Mit Veränderungen in der Function der Drüse für die Blutmischung, mit der sogenannten inneren Secretion, braucht diese Hyperämie gar nicht verbunden zu sein. Ich will an dieser Stelle nicht erörtern, ob solche „secretorische“ Störungen, wie wir ihnen an anderen Drüsen begegnen werden, auch an der Schilddrüse bei vasomotorischer Ataxie vorkommen; ich will auf die hiedurch nahegelegte Frage der Beziehungen der Schilddrüsenhyperämie zum Morbus Basedowii ebenfalls nicht eingehen, da wir uns mit letzterer Affection noch abzufinden haben werden. Ich will hier nur zwei von den Fällen anführen, welche mir die Existenz einer Schilddrüsenhyperämie als Attaque im Verlauf unserer Erkrankung sicherstellten. Ich will bemerken, daß bei den angeführten Kranken und bei einem dritten, wo nur ein eigenthümliches Spannungsgefühl am Halse mit systolischen Geräuschen über der Schilddrüsengegend eine Hyperämie der Thyreoidea vermuthen ließ, Gemüthsregungen den Anfall auslösten.

Fall 19. A., Regierungsbauführer, steht vor dem Examen als Regierungsbaumeister, 30 J. alt. Gichtische und nervöse Beanlagung. Leicht reizbar, leidet bei Erregungen an Herzklopfen. Zuweilen Congestion der Gesichtshaut und Conjunctiven. Geräth vor dem Examen in eine große Erregung. Dabei schwillt die Schilddrüse, die sonst nur undeutlich abgrenzbar ist, zu einem deutlich fühlbaren, weichen Tumor, der in seiner Größe sehr wechselt. Der Halsumfang, vorher 39 Cm. betragend, schwankt jetzt an den einzelnen Tagen zwischen 41—44 Cm. Die zuführenden Arterien sind auffallend deutlich fühlbar, pulsiren stark. Ueber der Drüse systolisches Geräusch. Auffällig war ferner eine Verminderung des elektrischen Leitungswiderstandes an den oberen Körperpartien; besonders bei späteren Untersuchungen, in der normalen Zeit, zeigte sich, wie bedeutend derselbe damals herabgesetzt war. Kein Zittern, kein Herzklopfen, keine Augensymptome. Aber zahlreiche Zeichen psychischer Erregung: Schlaflosigkeit, eine Art Gedankenflucht, sogar Selbstmordideen. Nach dem mit Mühe überstandenen Examen baldige Besserung aller Symptome, der Hals ging auf sein früheres Maß zurück. Ein halbes Jahr später, bei seelischer Erregung infolge einer Liebesgeschichte, ganz ähnliche Attaque an der Schilddrüse, 8 Tage anhaltend.

Fall 20. E., Professor, Sprachlehrer, 40 J. Sehr hypochondrisch angelegter Mann. Leidet seit Jahren an „Muskelrheumatismus“. Oefter Absterben der Hände. Consultirte mich im Mai 1897 wegen eines Druckes in der Gegend des Jugulum und leichter Behinderung beim Schlucken. Diese Beschwerden traten vor circa 6 Wochen ein, sie sind stundenweise vorhanden, fehlen dann wieder tagelang. Ich konnte damals nichts am Halse nachweisen, doch ergab sich bald eine große Erregbarkeit des Gefäßnervensystems: bei Berührung von Eis Synkope der Hand, Urticaria factitia leicht zu erzielen, nach Amylnitriteinathmung schnelle und anhaltende Congestion. In Anbetracht der Lebhaftigkeit der Halsbeschwerden war gleichwohl der Verdacht einer ernsteren Erkrankung daselbst nicht auszuschließen. Bei einer zweiten Untersuchung, 4 Wochen später, gab Patient an, daß sein Leiden sich inzwischen infolge seelischer Erregungen verschlimmert habe; besonders die Spannung am Halse sei während der Anfälle unerträglich, während in der Zwischenzeit alles normal sei. Jetzt constatirte ich bei mehrtägiger häufiger Beobachtung, daß während der Attaque die Schilddrüse deutlich anschwellt; sie verlor sich nach unten im Jugulum (substernal), das mag die Beschwerden des Patienten sehr vermehrt haben. Die zuführenden Arterien pulsirten im Anfall viel stärker als in der Zwischenzeit. Patient war dabei sehr ängstlich, unruhig, etwas blaß im Gesicht; Dyspnoe war nicht ausgesprochen, nur zuweilen erfolgte ein tiefer seufzender Athemzug. In der Zwischenzeit war das Befinden normal. Therapie: Blutegel am Halse, drastische Abführ-

mittel, heiße Sitzbäder. Bei dieser Behandlung besserte sich allmählig der Zustand. Ich habe Patienten 1899 mit den Symptomen der Unterleibsplethora wiedergesehen; die Halsbeschwerden traten nur noch sehr selten und in ganz geringem Grade auf, die Drüse erschien normal.

Ich verfüge noch über einen dritten selbst beobachteten Fall, sowie mehrere, bei welchen die Anamnese derartiges Schwanken der Schilddrüsengröße bei unseren Kranken ergab (s. Fall 17). Auch SOLIS-COHEN führt einen recht instructiven Fall an, den ich hersetzen möchte sowohl wegen des charakteristischen allgemeinen Bildes, als wegen der in einem gewissen Connex mit der Schilddrüsenschwellung stehenden Herzneurose.

25j. Näherin. Klagt über Kopfschmerz; in Paroxysmen tritt Schwindel auf, oder Trübung des Gesichtsfeldes, oder Anschwellung der Füße, oder Schmerz in der Herzgrube mit Herzpalpationen. Seit 2 Jahren bemerkt Patientin, daß mehrmals am Tage, besonders bei Kälteeinflüssen, beiderseits die Finger plötzlich purpurfarbig erschienen. Die Verfärbung beginnt in der Hohlhand und schreitet nach unten fort; nach wenigen Minuten verschwindet sie ebenso plötzlich. Verstopfung. Unregelmäßige Menses. Bei der Untersuchung sind an den Armen überall buntscheckige Bezirke von unregelmäßiger Ausbreitung, die durch ihre verschiedene Färbung und das Erscheinen erweiterter Venen capilläre und venöse Congestion anzeigen. Ueber der oberen Partie der Brust, vorn und hinten, liegen Haufen ausgedehnter oberflächlicher Venen. 96 Pulse. Leises systolische Geräusch an der Herzbasis. Nonnensausen. Schilddrüse oben nachweisbar, nicht vergrößert. Astigmatismus. Nach wenigen Dosen Nitroglycerin kehrte die locale Asphyxie nicht wieder und blieb weg, so lange es genommen wurde. — Nach 3 Monaten erschien Patientin wieder mit starken Kopfschmerzen, Präcordialangst und Herzklopfen; die Anfälle schienen tachykardisch. Die Pulszahl wechselte, etwa um 130. Schilddrüse leicht geschwollen, über ihr ein Geräusch hörbar. Ungefähr 10 Wochen lang wurde beobachtet, wie die Schilddrüse sich unregelmäßig vergrößerte und verkleinerte, ohne Beziehung zur Periode. Die Schwellung war weich, am größten rechterseits. Bei der letzten Untersuchung war die Schilddrüse dem Anschein nach normal, die Pulszahl 96.

Ein derartiges Schwanken der Schilddrüsengröße im Zusammenhange mit den genitalen Functionen des Weibes ist ja bekannt genug; obgleich auch hier eine gewisse Labilität des Gefäßnervensystems oft besteht, so gehören doch diese Kreislaufstörungen nicht eng in unser Gebiet, da sie sehr wahrscheinlich auf einer functionellen Beziehung beider Apparate beruhen.

Ueber nervös bedingte Anämie und Hyperämie des Larynx weiß ich nichts einigermaßen Sicheres anzuführen; weitere Beobachtungen müssen ergeben, ob sie vorkommen, und inwieweit gewisse nervöse Kehlkopfaffectationen damit zusammenhängen.

Sehr schwierig sind die nervösen Kreislaufschwankungen in der Brusthöhle zu beurtheilen. Die Blutfüllung der Brust- (und ebenso der Bauch-)haut steht im allgemeinen in keinem sicher nachweisbaren Zusammenhange mit derjenigen der inneren Organe, so daß uns schon ein immerhin sonst wichtiger Factor für die Beurtheilung fehlt. Höchstens wäre zu erwähnen, daß die bekannten kleinen Hautvenenerweiterungen am untern Theile des Thorax bei unseren Kranken häufig sind, aber wohl mehr als Ausdruck der allgemeinen Schwäche des Circulationsapparates. Im übrigen gilt von der Haut des Rumpfes bei unseren Kranken das oben über die Haut im allgemeinen Gesagte.

Eine Erwähnung verdienen hier noch die weiblichen Mammae. Vasomotorische und secretorische Störungen in denselben sind häufiger, als vielfach angenommen wird, das Anschwellen der Brüste bei der Regel z. B. stellt oft ein recht quälendes Leiden dar. Im allgemeinen aber hängen diese Anomalien direct von genitalen Vorgängen ab und fallen, wenn sie auch eine gewisse Labilität des Gefäßnervenappa-

rates voraussetzen, ebenso wenig in unser Gebiet, wie die oben erwähnten Schilddrüsenschwellungen. Nur einmal sah ich bei einer Dame mit allgemeiner vasomotorischer Ataxie paroxysmale Anschwellungen der Mammae bei seelischen Erregungen.

Die Hyperämie der Lungen und Bronchien auf nervöser Grundlage ist wahrscheinlich durchaus nicht selten. Leider läßt mich mein sonst recht beträchtliches Beobachtungsmaterial hier insofern im Stich, als ich allerlei Anhaltspunkte für derartige Störungen, aber keine schlagenden Beweise habe.

Zunächst erscheint es sehr auffällig, wie viele von meinen Kranken an trockener chronischer Bronchitis mit asthmatischen Zuständen vom Charakter des Bronchialasthmas litten. Meist waren die Katarrhe, vor allem durch Jodmedication, leicht zu beseitigen, kehrten aber sehr oft wieder, theils scheinbar ganz unmotivirt, theils durch ganz kleine Reize (leichte Erkältungen, Einathmen schlechter Luft etc.). Ich halte es für sehr wahrscheinlich, daß es sich hier um anfallsweise Congestion der Schleimhaut handelt, welche den Katarrh, in anderen Fällen vielleicht auch direct einen Asthmaanfall hervorruft.

Aber auch in der Lunge, respective in einzelnen Abschnitten derselben spielen congestive Zustände auf nervöser Basis wohl eine Rolle, wie überhaupt die Lungencongestion auch aus anderen Ursachen keineswegs die Nichtachtung verdient, mit der sie von vielen Aerzten betrachtet wird. Der Zustand äußert sich meist in einem Gefühl der Enge auf der Brust, in trockenem Husten, oberflächlicher Athmung; Angstgefühle, stechende Schmerzen können sich hinzugesellen. Auscultatorisch hört man das Athmen an der betreffenden Stelle etwas rauh und oft, da in der Regel etwas Transsudation auftritt, von einem nicht ganz feinen Knistern begleitet. Charakteristisch ist noch für die uns beschäftigenden Fälle das Vorübergehende der Erscheinungen.

Diese Symptome sind wohl bei Leuten mit vasomotorischer Ataxie nicht ganz selten. Ich habe mehrfach von Kranken gehört, daß sie nachts, in Rückenlage, zugleich mit einem höchst lästigen Abgestorbensein der Arme und einem eigenthümlichen Gefühl der Enge auf der Brust unter Hustenreiz erwacht sind; es bestand also anscheinend ein Gegensatz in der Blutfüllung der Arme und der Brust. Einmal nur, vor längerer Zeit als Hospitalassistent, konnte ich den Anfall beobachten und das erwähnte Knistern in den hinteren unteren Lungenpartien constatiren; gerade in diesem Falle, wie wohl in vielen anderen, erschienen dem Patienten die Erscheinungen an den Armen lästiger, als die an der Brust, obgleich letztere vielleicht die primären waren. Auch ohne Synkope der Arme kommen sie vielleicht nicht ganz selten vor.

In schweren Fällen kann die Congestion zu Lungenödem führen. Ich glaube auch dies als nervöses Symptom bei vasomotorischer Ataxie gesehen zu haben, aber beweisend ist die eine diesbezüglich von mir gemachte Beobachtung nicht.

Ueber anämische Zustände der Lungen und ihrer Zufuhrwege fehlt jeder Anhalt.

Etwas klarer sehen wir bei den Kaliberschwankungen der Herzgefäße. Es ist wohl sicher, daß ihre Labilität in der Lehre von den Herzneurosen eine große Rolle spielt. Da wir aber aus guten Gründen von der Besprechung der Herzneurosen hier absehen, so will ich auch auf diesen Punkt nicht eingehen.

Anschließen möchte ich hier die Frage nach dem Auftreten anämischer und hyperämischer Zustände im Rückenmark unserer Kranken. Auch darüber vermag ich leider nichts einigermaßen Sicheres zu sagen; die Autoren geben mancherlei an. MARTIN (l. c.) glaubte, daß Arteriencontractur im Rückenmark Störung der antagonistischen und associativen Bewegung bedingt, BOUVERET (l. c.) vermuthet, daß der Rückenschmerz und die neuralgischen Schmerzen in den Gliedern vielleicht durch Congestivzustände im Rückenmark und be-

sonders in den Centren der Gefühlsnerven unterhalten werden. Ich muß sagen, daß die nervösen Kreislaufstörungen des Rückenmarks (ebenso wie die des Respirationstractus vom Kehlkopf abwärts) bei weitem am wenigsten bekannt sind; hier müssen weitere Beobachtungen noch eine große Lücke ausfüllen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

F. UMBER (Berlin): **Das Verhältniß von Zucker- und Stickstoffausscheidung beim Eiweißzerfall im Diabetes.**

Das Eiweißmolecul wird bei seinem Eintritte in den Stoffwechsel schon in den allerersten Stadien in physiologisch ganz verschiedenwerthige Gruppen zerlegt. Bei dem schweren, in Unterernährung stehenden Diabetikern werden diejenigen Gruppen, welche die Bausteine zur Synthese des Eiweißzuckers liefern, eliminiert, dagegen der N-reiche Proteosenrest wieder zum Eiweißaufbau verwandt. Somit läßt sich aus dem ausgeschiedenen N kein Rückschluß auf die Eiweißmengen ziehen, die ihre zuckerbildenden Gruppen abgegeben haben. Sie sind jedenfalls unter Umständen viel erheblicher, als nach der bisherigen, auf falscher Voraussetzung fußenden Rechnung angenommen wurde. Der gesammte Eiweißbestand eines solchen Diabetikers muß unter diesen Umständen immer mehr an zuckerbildenden Gruppen verarmen. („Die Therapie der Gegenwart“, 1901, Nr. 10.) — Dieser unabweislichen Schlußfolgerung ist vorläufig noch recht schwer experimentell nachzugehen, so lange wir nicht über die Natur dieser zuckerbildenden Gruppen, der synthetischen Bausteine des ausgeschiedenen Eiweißzuckers besser unterrichtet sind. Das bleibe zukünftiger Erforschung des intermediären Stoffwechsels vorbehalten. Sie allein kann uns volle Erkenntniß bringen. Die Schwierigkeiten, die der chemischen Forschung dabei in den Weg treten, sind allerdings ungemein groß. Denn wir müssen uns vorstellen, daß alle intermediären Producte nur im flüchtigen Moment ihrer Entstehung als das chemische Individuum erscheinen, das wir durch sprachlichen Ausdruck festlegen als ob es Bleibendes wäre. Alles befindet sich aber da in ewigem Wechsel, in ewigem Fluß des Abbaues und Aufbaues zu neuen Moleculen, in unterbrochenem Status nascendi, den festzuhalten wir noch wenig Macht haben. Hier muß der Hebel angesetzt werden. B.

SCHÜLE (Freiburg i. B.): **Die diagnostische Bedeutung des Magenplätscherns.**

Das Phänomen entsteht, wenn sich im Magen Luft und Flüssigkeit befinden durch stoßweise Erschütterungen des Magens oder durch Schütteln des ganzen Rumpfes. Die Neigung zum Plätschern ist manchmal so hochgradig, daß es selbst beim Gehen und bei plötzlichem Lagewechsel auftritt. Das Magenplätschern kommt zweifellos auch bei völlig magengesunden Individuen vor; doch handelt es sich hier nur um geringe Neigung zum Plätschern, und es sind ziemlich starke Erschütterungen des Abdomens notwendig. Das lebhaftes Plätschergeräusch ist ein abnormes Phänomen.

Aus den Ausführungen SCH.'s („Arch. f. Verdauungskrankh.“, 1901, B. 7, H. 4 u. 5) ergeben sich im Ganzen folgende diagnostische Sätze:

Das lebhaftes (nach SAHLI „oberflächliche“) Plätschergeräusch ist kein normales Phänomen. Dasselbe spricht für einen Zustand von Atonie der Magenwand, wie sie bei Gastroptosis, Myasthenia gastrica, Neurosen des Magens gefunden wird.

Es ist unstatthaft, aus der Lebhaftigkeit des Geräusches einen Schluß zu ziehen auf den Grad der Atonie, da das Phänomen sich oft schon in ganz leichten Anfangsstadien der Magenerschaffung sehr ausgeprägt zeigen kann. B.

HERMANN SCHNEIDER (Berlin): **Ueber das Zehen-Phänomen BABINSKI'S. Ein Beitrag zur Lehre von den Fußsohlenreflexen.**

Die normalen Reflexbewegungen auf Reiz der Fußsohle setzen sich aus zwei Reflexen zusammen, die verschiedenen Sitz im Centralnervensystem haben; der eine, isolirte Plantarreflexion auf schwachen Reiz, ist ein Hirnrindenreflex, der zweite, Dorsalflexion der Zehen mit combinirter Bewegung im Bein, auf starken Reiz, ist ein Rückenmarksreflex („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 37).

Als BABINSKI'sches Phänomen bezeichnen wir die Erscheinung, daß auf schwachen Reiz die Plantarreflexion ausbleibt und gleich Dorsalflexion der Zehen, d. h. der Rückenmarksreflex erscheint; daß dieser leichter auslösbar ist, als in der Norm, beruht stets auf allgemeiner Steigerung der Rückenmarksreflexe.

Das BABINSKI'sche Phänomen kann auf zweierlei Weise zur Erscheinung kommen; erstens durch Unterbrechung der Pyramidenbahn und dadurch bedingte Vernichtung des Rindenreflexes; diese Unterbrechung kann auch im Anfang der Bahn, in der motorischen Rinde stattfinden („BABINSKI“ bei Epilepsie). Diesen organisch begingten „BABINSKI“ möchte S. als „echten“ bezeichnen.

In der Norm erlaubt uns nur die verschiedene Reizgröße, die zur Auslösung der beiden Reflexe nöthig ist, eine Trennung der Reflexe; wird durch allgemeine Steigerung der Rückenmarksreflexe (Strychnin, Krankheiten mit Reflexsteigerung ohne Pyramidenläsion) oder durch Zustände, die den Rindenreflex schwerer auslösbar machen (Ablenkung, Stupor, Oedem) der Rückenmarksreflex ebenso leicht, oder leichter auslösbar als der Rindenreflex, so kann bei dem dynamischen Uebergewicht des Rückenmarksreflexes der Rindenreflex unterdrückt werden, und scheinbar völlig fehlen. So kann durch Verschiebung der Auslösungsschwellen beider Reflexe das typische Bild des „BABINSKI“ entstehen, ohne Läsion der Pyramidenbahn. Wir sind nicht in der Lage, diesen „BABINSKI“ mit Unterdrückung des Rindenreflexes von dem mit Zerstörung des Rindenreflexes sicher zu trennen; es ist also auch nicht möglich, bei allgemeiner Reflexsteigerung aus dem BABINSKI'schen Phänomen allein die Diagnose einer Pyramidenläsion zu stellen. Andererseits ist dauerndes Bestehen des „BABINSKI“ ohne Zerstörung des Rindenreflexes selten (einmalige Plantarreflexion in einer langen Reihe von Dorsalflexionen schließt echten „BABINSKI“ aus!), und da das echte BABINSKI'sche Phänomen sich sehr häufig, fast immer, bei Pyramidenläsionen findet oder einstellt, so ist es praktisch zur Trennung der Pyramidenläsionen von ähnlichen Bildern wohl verwerthbar. G.

V. OPPEL (Petersburg): **Ueber die Regeneration der Deckzellen am Epicard und Endocard.**

In der Absicht, seine früheren Untersuchungen zu ergänzen, sowie das Verhalten der Deckzellen des Epicards und Endocards Fremdkörpern gegenüber genauer zu erforschen, griff Verf. zu einer etwas modificirten Anordnung seiner Experimente: er führte nämlich in das Herz des Versuchstieres nunmehr statt einer Stahlnadel eine solche aus sterilisirtem Elfenbein ein. Die Veranlassung zu dieser Modificirung liegt in Folgendem: Da die Präparate in concentrirter Sublimatlösung gehärtet werden sollten, so mußte die Stahlnadel aus dem Präparat vor der Einbringung desselben in die Sublimatlösung entfernt werden, da sonst infolge der chemischen Wirkungen im Präparate Niederschläge entstanden wären. Nun ist aber die Entfernung der Nadel aus dem frischen Präparat aus dem Grunde störend für die Untersuchung der Oberflächen, weil dabei häufig das Fibringerinnsel abgerissen wird, das in die Herzhöhle hineinragt oder auf der Oberfläche des Epicards prominirt. Dieser Uebelstand fällt fort, sobald eine Elfenbeinnadel zur Anwendung kommt: man kann dabei das Präparat sammt dem Fremdkörper fixiren, härten, nach stattgehabter Härtung entkalken, um dann das Präparat wieder zu härten, in Paraffin einzubetten und schließlich in Schnitte zu zerlegen.

Die Schlüsse, die Verf. aus seinen Untersuchungen („Archiv f. pathologische Anatomie u. Physiologie und für klin. Medicin“, 1901, Bd. 165) ziehen zu können glaubt, sind folgende:

1. Um die Spitzen der Nadeln, die das Endocard durchbohren, lagert sich ein weißer Thrombus ab.

2. Die Deckzellen des Endocards theilen sich senkrecht zu der von ihnen bedeckten Oberfläche und breiten sich infolgedessen längs der Oberfläche des Thrombus aus, wie am Epicard.

3. Das Wachstum des Thrombus in die Breite wird durch die Deckzellen, die an die Oberfläche des Thrombus hinaufkrühen, eingeschränkt.

4. Das Längswachstum des Thrombus geht langsam vor sich, aber doch so, daß die Nadel von dem Thrombus schließlich ganz überzogen werden kann.

5. Die Ausbreitung der Deckzellen auf der Oberfläche des Thrombus geht schneller vor sich als das Hineinwuchern der subendocardialen Granulationen in den Thrombus.

6. Schließlich organisirt sich der ganze Thrombus, der die Nadel bedeckt, und letztere erscheint total von Bindegewebe eingekapselt, welches an der Oberfläche mit Deckzellen bedeckt ist.

L—y.

WILMS (Leipzig): Zur Behandlung der Leberrupturen.

Zur Stillung der Blutung kann nach W. („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 35) nur Naht und Tamponade in Frage kommen. Kleine Einrisse wird man ebenso behandeln, wie man Stich- oder Schnittwunden der Leber behandelt, nämlich mit der Naht. Eine oder zwei Nähte genügen zur Stillung der Blutung. Daß man größere Rupturen auch mit der Naht versorgen kann, wird durch mehrere Fälle bewiesen.

Bei größeren Rupturen wurde immer der Tamponade der Vorzug gegeben. An schwer zugänglichen Stellen auf der Oberfläche der Leber kann man sich zuweilen den Riß gar nicht soweit zu Gesicht bringen, um eine Naht zu ermöglichen. Zwar kann man die Leberoberfläche durch Einschnneiden des Ligamentum suspensorium sich zugänglicher machen, aber auch dann werden noch schwer zugängliche Stellen für die Naht ungeeignet sein. Man übersieht übrigens auch einen größeren Theil der vorderen Leberfläche, wenn man während der Operation den Pat. aufsetzt; die Leber sinkt dann immer um mehrere Centimeter nach unten. Auch durch Zug an der Gallenblase kann man sich die Leber weiter nach abwärts hervorholen.

Gegen die Naht wurde von anderer Seite angeführt, daß bei Anwendung derselben für die in der Leberverletzung auftretenden bakteriellen Prozesse kein günstiger Abfluß nach außen vorläge. Das Pfortaderblut soll mit Infectionskeimen vom Magendarmcanal überschwemmt sein, es soll das unreinste Blut sein. Das Pfortaderblut ist unter normalen Zuständen des Darmcanals bakterienfrei. Wenn eine Infection in Leberzerreißen auftritt, so geht sie weit eher vom Gallengangsystem aus.

Bei der Beantwortung der Frage, wie man eine schwerere Leberruptur behandeln soll, mit Naht oder Tamponade, ist zuerst zu entscheiden: Läßt sich die lebensgefährliche Blutung mit Naht und Tamponade gleich sicher stillen? Hierauf muß man mit „ja“ antworten; sowohl mit Naht wie Tamponade kommt die Blutung zum Stehen. Bei Leberrupturen ziehen im Verlauf des Risses oder durch die zertrümmerte Höhle in der Regel große Stämme der Lebervenen wie losgelöst und freipräparirt durch. Ein Theil ihrer kleineren Aeste ist abgerissen. Aus diesen freigelegten Venen erfolgt die Hauptblutung. Schon die einfache Ueberlegung ergibt, daß eine derartige Blutung aus den Venen, in denen das Blut nur unter geringem Druck steht, durch Tamponade sowohl wie Naht zum Stillstand zu bringen ist, wie das am Menschen auch genügend durch geheilte Fälle sichergestellt wurde.

Wenn man mit zwei Mitteln bei einer Operation gleich gute Resultate erzielen kann, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß man dasjenige bevorzugt, welches einfacher in der Handhabung ist und schneller wirkt, also die Blutung sowohl als auch die Operation abkürzt, und das ist unstreitig die Tamponade. N.

JULIUS C. ROTHBERGER (Wien): Ueber die gegenseitigen Beziehungen zwischen Curare und Physostigmin.

Zwischen dem Curare und dem Physostigmin besteht ein doppelseitiger Antagonismus: Ein durch Curare gelähmter Muskel erlangt wenige Secunden nach der Injection von Physostigmin in den Kreislauf des lebenden oder in die zuführende Arterie des toten Thieres seine Erregbarkeit vom Nerven aus wieder und kann durch Curare neuerlich gelähmt werden („PFLÜGER'S Archiv“, 1901, Bd. 87).

Diejenigen Muskeln, welche durch das Curare zuletzt gelähmt werden, erlangen zuerst ihre Erregbarkeit durch das Physostigmin zurück. Zu diesen Muskeln gehört vor allem das Zwerchfell. Das Physostigmin hat denselben Angriffspunkt wie das Curare. Der Antagonismus bezieht sich aber nur auf die Muskelwirkung.

Die Wiederbelebung curarisirter Thiere beruht auf dieser Muskelwirkung; unterstützend wirkt dabei die erregende Wirkung auf das Centralnervensystem, vor allem auf das Athemcentrum, und die sub 2 angeführte Eigenschaft des Zwerchfells. Ein durch Curare vollständig gelähmtes Thier erlangt durch Physostigmin-injection seine volle Bewegungsfähigkeit zurück.

Die Wirksamkeit der Physostigmininjection ist unabhängig von der Dauer der Curarelähmung. Die beiden Gifte paralyisiren sich in vitro nicht. Bei Injection der Mischung tritt unter allen Umständen die vollständige und ungeschwächte Curarelähmung ein, welche nach ungefähr $\frac{1}{2}$ Stunde von der spontan eintretenden Wiederbelebung gefolgt ist. Nur bei Verwendung sehr großer Physostigminmengen treten vor der Curarelähmung rasch vorübergehende Physostigminsymptome auf. Bei Injection der Mischung tritt die Wiederbelebung später ein als bei getrennter Injection. Das Atropin beeinflußt den Vorgang der Wiederbelebung nicht wesentlich. Es unterdrückt schon in kleinen Dosen die durch Physostigmin hervorgerufenen fibrillären Zuckungen und die erhöhte Drüsenhätigkeit. Das Physostigmin ist nicht die einzige Substanz, welche einen Antagonismus gegenüber dem Curare aufweist. B.

ST. ORLOWSKI (Warschau): Ueber einen Fall von Brückenverletzung bei intactem Schädel.

Ein sehr sonderbarer Fall („Neurol. Centr.“, 1901, Nr. 19). Ein Mann erhielt, während er zusammengekauert war und den Kopf stark nach vorn und links gebeugt hielt, einen Stich in den Nacken. Das lange, schmale Messer muß durch die Membrana obturatoria posterior dicht am Seitenrande des Foramen occipitale magnum parallel der Oberfläche der Medulla oblongata nach vorne in die Schädelhöhle gedrungen sein. Es entstand 1. rechts eine multiple Hirnnervenlähmung (Trigeminus, Abducens, Facialis, Acusticus), 2. links eine vorübergehende Hemiparese und dauernde Hemianästhesie.

INFELD.

A. WALLENBERG (Danzig): Stichverletzung des dritten linken Dorsalnerven am Ganglion spinale.

Derartige Beobachtungen sind natürlich sehr werthvoll. Im vorliegenden Fall („Neurol. Centr.“, 1901, Nr. 19) hat die Verletzung mit Sicherheit einen Sensibilitätsausfall im Bereiche der Haut 1. zwischen Sternum und linker Mamilla, 2. längs der Innenfläche des linken Oberarms von der Achselhöhle bis 9 Cm. oberhalb des Condylus internus humeri zur Folge gehabt. Vielleicht hat auch die Durchschneidung der Sympathicusäste Symptome (Angst, Pulsverlangsamung) gemacht.

INFELD.

CRAMER (Heidelberg): Bacillol und Lysoform, zwei neuere Desinfectionsmittel.

Das eine der untersuchten Desinfectionsmittel, das Bacillol, stellt ein Theerdestillationsproduct, ähnlich dem Lysol dar; das wirksame Princip desselben sind die Cresole, welche bis zu 52% in ihm enthalten sind. Das Bacillol hat mit dem Lysol die leichte Löslichkeit, die verseifenden, lösenden und desinficirenden Eigenschaften gemein, zeichnet sich aber von diesem durch seine völlige

2*

Geruchlosigkeit und den geringeren Preis aus, seine Giftigkeit ist etwa derjenigen des Lysols gleich. Die Versuche an Bacterienculturen ergaben, daß das Bacillol selbst in 1% Lösung entsprechend seinem hohen Gehalt an Cresolen, eine befriedigende Desinfectionswirkung entfaltet. Die meisten Bacterien, Bact. coli, Typhusbacillen, Staphylococcus aureus, vermögen der 1%igen Bacillollösung bei Zimmertemperatur nur 1—2 Minuten Widerstand zu leisten („Münch. med. Woch.“, 8. October 1901). Nach diesen Ergebnissen dürfte das Bacillol wohl berufen sein, an Stelle des Lysols zu treten; aber auch der Carbonsäure, die sich wohl mit Unrecht einer allgemeinen Beliebtheit erfreut; für die Sputumdesinfection dürfte sich im Heilstättenwesen das Bacillol wegen seines geringen Preises eignen. Für die meisten Zwecke reicht ein Aufsaugen des Sputum in einer 3—4%igen Lösung aus, und zwar am besten so, daß eine 3—4%ige Mischung entsteht, welche nach 18—20stündigem Stehenlassen beseitigt wird. — Das Lysoform, eine parfümierte, nach Formalin riechende, ölig-seifige Flüssigkeit, ist anscheinend eine Lösung von Formalin in einer parfümirten Seife und ist im Wasser leicht löslich. Die Lösungen von 1—5% haben den Vortheil, daß sie nicht oder doch nicht in störender Weise nach Formalin riechen; dazu besitzen sie erhebliche desodorisirende und kosmetische Eigenschaften. Anders verhält es sich aber mit der Desinfectionswirkung. Die Versuche ergeben, daß das Lysoform bei Zimmertemperatur die meisten vegetativen Formen der Bacterien nicht mit Sicherheit vernichtet, und daß auch sein hoher Preis der Einführung in die allgemeine Desinfectionspraxis im Wege steht. Ganz vorzügliche Eigenschaft besitzt nach den Versuchen des Verf. das Lysoform als Desodorans und Cosmeticum, besonders da, wo der Preis keine Rolle spielt.

M. K.

LEWKOWICZ (Krakau): Ueber den Enterococcus als Ruhrerreger.

Verf. beschreibt in einem Autoreferat („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 15) als wahren Erreger der heimischen und vielleicht auch der tropischen Ruhr einen Mikroorganismus, den er Enterococcus nennt. Derselbe wurde aus drei Fällen gezüchtet, und zwar aus dem Stuhl eines 13monatlichen Kindes und dem Stuhl seiner Mutter (beide Pat. starben an typischer Dysenterie), ferner aus der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit bei einer Meningitis, die als Complication einer Dysenterie aufgefaßt wurde. Dieser Mikroorganismus soll ein dem Pneumococcus am nächsten stehender Kapsel-Streptococcus sein, der für Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen pathogen ist. — Jedenfalls wird abzuwarten sein, ob die Constanz dieses Befundes an einem größeren, einwandfreien Materiale nachzuweisen sein wird, da ein in nur drei Fällen (darunter in einer Cerebrospinalflüssigkeit) gefundener Dysenterieerreger einer strengen Kritik wohl kaum Stand halten kann. Dr. S.—

RODELLA (Zürich): Ueber die sogenannten säureliebenden Bacillen im Säuglingsstuhle.

Durch Verwendung einer essigsäueren Bouillon als Nährboden (HERZMANN'sche Methode) gelang es dem Verf., aus den Stühlen 1—2 Wochen alter Säuglinge Mikroorganismen zu züchten, die sich mit den sonst üblichen Methoden nicht isoliren ließen, während die Entwicklung des Bacterium coli in dieser Bouillon gehemmt wird. Diese Bacillen, die nach früheren Untersuchungen des Verf. nicht als säureliebend (acidophili), sondern als säureertragend zu bezeichnen sind, zeichnen sich durch großen Polymorphismus aus und sind für Meerschweinchen nicht pathogen. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 18.)

Dr. S.—

Literarische Anzeigen.

Die Krankheiten der Schilddrüse. Von Dr. A. Freiherrn von Eiselsberg, Professor der Chirurgie in Wien. Mit 54 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Das Buch ist als 38. Lieferung der von VON BERGMANN und VON BRUNS herausgegebenen „Deutschen Chirurgie“ erschienen

und enthält die Krankheiten und Verletzungen der Schilddrüse. Dem chirurgischen Theil geht ein physiologischer voraus, in welchem v. EISELSBERG die Ergebnisse der in neuerer Zeit vielfach angestellten Versuche von Exstirpation der normalen Schilddrüse bei Thieren kritisch bespricht und zu dem Schlusse kommt, daß die Exstirpation der Schilddrüse bei fast allen Thieren (Carnivoren und Herbivoren) eine wichtige Rolle spielt, insofern als nach ihrem Verluste schwere, oft tödtliche Krankheiten auftreten, welche durch Ausfall der Schilddrüsenfunction bedingt sind. Verf. hält es daher für erwiesen, daß die Schilddrüse giftige Substanzen neutralisire, beziehungsweise Secrete absondere, welche zum Chemismus des Stoffwechsels nothwendig sind.

Der größte Theil des Buches ist der Pathologie und Therapie des Kropfes gewidmet. In Bezug auf die Aetiologie des Kropfes ist EISELSBERG zu der Ansicht gelangt, daß es eine Reihe von prädisponirenden Ursachen für den Kropf gebe, daß der Kropferreger mit größter Wahrscheinlichkeit im Wasser wohne, daß jedoch die eigentliche Aetiologie des Kropfes unbekannt sei.

Nach genauer Besprechung der pathologischen Anatomie, sowie der Diagnostik des Kropfes schildert Verf. in mustergiltiger Weise die Therapie der Struma, und zwar sowohl die medicamentöse als auch die operative. Wenn keine Gefahr im Verzuge ist, entschließt sich Verf. zu einem Versuche, Jod innerlich oder äußerlich (Jodsalbe oder Jodkaliumschläge) anzuwenden, natürlich nur bei parenchymatöser Struma; bei Cysten und Colloidkropfen ist der Versuch vergeblich. Nach erfolgloser Jodtherapie kommt die Operation in Betracht; von operativen Maßnahmen wären nur zu empfehlen: Die partielle Exstirpation und die Enucleation des Kropfes (intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten) in ihren verschiedenen Modificationen; die Totalexstirpation ist in keinem Falle (maligne Neoplasmen mit inbegriffen) auszuführen; stets soll mindestens $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ der Drüse zurückgelassen werden. Auch für den Cysten-kropf gilt die Enucleation als das Normalverfahren.

Mit besonderer Sorgfalt sind die Krankheiten bearbeitet, die durch Ausfall der Schilddrüsenfunction bedingt sind. Obwohl die Krankheiten auf den ersten Blick so verschieden sind, faßt der Verf. auf Grund sorgfältiger Beobachtung diese Krankheitsbilder einheitlich auf und unterscheidet:

1. Myxoedema foetale s. intrauterinum (angeborener Cretinismus [fötale Rachitis]).
2. Myxoedema infantile (endemisch, sporadisch).
3. Myxoedema spontaneum der Erwachsenen (Cachexie pachydermique).
4. Myxoedema operativum a) durch Totalexstirpation, b) durch nahezu totale Exstirpation, c) durch Zerstörung der Drüse infolge Eiterung. Das Myxoedema operativum kann auftreten a) chronisch: Cachexia strumipriva (Myxoedème opératoire), b) acut: Tetania thyreopriva.

Gegen alle diese Krankheiten hat sich in neuerer Zeit die Darreichung von Schilddrüse in Substanz oder in Tabletten bewährt, ein weiterer zwingender Beweis für die einheitliche Natur dieser Krankheitsbilder.

Außer dem Kropfe sind in dem Buche noch die Strumitis, die Verletzungen, dann Lues, Tuberculose, Aktinomykose, Echino-coccus, sowie die malignen Neoplasmen der Schilddrüse in einer ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit entsprechenden Weise gewürdigt.

Den Schluß des Buches bildet das Capitel über Morbus Basedowi, bearbeitet von EISELSBERG's Assistenten Dr. EHRHARDT. Die BASEDOW'sche Krankheit wurde in den letzten Jahren immer mehr den Chirurgen überantwortet und auch EHRHARDT empfiehlt die operative Therapie dieser Krankheit, die nach MOEBIUS in einer übermäßigen und pathologischen Secretion der Schilddrüse besteht; durch Verkleinerung des Drüsenvolums wird der Körper von einem Theil der schädlichen Secrete befreit. Die operativen Maßnahmen, die diesen günstigen Ausfall bewirken, sind nach EHRHARDT die Resection oder die halbseitige Kropfexstirpation;

diese Operationen gelten bei den meisten Autoren als Normalverfahren.

Von französischen Autoren wurde in neuerer Zeit gegen die BASEDOW'sche Krankheit auch die Resection des Sympathicus empfohlen und auch vielfach geübt. EHRHARDT sichtet kritisch die durch diese Operation angeblich gewonnenen Resultate und kommt zu dem Schlusse, daß die Resection des Sympathicus nur dort als Verfahren zu empfehlen wäre, wo durch hochgradigen Exophthalmus der Bestand der Augen gefährdet wäre oder die Operation an der Schilddrüse resultatlos geblieben war. Auf den Exophthalmus wirkt die Resection des Sympathicus besser und schneller als die Schilddrüsenoperation.

Das vorliegende Buch umfaßt daher die gesammte Pathologie und Therapie der Schilddrüse in mustergiltiger Weise bearbeitet, enthält alles Wissenswerthe über die Schilddrüse in übersichtlicher Weise geordnet und kann daher sowohl dem Fachchirurgen, als auch dem praktischen Arzte zum Studium wärmstens empfohlen werden. Die Ausstattung des Buches ist eine ausgezeichnete.

ERDHEIM.

Vorposten der Gesundheitspflege. Von Dr. L. Sonderegger.

Fünfte Auflage. Nach dem Tode des Verfassers durchgesehen und ergänzt von Dr. E. HAFTER. Berlin 1901, Julius Springer.

Unter den vielen von Aerzten für das Volk geschriebenen Büchern nimmt S.'s bekanntes Werk sicherlich eine erste Stelle ein; es kommt seiner Aufgabe, richtige Anschauung über die Pflege der Gesundheit in weite Kreise der Bevölkerung zu tragen, in eminenten Weise nach und erfüllt vollständig seinen Zweck, der naturwissenschaftlichen Auffassung des Lebens nicht bloß Achtung, sondern auch Liebe erobern zu helfen. Die leichte, ansprechende Schreibweise hat den ersten vier Auflagen überall willkommenen Aufnahme verschafft; die neue Ausgabe ließ die originelle Art, in der der Verf. die Lebensbedingungen bei Gesunden und bei Kranken bespricht, ungeändert, hat aber die Darstellung unseren gegenwärtigen Kenntnissen allenthalben angepaßt. Wie aus einem Gusse erscheint das Buch dem Leser; es ist dazu bestimmt, zur werktätigen Gesundheitspflege anzuleiten und das Interesse an der Körperpflege wachzuhalten.

lr.

Feuilleton.

Psychologie der Gesichtsvorstellung.

Während die ungewöhnlich lebhaft entwickelte Entwicklung der reinen und der angewandten Naturwissenschaften die Forscher der letzten Jahrzehnte fast ausschließlich beschäftigt, die reiche Zahl und der große Werth der Entdeckungen sie befriedigt hat, macht sich in der jüngsten Zeit auch bei den Vertretern der Naturwissenschaften, im besonderen auch der Medicin, immer mehr wieder das philosophische Bedürfnis geltend, ein Bestreben, sich mit erkenntnistheoretischen und metaphysischen Fragen auseinanderzusetzen. So hat denn auch ein philosophisch gebildeter Ophthalmologe den Versuch gemacht, die bei der Untersuchung des menschlichen Erkenntnisvermögens gefundenen Principien auf Vorstellungen bestimmter Art anzuwenden, und zwar auf das wichtigste Gebiet der sinnlichen Erfahrung, das der Gesichtsvorstellungen.¹⁾ Im Folgenden sei der Versuch gemacht, dem Gedankengange STILLING'S so weit zu folgen, daß der Leser erfährt, was er in diesem überaus fesselnden Buche zu suchen und zu finden vermag.

Das, was erkennt, ist das Subject, das, was erkannt wird, ist das Object. Alle vernünftigen Wesen, die einer wirklichen Erkenntnis fähig sind, sind Object und Subject zugleich. Das fühlende Subject kann Object für das erkennende Subject werden. Das Erkennen ist eine Willensthätigkeit. Jede Einzelvorstellung enthält etwas vom Subject wie etwas vom Object; das Objective darin ist das Räumliche, das Subjective das Zeitliche. Psychologisch sind „subjectiv“ und „objectiv“ nicht einander entgegengesetzt als „nicht real“ und „real“. Das, was uns als Empfindung subjectiv ist, wird uns als erkennendem Subject objectiv als Körper und dessen Bewegung. Eine noch so genaue Erkenntnis materieller Vorgänge kann nicht zur Erklärung psychischer Prozesse dienen; es kann nur die psychologische Analyse der Erfahrung selbst sein, welche innerhalb der Grenzen unseres Erkenntnisvermögens, aber auch nur innerhalb dieser, etwas über die psychischen Thätigkeiten zu erkennen vermag.

Unser Erkenntnisvermögen zerfällt nach KANT in die Receptivität der Eindrücke und die Spontaneität der Begriffe. In die Formen der Receptivität, Zeit und Raum, geht als Material die Empfindung ein, und dieses Material gestalten weiterhin die Denkfunktionen der Spontaneität zu den Begriffen. Die Fähigkeiten, die allgemeinsten Begriffe zu bilden, nennt man auch synthetische oder kategoriale Functionen. Es gibt vier Kategorienarten (SCHOPENHAUER'S Gesetz vom zureichenden Grunde mit seinen vier Wurzeln), vier Möglichkeiten der Auffassung des sinnlichen oder abstracten Materials, welches die Objecte dem erkennenden Subject bieten:

¹⁾ Psychologie der Gesichtsvorstellung nach KANT'S Theorie der Erfahrung. Von Dr. J. STILLING, Professor an der Universität Straßburg. Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg.

Quantität (1. Einheit, 2. Wenigkeit, 3. Vielheit, 4. Allheit); Qualität (5. Position, 6. Limitation, 7. Separation, 8. Negation); Relation (9. Substanz, 10. Folge, 11. Grund, 12. Wechselbeziehung); Modalität (13. Zufälligkeit, 14. Möglichkeit, 15. Wahrscheinlichkeit, 16. Gewißheit).

Es kann keinerlei materialistische Erklärung für die Entstehung der Zeit- und Raumgefühle geben; die an und für sich unerkennbare, transcendente Fähigkeit, die Dinge räumlich und zeitlich aufzufassen, ist a priori, sie ist, populär zu reden, angeboren (Zurückweisung der betreffenden Hypothesen von der Entstehung der Raumvorstellung, vom Einfach-, Aufrecht- und Körperlichehen). Empfindung ist ein aus der Erfahrung abstrahirter Begriff, der aber die transcendente Fähigkeit ausdrückt, jene Erfahrungen zu machen, welche wir eben mit diesem Begriffe bezeichnen; die Physiologie mag noch so eingehend die chemischen und physikalischen Prozesse in den Sinnesorganen und dem Gehirn ergründen, sie kommt dem Wesen der Empfindung damit nicht näher, sondern findet nur ihre objective räumliche Erscheinung. Anschauung der räumlichen und zeitlichen Welt ist nicht denkbar ohne die Vorstellung der Bewegung; Bewegung ist die eine Hälfte des der Receptivität zu Gebote stehenden Materials und an sich ebenso transcendental wie die Empfindung, von welcher sie nur in der denkenden Analyse zu trennen ist, mit der sie aber in Wirklichkeit immer vereint im Bewußtsein vorkommt; durch physische oder physiologische Prozesse ist keine Bewegung als Vorstellung zu erklären.

Die Einzelvorstellungen müssen nun zustande kommen, indem die Functionen der Synthesis in Thätigkeit treten, um das durch Empfindung gegebene sinnliche Material in Raum und Zeit zu formen und so der Erkenntnis überhaupt zugänglich zu machen; dieser Vorgang selbst ist aber durchaus transcendental.

Es wird nun nach dem Vorgange A. KRAUSE'S der Weg betreten, mit den reinen Begriffen Raum, Zeit, Empfindung, Bewegung die einzelnen (oben aufgezählten 16) kategorischen Functionen zu verbinden und das logische Ergebnis dieser Verbindungen an der Erfahrung zu prüfen. So erhält man die reinen abgeleiteten Begriffe a priori; beispielsweise mit Raum (= R): 1. Punkt, 2. Linie, 3. Fläche, 4. Körper; 5. hier, 6. Grenze, 7. Ausdehnung, 8. nirgends; 9. Raum, 10. Form, 11. Inhalt, 12. Lage; 13. irgend, 14. Gegend, 15. Platz, 16. überall. Aus den gefundenen reinen abgeleiteten Begriffen ergibt sich nun durch weitere Functionierung die große Menge der übrigen; beispielsweise Linie 2 R als Substanz: Richtung 9 (2 R); als Grund und Folge: hinter 10 (2 R) und vor 11 (2 R); als Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit: fern 14 (2 R) und nahe 15 (2 R.). Ob die in den Tabellen aufgestellten Begriffe alle richtig sind oder noch vieler Verbesserung bedürfen, darauf kommt nicht viel an, denn es handelt sich nur darum, zu zeigen, daß in einer jeden Vorstellung, einfach wie zusammengesetzt, immer die kategorischen Functionen sich finden in der Verbindung mit den Radicalen der Sinnlichkeit.

KRAUSE hat nun zwei Gesetze gefunden, erstens können jene Begriffe einer Tabelle, deren kategorische Functionen einander in ihrer Reihenfolge entsprechen, zu einem richtigen Urtheile verbunden werden, Gesetz des Querschlusses; zweitens gilt ähnliches von jenen reinen abgeleiteten Begriffen verschiedener Tabellen, in welchen eine gleiche kategoriale Function als Factor enthalten ist, Gesetz des Gleichschlusses. Die beiden Gesetze des Querschlusses und des Gleichschlusses beherrschen das große Gebiet, in welchem bisher die sogenannten unbewußten Vorstellungen und die unbewußten Schlüsse ihr Wesen treiben durften. Die Auffindung dieser in der sinnlichen Erfahrung ihre Bestätigung findenden Gesetze ist eine wirkliche metaphysische Entdeckung, die wohl geeignet ist, in das Chaos der Verbindung sinnlicher Erfahrung, welche man als Ideenassociation bezeichnet hat, eine gesetzmäßige Ordnung zu bringen, welche ihren Grund in unseren ursprünglichen Geistesanlagen hat.

Das Vorgebrachte gebe eine Andeutung von einem Theile dessen, was unter den eingangs erwähnten Principien zu verstehen ist. Im Einzelnen umfaßt die Aufgabe des Verfassers die Untersuchung 1. der Receptivität des Gesichtssinnes, an der Hand der psychischen Erfahrung, die jedoch die Hinweise auf die physiologische Optik enthalten muß, 2. der Anwendung sämtlicher synthetischer Functionen der Spontaneität auf die Einzelreceptionen und die Genese der sich hieraus ergebenden anschaulichen Vorstellungen, 3. die genaue Abgrenzung der Antheile der Receptivität und Spontaneität an diesen Vorstellungen und die sich hieraus ergebenden Hinweise auf die anatomische und physiologische Forschung, 4. den Zusammenhang der Erscheinungen auf Grund der dafür gefundenen Gesetze. Da es hier wesentlich auf die Grundlage und die Methode ankommt, dürften bezüglich der zweiten Hälfte, die sich mit den angeführten Einzelaufgaben beschäftigt, wenige Andeutungen genügen.

Der Raum hat a priori drei Dimensionen. Zum körperlichen Sehen sind nicht zwei Bilder nöthig, wir sehen selbst da körperlich, wo in Wahrheit nichts Körperliches da ist. Reiz ist Empfindung, als Ursache betrachtet, nicht Ursache der Empfindung, seine Ursache ist eine Bewegung. Beim Sehen überdauert der Reiz seine Ursache, beim Hören nicht; wir würden sonst das Nebeneinander und das Nacheinander der Dinge nicht so gut beurtheilen. Der Gesichtssinn allein gibt nur Wahrscheinlichkeit, keine Gewißheit. — Die kategorialen Functionen, auf die Empfindung und weiterhin auf die Lichtempfindung angewendet, ergeben die Tabelle: (Quantität) Schimmer, dunkel, hell, Glanz; (Qualität) weiß, grau, farbig, schwarz; (Relation) Schein, Licht, Leuchte, Contrast; (Modalität) sichtbar, blaß, grell, blendend. Daraus ergibt sich z. B., daß Glanz nicht etwa durch die Verschmelzung zweier ungleich heller Bilder, sondern rein psychisch zu erklären ist, es ist die Allheit der Lichtempfindung. Größe, Richtung sind, wie Verf. eingehend bespricht, etwas rein Psychisches. Farbe ist Licht als Separation; es gibt bisher eigentlich fast keine Farbenphysiologie, bloß Farbenpsychologie. Aus der Anwendung der synthetischen Function auf die Farbenempfindung ergeben sich unter anderem (als Qualitäten) die Grundfarben; diese sind: gelb, grün, roth, blau. Es sei hier auf die ästhetischen Ableitungen aufmerksam gemacht. Die Contrasterscheinungen sind ein specieller Fall einer Erscheinung, die es in jedem Empfindungsgebiet gibt. Ausführlich werden in diesem Sinne die optischen Täuschungen besprochen, sie werden im Gegensatz zu den von WUNDT versuchten physiologischen Erklärungen auf die oben angedeutete innere Verwandtschaft gewisser Vorstellungen (z. B. hell und groß mit der gemeinschaftlichen Function Vielheit, ebenso: viel und groß, deutlich und nahe bei jenen optischen Täuschungen, wo es auf verschiedene Accommodation ankommt) und auf Contrastwirkungen zurückgeführt.

Die Aufdeckung des causalen Zusammenhanges zwischen den äußeren Objecten und unserem eigenen Organismus ist die eigentliche Aufgabe der physiologischen Forschung; es ist der allerletzte, bewußte, nicht der allererste, unbewußte Schluß, wenn wir die Empfindung auffassen als eine Wirkung der Dinge auf unsere Sinnesorgane. Als Beispiele dafür, wie die Probleme der Physiologie mit Hilfe der psychologischen Beobachtung ihrer Lösung entgegenzuführen sind, sei noch angeführt das Ergebniß, daß die materielle

Ursache der hysterischen Blindheit in vorübergehenden Circulationsstörungen in der Netzhaut und in den leitenden Sehnervenfasern zu suchen sei und daß den Farbenblinden eine Anzahl von Opticusfasern fehle.

INFELD.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Dauer der psychischen Alkoholwirkung** berichtet RÜDIN („KRAEPELIN'S psychol. Arb.“, Bd. IV, pag. 1) Folgendes: Die physiologische Wirkung einer größeren Alkoholgabe zeigt hinsichtlich ihrer Richtung, Stärke und Dauer große Verschiedenheiten. Sie besteht im Allgemeinen in einer Verlangsamung des Addirens, Erschwerung des Auswendiglernens (von zwölfstelligen Zahlenreihen), Verkürzung der Reactionszeit bei Wahlreactionen (= Eindrücke, auf deren jeden durch eine andere, zuvor festgestellte Bewegung reagirt wird) mit Vermehrung der Fehlreactionen, endlich in einer Zunahme der vorzugsweise auf Sprachvorstellungen beruhenden Associationen. Bei einer Versuchsperson war nur diese letztere Wirkung deutlich. Die Dauer der Alkoholwirkung betrug meist 12—24 Stunden, einigemale anscheinend bis zu 48 Stunden. Die Verkürzung der Reactionszeit bei Wahlreactionen verschwand am schnellsten, um dann einer Verlängerung derselben unter Fortdauer der Fehlreactionen Platz zu machen. Die Erfahrung, daß einmalige Alkoholgaben unter Umständen 24 Stunden und noch längere Zeit nachwirken können, gibt uns den Schlüssel für das Verständniß der fortschreitenden Dauerwirkung des Alkohols.

— In der **Therapie der Gonorrhoe** nehmen die Schmelzbougies (NOFFKE) eine wichtige Stelle ein. Sie sind sehr haltbar und modellirfähig. Alle Arten von Medicamenten können mit ihnen eingeführt werden. Wichtig ist der häufige Wechsel. Es wurde z. B. an einem Behandlungstage Nr. 3 Arg. nitr. 0·5—2% eingeführt, am nächsten Nr. 9 Resorcin 5% et Zinc. sulf. 0·5% oder Nr. 7, und dies so 8—14 Tage fortgesetzt; dann wurde abwechselnd mit Nr. 8 Resorcin. tannin. aa. 5% und Nr. 8^a Sanofom 33¹/₃% weiter behandelt. An Stelle von Argent. nitr. können auch die Ersatzpräparate, wie Nr. 3 a Argonin 1—10%, 3 c Protargol 0·5—10%, 3 d Largin 0·5—10% und Itrol 1—2% angewandt werden. — Auch abwechselndes Einführen von Nr. 5 Ichthyol 5—10% Bougies und Nr. 9, Nr. 7 oder Nr. 8 a wird sehr empfohlen. Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe des Urogenitalgebietes empfiehlt FÜRST („Th. Mon.“) zum Einführen in die Cervixhöhle Schmelzbougies mit Protargol 2—10%, 5, 6 und 9 Mm. dick (allmählig steigend) und 5—6 Cm. lang, und solche mit Borophenylalumin 1%. Zum Einführen in die weibliche Harnröhre bei Gonorrhoe wird Abwechslung mit Schmelzbougies c. Protargol 0·5—5% und solchen mit Sanofom 10—33¹/₃% sehr empfohlen.

— Ueber **Coffein bei Carbolvergiftung** berichtet G. A. FER-RABY („Brit. Med. Journ.“, 14. Sept.). Ein junger Mann, der Epileptiker war, hatte ein Tentamen suicidii mit roher Carbonsäure be-gangen. Erst nach 3 Stunden konnte die erste ärztliche Hilfe geleistet werden. Der Kranke lag in tiefem Coma, die Haut war kalt, bläulich verfärbt und mit Schweiß bedeckt; die Pupillen waren erweitert und unempfindlich auf Lichteinfall, die Athmung war erschwert, der Puls kaum fühlbar, der Kranke schien im Sterben zu liegen. Subcutane Einspritzungen von Apomorphin und Strychnin blieben erfolglos. Dann wurde der Magen ausgespült, dessen Inhalt nach Carbonsäure roch; doch schien die darin befindliche Menge Carbonsäure gering zu sein. Das Coma des Vergifteten war so tief, daß die Magenausspülung keinerlei Reaction hervorrief. Es wurde nun als Gegengift Coffein versucht und davon etwa 0·15 Grm. unter die Haut gespritzt; das Coffein war in Verbindung mit Natr. salicyl. in Wasser gelöst worden, dieser Lösung haben demnach etwa 0·3 Grm. entsprochen. Nach einer Stunde war das Befinden etwas besser; die Einspritzung wurde in derselben Stärke wiederholt. Innerhalb eines Tages erholte sich Pat. und dann trat allmählig Besserung und schließlich Genesung ein.

— Ueber das **Tannigen** berichtet SCHWEIGER („Heilkunde“, 1901, Nr. 7). Er verwendete dasselbe in 20 Fällen von hämorrhagischem Dickdarmkatarrh, der sogenannten bosnischen Krank-

heit, und in einigen Fällen von chronischer Dysenterie. Der hämorrhagische Dickdarmkatarrh ist zumeist ein kurz dauerndes Leiden und weicht gewöhnlich der üblichen Behandlung (Ricinöl und Opium) rasch. In vielen Fällen jedoch zeigt das Opium eine recht unangenehme Wirkung. Die durch dasselbe herabgesetzte Peristaltik führt zu Stauung von Gasen, verursacht derart oft bedeutende Beschwerden, so daß die abermalige Darreichung eines Laxans nöthig wird. Die mit Tannigen 0·5 dreimal täglich behandelten Fälle zeigten diese Unannehmlichkeit nicht. Bei der chronischen Dysenterie war der Erfolg des Tannigen gleichfalls immer ein eclatanter.

— Aus den Beiträgen zur **Behandlung der motorischen Aphasie** nach cerebralen Störungen von VIDAL („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 32) folgt: Man übe die fehlenden Laute und Lautreihen nach den Gesetzen der Sprachphysiologie ein. Häufiger noch als die Vocale fehlen die Consonanten des zweiten und dritten Articulationssystems ganz oder theilweise. Das ch und k z. B. sind nur höchst selten vorhanden. Ferner können auch die scheinbar sehr leichten Lippenlaute p, b, f, w fehlen. Sehr wichtig für einen guten und schnellen Erfolg ist es, daß man den Patienten von vornherein daran gewöhnt, genau auf den Mund des Sprechenden zu achten. Damit er aber auch an sich selbst die Bewegungen controliren kann, ist der Gebrauch des Spiegels unerlässlich. Das wesentlichste für die Prognose ist die Art der Sprachstörung. Die besten Aussichten bieten die rein motorischen Aphasien, während die anamnestischen wegen der damit verbundenen Gedächtnißschwäche naturgemäß den Bemühungen des Arztes größeren Widerstand entgegensetzen. Rein sensorische Aphasie kommt selten zur Beobachtung. Ein weiterer Punkt, der öfter Schwierigkeiten bereitet, ist der, daß die Patienten stärkere geistige Anspannung infolge der vorangegangenen Apoplexie nicht vertragen. Die Behandlung eines Falles mit rein motorischer Aphasie, der anfangs sehr günstige Fortschritte machte, mußte Verf. aufgeben, weil jedesmal, selbst nach kurzdauernden Uebungen, starke Kopfschmerzen auftraten.

— Bei 50 Fällen von **Anämie** post lactationem hat EWALD („New-Yorker med. Monatschr.“, 1901, Nr. 3) Ferro-Somatose verabreicht. Niemals beobachtete er auch nur die geringsten Beschwerden von Seiten des Magens. Das Mittel wurde in allen Fällen, selbst von dem empfindlichsten Magen, mit Leichtigkeit vertragen und dabei gerne genommen, da es beinahe vollständig geruch- und geschmacklos ist und die Zähne nicht schwärzt. In allen jenen Fällen, wo der Hämoglobingehalt oder das Blut selbst durch innere oder äußere Ursachen schwer gelitten hatten, kann Ferro-Somatose als ein verlässliches Präparat verwendet werden; vor Allem ist es aber als ideales Mittel in Fällen zu empfehlen, in denen durch Störung im Intestinaltractus, des Magens allein oder des gesammten Canales, die Resorption des für den Unterhalt des Organismus nöthigen Materiales darnieder liegt; es ist leicht resorbirbar, repräsentirt Nährwerth und das Eisen wird in dieser Combination, selbst für sehr lange Zeit, gut vertragen.

— Zur **elektrolytischen Behandlung der Haarbälge** empfiehlt LEISTIKOW („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1901, Bd. 31, Nr. 3) die Platiniridiumnadeln und als besten Nadelhalter den Nadelhalter von BEHREND, bei welchem durch Druck auf die Feder der Contact gelöst wird. Man muß die Nadel, welche mit dem negativen Pol verbunden ist, in den Haarbalg genau in der Richtung des Haares einführen; dann schließt man durch Aufheben des Zeigefingers den Contact und verweilt in dieser Stellung 20—30 Secunden, dann drückt man wieder auf die Feder, wodurch der Contact gelöst wird, zieht die Nadel heraus und entfernt das Haar mit der Epilationspinzette. Nie darf man, weder beim Einführen, noch beim Herausziehen der Nadel, das Drücken auf die Feder vergessen, da sonst Schmerzen und unwillkürliche Muskelzuckungen eintreten, sobald der elektrische Strom die den Boden des Haarbalgtrichters umgebenden Nerven trifft. Eine Stromstärke von 2—3 Milliampère ist genügend; nach Schluß der Elektrolyse sind heiße wässerige Umschläge zu machen, welche die meist eintretende, locale entzündliche Reaction erheblich herabsetzen.

— Einen Beitrag zur Anwendung des **Airol „Roche“** in der Praxis bringt J. BRAUN („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 16). Verf. schreibt dem Airol specielle Indicationen zu, und zwar zunächst das Unterschenkelgeschwür, welches das Jodoform nicht immer verträgt. Bei Auskratzen wegen verkäster Drüsen oder cariöser Knochenkrankungen kann das Airol gleichfalls das Jodoform völlig ersetzen und hat vor diesem die Vorzüge der Geruchlosigkeit. Bei Brandwunden hat sich das Airol mit Amylum (1 : 10) oder in Salbenform sehr gut bewährt. Bei Rhinitiden scrophulöser Individuen sind die austrocknenden und secretionsbeschränkenden Eigenschaften der 5—10%igen Airolsalbe von großem Nutzen. Besonders rühmt B. die Wirkung des Airols bei Balanitis und bei Schrunden der Brustwarze. Bei Cervixkatarrhen und Erosionen der Vaginalportion leisten Airolcacaostäbchen (à 0·5 Airol) täglich eingeführt oder Tampons mit 10—20%iger Airol-Lanolin salbe vorzügliche Dienste. Endlich hebt B. den Werth des Airols bei tuberculösen Geschwüren der Zunge, des Rachens und des Larynx hervor.

— Einen **durch große Atropindosen geheilten Fall von acuter Darmobstruction** beschreibt BANKOWSKI („Czas. Lek.“, 1901, Juli). Bei einem 55jährigen Pat. stellten sich nach 4stündiger Fahrt auf holperigem Wege in unbequemer Lage schwere Erscheinungen von Darmobstruction ein. Auf Application von 0·005 Atropinum sulfuricum verschwanden die Schmerzen, aber der Kranke begann über Trockenheit in der Mundhöhle und im Schlunde zu klagen. Das Gesicht röthete sich, die Pupillen blieben ursprünglich normal, erweiterten sich aber nach 1/2 Stunde. Nach circa einer Stunde Delirium, tonische Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Hallucinationen. In Anbetracht dieser Erscheinungen beeilte sich Verf., 0·01 Morphinum muriaticum einzuspritzen. 8 1/2 Stunde nach der Injection des Atropins kam der Patient zu sich und hatte spontanen Stuhl. Schmerzen und Erbrechen verschwanden, es stellte sich Appetit ein und der Kranke erholte sich rasch.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.

GARRÉ (Königsberg), Corref., discutirt zunächst die Frage, ob Pleuraverwachsungen die nothwendige Vorbedingung für eine Lungenoperation sind, und wie man den Gefahren des operativen Pneumothorax wirksam vorbeugen kann. Wenn man nur an verwachsenen Lungen operiren soll, so werden der Lungenchirurgie sehr enge Grenzen gezogen. Wenn auch nach der bisherigen Statistik in 87% der Fälle sich Verwachsungen der Pleurablätter fanden, so waren doch viele Spätoperationen dabei. Aber kein diagnostisches Hilfsmittel hat sich als zuverlässig erwiesen, und jeder Operateur muß mit der Möglichkeit eines partiellen oder totalen Pneumothorax als Complication rechnen. Glücklicherweise haben die klinischen Beobachtungen gezeigt, daß man diese Gefahr wesentlich überschätzt hat, und nach dieser Erkenntniß liegt nach seiner Meinung der Ausgangspunkt für eine weitere Ausgestaltung der Lungenchirurgie.

Redner bespricht dann die Pathologie des Pneumothorax, die Betheiligung des Mediastinums an der Function der gesunden Lunge und die Nothwendigkeit, das Mediastinum zu fixiren, um den tödtlichen Collaps durch schlechte Function der gesunden Lunge zu verhindern. Ein zweiter Grund, die Eröffnung der Pleurahöhle zu scheuen, ist die Infectionsgefahr. Ihr wird man wirksam durch

Pleura-Lungennaht mit Tamponade vorbeugen, wie ROUX es vorgeschlagen hat.

Die Abscesse und Zerfallshöhlen sind im Allgemeinen nach den Grundsätzen zu behandeln, die für die Operation starrwandiger Eiterhöhlen gelten. Ein acuter, nicht lange bestehender Lungenabsceß kann wohl durch einfache Incision und Drainage, ausnahmsweise auch durch Punction, zur Ausheilung gelangen, ebenso wie er sich durch Perforation in die Bronchien spontan schließen kann. Die meisten Erkrankungen müssen aber nach den Principien der starrwandigen Eiterhöhlen behandelt werden, dazu gehören: 1. die Tuberculose, 2. die Actinomyose, 3. der Absceß, 4. die Gangrän, 5. die Bronchiectasien, 6. der Echinococcus, 7. die Neubildungen.

Vortr. bespricht zunächst die Technik der Operation, die in 3 Abschnitte zerfällt: 1. die Thorakotomie, 2. die Pleurotomie, 3. die Pneumotomie, resp. Lungenresection. Für die Thorakotomie gibt es eine Art der Wahl nicht, der Weichteilschnitt soll ausgiebig angelegt oder mehrere Rippen reseziert werden. Die einfache Thorakotomie im Intercostalraum ist ungenügend. Bei einem Herd im Oberlappen und der Lungenspitze schafft die Wegnahme der zweiten, eventuell 2. und 3. Rippe vorn ausreichend Platz, der Unter-, respective Mittellappen wird gut zugänglich durch Wegnahme von 2 oder 3 fingerlangen Stücken der seitlichen oder hinteren Rippenpartien, am besten von der 8., 7. und 6. Rippe. Die Pleurotomie ist bei Verwachsung einfach. Die zweizeitige Operation, die künstlichen Adhäsionsversuche durch Aetzungen etc. hält G. aus vielen Gründen für schlecht und unzureichend und will lieber einen partiellen oder totalen Pneumothorax mit in den Kauf nehmen. Die bruske Eröffnung des Thorax ist natürlich wegen der Collapsgefahr zu vermeiden; sollte dies eintreten, so fasst man mit einer festen Pincette oder Zange die retrahirte Lunge und zieht sie kräftig an die Wunde. Damit wird die gesunde Lunge wieder ventilirt, die Athemnoth verschwindet, der Puls wird kräftiger. Wichtig ist daher die Pneumopexie, auch für die Aufsuchung des Lungenherdes. Näht man schnell während der Exstirpation, tamponirt mit dem Finger oder mit Gaze während der Inspiration, so kann der Pneumothorax nur gering sein. Verfärbung der Pleura pulmonalis, stärkere Injection derselben, fibrinöse Auflagerungen oder Verdickungen, veränderte Resistenz des Lungenparenchyms, eine umschriebene Resistenz oder schlaffes Einsinken desselben sind Zeichen für die Nähe des Herdes. Bei der Pneumotomie gibt er dem Paquelin den Vorzug. Schwierig ist es oft, den Absceß zu finden, hier leistet eine gute Spritze mit dicker Canüle gute Dienste. Vor Ausspülung einer Caverne warnt er dringend wegen der Möglichkeit der Erzeugung bronchitischer Herde. Bei acuten Fällen braucht man nun nichts weiter zu thun als zu tamponiren, die Höhle heilt aus, weil die Wände noch elastisch sind, aber die einfache Eröffnung der chronischen Abscesse ist nutzlos, weil der Eiter unter keinem Druck steht, die Höhle im Thorax entspannt ist. Nach anfänglicher Besserung bleibt die Wunde monatelang offen, es persistirt eine chronische Bronchitis und es bleiben schließlich Bronchiectasien. Daher soll man die vordere Wand der Caverne möglichst abtragen, Pleuraschwarten in weitem Umkreis reseziern und schließlich noch lieber eine Rippe zu viel als eine Rippe zu wenig fortnehmen. Je größer die Höhle, um so gründlicher muß das umgebende Lungengewebe reseziert werden. Die Nachbehandlung ist einfach. Am meisten sind Nachblutungen entweder durch Arrosion großer Gefäße oder durch vom Drainrohr verursachten Decubitus zu fürchten. — Vortr. bespricht dann eingehend die einzelnen Gruppen der genannten Affectionen. Bei der Tuberculose sind die Gesamtergebnisse wenig ermutigend, SONNENBURG ist von der Operation tuberculöser Cavernen wieder abgekommen, nach MURPHY sind unter 47 Operirten 26 Heilungen oder richtiger Besserungen von 2—5 Jahren zu verzeichnen. Am radicalsten ist einmal TUFFIER vorgegangen, der nach Ausschälung der Lungenspitze ein 5 Cm. langes Stück mit einem tuberculösen Knoten resezierte und dauernde Heilung erzielte. Der Verallgemeinerung eines solchen Verfahrens wird aber stets die Unsicherheit der Diagnose und die Erwgung der Nützlichkeit einer spontanen Ausheilung entgegenstehen. Am häufigsten ist die einfache Incision und Drainage gemacht worden, und wenn sie auch zur Ausheilung durchaus unzulänglich ist, so

ist sie doch stets von auffallend günstigem Einfluß in allen den Fällen gewesen, wo durch den stagnirenden Inhalt der Caverne septische Fiebererscheinungen auftraten. Die einfache Thorakoplastik ohne Eröffnung der Cavernen (QUINCKE, SPENGLER) hat keine ermutigenden Resultate gegeben. Die Eröffnung der Pleura und Lösung aller Adhärenzen hat MURPHY in letzter Zeit viel einfacher dadurch erreicht, daß er sterile Luft in den Pleuraraum injicirte und glaubte, so durch Ruhigstellung der Lunge die Heilung zu befördern. Als er sah, daß der Sauerstoff bald resorbirt wurde, hat er gereinigten Stickstoff eingeblasen und brauchte eine weitere Injection von $\frac{1}{2}$ —2 Litern erst nach 6—10 Wochen machen. Er hat dies 7mal versucht und glaubt in 5 Fällen Besserung gesehen zu haben. Doch ist die Beobachtungszeit (5 Monate) zu kurz. G. glaubt jedoch, daß diese Behandlungsmethode Beachtung verdient. Die Hauptsache bei der Lungenchirurgie ist neben der schärfsten Diagnose die strengste Individualisirung. Redner präcisirt noch einmal seinen Standpunkt dahin:

1. Die breite Eröffnung, Drainage, respective Tamponade einer Caverne ist in Fällen von Secretstauung und Zersetzung durch pyogene Mischinfection mit septischen Fiebererscheinungen berechtigt.

2. Die breite Freilegung und nach Möglichkeit Resection des infiltrirten Lungengewebes mit ausgiebiger Thorakoplastik ist berechtigt bei isolirten Cavernen und tuberculösen Herden im Unterlappen.

3. Die Mobilisation der Brustwand, respective der Pleura ist angezeigt bei singulären stabilen Cavernen der Lungenspitzen. Als Methoden kommen dabei in Betracht:

1. Die Resection der drei ersten Rippen ohne Eröffnung der Pleurahöhle, 2. Resection der 2. Rippe mit Pleurotomie und Auslösung der adhärennten Lungenspitze, 3. Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax nach MURPHY.

Die Actinomykose der Lunge ist 8mal operirt worden; die Indication und Technik bedarf keiner besonderen Besprechung.

Von 96 Fällen von Lungenabsceß sind 77 geheilt, 19 gestorben.

Hier ist Pneumotomie und Thorakoplastik das geeignete Verfahren. Je früher die Operation, desto besser die Prognose. Selten hat eine eitrige Pleuritis als Folge der Absceßincision den ungünstigen Ausgang herbeigeführt, trotzdem in der Regel einseitig operirt wurde. In $\frac{4}{5}$ der Fälle waren allerdings Adhäsionen der Pleura vorhanden.

Bei der Lungengangrän liegt die Prognose weniger günstig. Von 122 Fällen sind 80 geheilt, 42 gestorben. In vielen Fällen war allerdings Fortschreiten der Gangrän, Complication mit Meningitis, Hirnabsceß, Embolie etc. die Todesursache. Die meisten Gangränherde fanden sich im Unterlappen, nicht selten complicirt mit einem abgesackten Empyem. Als Operation kommt nur die einzeitige Pneumotomie in Betracht. Nur bei Gangrän des Oberlappens bei freier Pleura würde sich G. zu zweizeitiger Operation entschließen. Die Größe und Ausdehnung der Thorakoplastik wird bestimmt: 1. durch die Größe der Gangránhöhle, 2. die Lage derselben; bei einer Caverne im Oberlappen müssen relativ mehr Rippen reseziert werden, 3. die Induration des Lungenparenchyms, 4. das Alter der Pat.

Bei Bronchiectasie sind von 57 Operirten 21 unmittelbar oder im Laufe der ersten Wochen dem Eingriff erlegen. 46 Fälle sind als geheilt aufgefaßt, aber leider wenig mehr als die Hälfte sind als definitive Heilungen anzusehen. Unbedingt zu verwerfen ist hier auch in leichten und einfachen Fällen die Incision im Intercostalraum und Drainage nach stumpfer Durchtrennung der Gewebe. Bei den multiplen, cylindrischen und sackförmigen Bronchiectasien ist der Operationserfolg zweifelhaft. G. glaubt jedoch, daß dies nicht zum geringsten Theil auf Rechnung einer verzögerten und auch zu zaghaft und ungenügend ausgeführten Operation zu setzen ist, daß man sich oft mit der Eröffnung nur einer Höhle begnügt hat.

Von 79 Fällen von Echinococcus sind 71 genesen und nur 8 gestorben. Hier ist die Punction unsicher und gefährlich. Nur die Pneumotomie darf in Frage kommen.

Excisionen von Neubildungen sind bis jetzt nur sehr wenige gemacht worden. Ihre frühzeitige Diagnose bietet trotz der Roentgenstrahlen heute noch unüberwindliche Schwierigkeiten. Da Verwachsungen fehlen, spielt sich die Operation bei offener Pleurahöhle ab, und man darf ohne Gefahr des Collapses die Lunge keinen Augenblick sich contrahieren lassen und muß sie zum Schluß an der Pleura costalis fixieren.

HELPERICH hat einmal bei Sarcom nach Unterbindung des Hilus eine richtige Pneumotomie gemacht. Obwohl in diesem Falle das Resultat nicht günstig war, glaubt G. doch, daß in geeigneten Fällen die totale Exstirpation eines ganzen Lungenlappens mit Erfolg möglich sein wird.

LENHARTZ (Hamburg) hat 6 Fälle von ausgedehnten Bronchiectasien mit putridem Auswurf operiert, 3 geheilt; 23 Fälle von Lungengangrän mit 11 Heilungen und 12 Todesfällen. L. demonstriert die Pat. und die Curven der Sputummengen und Temperaturen. Auf einen Fall legt er besonderes Gewicht. Es handelte sich um ein Mädchen, bei dem sich der obere linke Lappen fast völlig abgestoßen hatte. Trotzdem ist jetzt überall reines vesiculäres Athmen zu hören. Da das Heraufrücken des Herzens nicht so hoch sein kann, so glaubt L., daß eine Neubildung von Lungengewebe stattgefunden habe.

BARDENHEUER (Köln) ist zu den gleichen Resultaten gekommen wie GARRE durch Experimente an Ziegen.

V. ZIEMSSEN (München) berichtet über einen seltenen Fall von Streptothrix der Lunge bei einem jungen Mädchen und demonstriert die Roentgenbilder. Er fragt die Chirurgen, ob sie den Fall nach diesen Bildern und der Krankengeschichte operieren würden.

BÄUMLER (Greifswald) macht auf eine Quelle der Putrescenz aufmerksam, die besonders wichtig für die Tuberculose ist. Das sind Blutgerinnsel, die im Bronchus stecken bleiben und denselben erweitern. Er gibt die Krankengeschichte eines solchen Falles, der unglücklich ausgegangen ist und bei dem sich bei der Section inmitten einer apfelgroßen Höhle ein altes Blutgerinnsel befand. Die Diagnose einer Höhle im Allgemeinen hält er für viel schwieriger, als man anzunehmen pflegt. Fälle von Lungengangrän sah er oft spontan ausheilen. Er läßt die Pat. Tag und Nacht Terpentinh inhalationen machen, indem er das ganze Zimmer mit den Dämpfen anfüllt. Bei chronischen Bronchiectasien hält er die von QUINCKE angegebene Mobilisierung der Lunge für sehr gut.

REHN (Frankfurt a. M.) macht auf die Abscesse mit Blutungen aufmerksam, deren Operation zu den dankbarsten gehört. In vielen Fällen ist man bei Lungengangrän geradezu gezwungen, sehr schnell zu operieren, so daß R. mit der Anschauung BÄUMLER'S nicht immer übereinstimmen kann.

QUINCKE (Kiel) glaubt aus dem bisher Gehörten den Schluß ziehen zu können, daß man lieber einen Fall mehr operieren soll, als man im Allgemeinen thun würde. Er hält dabei die Chloroformnarkose für ungünstig und benutzt fast immer die SCHLEICH'SCHE Anästhesie.

GARRÉ (Königsberg) meint, daß man durch Hochlagerung des Pat. die Gefahr der Aspiration und der Chloroformnarkose vermeiden kann. Was die Frage der Lungenregeneration anlangt, so glaubt er, daß dies wohl nur eine scheinbare, durch Hochlagerung des Zwerchfells bedingte ist.

QUINCKE (Kiel) glaubt die Gefahren der Aspiration in der Chloroformnarkose auch nicht durch Hochlagerung beseitigt zu haben.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Wissenschaftliche Versammlung vom 11. November 1901.

Dr. ANTON BUM: Zur Pathologie und Therapie des Schreibe- und Clavierkrampfes.

Votr. erklärt es als auffällig, daß eine Krankheitsgruppe, welche so tief in das sociale Leben, ja nicht selten in die Existenz der Pat. eingreift, wie die coordinatorischen Beschäftigungsneurosen, eine so relativ geringe Beachtung seitens der Aerzte findet. Die Skepsis der letzteren bezüglich der Therapie veranlaßt die Kranken, zu Curpfuschern, Schreiblehrern etc. ihre Zuflucht zu nehmen.

Nach eingehender Analyse der den Graphospasmus in seinen verschiedenen Stadien und Varietäten constituirenden Störungen des Ablaufes ganz bestimmter complicirter Muskelbewegungen und Besprechung der Theorien hervorragender Neuropathologen (ERB, BENEDIKT) schildert Votr. den bei Entstehung und Ausbildung der Beschäftigungskrämpfe überhaupt zustande kommenden Circulus vitiosus (primäre Störung in der Peripherie durch Muskel- und Nervenermüdung mit aufsteigender Tendenz bis zum Coordinationscentrum, energischere Inanspruchnahme des letzteren und hiedurch bedingte Beschwerung der durch den Ausfall einer Muskelgruppe ohnehin erhöht in Anspruch genommenen Muskeln und umgekehrt) und bespricht eingehend die Aetiologie des Graphospasmus (neuropathische Belastung, Abusus alcoholicus, Ueberanstrengung,

falsche Technik, ungeeignete Schreibutensilien und Tische, endlich die uratische Diathese und Traumen).

Bezüglich des Clavierkrampfes kann Votr. den Anschauungen ZABLUDOWSKI'S, der den traumatischen Arthritiden den ersten Platz in der Aetiologie dieses Leidens einräumt und für dessen Zustandekommen die „schlechte Schule“ zunächst verantwortlich macht, nicht durchaus beitreten, vereinigt sich aber mit Z. in dem Verlangen, kindlichen und jugendlichen Spielern mit noch nicht vollständig entwickelten Händen „Jugendclaviere“ (compreß construirte Claviaturen) zur Verfügung zu stellen.

Aus der concisen Schilderung der Krankheitsbilder des Schreibe- und Clavierkrampfes gelangt Votr. zu den Schlußfolgerungen, daß aus der Ueberlastung bestimmter Muskelgebiete Ermüdung mit nachfolgender Reizung der centripetalen Nervenbahnen und der Nervencentren selbst resultieren (BUCHHEIM), und daß die palpablen Veränderungen an der Peripherie wohl nicht als die wichtigsten Angriffspunkte der Therapie aufzufassen sind, entsprechender Behandlung jedoch zugeführt werden müssen, weil sie nicht selten als die ersten Ursachen, häufig als Complicationen der Funktionsstörung zu betrachten sind.

Die Therapie ist eine allgemeine (roborirende) und eine locale. Wichtig ist längere Abstinenz vom Schreibgeschäfte, beziehungsweise Clavierspiel. Local ist neben warmen Hand- und Armbädern Massage der Musculatur der ganzen Extremität, ferner Uebungen der Finger, endlich Widerstandsgymnastik an den bekannten Apparaten von HERZ, ZANDER, im Nothfalle an THILO'S Vorrichtung (Demonstration) zu empfehlen, deren Technik Votr. schildert. Beim Graphospasmus kommt noch eine Art Schreibunterricht durch den Arzt selbst in Frage, dessen einzelne Phasen besprochen werden.

Von den einzelnen Formen des Schreibekrampfes bietet nur die spastische Aussicht auf Heilung, resp. Besserung, zumal bei frühzeitiger Intervention des Arztes.

Die Statistik des Votr. umfaßt 25 Fälle von Graphospasmus (18 Heilungen, resp. Besserungen) und 17 Fälle von Clavierkrampf (11 definitive Heilungen), welchen sich einzelne Fälle von Geiger-, Cello-, Zither-, Tänzerinnen-, Bicycle-, Masseur- und Tenniskrampf anschließen.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Harveyan Society of London.

JOHN GUFFITHS: Iritis gonorrhoea.

Gonorrhoe ist eine häufige Ursache der Iritis, jedenfalls häufiger als Syphilis. Die Iritis ist nicht etwa eine Complication, sondern ein directer Folgezustand der Gonorrhoe. Die erst in späterer Zeit auftretende Iritis wird hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung meist übersehen und auf Rheumatismus zurückgeführt. Thatsächlich stehen recurrirende Iritisformen gonorrhoeischer Natur und diese, sowie rheumatische Störungen im Zusammenhang mit der seinerzeit durchgemachten Urethralinfection. Es gibt auch Fälle von recurrierender Iritis, wo sich keine rheumatische Erkrankung in der Vorgeschichte des Falles nachweisen läßt. Die Behauptung, daß unter allen constitutionellen Erkrankungen die Syphilis die häufigste Ursache der Iritis ist, kann nicht als richtig betrachtet werden. Es wird behauptet, daß die syphilitische Iritis nicht recidivirt, daher etwaige scheinbare Recidive auf eine seinerzeit durchgemachte gonorrhoeische Affection zurückzuführen seien. Thatsächlich konnte Votr. bei Fällen dieser Art Gonorrhoe und rheumatische Zustände anamnestisch feststellen. In einem Fall wurde Iritis bei einem Pat. beobachtet, der an gonorrhoeischer Entzündung des anderen Auges litt, aber niemals eine urethrale Infection durchgemacht hatte. Es ergibt sich aus den mitgetheilten Beobachtungen die Schlußfolgerung, daß Gonorrhoe ebenso eine constitutionelle Erkrankung ist wie Syphilis, daß erstere häufiger Ursache von Iritis ist als letztere, und daß die gonorrhoeische Iritis auch oft sehr spät nach stattgehabter Infection recidiviren kann.

Royal medical and chirurgical Society.

DYCE DUCKWORTH und A. E. GARROD: Ueber Darmsand.

Es handelte sich um eine 33jährige Patientin, bei der als einziges Zeichen organischer Erkrankung eine Verdickung der Colonwand nachgewiesen werden konnte. Nachdem die Patientin 2 Monate hindurch an unstillbaren Diarrhöen gelitten hatte, war Sand in den Stühlen aufgetreten. Dieselben zeigten röthlichbraune Farbe und erinnerten in ihrem Aussehen an Concremente von Harnsäure. Der Sand war in kalter und kochender Kalilauge unlöslich, dagegen in kochender Salpetersäure löslich. Unter geeigneter Behandlung ging die Diarrhöe wieder zurück, jedoch blieb eine leichte Druckempfindlichkeit in der Flexura lienalis bestehen. Die Anamnese ergab, wie dies in derartigen Fällen mehrfach beobachtet wurde, das Vorkommen von Gicht in der Familie der Patientin. Die Sandkörnchen des Stuhles waren in einer organischen Masse eingebettet, welche zahllose Kokken und Bacillen enthielt. Der Sand bestand zum größten Theil aus phosphorsaurem Kalk; Magnesium und Eisen waren in Spuren nachweisbar. Die Färbung des Sandes wurde hauptsächlich durch Urobilin bedingt, doch fanden sich auch Spuren von unverändertem Gallenfarbstoff, daneben ein noch unbekannter röthlicher Farbstoff. Als Bildungsstätte des Sandes sind wahrscheinlich die oberen Partien des Dickdarmes zu betrachten.

Notizen.

Wien, 16. November 1901.

Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung. *)

In seinen Studien über „die Arbeiterversicherung gemäß der heutigen Wirtschaftsordnung“ aus dem Jahre 1879 begründet LUJO BRENTANO die Nothwendigkeit dieser Versicherung aus der Unsicherheit der Einnahmen in den unbemittelten Familien, die zu einer Gegenseitigkeit der Unterstützung der Arbeiter drängt:

„Da die Arbeitskraft die einzige Quelle des Arbeitereinkommens ist, die Arbeitskraft aber identisch ist mit dem Menschen selbst, insofern er seine Fähigkeiten auf den Erwerb wirtschaftlicher Güter verwendet, bedrohen nothwendig auch alle Gefahren, von denen das Leben des Menschen umgeben ist, die wirtschaftliche Basis des Arbeiters und seiner Familie. So störend eine Krankheit für den Bemittelten ist, so bezieht er doch die Nutzungen von seinem Vermögen, ob gesund oder krank, und die Krankheit ist nicht imstande, ihn seines Lebensunterhaltes zu berauben; jede Krankheit gibt den, der auf seine Arbeit allein für den Unterhalt seines Lebens angewiesen ist, indem sie ihm die Fähigkeit zu arbeiten nimmt, dem tiefsten Elende preis. So schmerzlich die infolge eines Unglückes eintretende Invalidität, so beschwerlich das Alter mit seinen Gebrechen für den Vermögenden sein mag, die Renten, die sein Besitz abwirft, werden dadurch nicht vermindert; den Arbeiter dagegen verweisen Invalidität und Alter auf die Mildthätigkeit der Menschen für die Stillung seines Hungers und die Bedeckung seiner Blöße. . . . Allein wenn auch kein Capital, dessen Nutzungen auch in Krankheit und Noth die Befriedigung ihrer Bedürfnisse ermöglicht, so haben die Unbemittelten doch Genossen, welche, in gleicher Lage wie sie befindlich, gegen das Versprechen gleicher Hilfeleistung im Nothfall, sie aus dem Ertrage ihrer Arbeit, wenn nöthig, zu unterstützen bereit sind. Die Gegenseitigkeit der Unterstützung der Arbeiter ist ihr Capital, das ihnen Hilfe in der Noth, Selbständigkeit und Unabhängigkeit gibt.“

Nun gilt dies alles in erster Linie und insbesondere für die Erkrankungen der Arbeiter selbst, insofern als sie Häupter einer Familie sind; theilweise aber haben diese Ausführungen auch ihre Berechtigung bezüglich der Erkrankung von Familienmitgliedern. Denn wenn auch bei Erkrankung des Arbeiters, als des Ernährers der Familie, das Elend größer sein wird, weil der Verdienstengang — ohne Versicherung — nicht nur dessen Genesung verhindert, sondern auch die ganze Familie sammt dem Erwerbsunfähigen dem Hunger in die Arme treibt, so wird nichtsdestoweniger die Krankheit eines Angehörigen die Oekonomie des Arbeiterhaushaltes gewöhnlich stark ins Wanken bringen oder gar irreparabel schädigen, da der Arbeitslohn kaum für normale Zeiten ausreicht, geschweige denn erst die durch eine Krankheit bedingten Mehrauslagen decken kann. Es muß also auch hier einer für den andern einspringen und dies zwingt die Arbeiter zur Forderung

*) Vergl. „Wiener Med. Presse“ 1901, Nr. 42.

der Familienversicherung. Und in der That besteht die Familienversicherung bereits an vielen Orten zu Rechte. Die Aerzte sehen sie allerdings an gewissen Plätzen nicht gerne, weil sie unter Umständen durch sie geschädigt werden; namentlich die großstädtischen Verhältnisse sind diesbezüglich den Aerzten nicht günstig. Wir haben schon die Abneigung der Wiener Aerzte betont und wollen hier auch als Beispiel das Verhalten der Berliner Collegen anführen, die im Jahre 1900 von der größten Berliner „O.-K.-K. für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker“ angegangen wurden, die cassenärztliche Behandlung der Familien der Versicherten zu übernehmen. Damals haben die beiden rivalisierenden cassenärztlichen Vereine Berlins in einer gemeinsamen Sitzung (4. September 1900) der Casse eine abschlägige Antwort erteilt mit folgendem Wortlaute:

„Wir beehren uns hiedurch mitzutheilen, daß wir zur Zeit Ihren Vorschlag ablehnen, die ärztliche Behandlung der in der O.-K.-K. der Kaufleute versicherten Personen zu übernehmen. Die Inanspruchnahme der Aerzte würde bei der Familienversicherung hier in Berlin nach sachverständigem Urtheile eine so übermäßig große sein, daß bei jedem Pauschale die ärztlichen Leistungen in durchaus unzulänglicher Weise honoriert werden würden. Wir würden daher mit Annahme Ihres Vorschlages die socialen und wirtschaftlichen Interessen des gesammten ärztlichen Standes auf das tiefste schädigen. Wir befinden uns in dieser Angelegenheit in vollständiger Uebereinstimmung mit dem Vorstande des Vereines Berliner Cassenärzte mit freier Arztwahl.“

Der Vorstand des Vereines der freigewählten Cassenärzte.“

Damit ist allerdings die Angelegenheit nicht abgethan, die Discussion nicht beendet. Einige Berliner Aerzte sehen wohl ein, daß hier Abhilfe nothwendig ist, nur wollen sie nicht, daß die Aerzte die Kosten tragen. Dr. G. JOACHIM aus Berlin tritt für die Ausdehnung der Krankenversicherung auf die Angehörigen warm ein und führt dies folgender Art aus:

„Der Arbeiter ist absolut nicht imstande, für Frau und Kind einen Arzt und Medicin aus eigener Tasche zu bezahlen. Der Wochenlohn schwankt zwischen 15 und 30 Mark. Davon soll der Mann Miete, Steuern, Lebensunterhalt, Kleidung etc. aufbringen. Das ist für den Arbeiter in gesunden Tagen, selbst bei nur ein bis zwei Kindern, ein schweres Stück, was ihm jeder verheiratete College mutatis mutandis nachfühlen wird. Wird nun gar auch nur ein Kind krank, so kostet die einmalige Consultation, resp. der einmalige Besuch mindestens 1—2 Mark, und dazu kommen 1—2 Mark Apothekerkosten, zusammen also mindestens 2—4 Mark für die erste Hilfe. Das ist aber fast der Verdienst für einen ganzen Tag, der den Leuten beinahe die Möglichkeit nimmt, an diesem Tage für die übrigen gesunden Mitglieder der Familie das Nöthige heranzuschaffen. Den Arzt an den folgenden Tagen weiter zu consultiren, dazu sind die Leute finanziell außer Stande. So kommt es, daß die weitere Behandlung des Kindes, wenn sie vom Arzt angenommen wird, nur zum Theil oder überhaupt nicht bezahlt wird. Das Gewöhnlichere ist, daß das erkrankte Kind, wenn es einigermaßen transportabel ist, in die Poliklinik — zum Herrn Professor — geschleppt wird. So kommen wir praktische Aerzte an der Peripherie überhaupt nicht mehr zu einer regelrechten Behandlung der Fälle, die uns wissenschaftlich und pecuniär Freude macht. Ganz anders wird das werden, wenn die Familienmitglieder von der Casse versichert sind, so wie jetzt der Pater familias. Und wenn es auch nur 60 Pfg. für den Besuch gibt, so kommen wir kleinen Doctoren im O., N. und SO. Berlins wenigstens wieder zur regelrechten Behandlung unserer Fälle, während wir jetzt ja bloß erste Hilfe leisten; und auch das nur unvollkommen, weil die Leute selbst die ersten Anordnungen pecuniär nicht ausführlich machen können. Daß wir übrigens auch mit den Besuchen pro 60 Pfg., wenn sie uns von der Casse garantirt werden, existiren können, beweisen die Quartalseinkünfte vieler Collegen beim Verein der freigewählten Cassenärzte. Das müssen wir allerdings verlangen, daß das voraussichtlich geringe Honorar von den Cassen garantirt, eventuell selbst bezahlt wird, und zwar, daß die Familienangehörigen genau so mit dem Schein antreten wie jetzt der Familienvater. Ich meine, der Verein der freigewählten Cassenärzte dürfe sich den Wind auf den Segeln nicht nehmen lassen, indem er diese in der Luft liegende Familienbehandlungsfrage einfach ablehnt. Die Familienversicherung durch Cassenärzte wird kommen und muß kommen; denn sie ist die einfache Consequenz der ganzen Cassenversicherung. Die Lücke, die der Gesetzgeber gelassen hat, wird ausgefüllt werden, und wenn der große Verein der freigewählten Cassenärzte sie nicht ausfüllt, so werden andere sie ausfüllen, die sich auf die Zeichen und Bedürfnisse der Zeit verstehen. Ich meine aber, daß alle Freunde der freien Arztwahl sich für diese Sachen erwärmen müßten, die geeignet ist, die freie Arztwahl so populär zu machen wie nichts zuvor. Denn die Bedeutung der freien Wahl des Arztes verstehen nur die wenigsten unter den Krankenpatienten; sie laufen dahin, wo viele und die meisten hinlaufen, ganz wie sonst das Publicum im gewöhnlichen Leben. Das aber wird auch der einfachste Tagesarbeiter als eine Wohlthat ansehen, wenn für sein Weib und Kind in den Tagen der Noth und der Krankheit gesorgt ist.“

Weiters hat Dr. FRIEDEMANN auf der im September 1900 zu Nürnberg abgehaltenen Hauptversammlung des Centralverbandes der Ortskrankencassen die Forderung nach Familienversicherung genauer präcisirt:

„Eine weitere wichtige Forderung ist die Einbeziehung der Familienmitglieder, wie sie von einzelnen Cassen, namentlich der Leipziger Casse, schon durchgeführt ist. Eine kleine Mehrbelastung ist dabei nicht zu fürchten. Ein einziger Kindersarg kostet mehr als die Versicherung für ein ganzes Jahr. Mit 10 Pfg. Wochenbeitrag wäre die Familienversicherung zu erreichen (?). Es ist möglich, daß sich meine Collegen hier (?) auflehnen werden, daß sie von dieser Forderung eine Schwämmerung ihrer Erwerbsmöglichkeit fürchten. Ein solcher Standpunkt resultirt aber nur aus unsozialem Empfinden und ist ganz ungerechtfertigt.“ (??)

Aber auch jene Aerzte, die sich im Allgemeinen der Familienversicherung gegenüber ablehnend verhalten, sind meist keine principiellen Gegner, sondern sie fürchten eben nur, daß die Familienversicherung abermals ohne Rücksicht auf die Aerzte durchgeführt werden soll und daß dadurch die materiellen Wunden, die die Krankenversicherung dem Aertzstande geschlagen hat und die noch nicht vernarbt sind, neuerlich aufgerissen werden sollen. Und daher die Ablehnung. Einer der Wortführer dieser Gruppe von Aerzten, Dr. VOLLMANN (Berlin), spricht sich darüber in folgender Weise aus:

„Früher oder später muß und wird das Thema der Familienversicherung wieder in Fluß kommen, und ebenso steht außer Zweifel, daß dasselbe für die Aerzte der Großstadt, speciell Berlins, eine kritische Frage erster Ordnung bedeutet.

Die Familienversicherung liegt als Consequenz der Arbeiterversicherung im Zuge der socialen Bewegung unserer Zeit. Da sie fraglos eine werthvolle Hilfe für das wirtschaftlich schwache Element bedeutet, so wäre sie ein Ziel, vom allgemeinen social-ökonomischen Standpunkte aus aufs innigste zu wünschen. Dieser Erkenntniß verschließen wir Aerzte uns gewiß ebenso wenig als andere social und human empfindende Kreise. Indessen von demselben Standpunkt aus müssen wir es als eine wirtschaftliche Ungeheuerlichkeit aufs schärfste verwerfen, daß jene Wohlfahrtseinrichtung auf Kosten eines anderen Erwerbsstandes durchgeführt werden, daß der Teufel durch Belzebub angetrieben werden soll.

Dies der ganz abstracte ökonomische Standpunkt! Da aber im concreten Fall wir Aerzte das Opfer des staatswirtschaftlichen Experiments sein werden, da aus unserer Haut die Riemen gegen das sociale Uebel geschnitten werden sollen, so haben wir auch die dringendste Veranlassung dazu, uns kräftig dieser Haut zu wehren.

Alle jene Leute, welche sich in sittlichem Pathos entrüsten, wenn auch die Aerzte sich auf die materiellen Bedingungen des Lebens besinnen, sollten doch die Probe ihrer idealen Forderungen für andere einmal am eigenen Leib absolviren. Was würden die Agrarier dazu sagen, wenn sie die Früchte von Ar und Halm, was die Kaufleute und Gewerbetreibenden, wenn sie ihre Waaren mit einemmal in die Centralvertretung des Arbeiterstandes mit dem dritten oder vierten Theil des Gewinnes abgeben sollten, den sie von ihrer regulären Kundschaft erzielen? Wie würde denen zumuthe sein, deren Abnehmer sich hauptsächlich aus dem vierten Stand rekrutiren? Würden sie sich über den Verlust von zwei Drittel bis drei Viertel ihres Einkommens mit dem Bewußtsein trösten, daß das Opfer auf dem Altar der socialen Fürsorge gebracht wurde und den wirtschaftlich Schwachen zugute kommt? Sie würden sich wahrscheinlich für dieses Ansinnen schönsten bedanken! Und wir Aerzte, die wir trotz der idealen Voraussetzungen unseres Berufes auch noch nicht das Geheimniß, von der Luft zu leben, entdeckt haben, sollten es mit antiker Gelassenheit hinnehmen, daß wir, um Proletariend zu mildern, selbst langsam, aber sicher proletarisirt werden? Denn das ist klar: Wenn die Familienversicherung in den Krankencassen unter denselben Bedingungen wirklich durchgeführt wird wie die bisherige Arbeiterversicherung, dann bedeutet das klipp und klar für einen großen Theil der Großstadtärzte den Verlust von zweidrittel ihres jetzt schon dürftigen Einkommens und damit den wirtschaftlichen Ruin. In der Peripherie Berlins, im N., O. und SO. besteht die Hauptbevölkerung aus Arbeitern, und auch bei den kleinen Handel- und Gewerbetreibenden ist man es gewöhnt, das Familienhaupt im Krankheitsfalle mit dem ominösen Schein von irgend einer Casse auftauchen zu sehen, der es noch aus der Gesellenzeit als freiwilliges Mitglied angehört; auch diese Kategorie also, die in den Arbeitervierteln zur besseren Privatpraxis gehört, würde der Familienbehandlung von Seiten der Cassen zufallen; die dann noch restirende freie Praxis wäre, wenigstens für die jüngeren Aerzte, einfach illusionär. Aus dieser flüchtigen Ueberlegung folgt mit zwingender Logik als oberster Vorbehalt, mit dem einzug und allein die Aerzte der Familienversicherung näher treten könnten, das Princip, daß durch dieselbe der Ertrag der bisherigen freien Praxis nicht geschmälert werden darf.“

Diese letzte Forderung VOLLMANN's, daß durch die Angehörigenversicherung das bisherige Einkommen der Aerzte aus der

freien Praxis nicht zugestutzt werden darf, trifft den Nagel auf den Kopf und ist der einzig richtige Wegweiser, an den sich die Aerzte bei Besprechung der Angehörigenversicherung halten müssen.

(Die Wohlfahrts-Einrichtungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums.) Das Präsidium dieses Collegiums hat an die Direction der städtischen Kaiser Franz Josef-Jubiläums-Leben- und Rentenversicherungsanstalt in Wien eine Zuschrift gerichtet, in welcher die in einem Schreiben an verschiedene Aerzte aufgestellte Behauptung der genannten Anstalt: „Es entbehren einzelne Stände, darunter insbesondere der Stand der Aerzte, jeglicher Vorsorge für die Zeit der verminderten Arbeitsfähigkeit etc.“, als vollkommen unrichtig hingestellt wird. Beim Wiener medicinischen Doctoren-Collegium besteht außer der reich dotirten 140jährigen Witwen- und Waisensocietät mit einer Jahresrente von 1400 K für Witwen und Waisen seit mehr als 40 Jahren ein Unterstützungsinstitut, welches seinen Mitgliedern nach einjähriger Mitgliedschaft im Falle der Erkrankung namhafte vorübergehende Unterstützungen gewährt, im Falle gänzlicher Erwerbsunfähigkeit schon eine Jahresrente bis 800 K gegen einen Jahresbeitrag von 12 K bietet. Endlich das seit 25 Jahren bestehende Pensionsinstitut, welches seinen Mitgliedern eine Altersrente vom 60. Lebensjahre im Normalbetrage von 1200 K gewährt, dabei aber noch für den Fall des vorher, wann immer eintretenden Todes eines Mitgliedes nicht nur an dessen Witwen und Waisen, sondern auch an die Erben die ganzen eingezahlten Prämienbeträge zurückerstattet. „Es ist schwer zu verstehen, fährt der Bericht fort, wie der geehrten Direction der städtischen Versicherungsanstalt, in welcher doch auch Fachmänner sitzen dürften, die Existenz dieser großen, alten und sicher dotirten ärztlichen Institute entgehen konnte. Diese Institute besitzen einen Vermögensstand von mehr als 7,000,000 K und einen Mitgliederstand von mehr als 800 österreichischen Aerzten. Es werden also alle von Ihnen in der bewußten Zuschrift aufgezählten Versorgungen für die Aerzte in reichlichem Maße geboten, nur mit dem einen Unterschiede, daß die dafür zu bezahlenden Prämienansätze ungleich billiger sind als bei Ihnen, weil bei uns die Administration unentgeltlich ist. Die Angaben sind durch unsere veröffentlichten Jahresberichte, die auf wissenschaftlichen Bilanzen beruhen und vom Versicherungsamt des hohen Ministeriums des Innern controlirt werden, bewiesen. Wir ersuchen nunmehr höflichst, aber dringend, von jeder Ausschickung dieser irrigen Angaben enthaltenden Reclameaufforderung an die Aerzte weiters abzustehen und in entsprechender Weise alle Unrichtigkeiten Ihrer Veröffentlichung richtigzustellen. Wir erwarten vorerst von Ihrer Loyalität die Erfüllung unseres gerechten Ersuchens.“

(Personalien.) Dem Polizei Chefarzte Reg.-R. Dr. ANDREAS WITLAČIL in Wien ist anläßlich der erbetenen Versetzung in den Ruhestand der Ausdruck der Allerh. Zufriedenheit mit seiner vieljährigen, pflichttreuen und vorzüglichen Dienstleistung bekannt gegeben worden. — Der Primararzt Dr. MAX MAYER in Ischl und der Zahnarzt Dr. FRIEDRICH TURNOVSKY in Wien erhielten den Titel eines kaiserlichen Rathes; der Docent für Chirurgie in Budapest Dr. EMANUEL HERCZEL ist zum a. o. Professor ernannt worden; die Oberbezirksärzte Dr. MORIZ FREINEL in Freiwaldau, Dr. ALEXANDER R. v. BIENCZENSKI in Dobromil und Dr. ADALBERT STANKO in Tarnow haben den Franz Josef-Orden erhalten; Oberstabsarzt II. Cl. Dr. SIEGMUND GALAMBOS wurde auf sein Ansuchen in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Generalstabsarztes-Charakter und das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen.

(Universitätsnachricht.) Die durch den Neubau der Charité in ihrer Existenz bedrohte dritte medicinische Klinik Berlins, deren Leiter SENATOR ist, hat nunmehr — wie wir erfahren — wieder Aussicht, weiter bestehen zu können. Das Cultusministerium hatte versucht, die Stadt zur Errichtung eines Auditoriums innerhalb des Krankenhauses Moabit zu veranlassen, woselbst die dortigen dirigirenden Aerzte klinische Vorlesungen an SENATOR'S Stelle abhalten sollten. Die Stadt zeigte aber wenig Geneigtheit,

hauptsächlich, weil sie für die Zukunft eine Einmischung der Regierung in die Besetzung der städtischerseits zu vergebenden Stellen befürchtete. Nun soll schon in allernächster Zeit im Anschlusse an den Neubau der chirurgischen Poliklinik in der Ziegelstraße für die dritte medicinische Klinik eine Abtheilung mit 75 Betten errichtet werden.

(Scarlatina-Prophylaxe.) Das in jüngster Zeit vermehrte Auftreten von Scharlachfällen in Wien hat das Stadtphysikat veranlaßt, anzuordnen, daß der Schulbesuch von an Scharlach erkrankt gewesenen Kindern nicht vor Ablauf von 5 Wochen seit Beginn der Erkrankung und nur auf Grund einer amtsärztlichen Revision gestattet werde.

(Dispensirübungen der Spitalsärzte.) Vom obersten Sanitätsrathe ging vor längerer Zeit der Antrag aus, daß die Spitalsärzte sich an den Arbeiten in der Spitalsapotheke auch activ betheiligen sollten, weil sie nur so imstande wären, einen richtigen Begriff von der Zubereitung und Aufbewahrung der Drogen zu bekommen. Nunmehr ist der betreffende Erlaß von der Statthalterei an die Spitäler gelangt, welcher vorschreibt, daß die Subalternärzte der Spitäler in den Apotheken unter der Leitung des Provisors arbeiten sollen. Die Uebungen haben — wie wir erfahren — bereits begonnen und werden für die theilnehmenden Aerzte ohne Frage förderlich und nutzbringend sein.

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. November 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6676 Personen behandelt. Hievon wurden 1335 entlassen; 141 sind gestorben (9.5% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 84, egypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 79, Scharlach 82, Masern 100, Keuchhusten 11, Rothlauf 35, Wochenbettfieber 2, Rötheln 1, Mumps 4, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 486 Personen gestorben (+ 21 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Zahnarzt Dr. J. SENG im Alter von 58 Jahren und der praktische Arzt Dr. H. M. BRAUN im 71. Lebensjahre; in Hartmanitz Dr. HERMANN GLOSER im 79. Lebensjahre; in Bács-Földvár Dr. ALOIS KIRSCHENLEITER, 60 Jahre alt.

Indication und Anwendung der Szinye-Lipóczyer Salvatorquelle. Dieses Mineralwasser kommt als spezifische Heilpotenz und als diätetisches Getränk in Gebrauch. In erster Reihe ist Salvator infolge seines bedeutenden Gehaltes an kohlen-saurem Lithion und borsaurem Natron von vorzüglicher Wirkung bei Blasen- und Nierenleiden, es wird in diesen Fällen mit oder ohne Milch genommen, und zwar wird mit einem Becher begonnen und damit successive auf 3—4 Becher, auf den Tag vertheilt, gesteigert. Die Diät besteht hauptsächlich aus ungewürzten Fleisch- und Milchspeisen. Ferner werden auch bei Gicht und chronischem Rheumatismus infolge des Reichthums an kohlen-saurem Lithion, auffallend gute Erfolge erzielt. Hier werden 1—2 Liter per Tag getrunken, wobei Enthaltbarkeit von fetten und sauren Speisen zu empfehlen.

Durch den Gehalt an Kohlensäure und alkalischen Salzen wirkt es anregend auf die Muskelthätigkeit des Magens und der Gedärme. Es bewährt sich daher in den verschiedenen Affectionen der Verdauungsorgane, speciell aber bei Magen- und Darmkatarrh, als sehr wirksam. In diesen Erkrankungen wird Salvator früh nüchtern getrunken, und zwar anfänglich 2 halbe, später 2 ganze Becher auf eine Stunde vertheilt, dabei ist angemessene Bewegung zu empfehlen. Die zu befolgende Diät besteht in leicht verdaulichen Speisen, daher sind fette, saure und gewürzte Speisen, sowie Gemüse und Mehlspeisen auszuschließen. Besondere Heilwirkung zeigt Salvator auch bei Katarrhen des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien, indem es die Schleimabsonderung befördert, den Schleim verdünnt und den Auswurf erleichtert. Hier kann Salvator bei gewöhnlicher Temperatur oder bis auf 25° C. erwärmt getrunken werden, und zwar mehreremal des Tages in Mengen bis zu einem halben Liter. Bei diesen Krankheiten wird das Wasser auch sehr wirksam zur Inhalation gebraucht.

Die leichte Verdaulichkeit und der angenehme Geschmack, da es eisenfrei ist, gestatten die Verwendung auch als rein diätetisches Getränk.

Prof. Dr. Angerer-Sublimat-Pastillen. Wie uns aus München mitgetheilt wird, ist nach endlich erfolgter gerichtlicher Entscheidung der Besitzer der Adler-Apotheke, M Emmel, in München zur Herstellung derselben allein berechtigt. Die Herren Aerzte werden gebeten, nach wie vor Prof. Dr. Angerer-Pastillen aus der Adler-Apotheke in München zu verlangen.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 21. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik Nothnagel.

Vorsitz: Hofrath Prof. NOTHNAGEL.

Programm:

I. Demonstrationen. (Angemeldet: Hofrath Prof. NOTHNAGEL, Docent Dr. PAULI.)

II. Doc. Dr. HERM. SCHLESINGER: Ueber Myiasis intestinalis (Die Fliegenlarvenkrankheit des Verdauungstractes).

III. Hofr. Prof. WEICHSELBAUM: Demonstration und Besprechung eines anatomischen Präparates von Myiasis intestinalis.

Administrative Sitzung.

Wahl neuer Mitglieder.

Das Präsidium.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 18. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

Dr. FERDINAND KORNFELD: Gonorrhoe und Ehe.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI's
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Meran Sanatorium „HYGIEA“
für Nerven-Magenleidende, Rheumatische, Reconvalescenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER. — (Während des Sommers in seiner Heilanst. „Alpenheim“ in Aussee, Steierm.)
Obermais

C. Ash & Sons

Fabrikanten künstlichen Zähnen, Instrumenten, Materialien von o o o und Utensilien für zahnärztliche Zwecke.

Wien: Illustrirte Preiscurante o o Budapest: I., Spiegelgasse 2. auf Verlangen gratis u. franco. Alte Postgasse 4.

Niederlage von o o o o o
Claudius Ash & Sons
Limtd., London . . .

Sanatorium Vorderbrühl

Heil- und Pflgeanstalt für **Reconvalescente, Erholungsbedürftige u. chronisch Kranke** jeden Alters. Bestens eingerichtet für Operationen, chirurg. Nachbehandlung, Orthopädie, Heilgymnastik und Massage, Elektro- und Hydrotherapie.
Freiluftcur, Mast- und Diätcuren.
Mödling bei Wien, Telephon Nr. 20.
Dr. Max Schelmpflug.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfang von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halb. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halb. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halb. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Institute für Mechanotherapie des Dr. A. Bum in Wien. Der Einfluß von Bewegungen auf die Pulsfrequenz. Von Dr. R. GRÜNBAUM, Assistenten des Institutes, und Dr. A. AMSON in Wiesbaden. — Beiträge zur hämorrhagischen Diathese bei Typhus abdominalis. Von Dr. ALOIS TRAMER in Klosterneuburg. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** E. LESER (Halle): Erfahrungen über bösartige Geschwülste, insbesondere über Carcinome. — JOHANNES FIBIGER (Kopenhagen): Ueber tuberculöse Dünndarmstricturen und deren Verwechslung mit syphilitischen Verengerungen. — M. GEIRSVOLD (Christiania): Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit und Verbreitung des Krebses in Norwegen. — ERNST FREY (Budapest): Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Falle von SACHS'scher familiärer amaurotischer Idiotie. — A. W. MININ (St. Petersburg): Ueber die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichts. — A. QUIRIN (Tübingen): Ueber das Verhalten des normalen und pathologisch gesteigerten intraabdominalen Druckes. — HAAS (Tübingen): Ueber die Resultate der Castration bei Hodentuberculose. — HANS VOGT (Straßburg i. E.): Ein Stoffwechselfersuch bei acuter Gicht. — LOOSS (CAIRO): Ueber das Eindringen der Ankylostomalarien in die menschliche Haut. — MORI (Campiglia Marittima): Ueber die Prophylaxis der Malaria mit Echinin. — **Literarische Anzeigen.** Grundriß der Farbchemie zum Gebrauche bei mikroskopischen Arbeiten. — Von Dr. ARTHUR PAPPENHEIM. — Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Eine socialhygienische Studie. Von Dr. A. BAER. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung der Eklampsie. — Ueber klinische Versuche mit dem Fleischsaft „Puro“. — Magenelektrode. — Mit intravenöser Injection von Hetol behandelte Lungen- und Larynx-tuberculose. — Phosphorvergiftung im Anschluß an Darreichung von Phosphorleberthran. — Ueber Schlaflosigkeit und ihre Bekämpfung. — „Collargol“. — Die nekrotisirende Eigenschaft des Extractes der erkrankten Nebennieren auf die rothen Blutkörperchen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) VIII. — **Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Institute für Mechanotherapie des
Dr. A. Bum in Wien.

Der

Einfluß von Bewegungen auf die Pulsfrequenz.

Von **Dr. R. Grünbaum**, Assistenten des Institutes, und
Dr. A. Amson in Wiesbaden.

Bis in die neueste Zeit fehlten exacte Angaben über den Einfluß von Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit. CHRIST¹⁾ und STAEHELIN²⁾ versuchten zuerst auf experimentellem Wege diese Beziehungen klar zu legen. Sie stellten ihre Versuche in der Weise an, daß sie die Versuchspersonen, Gesunde und Reconvalescenten nach Typhus und Pneumonien in jugendlichem Alter, an dem JACQUET'schen Ergostaten arbeiten ließen und die Pulsfrequenz mittels des Sphygmographen von JACQUET bestimmten. Der JACQUET'sche Ergostat ist eine Art Bergsteigeapparat, auf dem man in ähnlicher Weise Arbeit leistet wie beim Treppensteigen. Die dabei geleistete Arbeit läßt sich annäherungsweise berechnen und durch Belastung der Versuchspersonen mit verschiedenen schweren Sandsäcken dosiren. Die Bestimmung der Pulszahlen erfolgte aus den vor und nach der Arbeit aufgenommenen Sphygmogrammen. Während den Versuchen CHRIST's noch mannigfache Fehlerquellen anhaften, war STAEHELIN bemüht, seine Versuche möglichst einwandfrei anzuordnen. Er achtete stets darauf, daß die Versuche zur selben Tageszeit stattfanden, nicht unmittelbar nach einer größeren Mahlzeit oder im An-

schlusse an eine andere Muskelarbeit. Jedem Versuche ging eine gehörige Ruhepause von 10—15 Minuten voraus und nach der Arbeit wurden mit möglichst geringem Zeitverluste die ersten Pulscurven geschrieben. Während der Arbeit brauchbare Curven zu schreiben, gelang keinem von beiden. Die Erschütterungen der Hände und des Rumpfes, die mit der Arbeit nothwendig verbunden sind, machen die Schreibung eindeutiger Pulse während dieser Zeit unmöglich. CHRIST und STAEHELIN gelangten zu folgenden Resultaten: Mit jeder Muskelarbeit ist eine Erhöhung der Pulsfrequenz verbunden. Bei kleiner Arbeit ist die Zunahme viel geringer als nach mittlerer, nach großer Arbeit am bedeutendsten. Die Wirkung dieses Factors ist aber nicht gleichmäßig. Die einzelnen Versuche zeigen erhebliche Differenzen, hauptsächlich bedingt durch individuelle Verschiedenheiten der einzelnen Versuchsindividuen in ihrer Reaction auf Muskelthätigkeit. Auch die Erholungsfähigkeit des Herzens weist individuelle Differenzen auf.

So brauchbar und erwünscht diese Resultate für die Frage der Beziehungen zwischen Muskelarbeit und Pulsfrequenz auch sind, so weisen sie doch eine fühlbare Lücke auf. Sie klären uns nicht genauer über das Verhalten der Pulszahl während der Arbeit auf, da es, wie schon oben erwähnt, nicht möglich war, dabei mit dem JACQUET'schen Sphygmographen zu schreiben. Wollten wir nun daran gehen, auch darüber etwas zu erfahren, so mußten wir auf eine andere Versuchsanordnung bedacht sein. Es lag nun sehr nahe, den Puls einfach zu zählen. Dabei zeigte es sich sehr bald, daß die gewöhnliche Art der Zählung durch 20 oder 30 Secunden nicht genug exact sei. Denn nur sehr selten fällt das Ende eines Pulses mit dem Ende der 20. oder 30. Secunde genau zusammen. Wir müssen also einen ver-

¹⁾ „Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 53, 1894.

²⁾ „Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 59, 1897.

schieden großen Bruchtheil eines Pulses vernachlässigen. Dieser Fehler beträgt im ungünstigsten Falle mehr als einen halben Pulsschlag und wird durch die Multiplication mit 2 oder 3, um die Pulsfrequenz für eine Minute zu erhalten, noch entsprechend vergrößert. Dazu kommt, daß die Schwankungen des Pulses sich gerade während der wichtigsten Zeit, während und unmittelbar nach der Arbeit, rascher abspielen, als in 20 oder 30 Secunden. Wir erhalten durch die gewöhnliche Art der Zählung nur Durchschnittszahlen, welche die Veränderungen in der Frequenz des Herzschlages nur ungenau wiedergeben. Zählt man aber den Puls nur immer während 10 oder gar 5 Secunden, so werden die Fehler doppelt bis sechsmal so groß. In dem Bestreben, diesen Nachtheilen auszuweichen, kamen wir schließlich zu folgender Methode: Anstatt die Anzahl der Pulsschläge in einer gewissen Zeit zu ermitteln, bestimmten wir möglichst genau die Zeit, die während der Zählung von 15 oder 20 Pulsen verstreicht, mit Zuhilfenahme einer sogenannten Stopp- oder Wettrennuhr. Diese Uhren haben neben dem gewöhnlichen Secundenzeiger noch einen zweiten größeren, der $\frac{1}{5}$ Secunden genau anzeigt, und dessen Gang durch Niederdrücken eines Knopfes ausgelöst und abgestellt werden kann. Durch einen weiteren Druck kehrt der Zeiger stets zur Ausgangsstellung zurück. Die Zählung geschieht nun in der Weise, daß, während der Untersuchende mit der einen Hand den Puls fühlt, er mit der anderen zu Beginn des ersten zu zählenden Pulses durch leichten Druck auf den Knopf den großen Secundenzeiger in Bewegung setzt und am Ende des 15. oder 20. Pulses stoppt und die inzwischen verflossene Zeit abliest. Durch diese Art der Zählung erreichen wir, 1. daß alle Schwankungen deutlich zum Ausdruck kommen, 2. daß die Fehler bei der Bestimmung sehr reducirt werden. Der Fehler wird nicht größer als $\frac{1}{10}$ Secunde und schwankt nur innerhalb der Grenze von $\frac{1}{100}$ bis $\frac{1}{100}$ Secunden, kann also als fast constant bezeichnet werden. Für die Exactheit unserer Methode spricht auch, daß wir bei mannigfachen Controlversuchen, bei denen wir beide bald abwechselnd hintereinander, bald gleichzeitig an demselben Individuum, Puls zählten, vollständig übereinstimmende Resultate erhielten. Nur bedarf die Technik dieser Art der Pulszählung einiger Einübung.

Als einen wesentlichen Vortheil möchten wir es bezeichnen, daß auch die graphische Darstellung der Versuchsergebnisse leicht zu bewerkstelligen ist. Um die Curven übersichtlicher zu gestalten, haben wir in denselben als Ordinaten nicht die direct abgelesenen, sondern die nach der einmalig zu berechnenden Tabelle für eine Minute umgerechneten Zahlen eingezeichnet. Die Umrechnung erfolgt nach folgender Proportion: 15 Pulse verhalten sich zur abgelesenen Secundenzahl wie x (Zahl der Pulse in einer Minute) zu 60 Secunden. Findet man z. B., daß während 15 Pulsen 10 Secunden verstreichen, so lautet die Proportion $15 : 10 = x : 60$

$$x = \frac{15 \cdot 60}{10} = 90.$$

15 Pulse in 10 Secunden entsprechen also einer Pulsfrequenz von 90 für eine Minute. Hat man einmal diese Tabelle für alle möglichen Zahlen berechnet, so kann man derselben jede gewünschte Zahl entnehmen und erspart die jedesmalige Umrechnung.

Nach den Erfahrungen CHRIST'S und STAEHELIN'S und nach den Beobachtungen, die der eine von uns (Dr. GRÜNBAUM³⁾) bei seinen Untersuchungen mit Dr. GREBNER über die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutdrucke zu machen Gelegenheit hatte, waren wir bemüht, alle Fehlerquellen in der Versuchsanordnung möglichst zu vermeiden. Wir achteten stets darauf, daß die Versuche immer zur selben Tagesstunde stattfanden und nicht unmittelbar nach der Mahlzeit oder nach einer Muskelarbeit. Bevor mit der Arbeit begonnen wurde,

ließen wir die Versuchsperson auf dem Apparate, auf dem später gearbeitet werden sollte, und schon in derselben Stellung durch mehrere Minuten, ganz ruhig und regelmäßig athmend, bequem sitzen und während dieser ganzen Zeit wurde Puls gezählt. Ohne die Zählung zu unterbrechen, ließen wir mit der Arbeit erst beginnen, wenn durch mehrere Minuten hindurch die Frequenz keine größeren als die physiologischen Schwankungen aufwies. An jenen Tagen, an denen aus irgend welchem Grunde die Pulszahlen größere Differenzen zeigten, wurden mit den betreffenden Personen keine Versuche gemacht. Die Beobachtungen wurden nach beendeter Arbeit fortgesetzt, bis das ursprüngliche Niveau wieder erreicht und durch längere Zeit eingehalten wurde. Unsere Zählungen sind also vollständig lückenlos von der vorhergehenden Ruheperiode bis zur beendeten Erholung und durch keinen Lagewechsel und Stellungsveränderung der Versuchsperson alterirt.

Diese Vortheile wurden nur erreicht durch die von uns angegebene Methode der Pulsbestimmung und die Verwendung der HERZ'Schen⁴⁾ mechanotherapeutischen Apparate als Arbeitsmaschinen. Dieselben gestatten eine vollständig genaue Dosirung und Messung der von einer Muskelgruppe geleisteten Arbeit. Aus der großen Anzahl von HERZ-Apparaten wählten wir als die brauchbarsten jene aus, bei denen die Versuchsperson eine bequeme, sitzende Stellung einnimmt. Verwendet wurden folgende Maschinen:

1. Senkung des rechten Armes in der Frontalebene (W O + ₁₃).
2. Adduction beider Beine bei flectirtem Knie (W U + ₁₁).
3. Beugung des rechten Hüftgelenkes bei flectirtem Knie (W U + ₁₂).
4. Tretbewegung am stehenden Fahrrad (F U₇).
5. Förderungsbewegung beider Kniegelenke (F U₈).
6. Passive Beinrollung (F U₉).
7. Pro- und Supination der linken Hand als Selbsthemmungsbewegung (S O₃).

Die in Klammern beigefügten Bezeichnungen sind die Benennungen der betreffenden Apparate in dem heilgymnastischen System des Dr. HERZ. Die Anzahl der bei einem Versuche ausgeführten Contractionen schwankte zwischen 2—1200 bei einer jedesmaligen Arbeit von 2·1—11·67 Kilogramm, so daß die bei den Versuchen geleistete Arbeit zwischen 42—10·664 Kilogramm schwankte.

Im Ganzen haben wir an den verschiedenen Apparaten 30 Versuche gemacht. Als Versuchspersonen dienten wir selbst und ein dem Hilfspersonale des mechanotherapeutischen Institutes angehöriges Mädchen, lauter gesunde Personen im Alter von 20—30 Jahren. Die Versuche wurden in dem uns freundlichst zu diesem Zwecke zur Verfügung gestellten Institute des Dr. BUM ausgeführt, wofür wir unseren wärmsten Dank auszusprechen an dieser Stelle gerne Veranlassung nehmen.

Bevor wir an unsere Versuche herangehen konnten, mußten wir uns erst Klarheit über das Verhalten der Pulsfrequenz in der Ruhe zu verschaffen suchen. Schon VAN DER MÜHLL⁵⁾ hat nachgewiesen, daß die Pulszahl in der Ruhe keine constante Größe ist. Und diese Behauptung wurde von BLEULER und LEHMANN⁶⁾ bestätigt, die ebenfalls Schwankungen von 2—5 Pulsationen in der Minute beobachteten. Um diese Angaben zu prüfen, stellten wir eine Reihe von Vorversuchen an ruhig sitzenden Personen an und kamen zu ganz übereinstimmenden Resultaten. Schon in der Ruhe treten Schwankungen auf, die bei unseren Versuchen 2—6 Schläge in der Minute betragen. Nur in seltenen Fällen fanden wir Constanz durch mehrere Minuten oder Schwankungen von 1—2 Schlägen. Sehr häufig hatten wir Gelegenheit zu beobachten, daß äußere, die Versuchsperson treffende Reize,

⁴⁾ „Wiener Med. Presse“, 1898, Nr. 14.

⁵⁾ „Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 49, 1892.

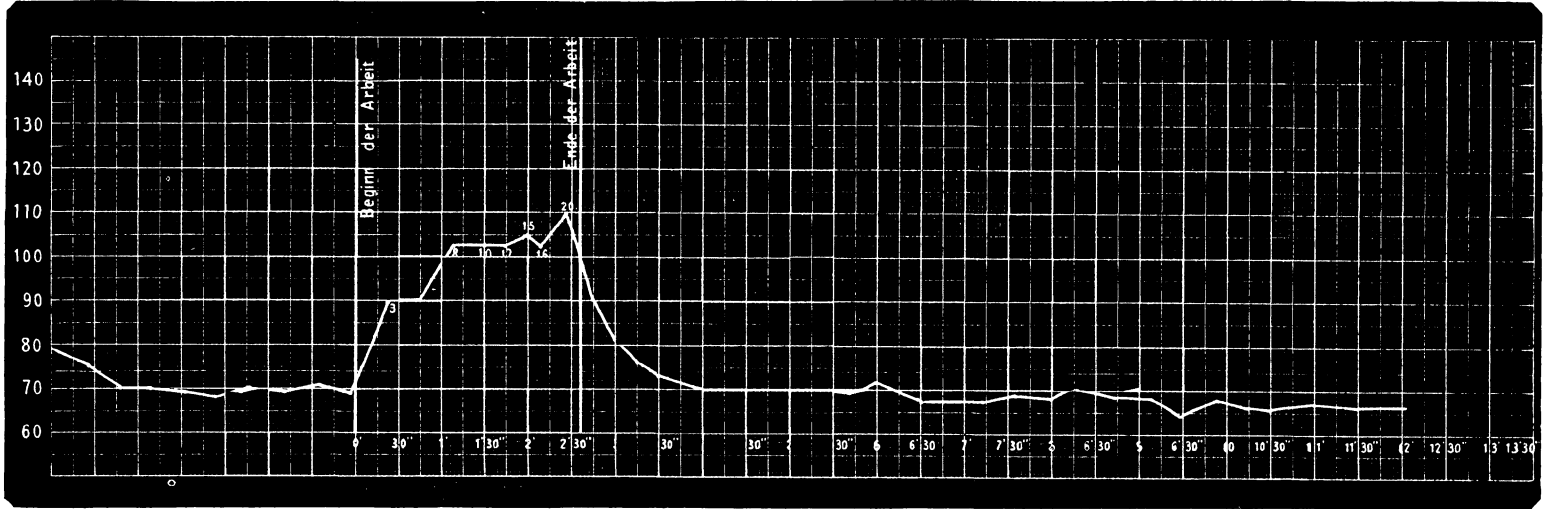
⁶⁾ „Archiv für Hygiene“, 1885.

³⁾ „Wiener Med. Presse“, 1899, Nr. 49.

kurze Steigerungen von 5—15 Schlägen bedingten. Ebenso veranlassen psychische Erregungen, wie Zorn, Aerger, Ungeduld etc., länger dauernde Erhöhungen der Pulszahl. Im Ganzen machten wir ähnliche Erfahrungen wie beim Beobachten des Blutdruckes, ohne daß ein stricter Parallelismus

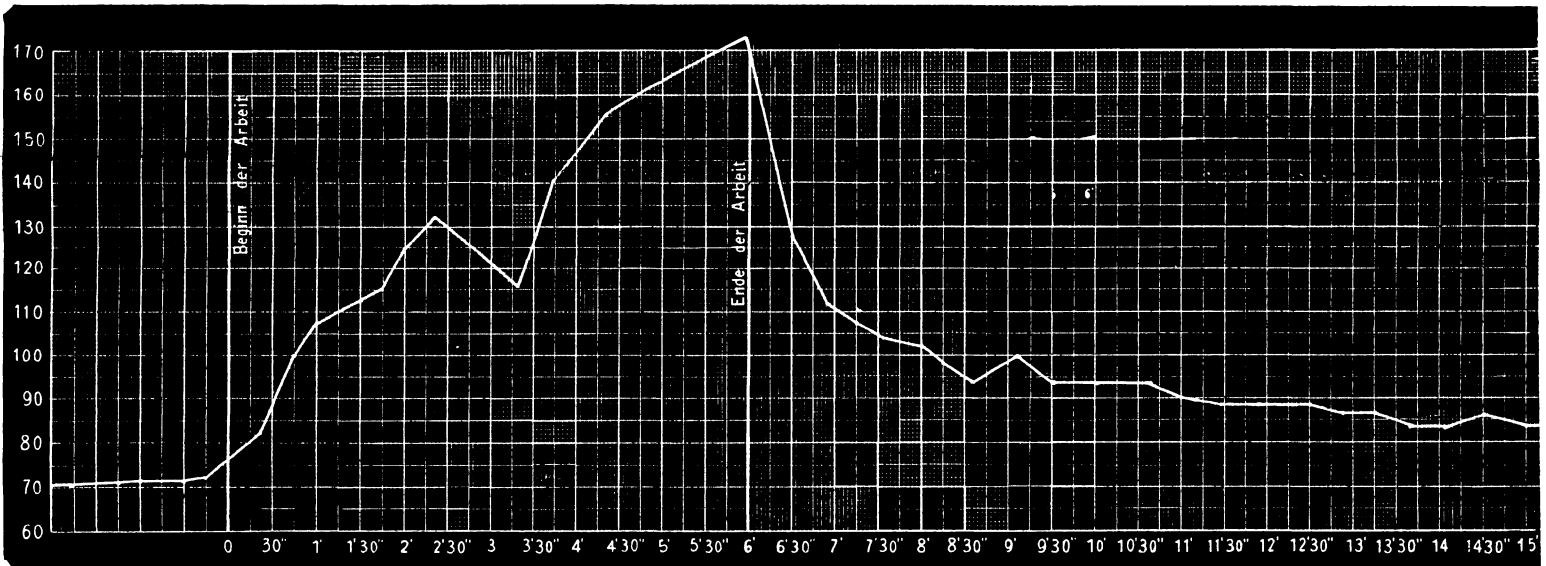
Proportionalität in diesem Sinne besteht aber nicht. Es geht aus unseren Versuchen mit Sicherheit hervor, daß auch bei einem Individuum bei derselben äußeren Gesamtarbeit sehr verschiedene Pulshöhen erreicht werden können, andererseits dieselbe Pulszahl bei verschieden großer Arbeit. Bei verschiedenen Personen machen

Fig. 1.



Versuch X. Dr. A. App. WO +₁₃. Bel. = 5·7 Kilogrammmeter. 22mal.

Fig. 2.



Versuch XXIII. Dr. G. App. FU.,. Bel. = 11·67 Kilogrammmeter bis zur Erschöpfung.

besteht. Keinesfalls ist die Pulszahl eine so constante oder schwer zu beeinflussende Größe, als man im Allgemeinen anzunehmen geneigt ist.

Unsere Versuche lassen sich nach den Apparaten, an denen gearbeitet wurde, gruppieren: 1. Versuche an Widerstands- und belasteten Förderungsapparaten, 2. an unbelasteten Förderungsapparaten, 3. an passiven Apparaten und 4. an Selbsthemmungsapparaten.

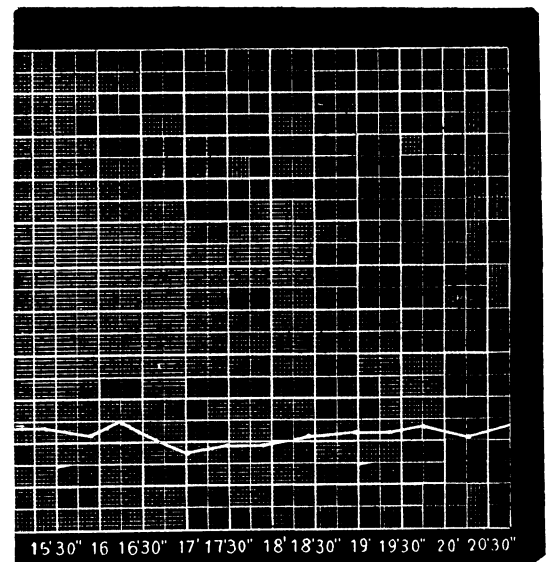
1. Versuche an Widerstands- und belasteten Förderungsapparaten.

Diese Gruppe umfaßt die meisten Versuche (19) und aus denselben lassen sich die wichtigsten Ergebnisse unserer Experimente über die Beeinflussung des Herzrhythmus durch Muskelarbeit abstrahieren.

Jede Muskelarbeit steigert die Pulsfrequenz. Der Anstieg erfolgt sofort mit dem Beginn der Muskelarbeit. So lange die Muskelarbeit andauert, hat die Curve die Tendenz zur Steigerung mit nur geringfügigen Remissionen. Nach Aufhören der Arbeit sinkt die Pulszahl sofort ab. Der Anstieg der Curve erfolgt langsamer als der Abfall (Fig. 1 und 2).

Die Zunahme der Pulsfrequenz hängt nur bis zu einem gewissen Grade von der absoluten Größe der Arbeitsleistung ab. Man kann wohl im Allgemeinen behaupten, daß beim Anwachsen der Arbeitsleistung eine Steigerung der Pulszahl eintritt. Eine

Fig. 2a.



sich auch noch individuelle Differenzen sehr deutlich bemerkbar. Hingegen scheint bei einem und demselben Individuum eine gesetzmäßige Abhängigkeit zu bestehen zwischen der Zunahme der Pulsfrequenz und der in der Zeiteinheit geleisteten Arbeit. Damit ist auch der bedeutende Einfluß erklärt, den das Tempo, in welchem gearbeitet wird, auf die Pulssteigerung ausübt. Wird das Tempo beschleunigt, so steigt natürlich auch die in der Zeiteinheit geleistete Arbeit. Wir haben eine Reihe von Versuchen angestellt, um den Einfluß des Tempo zu studiren. Immer zeigte sich, daß, wenn man das Tempo beschleunigt, auch die Pulsfrequenz sofort rasch ansteigt. Wird die Arbeit in diesem beschleunigten Tempo eine Zeit lang fortgesetzt, so steigt die Pulszahl noch weiter, aber viel langsamer, um wieder abzusinken, wenn das Tempo gemäßigter wird. Die Größe der Pulssteigerung hängt wesentlich auch noch davon ab, mit welchem Bruchtheile der spezifischen Energie die betreffende Muskelgruppe belastet wird. Unter spezifischer Energie versteht HERZ ⁷⁾ die maximale Arbeit, welche während einer Contraction von einer synergistischen Muskelgruppe geleistet werden kann. Läßt man verschiedene Muskeln mit verschiedenen Belastungen arbeiten, so treten bei derselben äußeren Arbeit die größeren Pulssteigerungen dann auf, wenn diese Muskeln mit einer im Vergleich zu ihrer Leistungsfähigkeit (spezifischen Energie) hohen Belastung beansprucht werden. Der Grund liegt wohl darin, daß dann dieselbe geleistete Arbeit eine größere Anstrengung erfordert. Die Leistungsfähigkeit der Muskeln kann durch Training beträchtlich gehoben werden. Damit erklärt es sich, daß z. B. Arbeiter ohne beträchtliche Erhöhung der Schlagzahl des Herzens Arbeiten leisten können, die bei Nichtgeübten, Nichttrainirten sehr bedeutende Steigerungen zur Folge haben.

Wie hoch die Pulsfrequenz durch Muskelarbeit gesteigert werden kann, war eine offene Frage. CHRIST ⁸⁾ und STAEHELIN ⁹⁾

die Normalzahl in der Regel schon in den ersten 1—3 Minuten der Ruhe erreicht. Manchmal erfolgt ein geringes Absinken unter die Norm. Nach größerer Arbeit dauert der Erholungsvorgang viel länger, 5—15 Minuten. Häufig treten große, wellenförmige Schwankungen um die Norm herum auf. Nach großer Arbeit ist die Erholung erst nach 40—60 Minuten oder noch später beendet. In allen Phasen der Erholung des Herzens machen sich individuelle Verschiedenheiten deutlich bemerkbar, sowohl in der Art des Abfalles, wie in der Größe und Häufigkeit der welligen Schwankungen. Große Muskelarbeit übt einen schwächenden und schädigenden Einfluß auch auf das gesunde Herz aus, kleine Arbeit hingegen nicht, selbst wenn dieselbe mehrmals hintereinander geleistet wird. Nur müssen kleine Ruhepausen dazwischen eingeschaltet werden.

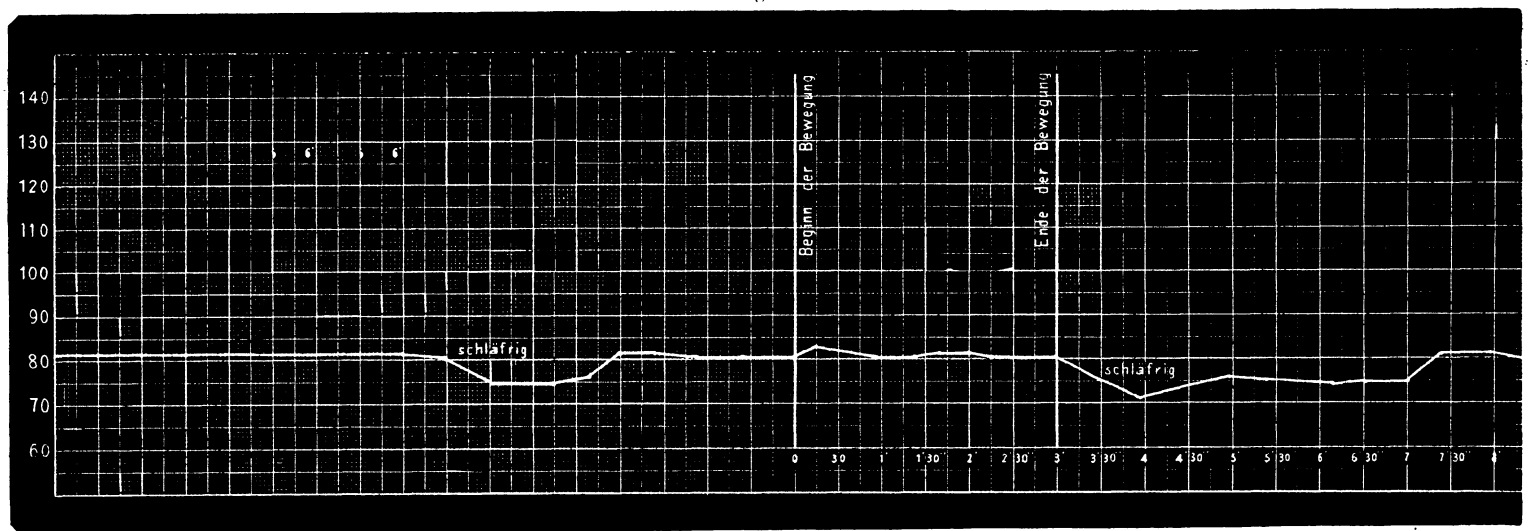
2. Versuche an unbelasteten Förderungsapparaten.

Unter Förderungsbewegungen versteht man Bewegungen ohne wesentlichen äußeren Widerstand, aber in einem ganz bestimmten gleichmäßigen Rhythmus, welcher durch eine Schwungmasse regulirt wird. Das Charakteristische der Förderungsbewegung ist der Rhythmus. Sie ist auch activ, aber unterscheidet sich von der Widerstandsbewegung durch den Mangel der Leistung einer äußeren Arbeit. Sie besteht in einem rhythmischen Wechselspiele antagonistischer Muskelgruppen mit einer periodischen Lageveränderung des betreffenden Körperteiles (FUNKE ¹³⁾). Die Förderungsbewegungen wirken beruhigend, calmirend auf den Gesamtorganismus. Dies geht sowohl aus den Versuchen GREBNER'S ¹⁴⁾ über den Einfluß dieser Bewegungen auf das Centralnervensystem hervor,

¹³⁾ Handbuch d. physik. Therapie von GOLDSCHIEDER und JACOB, 1901.

¹⁴⁾ „Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 1899, Nr. 33 u. 39.

Fig. 3.



Versuch XXVI. Dr. A. App. F U₆. 3'.

Fig. 3 a.

fanden bei ihren Versuchen als höchste Zahlen bei Gesunden 153—156, bei Typhusreconvalescenten ¹⁰⁾ 160—167 Pulse. Noch höhere Zahlen fanden TRAUTWEILER ¹¹⁾, 170 in der Minute, und A. LÖWY ¹²⁾ 176, beobachtet an kräftigen Individuen während anstrengenden Bergsteigens. Die größte Steigerung, die wir fanden, betrug 98 über der durchschnittlichen Normalzahl, 173 Pulse in der Minute (Tretbewegung auf gebremstem Fahrrad). Wir können diese Zahl wohl als Maximum bezeichnen, denn dieselbe wurde nicht überschritten, obwohl in einem Versuche noch durch mehr als 3 Minuten, nachdem dieses Maximum erreicht worden war, dieselbe sehr bedeutende Arbeit von der Versuchsperson bis zur vollständigen Erschöpfung geleistet wurde. Es scheint demnach, daß an dieser äußersten Grenze jede weitere Arbeit keinen Einfluß auf die Schlagzahl des Herzens auszuüben imstande ist. Die Arbeit kann nur kurze Zeit fortgesetzt werden, und bald tritt Erschöpfung ein.

Mit dem Momente, da die Arbeit eingestellt wird, sinkt die Pulsfrequenz sofort rapid ab. Der Abfall erfolgt in den ersten Secunden rascher, als in den späteren. Nach kleiner Arbeit ist

⁷⁾ l. c.

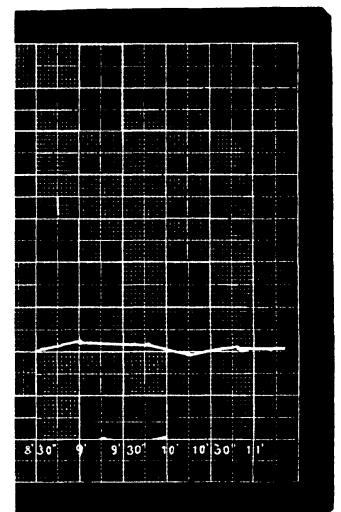
⁸⁾ l. c.

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ „Deutsches Archiv f. klin. Medicin“, Bd. 67, 1900.

¹¹⁾ Beiträge zur Mechanik und Physiologie des Bergsteigens, Jahrbuch S. A. C. 1883, 1884.

¹²⁾ Handbuch d. physik. Therapie von GOLDSCHIEDER und JACOB, 1901.



wie aus der Arbeit des einen von uns (GRÜNBAUM¹⁵) mit GREBNER über das Verhalten des Blutdruckes (Fig. 3).

Aehnlich verhält es sich mit der Pulsfrequenz. Während der Förderungsbewegung bleibt diese ziemlich unverändert, ebenso nach Aufhören der Arbeit. Nur gewinnt man bei Betrachtung der ganzen Versuchsreihe den Eindruck, als ob nach Förderungsbewegungen Schwankungen auch innerhalb der physiologischen Grenzen seltener auftreten, das Niveau der Pulszahl noch gleichmäßiger würde. Häufig beobachtet man ein deutliches Absinken unter die Norm, die allmähig ohne wesentliche Schwankungen wieder erreicht wird.

3. Versuche mit passiven Bewegungen.

Passive Bewegungen sind solche, bei welchen die bewegten Theile einem fremden Kraftgeber widerstandslos überlassen werden (Fig. 4).

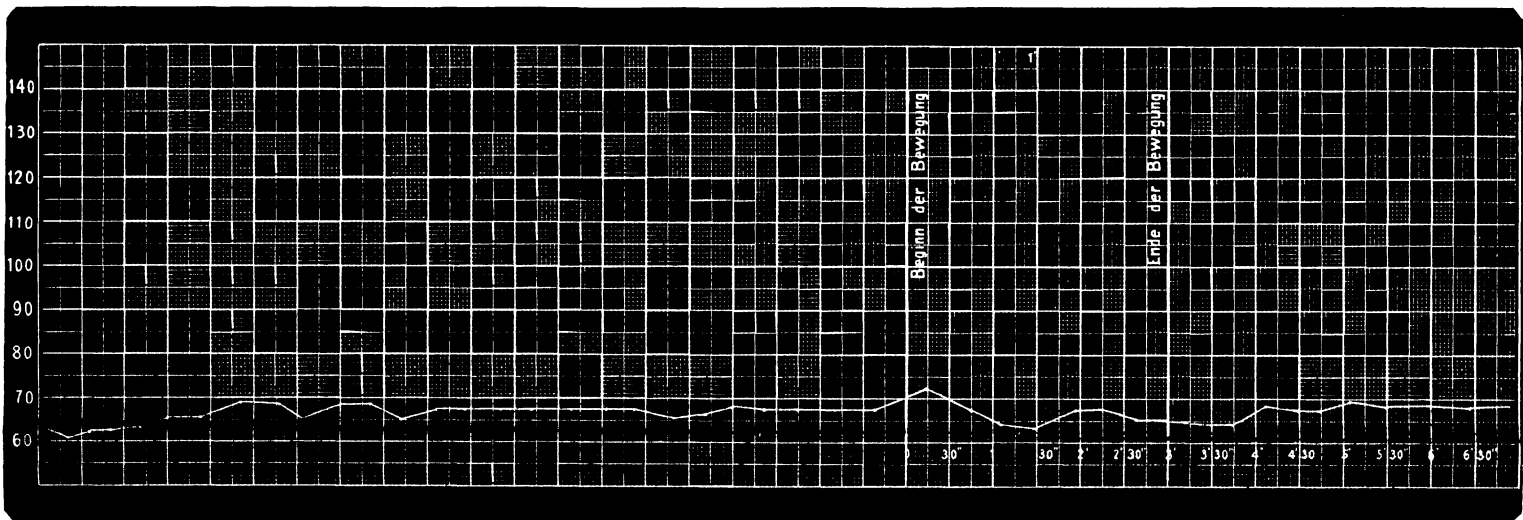
gungen zu setzen. Es sind Fehler in der Versuchsanordnung, die vermieden werden müssen. In einzelnen Versuchen konnten wir nach Beendigung der passiven Bewegungen ein leichtes Absinken der Pulszahl beobachten.

4. Versuche mit Selbsthemmungsbewegungen.

Die Selbsthemmungsbewegung ist eine Muskelaction, welche bei gespannter Aufmerksamkeit ohne oder gegen einen sehr kleinen äußeren Widerstand mit einer gleichmäßigen, bedeutend geringeren als der habituellen Geschwindigkeit stattfindet. Das Charakteristische dieser Bewegungen liegt in der concentrirten Aufmerksamkeit, mit der dieselben ausgeführt werden müssen, in der intensiven, bewußten Innervation. Sie wirken auf das Nervensystem stark erschöpfend ein, werden daher nur in geringer Zahl verordnet.

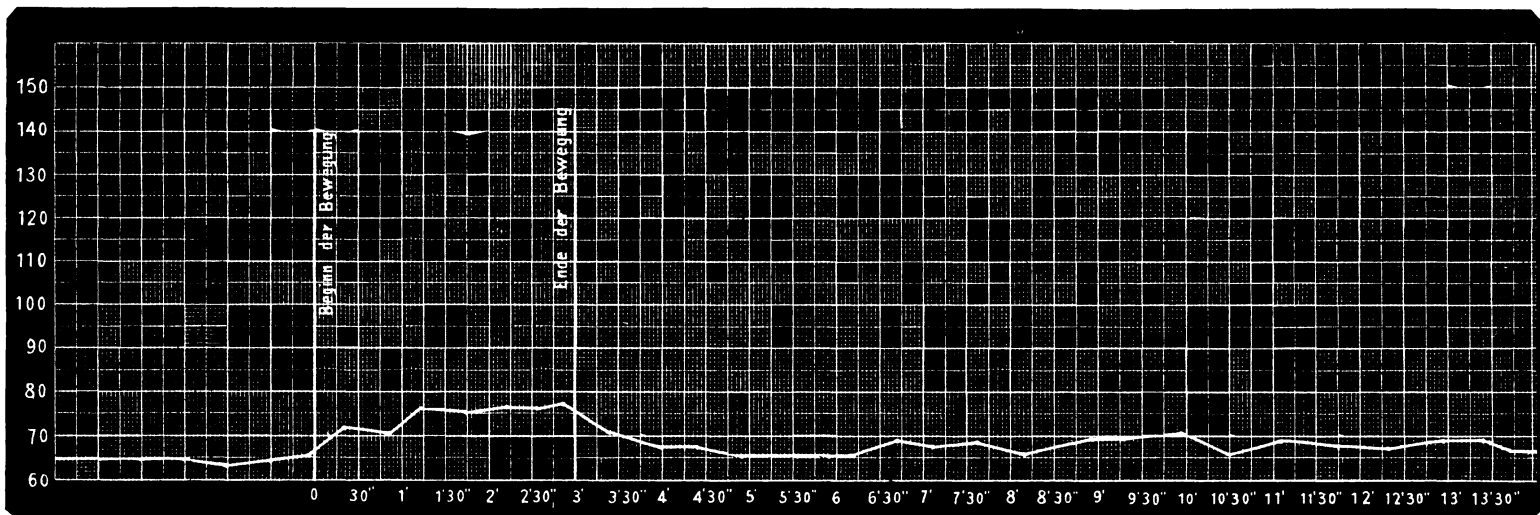
Während der Selbsthemmungsbewegung steigt die Pulsfrequenz fortwährend an, und zwar in viel höherem Maße, als es der dabei geleisteten äußeren Arbeit entspricht (Fig. 5). Mit dem Aufhören

Fig. 4.



Versuch VII. Dr. G. App. PU₃. 3'.

Fig. 5.



Versuch XXX. Dr. G. App. S O₃. 3'.

Wie von vorneherein anzunehmen war, üben passive Bewegungen keinen wesentlichen Einfluß auf die Pulsfrequenz aus. Steigerungen treten nur dann auf, wenn die Stellung keine ungewohnte ist oder die Muskelkraft der Versuchsperson zur Erhaltung der Lage und des Gleichgewichtes in Anspruch genommen wird. Ebenso treten natürlich Erhöhungen der Pulszahl auf, wenn die Bewegungen schmerzhaft sind. Doch sind alle diese Veränderungen der Pulsfrequenz nicht auf Rechnung der passiven Bewe-

derselben sinkt die Pulszahl sofort in langsamem Tempo ab. Dann treten wellenförmige Schwankungen auf, häufiger und von längerer Dauer als die physiologischen. Dieselben lassen sich noch geraume Zeit nachher beobachten, um allmähig kürzer zu werden und zu verschwinden.

Die Resultate unserer Versuche lassen sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Jede Muskelarbeit steigert die Pulsfrequenz.
2. Die Größe der Steigerung hängt wesentlich ab von der in der Zeiteinheit geleisteten Arbeit (Tempo) und von

¹⁵) l. c.

dem Verhältniß der Belastung zur maximalen Leistungsfähigkeit der betreffenden Muskelgruppe (specifische Energie).

3. Mit dem Aufhören der Arbeit sinkt die Pulszahl sofort ab.

4. Sowohl der Anstieg wie die Erholung des Herzens zeigen individuelle Verschiedenheiten.

5. Förderungsbewegungen wirken calmirend auf die Pulsfrequenz ohne vorausgehende Steigerung.

6. Passive Bewegungen lassen den Herzrhythmus unbeeinflusst.

7. Selbsthemmungsbewegungen bewirken eine beträchtlichere Erhöhung der Pulszahl, als der geleisteten äußeren Arbeit entsprechen würde.

Beiträge zur hämorrhagischen Diathese bei Typhus abdominalis.

Von **Dr. Alois Tramer** in Klosterneuburg.

Von den zahlreichen Complicationen und Nachkrankheiten des Typhus abdominalis gehört die hämorrhagische Diathese zu den selteneren. In den mir zur Verfügung stehenden Werken habe ich keine percentuelle Angabe über die Häufigkeit dieser Complication finden können; in EULENBURG'S Real-Encyclopädie finden wir in der ausgezeichneten Abhandlung über Abdominaltyphus bloß den kleingedruckten Vermerk: „Bei manchen Kranken entwickelt sich in der 3. Woche oder später eine allgemeine hämorrhagische Diathese, wobei Blutungen unter die Haut, aus Nase, Zahnfleisch, Lungen, Nieren, Gehirnblutungen etc. erfolgen und unter zunehmender Adynamie zum Tode führen.“

Ich selbst habe diese Complication unter 98 Fällen der Privatpraxis im ganzen zweimal gesehen; das gäbe circa 2%; sie dürfte jedoch viel seltener sein, aber auch dann ist sie wegen der tristen Prognose, die sie bietet, für den Praktiker wichtig genug, um eingehender besprochen zu werden.

Die hämorrhagische Diathese als solche ist in ihren Symptomen allerdings genügend gekannt; gleichsam als Paradigma derselben kann der Morbus maculosus Werlhofii gelten. Sie tritt bei und nach den verschiedensten acuten und chronischen Krankheiten auf, als Typhus, Pocken, Scharlach, Influenza, Masern, Pest, Intermittens, Pneumonie, acuter Gelenkrheumatismus, Leukämie, progressive Anämie etc. Es ist jedoch einleuchtend, daß wir beispielsweise im Verlaufe eines acuten Gelenkrheumatismus beim Auftreten von spontanen Blutungen sofort an die Möglichkeit einer hämorrhagischen Diathese denken werden; dasselbe gilt von allen anderen eben aufgezählten Krankheiten mit Ausnahme des Typhus, weil gerade bei dieser Erkrankung Blutungen verschiedener Art an der Tagesordnung sind, und wir deshalb bei ihrem Erscheinen nicht immer gleich an die Eventualität einer allgemeinen hämorrhagischen Diathese denken werden. Welche Unannehmlichkeiten daraus dem praktischen Arzte erwachsen können, ist klar, wenn man bedenkt, daß eine mäßige Epistaxis im Verlaufe eines Typhus das einmal ein ziemlich ungefährliches Symptom darstellt, das anderemal den Anfang vom Ende bedeutet und die Scene zu jenem Symptomencomplex einleitet, welcher wohl ausnahmslos innerhalb weniger Tage zum Tode führt.

Ich will es nun im Folgenden versuchen, an der Hand der beiden von mir beobachteten Fälle, die ich in aller Kürze mit den hervorsteckendsten Symptomen schildern will, jene Unterschiede festzustellen, welche zwischen Blutungen bestehen, die sozusagen zum Krankheitsbilde des Typhus auch ohne hämorrhagische Diathese gehören und solchen, deren Auftreten auf beginnende hämorrhagische Diathese hinweist.

In dem einen Falle handelte es sich um eine 40jährige, kräftige Bäuerin, die, nachdem einige Typhusfälle in ihrer Nach-

barschaft aufgetreten waren und auch die Magd des Hauses einen mittelschweren uncomplicirten Typhus gut überstanden hatte, unter den gewöhnlichen Erscheinungen erkrankte, als: längere Zeit andauerndes Unwohlsein, mehrmaliges Erbrechen, Kopfschmerzen und staffelförmig ansteigendes Fieber. Der Typhus nahm einen ziemlich schweren Verlauf; es stellten sich in der 2. Woche die charakteristischen Typhusstühle ein, ferner Milzschwellung, Delirien, Roseola auf Bauch- und Brusthaut, mäßiger Meteorismus. Die Temperaturen bewegten sich zwischen 39 und 40°, Abends häufig etwas darüber, Puls 110—120, Sensorium zeitweilig stark benommen. Die Erscheinungen nahmen in der 3. Woche noch etwas an Schwere zu, über den Lungen stellten sich ausgebreitete Rasselgeräusche ein. Trotz der Schwere der Erscheinungen war der Fall mangels jeglicher Complication nicht hoffnungslos und deutete nichts auf den Eintritt einer solchen, insbesondere der hämorrhagischen Diathese hin. Am Ende der 3. Woche trat plötzlich ohne jede äußere Veranlassung, und ohne daß dieses Symptom bisher im Verlaufe der Erkrankung aufgetreten wäre, Nasenbluten auf: das Blut floß langsam, aber gleichmäßig und continuirlich aus beiden Nasenhälften in dunkelrother Farbe und ergoß sich theils nach außen, theils in den Nasenrachenraum, von wo es verschluckt oder ausgespuckt wurde. Der genauere Einblick in die Nase war bei der starken Benommenheit der Patientin und der ununterbrochenen Blutung erschwert, nur soviel glaubte ich wahrnehmen zu können, daß die Blutung aus beiden Nasenhälften in derselben Stärke erfolgte und augenscheinlich die gesammte Nasenschleimhaut betraf. In der Mundhöhle war nichts Auffälliges wahrzunehmen; Zunge trocken; fuliginös belegt, Lippen trocken und rissig. An der hinteren Rachenwand offenbar von der Nase stammendes flüssiges Blut. Die gewöhnlichen Blutstillungsmittel versagten vollständig und auch die Tamponade hatte nur vorübergehenden Erfolg. Die Haut war noch vollständig frei. Tags darauf war die Haut des Stammes und der Extremitäten von ziemlich zahlreichen, stecknadelkopf- bis bohnen großen, dunkelblauroth gefärbten, theils runden, theils unregelmäßig geformten, auf Fingerdruck nicht schwindenden Hautblutungen besetzt, welche auffallend mit der übrigen, wachsartig blassen Hautdecke contrastirten. Gleichzeitig stellten sich stark blutig gefärbter (bordeauxrother) Urin und blutige Stuhlentleerungen von der charakteristischen Theerfarbe ein; es konnte jedoch nicht festgestellt werden, ob letztere ihre Entstehung einer wirklichen Darmblutung verdanken oder ob sie durch Verschlucken des aus der Nase stammenden Blutes entstanden waren. Noch am Abende desselben Tages, 36 Stunden nach Auftreten des ersten Symptomes der hämorrhagischen Diathese, trat nach vorheriger Lähmung der linken oberen und unteren Extremität (Gehirnblutung) der Exitus im Collapse und unter schwerer Benommenheit der Patientin ein.

Nicht so foudroyant, aber mit demselben traurigen Ausgange verlief der 2. Fall:

Ein schlecht genährter, 35jähriger Arbeiter einer Cementfabrik (Steinschal-Tradigist bei Kirchberg a. d. Pielach), in welcher damals (Sommer 1896) in einem Zeitraume von 5 Monaten 21 Typhusfälle vorkamen, hatte einen vierwöchentlichen, mittelschweren Abdominaltyphus ohne jegliche Complication bereits überstanden. Es hätte keinen Zweck, auf den Decursus morbi näher einzugehen, da derselbe keine Besonderheit darbot, nur soviel sei erwähnt, daß im Beginne der Erkrankung zweimal leichte Epistaxis aus der linken Nasenseite aufgetreten war und sonstige Blutungen während des Fieberstadiums fehlten. Die Entfieberung war in der gewöhnlichen lytischen Weise erfolgt, die Milzschwellung geschwunden und die Stuhlentleerung wieder eine normale. Auch Puls und Athmung wiesen keine Abnormität auf. Der Patient befand sich demnach anscheinend in voller Reconvalescenz, bloß der Appetit wollte sich nicht so rasch einstellen, als es sonst bei jugendlichen Individuen nach Typhus zu geschehen pflegt, auch bestand noch große, körperliche Schwäche und eine auffallende Blässe der Haut. Nach 6tägiger Apyrexie trat ohne äußere Veranlassung (Patient hatte das Bett noch nicht verlassen) Nasenbluten ein von denselben Merkmalen wie im ersten Falle: beiderseitige, mäßig starke,

aber ununterbrochene Epistaxis mehr venösen Charakters, zu welcher sich jedoch in diesem Falle bald Blutungen aus allen Theilen der Mundschleimhaut hinzugesellten. Der Befund in der Mundhöhle war ein sehr charakteristischer: Die Schleimhaut der Zunge, der Wangen, der Lippen und des Zahnfleisches war übersät von bohnen großen und auch kleineren schwarzrothen, über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragenden, Blutblasen ähnlichen Suffusionen, und das Blut quoll aus allen diesen Theilen, insbesondere aus dem gelockerten Zahnfleische hervor, als würde man einen blutgetränkten Schwamm langsam auspressen. Die Farbe des Blutes war auch hier tief dunkelroth, beinahe schwarz; die Blutung stand auf keine der gebräuchlichen Maßnahmen. Tags darauf traten Hautblutungen und blutige Darmentleerungen genau wie im ersten Falle auf, nur daß die Hautblutungen nicht so zahlreich waren; im Urin etwas Eiweiß, aber kein Blut wie im ersten Falle. Der Puls wurde frequenter und kleiner, fadenförmig, Temperatur eher unter der Norm. Milz klein. Am darauffolgenden Tage, dem dritten nach Einsetzen der Blutung, Exitus im Zustande äußerster Erschöpfung und bei völlig ungetrübtem Bewußtsein.

Während also im ersten Falle die hämorrhagische Diathese in die für Typhus in puncto Complicationen bedeutungsvollste 3. Woche fällt, bildet sie im 2. Falle eine Folgekrankheit, wie übrigens bei vielen anderen Infectionskrankheiten, die oben aufgezählt wurden.

In keinem der beiden Fälle deutete irgend ein Symptom auf das kommende schwere Ereigniß hin; umso wichtiger erscheint es daher für die Stellung der Prognose, wenigstens die ersten auftretenden Blutungen gleich richtig zu deuten, und das dürfte, wie wir gleich sehen werden, in den meisten Fällen leicht fallen.

Nieren-, resp. Blasenblutungen, ebenso Gehirnblutungen können wir von der Besprechung ausschließen, da sie ja für gewöhnlich nur bei ausgebildeter hämorrhagischer Diathese vorkommen und wir dann auch die anderen Symptome derselben immer schon vorfinden werden. Anders verhält es sich bei den Haut-, Nasen-, Mund-, Lungen- und Darmblutungen, die wir nun näher ins Auge fassen wollen.

Das wichtigste, wenn auch nicht immer, wie wir gesehen haben, das erste Symptom der hämorrhagischen Diathese bilden die Hautblutungen; sie haben, wie schon oben erwähnt, am meisten Aehnlichkeit mit den bei Morbus maculosus auftretenden; sie kommen auf Rücken, Brust, Bauch, den oberen und unteren Extremitäten, gewöhnlich aber nicht im Gesichte vor; über Farbe, Größe und Gestalt ist schon bei Mittheilung der Fälle das Nöthige gesagt worden. Ich möchte nur noch hervorheben, daß ihre Zahl manchmal nur eine ganz geringe ist, einige wenige Flecke am Stamme und den Extremitäten. Man könnte sie nur mit einer petechialen Roseola oder mit den bei Typhus häufigen petechialen Blutungen der Unterschenkel verwechseln. Da sich aber die petechiale Roseola aus einer gewöhnlichen, nach längerem Bestehen derselben zu entwickeln pflegt, die ferner höchstens an den Oberschenkeln, und zwar an deren Streckseite, sonst nirgends an den Extremitäten auftritt, und die Zeit ihres Entstehens zumeist in den Beginn der 2. Woche fällt, wird sie von den frühestens in der 3. Woche auftretenden, den Stamm und die Extremitäten, letztere sogar mit Vorliebe ergreifenden, von vorneherein hämorrhagischen Flecken der Diathese leicht zu unterscheiden sein. Die Petechien der Unterschenkel, wie sie in der Reconvalescenz nach schwereren Typhen, meist bei älteren, etwas marastischen Individuen vorkommen, haben meist eine lebhafter rothe Färbung, sind nur stecknadelkopfgroß, selten größer und zeichnen sich eben dadurch aus, daß sie fast nie an den Oberschenkeln und den oberen Extremitäten vorkommen. Sie haben ebenso wie die petechiale Roseola keine schlimme Vorbedeutung.

Das zweite differentiaaldiagnostisch zu besprechende Symptom ist das Nasenbluten. Wie wir gesehen haben, ist es häufig das erste Anzeichen der bestehenden Blutdissolution, aber auch sonst ein bei Typhus sehr häufiges Vorkommniß,

in manchen Epidemien in über 50% aller Fälle. Es kommt sowohl als Prodromalsymptom, als auch im Beginne der Erkrankung, seltener nach der 3. Woche vor. Wenn nicht ausnahmsweise von besonderer Heftigkeit, gibt es zu keinerlei Befürchtungen Anlaß, bringt im Gegentheile dem Patienten oft eine gewisse Erleichterung seiner Kopfschmerzen; das Sensorium wird häufig nach einer solchen Blutung etwas freier und oft leitet sie die definitive Besserung des Allgemeinbefindens ein. Sie trägt arteriellen Charakter, ist meist einseitig, von wechselnder Intensität, unterscheidet sich also in nichts von der gewöhnlichen Epistaxis, wie sie bei Nephritis, habituellen Blutern, Arteriosklerose etc. vorkommt. Ihre Ursachen sind noch nicht aufgeklärt. Eine acute Verfettung der Gefäße zu beschuldigen, erscheint mir wenig plausibel; denn wie sollte gleich zu Beginn der Erkrankung oder gar im Prodromalstadium, nach kurzem Bestande eines noch mäßigen Fiebers oder ohne ein solches die Verfettung zustande kommen? Vielleicht ist die abnorme Trockenheit der Nasenschleimhaut, die bei Typhus auch schon im Beginne die Regel bildet, und eine mit ihr verknüpfte abnorme Zerreiblichkeit schuld daran. Auch Blutdrucksteigerungen könnten in Frage kommen, zumal im Anfange der Erkrankung oft ein auffallendes Mißverhältniß zwischen Temperatur und Pulszahl zu Gunsten der letzteren besteht (Vagusreizung durch Toxine?)

Ganz anders pflegt sich die Epistaxis bei hämorrhagischer Diathese zu verhalten; die Blutung erfolgt ja hier nicht aus einem verletzten Gefäße oder aus einer Schleimhautläsion, sondern sie betrifft die ganze Schleimhaut der Nase, ist eine parenchymatöse, weshalb auch das Blut dunkler gefärbt erscheint; die Blutung erfolgt aus beiden Nasenhälften in derselben Stärke und hält ohne Kunsthilfe gewöhnlich in gleicher Intensität ununterbrochen an. Mehr oder minder häufig werden sich ihr auch Blutungen aus dem Munde, insbesondere aus dem Zahnfleische beigesellen und, wenn nicht schon vorhanden, auch die charakteristischen Hautblutungen bald zu Tage treten. Es wird deshalb in jedem Falle von Epistaxis auch eine genaue Inspection der Mundhöhle und der allgemeinen Hautdecke vorzunehmen sein.

Was die blutigen Darmentleerungen anlangt, so wird man kaum fehlgehen, eine solche in der 2.—3. Krankheitswoche auftretende als durch ein typhöses Geschwür entstanden aufzufassen, sofern alle anderen Anzeichen von hämorrhagischer Diathese fehlen; wenn nicht, dürfte es im Einzelfalle schwer oder unmöglich sein zu bestimmen, ob das per anum entleerte theerfarbene Blut auf ein typhöses Darmgeschwür oder auf eine hämorrhagische Blutung der Darmschleimhaut oder schließlich auf verschlucktes Blut zurückzuführen ist, falls Nasen- oder Mundblutungen bestehen, welche Unterscheidung ja dann aber für die Prognose belanglos wäre. Bei jeder nach der 3. Woche auftretenden Melaena wird der Verdacht auf hämorrhagische Diathese umsomehr gerechtfertigt sein, je später nach diesem Termine dieselbe erscheint. Die noch hinzukommenden Symptome werden für die Diagnose entscheidend sein.

Bei etwa auftretender Hämoptoe wird die genaue Untersuchung der Lungen und des Herzens darüber Aufschluß geben, ob wir es im vorliegenden Falle mit einer Pneumonie (katarrhalisch oder croupös) oder mit einem hämorrhagischen Infarct zu thun haben, und erst bei Ausschluß dieser Möglichkeiten, resp. bei Vorhandensein anderer Zeichen von hämorrhagischer Diathese auf diese zu recurriren sein. In jedem Falle wird man untersuchen müssen, ob man es nicht mit aus der Nase oder dem Munde dem Sputum beigemengtem Blute zu thun hat.

Diese wenigen Anhaltspunkte können, wie ich glaube, in jedem Falle von Blutung bei oder im Anschlusse an Typhus dem praktischen Arzte genügen, um über ihre Provenienz ins Klare zu kommen und danach seine Vorhersage einzurichten.

In therapeutischer Beziehung wäre ein Versuch mit Gelatine wohl am Platze. Von Ergotin, Stypticin, Ferrum sesquichloratum u. a. ist nicht viel zu erwarten; selbstverständlich ist auf Erhaltung der Kräfte zu sehen.

Zum Schlusse drängt sich uns noch eine Frage auf. Ich habe es mit Absicht vermieden, über die Differentialdiagnose des Typhus und anderer Krankheiten zu sprechen, weil es nicht in den Rahmen dieses Artikels gehören würde. Nur bezüglich einer Krankheit möchte ich eine Ausnahme machen; es ist die Sepsis. Die Aehnlichkeit dieser Erkrankung mit Typhus und gleichzeitiger hämorrhagischer Diathese ist so groß, daß in manchen Fällen eine Unterscheidung in vivo zu den größten Schwierigkeiten gehört; nur die ätiologischen Momente und der Verlauf werden in solchen Fällen für die Diagnose herangezogen werden können; es fragt sich nun, ob die Aehnlichkeit nur eine zufällige ist und nur die Blutungen aus derselben gemeinsamen Ursache, Verfettung der Gefäße oder Blutentmischung, hergeleitet werden können oder ob die hämorrhagische Diathese nicht nur bei Typhus, sondern auch bei vielen anderen Infectiouskrankheiten vielleicht nichts anderes ist, als eine secundäre septische Infection, resp. von vornherein eine Mischinfection.

Bei Typhus würde sich dann die Sache so verhalten, daß von Seiten der Darmgeschwüre die Secundärinfection mit Staphylo-, resp. Streptokokken stattfindet und die hämorrhagische Diathese nur der Ausdruck der manifest gewordenen Sepsis wäre. Dies würde es auch erklären, warum die hämorrhagische Diathese bei Typhus niemals vor der 3. Woche (Geschwürsbildung) auftritt. Es wird vielleicht den Gegenstand künftiger Forschungen bilden, über diesen Punkt Klarheit zu bringen.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Mehr wissen wir über Kreislaufstörungen im Unterleibe, wenn auch manche Lehre auf diesem Gebiete hypothetisch bleiben muß, wenn auch im speciellen Falle die Beurtheilung nicht immer leicht ist.

Zahlreiche Kranke mit vasomotorischer Ataxie klagen über Unterleibsbeschwerden. Wo dieselben sehr wechselnd, attackenartig, auf Reize hin auftreten, die wir auch sonst bei jener Erkrankung als auslösend kennen, da liegt es nahe, zur Erklärung Kreislaufschwankungen und jene Secretionsanomalien heranzuziehen, deren inniger Zusammenhang mit jenen uns noch beschäftigen wird. Aber abgesehen von zufälligen Complicationen bleibt zu bedenken, daß natürlich auf gleicher Basis, wie jene, zahllose nervöse, von der Blutcirculation unabhängige Störungen entstehen können; vor allem ist auch die bei unseren Kranken so häufige Erschlaffung der Aufhängebänder und Atonie der Organe zu erwähnen. Da wir nun über den Blutgehalt nicht gerade häufig orientirt sind, so bleiben manche Phänomene in ihrer Deutung zweifelhaft.

Wir besprechen zunächst Erscheinungen, welche an den größeren Unterleibsgefäßen zu beobachten sind, und zwar im allgemeinen solche vasodilatatorischer Natur, da die vasoconstrictorischen, die möglicherweise gar nicht so selten sind, kein einfach zu deutendes klinisches Bild geben.

Am bekanntesten sind die pulsatorischen Phänomene an der Bauchaorta, die in der That so stark werden können, daß der Gedanke an ein Aneurysma auftaucht; KRAFFT-EBING³²⁾ erwähnt einen Fall aus der Literatur, wo

³²⁾ KRAFFT-EBING, Nervosität und neurasthenische Zustände. „NOTHNAGEL's spec. Path. u. Ther.“, Wien 1895.

deswegen gar laparotomirt wurde. Das Klopfen in der Bauchhöhle, mit heftigen Schmerzen verbunden, die eventuell so im Vordergrund stehen, daß der pulsatorische Charakter erst bei näherem Befragen angegeben wird, gehört besonders bei weiblichen Personen zu den recht häufigen Beschwerden.

Objectiv nachweisbare stärkere pulsatorische Erschütterung des Epi- und auch Mesogastriums durch die Aorta kommt unter günstigen Fortleitungsbedingungen (bei sehr mageren Personen, bei Leber- und Pankreasaffectionen, auch über contrahirten und gefüllten Darmschlingen und über dem Pylorustheil des gefüllten und gesenkten Magens) nicht selten vor, ist aber in diesen Fällen, wenn die Betroffenen nicht darüber klagen, kaum als krankhaft zu bezeichnen.

Wird über unangenehmes Klopfen geklagt, so kann dies bei sehr empfindlichen Menschen daran liegen, daß sie schon das normale Klopfen der Bauchaorta, respective die Erschütterung, welche Magen, Leber, Ganglien dadurch erfahren, als unangenehm empfinden. Gewöhnlich aber kann dabei eine verstärkte Action des Gefäßrohres auch objectiv festgestellt werden.

Das anfallsweise Auftreten dieser Symptome ist von ROSENBACH (l. c.) ausführlich geschildert worden: es handelt sich dabei nicht nur um verstärkte Pulsation, sondern geradezu um beträchtliche Erweiterungen des Rohres. Verdauungsstörungen, vor allem Heißhunger, Flatulenz, Obstipation gehen diesen bis jetzt viel zu wenig beachteten Anfällen voraus, bei welchen man unter den Händen eine anfallsweise Vergrößerung des normalen Umfanges der Aorta selbst bis aufs Doppelte constatiren kann. Eine zeitweise Abnahme der Abflußwiderstände in den großen Unterleibsorganen muß als Ursache dieses Zustandes betrachtet werden. Durch Zerrung und Erschütterung der großen Nervenplexus — angeblich auch der Nervi vasorum — erzeugt das erweiterte Gefäß die heftigsten cardialgischen Anfälle; man wird gut thun, bei allen unklaren Cardialgien auf paroxysmale Gefäßweiterung zu fahnden, die wohl nur deshalb so selten constatirt wird, weil sie in der anfallsfreien Zeit schwer feststellbar ist. Zuweilen mag allerdings die Cardialgie nicht die Folge der Gefäßaffection, sondern der gleichzeitige Effect der auslösenden Ursache sein. Die Anfälle enden nicht selten mit Erbrechen. Manchmal kann man im selben Anfalle in kurzen Intervallen wechselnde Verengerung und Erweiterung des Rohres constatiren.

Diese Anfälle sind nicht nur von anderen Gefäßsymptomen (Veränderungen der Herzthätigkeit, Kühle und Cyanose der Hände und Füße, sowie Blässe des Gesichtes) begleitet, sondern es ließ sich auch in den Fällen der Art, die ich sah, die allgemeine Labilität des Gefäßnervensystems nachweisen. In dem ausgeprägtesten Bilde meiner Beobachtung bestand z. B. zugleich Neigung zu Migräne und eine ganz auffallende vasomotorische Ataxie des Hautorgans (spontane und durch mechanische Reize leicht auslösbare Erytheme und Quaddeln, Neigung zu Hautblutungen, das eigenthümliche nervöse Oedem der Füße, Hyperhidrosis manuum von bedeutender Stärke).

Es sei angefügt, daß die Anfälle der Gefäßweiterung, in wechselnder Intensität allerdings, sehr lange anhalten können, so lange, daß man von einer continuirlichen Form des Leidens sprechen kann. Ich habe dieselbe nach Aufregungen beobachtet, zweimal äußerst stark bei Frauen, deren Periode längere Zeit ohne sonst ersichtlichen Grund wegblieb. Wir kommen darauf noch zurück.

Ferner können auch andere Unterleibsarterien bei unseren Kranken durch stärkeres subjectiv und objectiv nachweisbares Klopfen eine Functionsstörung anzeigen, die sich wohl meist in den Organen abspielt, für die wir aber außer diesen Gefäßphänomenen keine Symptome haben. Solches kommt z. B. in kleinen Arterien vor, die in der Pylorusgegend des Magens liegen, ferner in der bei mageren Personen oft auffällig deutlichen Iliaca communis, resp. an ihrer Theilungsstelle.

Was die im Unterleib befindlichen Organe betrifft, so hat schon SOLIS-COHEN darauf aufmerksam gemacht, wie oft in Fällen von nervöser Dyspepsie und überhaupt nervösen Verdauungsstörungen Ataxie des Gefäßapparates besteht. Ohne etwa diesem einen Factor eine übermäßige Rolle zuzuertheilen, wird man, wie erwähnt, den Gefäßschwankungen doch eine Bedeutung bei der Genese mancher Krankheitsbilder zuerkennen müssen. Besonders bei gewissen Paroxysmen haben wir allen Grund, Kreislaufsveränderungen in den Unterleibsorganen anzunehmen: es handelt sich um Anfälle von Plethora abdominalis resp. der analogen localen Anämie.

Ueber die Plethora abdominalis habe ich in meinem erwähnten Buche pag. 323 ff. mich ausführlicher geäußert. Hier muß Folgendes genügen. Abgesehen von gewissen periodischen Congestionen nach dem Unterleibe, die bei Weibern mit der Blutung ihren Höhepunkt erreichen, aber auch bei manchen Männern angedeutet sind, stellt die Arbeitsvermehrung — Arbeit im weitesten Sinne des Wortes genommen — den Hauptgrund für Congestionen in abdomine dar. Die Leber zeigt solche besonders oft, weil ja das Organ selbst unter allerlei krankhaften Bedingungen sehr häufig vermehrte Arbeit zu leisten hat, weil aber außerdem noch infolge des Pfortaderkreislaufs die Leber an jeder Hyperämie eines der zur Porta Blut sendenden Organe theilnehmen muß. Es findet diese Hyperämie nach unseren obigen Auseinandersetzungen hauptsächlich durch Nachlaß der Spannungen im Gewebe statt. Dieselben Vorgänge können sich bei großer Labilität der Gefäße schon auf geringe Reize hin abspielen, ohne daß die Arbeitsleistung einen derartigen Blutzufuß erfordert. Es kommt so zu Anfällen von nervöser Plethora abdominalis, die sich auch wieder an der Leber oft am deutlichsten äußert. Es ist wichtig, daß trotz normalen Verhaltens der treibenden Kräfte Congestion in einem Gebiete doch leicht Stauung in anderen verursachen kann.

„Wenn ein Canalsystem den Bedürfnissen auch noch so gut angepaßt ist, so muß doch im ganzen Abflußgebiete Stauung eintreten, wenn in einem Canal temporär oder dauernd das Gefälle so vermehrt wird, daß es die Triebkräfte aller anderen Canäle übertrifft. Die acute oder chronische Congestion eines der den Pfortaderkreislauf bildenden Organe inclusive der Leber ist nun einem solchen übernormalen Zustande zu vergleichen, und die Stauung in den anderen Abflußgebieten (z. B. den hämorrhoidalen Venen) ist deshalb nicht ein Zeichen einer absoluten Schwäche der treibenden Kräfte in den betreffenden Theilen des Gewebes, sondern nur der Ausdruck einer relativen Ueberfüllung des gemeinsamen Strombettes durch das von einer Seite her allzu reichlich beanspruchte oder zuströmende Material“ (O. ROSENBACH).³³⁾ — Ich bemerke, daß diese Verhältnisse für den örtlichen Kreislauf, dessen Lehre in dieser Arbeit nach vielen Seiten hin beleuchtet wird, ganz im allgemeinen von großer Wichtigkeit sind.

Es ist daher erklärlich, daß sich im Krankheitsbilde zu den congestiven Symptomen meist Stauungssymptome gesellen, um so mehr natürlich, wenn die treibenden Kräfte des Blutstroms im Unterleib leiden. So kommen die Venenstauungen und -erweiterungen (in den Hämorrhoidalvenen, den Venen der Nieren, der unteren Extremitäten), so die Stauungskatarrhe in Magen und Darm und anderes mehr zustande; bezüglich der näheren Symptomatologie verweise ich auf mein Buch. Deutlich werden alle diese Erscheinungen bei unseren Kranken, wenn die Anfälle der nervösen Plethora abdominalis sehr langdauernd werden, resp. die chronische Form derselben sich ausbildet.

Nur bezüglich der Leber möchte ich noch einige Worte sagen, weil sich erhebliche Blutüberfüllung dieses Organs durch die Zunahme der Größe direct beobachten läßt. Ich

konnte bei mehreren meiner Kranken ein deutliches intermittierendes Anschwellen des Organs constatiren. Bei FREDERICHS³⁴⁾ finde ich einen wohl hierher gehörigen Fall unter der Rubrik der „nervösen Leberkolik“ beschrieben; Congestionen nach dem Kopf, die den Anfall begleiteten, weisen dabei auf vasomotorische Störungen hin. Im allgemeinen leugnen aber die Autoren die Schwellung der Leber bei der nervösen Leberkolik, die von der „nervösen Leberschwellung“ zu trennen ist; in meinen Fällen letzterer Art bestand nur lästiges Druckgefühl im rechten Hypochondrium, kein heftiger Schmerz. Typisch erschien mir folgender Fall.

Fall 21. G., Rentier, 58 Jahre. Nervöser Mann, leidet öfter an Congestionen nach dem Kopfe und an Herzklopfen. Nach einer Operation wegen Prostatahypertrophie trat eine große Schwäche der geschlechtlichen Functionen ein, so daß nur schwer noch eine Erection zu erzielen war; es floß ein Secret ab, das keinerlei Spermatozoen mehr enthielt. Patient wollte aber durchaus wieder heiraten. Er nahm ein „Fräulein“ zu sich und bewog dieselbe durch ein Eheversprechen im Falle des Gelingens, sich seine Beischlafsversuche gefallen zu lassen; er setzte dieselben mit sehr großer Energie, aber mangelhaftem Erfolge ein halbes Jahr durch fort. Seine nervösen Erscheinungen steigerten sich sehr dabei. Nach mehrtägigen Versuchen mußte er immer pausiren, weil er einen höchst lästigen Druck in der rechten Seite bekam; ich konnte jedesmal eine deutliche Anschwellung der Leber constatiren, die in wenigen Tagen wieder zurückging. Dies Spiel wiederholte sich mehreremals. Aber auch andere Erregungen, z. B. der Weggang des Fräuleins, das von diesen Versuchen genug hatte, waren imstande, solche Congestionen auszulösen.

Bei einer hysterischen Dame, die übrigens sonst keine Zeichen von vasomotorischer Ataxie bot, sah ich Leberschwellung nach starker geistiger Anstrengung — sie war Dichterin — eintreten. — Es sei nur angedeutet, welche Rolle diese Hyperämien bei der Auslösung von Gallensteinanfällen durch Gemüthsregungen spielen können, wo große Labilität des Gefäßnervensystems besteht.

Anämische Zustände in den betreffenden Kreislaufgebieten lassen sich nur vermuthen, allerdings mit einiger Wahrscheinlichkeit. Es scheint, daß in vielen Fällen, wo sich Kopfcongestionen an Verdauungsacte anschließen, wie z. B. manchmal bei sogenannter nervöser Dyspepsie, das Primäre eine Contraction im Gebiet der vom Splanchnicus versorgten Gefäße ist. Für besonders beweiskräftig halte ich Fälle, wo erst die charakteristischen Symptome der Plethora im Leibe bestehen, Hitzegefühl, Brennen, Klopfen, und dann plötzlich unter Nachlaß dieser Symptome die Wallung nach dem Kopf — in den verschiedenen oben geschilderten Formen — eintritt; die Kranken sprechen dann mit Recht von „aufsteigender Hitze“. Auch zwischen Haut- und Abdominalgefäßen bestehen gewisse, experimentell ebenfalls erwiesene, antagonistische Beziehungen. Es ist wahrscheinlich, daß manche sehr ausgedehnte Erytheme bei Verdauungsstörungen nicht auf Autointoxication, sondern auf Erweiterung des Strombettes in der Haut infolge von Verengerung der Bauchgefäße beruhen, — wie andererseits, vielleicht noch viel häufiger, die plötzlich eintretende Blässe unserer Kranken auf nervöser Hyperämie dieser Gebiete.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

E. LESER (Halle): Erfahrungen über bösartige Geschwülste, insbesondere über Carcinome.

Bei Carcinom operirt Verf. jeden Fall, der auch nur eine minimale Hoffnung auf Erfolg gibt. Eine auf 392 operirte Kranke sich erstreckende Umfrage hat ergeben, daß etwa 19% noch ohne Beschwerde am Leben sind, darunter solche Fälle, die bereits vor 11 Jahren operirt wurden. Diese geheilten Fälle betreffen Carcinome

³³⁾ O. ROSENBACH, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Verdauungsorgane. Berlin 1895, S. Karger.

³⁴⁾ FREDERICHS, „Klinik der Leberkrankheiten“, 1886, II. Bd., pag. 528.

der Lippen, Wangen, Mamma, Intestinaltract, Hoden, Niere, doch befindet sich darunter kein Fall von Zungen- oder Oesophaguscarcinom. In ätiologischer Hinsicht spricht vieles für die Natur des Carcinoms als Infektionskrankheit, doch sind die Erreger noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen. Häufig wiederkehrende Reize sind bei Carcinom, einmaliges stärkeres Trauma bei Sarcom prädisponierend, auch ist der Einfluß der Heredität vielfach nachweisbar. („Münch. med. Woch.“, 13. August 1901.) Von größter Bedeutung für die Therapie ist die Vervollkommnung der diagnostischen Hilfsmittel bei Carcinom, speciell die Diagnose des Magen- und Dünndarmcarcinoms ist noch eine sehr unsichere. Es empfiehlt sich in allen Fällen schwerer Abdominalerkrankungen, die ihrer Natur nach zweifelhaft sind, die vollkommen ungefährliche, sichere Aufklärung gebende Probelaparotomie vorzunehmen. Für die richtige Diagnose des Mastdarmcarcinoms kommen drei Momente in Betracht, und zwar Wechsel zwischen Verstopfung und Diarrhoe, Nachweis von Blut im Stuhl (eventuell mikroskopisch) und sorgfältige Digitaluntersuchung in der Narkose. Frühzeitige Diagnose ist hier von lebensrettender Bedeutung. Von 42 vom Verfasser operirten Fällen leben 14, davon einige 7 oder 8 Jahre nach dem Eingriff. Die Operation muß bei Carcinom möglichst radical sein; so ist bei Lippencarcinom die ganze Lippe, bei Zungencarcinom die ganze Zunge zu entfernen, dabei ist möglichst stumpfes Vorgehen wie auch bei allen anderen Carcinomen erforderlich, weil auf diese Weise die Blutung geringer und die Exstirpation des Erkrankten sicherer ist. Von größter Wichtigkeit ist die Nachbehandlung. Jeder Kranke muß sich in regelmäßigen Zwischenräumen, die sich mit der Länge der Zeit vergrößern, anfangs aber 8—10 Wochen nicht übersteigen, vorstellen, denn nur auf diese Weise gelingt es, Recidive frühzeitig zu erkennen und sofort zu behandeln. Inoperable Fälle dürfen nicht sich selbst überlassen werden, sondern sind gleichfalls sorgfältig zu behandeln. Hier kommen palliative Operationen in Betracht (z. B. Gastroenterostomie, Entero-Enterostomie, Kolostomie bei Magen-, bezw. Dünndarm- und Mastdarmcarcinom), ferner muß man jauchige Absonderungen durch Cauterisation, Ausschabung etc. bekämpfen. In verzweifelten Fällen könnte die Erzeugung künstlichen Erysipels oder die Einimpfung von Streptokokkentoxinen versucht werden. M. K.

JOHANNES FIBIGER (Kopenhagen): Ueber tuberculöse Dünndarmstricturen und deren Verwechslung mit syphilitischen Verengerungen.

Es gibt in der Literatur nur sehr vereinzelt Beschreibungen (CHIARI, BUDAY) von Dünndarmaffectionen mit fibrösen, schrumpfenden Processen und geschwulstähnlichen Infiltraten in der Darmwand. Es scheint natürlich, diese Phänomene als narbige Bildungen in gummösen Knoten in der Darmwand aufzufassen, und es liegt kein Grund vor, Zweifel über die syphilitische Natur dieser Fälle zu hegen. („Nord. med. Arkiv“, 1901, 5. Sept.)

Dieses gilt dagegen nicht für die weit zahlreicheren Fälle von sogenannten syphilitischen Stricturen im Dünndarme. Daß es unter diesen einige gibt, die syphilitischen Ursprungs sind, ist natürlicherweise möglich; hervorgehoben muß jedoch werden, daß die nachgewiesenen Veränderungen auch einer andern Aetiologie zugeschrieben werden können. Es sind keine vollgiltigen Beweise dafür zustande gebracht, daß die Fälle nicht durch Tuberculose verursacht waren, und es ist wahrscheinlich, daß die Mehrzahl derselben in der That tuberculöse Stricturen waren. B.

M. GEIRSVOLD (Christiania): Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit und Verbreitung des Krebses in Norwegen.

Aus den umfassenden Untersuchungen G.'s („Nord. med. Arkiv“, 1901, 5. Sept.) folgt:

Die statistisch nachgewiesene Zunahme der krebserkrankten Krankheiten in Norwegen während der letzten 30 Jahre ist theilweise eine reale. Die Krankheit zeigt ein ausgeprägtes locales Auftreten; sie ist in einigen Gegenden häufig, in anderen selten.

Sie ist häufiger in den Städten als auf dem Lande.

Mit Ausnahme der Altersperiode 30—50 Jahre sind die beiden Geschlechter in gleichem Grade befallen, Männer sogar etwas häufiger. Die Zunahme der Krankheit fällt wesentlich auf die höheren Altersklassen, nach 60 Jahren. Von Beruf und Lebensstellung scheint die Krankheit nur insofern beeinflusst zu werden, als dieselben eben auf die Lebenslänge einwirken. Circa 80 Procent der Todesfälle an Krebs rühren von Affectionen der Verdauungsorgane her. G.

ERNST FREY (Budapest): Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Falle von Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie.

Diese in den letzten zwei Jahrzehnten und besonders aus Amerika bekannt gewordene, zwar gut charakterisirte, aber seltene und unerklärte Krankheit betrifft Säuglinge, die einige Monate alt und bis dahin anscheinend gesund gewesen sind, und führt deren Tod im 2. oder 3. Lebensjahre herbei. Die wesentlichen Merkmale sind: 1. Idiotie, Lähmungen, sowohl die Extremitäten als den Rumpf und Nacken betreffend; 2. Erblindung mit eigenthümlichem Augenspiegelbefund, in der Gegend der Macula lutea ist nämlich ein großer weißer oder bläulich-weißer Fleck zu sehen, dessen Mitte ein kleiner kirschrother Kreis einnimmt. Häufige Merkmale sind: Opticusatrophie, Hyperakusis, Spasmen mit gesteigerten Reflexen; gelegentlich wird auch anderes beobachtet, Hydrocephalus, Convulsionen. Die Krankheit ist ausgesprochen familiär, und es ist zu bemerken, daß fast alle bekannt gewordenen Fälle jüdischen Familien entstammen. — Anatomische Befunde sind: Eigenthümlichkeiten der Furchen und Windungen an der Hirnrinde, z. B. mangelnde Ausbildung des Operculum, wobei die Insula Reilii freiliegt und der Sulcus centralis mit der Sylvi'schen Spalte communieirt; Fehlen der tangentialen Fasern; schwere Veränderungen an den Pyramidenzellen; secundäre Degeneration besonders der Pyramidenbahn. Ausfall vieler Opticusfasern, Oedem der Macula lutea. Keine Entzündungserscheinungen. — Die Krankheit ist mit SACHS, dem bekannten amerikanischen Neurologen, dessen Namen sie trägt, als Entwicklungshemmung der Rinde aufgefaßt worden.

In dem vorliegenden Falle („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 18), der in klinischer Beziehung das typische Verhalten zeigte, ergab die Section diffuse Sklerose des Centralnervensystems, besonders des Gehirns, ohne daß die Hemisphären grobe morphologische Veränderungen zeigten. Histologisch: Degeneration in der weißen und grauen Substanz des Rückenmarks mit Freibleiben der Kleinhirnsseitenstrangbahn und der Vorderstränge, sowie der CLARKE'schen Säulen; Veränderungen in den Pyramiden, in den transversalen Brückenfasern, im medialen Theile des Thalamus, im Pes pedunculi und in der Kapsel, im Tractus opticus, in der Rinde keine Entzündung. In einem anderen Falle ergab auch NISSL-Färbung die hochgradige Degeneration. — FREY hält die Erkrankung nicht für corticale Agenesie (SACHS), auch nicht für cerebrale Diplegie (FREUD), sondern mit SCHAFFER für einen degenerativen Proceß, der im extracerebralen Zustand ein normal veranlagtes Gehirn betrifft, vergleichbar der amyotrophischen Lateralsklerose der Erwachsenen (eine Deutung, die wahrscheinlich mehrfach Widerspruch erfahren wird). INFELD.

A. W. MININ (St. Petersburg): Ueber die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichts.

Während Verf. in der im vorstehenden Referat besprochenen Mittheilung von der schmerzstillenden Wirkung des blauen elektrischen Lichts nur nebenbei spricht, geht er in seiner zweiten Mittheilung („Die medicinische Woche“, 1901, Nr. 36/37) speciell auf diesen Punkt der Lichtwirkung ein. Während er früher die schmerzstillende Wirkung des blauen elektrischen Lichts nur zu dem Zwecke angewandt hat, um das betreffende schmerzhaftes Gebiet einer Untersuchung zugänglich zu machen, hat er jetzt dieselbe statt Cocainlösung angewandt, um Incisionen schmerzlos zu machen und Wunden schmerzlos zu vernähen, und zwar, wie durch

einige instructive Beispiele dargethan wird, mit bestem Erfolg. Es handelte sich um Personen verschiedener Erziehung und verschiedener socialer Stellung, so daß an eine Suggestion nicht gedacht werden konnte. Uebrigens führte das blaue elektrische Licht nicht nur vollständige Anästhesie bei Vernähung von Wunden herbei, sondern förderte auch die Heilung derselben per primam, was der SCHLEICH'schen Lösung nicht nachgerühmt werden kann.

Neu sind ferner die Erfahrungen, welche Verf. mit dem blauen elektrischen Licht bei der Behandlung von Hautverbrennungen gemacht hat. Sie sind sehr günstig ausgefallen; aber noch bessere Resultate ergab die Behandlung bei Verbrennungen der Scheimhäute. Gerade bei Schleimhautverbrennungen zeigt sich die eminente Bedeutung des blauen elektrischen Lichts, da die Application von therapeutischen Mitteln, beispielsweise in der Rachenhöhle oder noch weiter in der Oesophagushöhle, wie eine solche bei Verätzung dieser Gebiete durch Säuren, bezw. Alkalien erwünscht wäre, unmöglich ist. Die Heilung vollzieht sich hier durch Bildung einer Borke, die mit der Zeit von selbst abfällt.

Im zweiten Theile der gegenwärtigen Mittheilung geht Verf. auf die Verschiedenheit der Wirkung des weißen und des blauen elektrischen Lichts ein und zeigt an der Hand eines Falles von Peliosis sive Purpura rheumatica, daß die beiden Lichtarten nicht nur verschieden, sondern einander direct entgegengesetzt wirken. Bekanntlich tritt die Peliosis rheumatica zunächst auf den unteren Extremitäten in Form zahlreicher rosafarbener, dunkelrother und selbst schwarzer Flecke auf. Dem Ausbruch dieses Exanthems gehen Schmerzen in den Gelenken, hauptsächlich in den Kniegelenken, Gefühl von Zerschlagenheit, sowie Erscheinungen von Seiten des Magens, die 2—3 Tage anhalten, voran. Die Gesamtdauer der Erkrankungen beträgt 10—14 Tage, bisweilen wiederholt sich das Exanthem zwei- oder dreimal innerhalb 3—6 Wochen unter gleichzeitiger Exacerbation des Gelenkrheumatismus und des Fiebers; in einzelnen Fällen zieht sich die Erkrankung Monate, ja Jahre lang hin. Die Behandlung besteht in Ruhe, Diät unter Ausschluß von Excitantien. Bei Belichtung des Exanthems mit einem Glühlämpchen von 50 Kerzen Lichtstärke und aus gewöhnlichem Glase werden die Ränder eines jeden belichteten Knötchens bald blasser, dann rosafarben, während die Mitte desselben zunächst dunkelroth wird. Bei der weiteren Belichtung verliert sich die Peripherie des Knötchens, während das Centrum, die Epidermisschicht, sich in Form eines kleinen Conus abhebend, gelblich wird. Bei Belichtung des Knötchens mittels eines aus blauem Glase gefertigten Glühlämpchens von 25 Kerzen Lichtstärke entstehen in demselben andere, deutlich wahrnehmbare Veränderungen; das Knötchen beginnt zu schrumpfen, sich zu verkleinern, indem es innerhalb einer kurzen Zeit seine rothe Farbe behält, um dann gleichmäßig abzublassen und schließlich vollkommen durch Confluenz mit der umgebenden Hautoberfläche zu verschwinden. Nach jeder Belichtung, unabhängig von der Art der dazu verwendeten Glühlämpchen, hält die Wirkung des Lichts einige Stunden länger an, und zwar übt die Belichtung auf den gesammten Organismus eine kräftigende Wirkung aus, was sich durch Besserung des Schlafes, des Appetits und des subjectiven Befindens äußert. Die ergiebigste locale therapeutische Wirkung wird durch Belichtung mittels eines aus weißem Glase gefertigten Glühlämpchens von 50 Kerzen Lichtstärke erzielt, das für einige Minuten durch ein blaues Glühlämpchen von 50 Kerzen Lichtstärke ersetzt wird. Die Behandlung mittels eines blauen Glühlämpchens von 50 Kerzen Lichtstärke allein gab ein weniger gutes Resultat als die bezeichnete Combination.

Zum Schlusse weist Verf. darauf hin, daß das blaue elektrische Licht das Verschwinden der Schmerzen bei Epithelien befördert, wenn die Umgebung der Geschwulst belichtet wird, daß es rasch und vollkommen Lupus zur Heilung bringt und die Resorption von veralteten Lymphomen unter Resorption der Infiltrate fördert, ohne die Lymphdrüsen selbst zu verkleinern.

L—y.

A. QUIRIN (Tübingen): Ueber das Verhalten des normalen und pathologisch gesteigerten intraabdominalen Druckes.

Q. wurde zur Inangriffnahme der genannten Frage durch die Punction eines besonders hochgradigen Ascites veranlaßt. („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 1). Er ging in experimenteller Weise vor. Der intraabdominale Druck ist normalerweise positiv, bei ruhiger Athmung während der Inspiration steigt er an, während der Expiration sinkt er. Bei angestrengter Athmung sinkt er während der Inspiration, um während der Expiration zu steigen. Derjenige Factor, welcher den Abdominaldruck so variabel gestaltet, ist, abgesehen von dem Zwerchfell, lediglich die Bauchmuskulatur, von deren größerer oder geringerer Betheiligung an der Athmung das Zu- bzw. Abnehmen des Abdominaldrucks während der beiden Athmungsphasen abhängig ist. — Pathologischerweise kann der Abdominaldruck negativ werden, wenn durch irgendwelche Einflüsse die Bauchmuskulatur ihrer elastischen Kraft beraubt wird.

Der pathologisch gesteigerte Abdominaldruck sinkt während der Expiration und steigt während der Inspiration. Die Erklärung hiefür ist naheliegend: Durch den im Inneren des Abdomens herrschenden, pathologisch verstärkten Druck werden die elastischen Bauchwände über das gewohnte Maß hinausgedehnt, weil derselbe bedeutend größer ist als der Gegendruck der Elasticität, welcher je nach dem Grade der Erhöhung des Abdominaldrucks mehr oder weniger völlig aufgehoben werden kann. In diesen Fällen kommt für das Verhalten des Abdominaldrucks während der beiden Athmungsphasen nur noch das Zwerchfell als ausschlaggebender Factor in Betracht, welches natürlich bei seiner Contraction während der Inspiration einen stärkeren Druck auf das Abdomen ausüben wird als bei seiner Erschlaffung während der Expiration. BR.

HAAS (Tübingen): Ueber die Resultate der Castration bei Hodentuberculose.

Die Frage, ob die Hodentuberculose radical durch die frühzeitige Castration zu behandeln sei, oder ob man sich mit mehr conservirenden Behandlungsmethoden begnügen solle, stand in der letzten Zeit in dem Vordergrund der Discussionen der chirurgischen Gesellschaften. Um einen Beitrag zur Entscheidung dieser Frage zu liefern, hat H. sich der Mühe unterzogen, die auf der Klinik BRUNS operirten Fälle von Hodentuberculose, soweit sie noch am Leben waren, nachzuuntersuchen, und er fand bei dieser Gelegenheit, daß in Fällen von einseitiger Hodentuberculose durch die halbseitige Castration 44·6% aller Pat. von ihrem Leiden dauernd befreit wurden. Als dauernd geheilt wurden diejenigen Pat. betrachtet, bei welchen seit der Operation mindestens 3 Jahre verflossen, ohne daß krankhafte Erscheinungen aufgetreten wären; unter den nachuntersuchten Fällen befinden sich aber auch solche, bei welchen die Heilung seit 34 Jahren anhielt.

In Fällen von doppelseitiger Hodentuberculose wurden durch die doppelseitige Castration 56·7% von ihrem Leiden dauernd befreit.

Außerdem hat Verf. genau nachgeforscht, welche psychische Wirkung die doppelseitige Castration auf die am Leben gebliebenen Pat. hatte. Während von anderer Seite oft nach Castration Ausfallserscheinungen, die auf den Wegfall der sogenannten inneren Secretion bezogen werden, mitgetheilt wurden, fand Verf. bei keinem der operirten Pat. irgend welche Symptome, die als Ausfallserscheinungen gedeutet werden könnten.

Auf Grund dieser Befunde hält Verf. („Beitr. f. klin. Chir.“, Bd. 30, H. 2) die Castration für die beste Therapie der Hodentuberculose und ist der Ansicht, daß die frühzeitige Castration so lange auszuführen ist, als nicht an der Hand einer zuverlässigen Statistik erwiesen ist, daß auch durch eine weniger eingreifende Therapie betreffs des späteren Verlaufes der Krankheit ebenso günstige Resultate erzielt werden können, wie es die Nachuntersuchung der auf der Klinik BRUNS' operirten Fälle ergab.

ERDHEIM.

HANS VOGT (Straßburg i. E.): Ein Stoffwechselversuch bei acuter Gicht.

Bei acuter Gicht findet Stickstoffretention statt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 1). Es handelt sich dabei nicht um Fleischansatz, sondern um Retention von Gesamtnuclein. Den Anhaltspunkt zur Entscheidung der Frage, ob der retinierte Stickstoff Eiweiß- oder Organstickstoff ist, liefert die Harnsäureausscheidung. Diese ist in der Vorperiode auffallend gleichmäßig, während dann bei der Controlperson ein merklicher Vorsprung eintritt. Zu einer Zeit, wo beim Gichtiker aller Phosphor ausgeschieden ist (Ende der Nachperiode), sind bei ihm viel Harnsäure oder deren Vorstufen im Vergleich zur Controlperson noch im Körper zurückgeblieben. Somit ist beim Gichtiker in diesem Falle eine Störung des Stoffwechsels in dem Sinne nachweisbar, daß die Nucleine, soweit sie resorbirt sind, zwar wie in der Norm zerfallen, ihre Phosphorsäure bald, die aus ihnen entstehende Harnsäure aber verspätet zur Ausscheidung kommt. Worauf diese Stoffwechselstörung beruht, ob eine Verminderung der Oxydation oder der Spaltung oder synthetischer Prozesse vorliegt, ist vorläufig nicht zu entscheiden.

Br.

LOOSS (Cairo): Ueber das Eindringen der Ankylostomalarven in die menschliche Haut.

Verf. glaubte schon früher auf Grund einer an sich selbst gemachten Beobachtung die Behauptung aufstellen zu können, daß die Larven des Ankylostoma (Uncinaria duodenalis) die Fähigkeit besäßen, sich durch die Haut des Menschen activ einzubohren und auf einem einstweilen unbekanntem Wege in den Darm zu gelangen. Um diesen Vorgang zu beweisen und näher zu erforschen, schlug LOOSS den Weg des Experimentes ein. Versuche an der Leiche schlugen fehl, weshalb er sich entschloß, direct am lebenden Menschen zu experimentiren. Die Versuchsanordnung bestand darin, daß ein Tropfen larvenhaltigen Wassers auf die gereinigte und getrocknete Haut einer zur Amputation bestimmten Untere Extremität eines 13jährigen Knaben aufgetropft und dann sich selbst überlassen wurde. Diese Procedur wurde etwa eine Stunde vor der Operation vorgenommen; eine Röthung der inficirten Hautpartie war nicht zu bemerken. Die histologische Untersuchung der Haut zeigte nun, daß die Larven thatsächlich in dieselbe eingedrungen waren und daß die Haarbälge die Haupteintrittsstelle für dieselbe abgaben; soweit sich der Tropfen ausgebreitet hatte, war kaum ein einziger Haarbalg frei von jungen Ankylostomen; einzelne Larven waren auch in verschiedenen Stadien des Eindringens in die Haarbälge fixirt worden, der Schwanztheil ragte frei nach außen, während der Kopf in dem Haarbalge lag. Durch diesen ersten und einzigen Versuch beweist Verf. das Eindringen der Ankylostomen in die Haut und gibt zugleich der Vermuthung Ausdruck, daß dieser Infectionsmodus praktisch eine bei weitem größere Bedeutung hat als die früher allein bekannt gewesene Uebertragung per os mittels der Nahrung. Wenn auch Verf. die Möglichkeit der letzteren zugibt, so glaubt er doch, daß der von ihm entdeckte Infectionsweg die allgemeine und starke Infection der ägyptischen Landbevölkerung bei weitem einfacher und ungezwungener erkläre.

Dr. S—.

MORI (Campiglia Marittima): Ueber die Prophylaxis der Malaria mit Euchinin.

Verf. stellte neuerdings Versuche an, um festzustellen, ob es möglich sei, Personen, die der Gefahr der Malaria-infection ausgesetzt sind, durch Desinfection ihres Blutes vor der Erkrankung zu schützen. Auf den Rath CELLI'S hin verwendete er das Euchinin und erzielte hiebei sehr gute Resultate („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 20), indem durchschnittlich von 42 behandelten Personen 5 = 11·9%, von 47 nicht behandelten Personen 39 = 82·97% von der Erkrankung befallen wurden. Außerdem verlief bei jenen Personen, die trotz des Gebrauches von Euchinin erkrankten, die Malaria sehr milde und konnte durch die gewöhnliche Behandlungs-

methode leicht coupirt werden, während sie bei den nicht behandelten Personen eine außergewöhnliche Schwere aufwies und die Pat. trotz der gewöhnlichen Cur ein Recidiv nach dem anderen bekamen.

Dr. S—.

Literarische Anzeigen.

Grundriß der Farbchemie zum Gebrauche bei mikroskopischen Arbeiten. Von Dr. Arthur Pappenheim. Berlin 1900, August Hirschwald.

Ein derartiges Buch hätte schon längst geschrieben werden sollen; die mikroskopische Technik wäre wahrscheinlich um vieles weiter gekommen. Trotz der Mühe, welche EHRlich, WEIGERT, UNNA u. A. an die Festlegung der Grundbedingungen mikroskopischer Färberei verwendet haben, stehen wir heute noch immer auf dem Standpunkte, daß neue Färbungsmethoden nicht der Ueberlegung, sondern dem Zufalle ihr Entstehen danken. Und mit dem leidigen Herumprobiren hat die mikroskopische Färbetechnik nichts anderes erzielt, als daß man zur Ueberzeugung kam, sie könne die Hoffnungen, die man einst auf sie setzte, nicht erfüllen; sie gilt heute als ein Gebiet von höchst untergeordneter Bedeutung, als eine Art Spielerei, die nichts erwarten lasse; im Spiele mit ihr zeige sich kein tieferer Geist. Aus dem vorliegenden Buche soll nun der Mikroskopiker lernen, die Farbchemie vom wissenschaftlichen Standpunkte aus zu betrachten, um mit Hilfe der dargelegten Principien für besondere Zwecke geeignete Färbungen ausfindig zu machen, sowie neu empfohlene Methoden kritisch zu beurtheilen. Es wäre im Interesse eines Fortschreitens der mikroskopischen Färbekunst lebhaft zu wünschen, wenn das Buch PAPPENHEIM'S viele Leser und viele Freunde fände, damit die Forschung aus der wissenschaftlichen Färberei den entsprechenden Gewinn ziehe.

FE.

Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Eine socialhygienische Studie. Von Dr. A. Baer. Leipzig 1901, Georg Thieme.

Der bekannte Verf. hat die verdienstliche Absicht, die thatsächlichen Grundlagen zur Beurtheilung jener sonderbaren Erscheinung herbeizuschaffen, die im Selbstmord des Kindes gleichmäßig die Familie wie die Schule, jeden Menschen und insbesondere den Kinderfreund interessiren muß. Die statistischen Angaben beziehen sich auf die dreißig Jahre von 1869—1898 und auf das Königreich Preußen. Verf. bespricht die Häufigkeit, die innerhalb und außerhalb des kindlichen Organismus liegenden Ursachen. Zum Schlusse heißt es: „Der Selbstmord im kindlichen Alter ist ein Product unseres modernen Cultur- und socialen Lebens. Degeneration und Geistesstörung auf der einen, schlechte Erziehung und Frühreife auf der anderen Seite erklären das relativ häufige Vorkommen der Kinderselbstmorde und ihre Zunahme in der neueren Zeit.“ In den Tabellen selbst kommt diese übrigens nicht gerade deutlich zum Vorschein. Es ist vielleicht interessant, daß das Verhältniß der Geschlechter unter den Selbstmördern in der Kindheit fast ganz dasselbe ist wie im ganzen; die Zahl der männlichen ist nämlich ungefähr 4mal größer als die der weiblichen.

INFELD.

Kleine Mittheilungen.

— Zur Behandlung der Eklampsie berichtet KRIWOSCHEIN Folgendes („Klin. Journal“, 1900, 2, russisch). Bei der Behandlung der Eklampsie empfehlen manche Autoren (DÜHRSEN, HOLBERTSMA) den operativen Eingriff, Unterbrechung des Geburtsactes, sogar Kaiserschnitt; andere verhalten sich mehr expectativ (MICHNOW) und behandeln die Eklampsie mit verschiedenen therapeutischen und medicamentösen Mitteln. In der Petersburger Klinik wird systematisch Morphin subcutan (0·015 pro dosi bis 0·1 pro die) angewandt; diese Therapie wird durch Klysmata aus Bromkali und Chloralhydrat (aa. 1·25) unterstützt. Ein operativer Eingriff ist bei der Eklampsie an und für sich nicht angezeigt. Auf

diese Weise wurden im ganzen 23 Eklampsiefälle behandelt (19 Erstgebärende). Enges Becken und mangelhafter Geburtsmechanismus waren in 7 Fällen die Gründe, weshalb ein operativer Eingriff angezeigt war. Eine der Behandelten ging am 3. Tage nach Beendigung der Anfälle an zunehmender Herzschwäche zugrunde, zwei machten eine Puerperalpsychose durch, eine starb am 16. Tage an Erscheinungen der Septikämie. Von 24 Früchten waren 18 ausgetragen und am Leben.

— Ueber klinische **Versuche mit dem Fleischsaft „Puro“** berichtet VESELY („Prager med. Wschr.“, 1901, 12 u. 13). Aus seinen Beobachtungen folgt: „Puro“ findet mit Erfolg Anwendung bei constitutionellen Krankheiten (Typhus), Blutkrankheiten (speciell Chlorose), Neurosen (Hysterie), Krankheiten der Athmungsorgane (Tuberculose), sowie Erkrankungen des Magens und Darms (Ulcus ventriculi, Dyspepsie, nervöses Erbrechen). Von seinen vielen Vortheilen seien hervorgehoben: Das appetitliche Aussehen, der angenehme Geschmack und Geruch (der Geschmack kann noch dadurch verbessert werden, daß man den Fleischsaft mit frischen Suppenkräutern digerirt), die absolute Haltbarkeit (er hält sich in geschlossenen und offenen Fläschchen bei jeder Temperatur), sein hoher Eiweißgehalt, seine appetitanregende Eigenschaft, seine leichte Verdaulichkeit, das Fehlen jeglicher Nebenwirkungen und sein relativ geringer Preis. Die Darreichung ist eine sehr einfache, wie bei keinem anderen Nährpräparate. Das sorgfältige Verrühren fällt hier gänzlich fort.

— Eine **Magenelektrode** für intraventriculäre Elektrisation hat WEGELE angegeben („Fortschr. d. Med.“, 1901, Nr. 31). Sie besteht aus einem elastischen Draht, der oben eine kleine Platte und unten einen Knopf trägt. Nach Ausspülung des Magens wird der Draht in die Schlundsonde so eingeführt, daß der Knopf 1 Cm. über dem Sondenfenster zu liegen kommt. Man probirt sich vorher diese Stellung aus und fixirt mittels einer verschiebbaren Klemmschraube den Draht an dem gläsernen Sondenansatzstück. Eine breite Plattenelektrode kommt auf den Magen zu liegen. Der Vortheil des kleinen Instruments besteht darin, daß man, ohne den Draht zu entfernen, den Magen ausspülen und ohne den Schlauch zu wechseln elektrisiren kann.

— Dem Berichte H. GUTTMANN'S („Berliner klin. Wschr.“, 1901, Nr. 27) über die in der KRAUSE'schen Poliklinik vom 18. December 1899 bis 10. April 1901 **mit intravenöser Injection von Hetol** behandelten Lungen- und Larynx tuberculosen ist Folgendes zu entnehmen: Als Präparat wurde das von Kalle & Co. dargestellte benutzt. Von 33 Fällen wurden geheilt 1, gebessert 10, erfolglos behandelt 9, es starben 8, 5 entzogen sich der weiteren Behandlung. KRAUSE sah außerdem in der Privatpraxis 2 Heilungen und Verf. beobachtete bei 102 Fällen 22 Heilungen und 21 Besserungen. Hetol ist ungiftig, üble Nachwirkungen treten nicht auf. Auffällig sind die der Injection alsbald folgenden subjectiven Besserungen, Vermehrung des Appetits, Verminderung des Hustens und Auswurfs, Veränderung des Sputums, indem dasselbe von mehr katarrhalischer Beschaffenheit wurde; Verschwinden der Nachtschweiß, zuweilen sofort eintretende Herabsetzung des Fiebers, stetige Zunahme des Körpergewichtes. Alle diese Erscheinungen traten umso sicherer ein, je weniger vorgeschritten der betreffende Fall war; in mittelschweren und schwereren Fällen war zuweilen keinerlei günstige Beeinflussung zu bemerken.

— Ueber einen Fall von **Phosphorvergiftung im Anschluß an Darreichung von Phosphorleberthran** berichtet NEBELTHAU („Münch. med. Wschr.“, 1901, 20. Aug.). Ein 2jähriges Kind mit Erscheinungen von Rachitis erhielt Phosphorleberthran, 0·01 : 100·0 täglich 2 Theelöffel voll. Von diesem erhielt es noch am selben Tage einen, an den beiden folgenden Tagen je zwei und am 4. Tage einen Theelöffel, also 6 Theelöffel in 60 Stunden. Am 3. Tage bemerkte die Mutter bereits Gelbfärbung der Haut am ganzen Körper, daraufhin wurde auch der Leberthran sofort weggelassen. Die Gelbfärbung bestand an den folgenden Tagen fort, zugleich war der Urin stets roth. Erbrechen trat nicht ein, dagegen war mäßiger Durchfall vorhanden. Eine Woche nach dem Auftreten des Icterus zeigten sich plötzlich schwere Symptome: Schmerzen im Leib, besonders rechts, starke Hitze, verminderte Urinsecretion

und Verstopfung. Das Gesicht war schmerzhaft verzogen, die Augen etwas eingefallen, die Pupillen mittelweit, reagirten nicht auf Licht, jede Berührung wurde schmerzhaft empfunden. Das Abdomen war druckempfindlicher als der übrige Körper, auch ließ sich eine bedeutende Vergrößerung des linken Leberlappens constatiren. Im Anschluß daran traten tetanische Streckkrämpfe auf: die Extremitäten wurden steif gestreckt, der Rücken opisthotonisch zurückgebogen. Tod nach kurzer Zeit. Die Section ergab vereinzelte Petechien auf dem Pericard, icterische Leber von normaler Größe, Peripherie der Acini geröthet, Centrum gelblich gefärbt, Schleimhaut des Dünndarms im unteren Theil geschwellt mit Hervortreten der PEYER'schen Plaques. Im Dickdarm blutige, schleimige Massen, Schleimhaut geschwellt, ebenso die dazu gehörigen Drüsen, Gefäße erweitert, massenhaft capilläre Blutungen. Niere groß, Consistenz vermehrt, Rinde etwas verbreitert, Pyramiden dunkelschwarzroth, scharf abgegrenzt.

— Ueber **Schlaflosigkeit und ihre Bekämpfung** spricht BODENSTEIN („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, H. 19). Viel vermag man gegen Schlaflosigkeit zunächst durch hygienisch-diätetische Vorschriften zu leisten. In dieser Richtung ist die Ruhe des Schlafzimmers, gute Lüftung, frühzeitiges Abendessen, Vermeidung von Anstrengungen am Abend, Sorge für regelmäßigen Stuhlgang, eventuell Entleerung des Darmes vor dem Schlafengehen in erster Linie zu berücksichtigen. In einzelnen Fällen wird man die Suggestionstherapie mit Erfolg in Anwendung ziehen können; bei Neurasthenikern wird die causale Behandlung auch auf reichlichen Genuß frischer Luft, körperliche Bewegungen, Gymnastik, regelmäßige Nahrungsaufnahme, Ausschaltung greller Sinnesreize, Verhütung aufregender Eindrücke jeder Art vor und bei dem Zubettgehen ihr Hauptaugenmerk zu richten haben. Ferner ist bei anämischen und geschwächten Individuen die Ernährung durch kräftige, leicht verdauliche Kost, eventuell Mastur und Massage und allgemeine Faradisation zu heben. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind protrahirte warme Vollbäder, Kopfgalvanisation gegen Abend, milde Kaltwasserbehandlung am Morgen, bei Neigung zu Kopfcongestion, Hochlagerung des Kopfes und locale Kälteapplication. Versagen diese Methoden, dann kommen die Schlafmittel in Betracht. Unter diesen ist das Dormiol von B. in 42 Fällen mit den besten Erfolgen zur Anwendung gebracht worden. Nach seinen Erfahrungen ist dasselbe ein verlässliches, unschädliches Schlafmittel, welches, frei von Nebenwirkungen, von Erwachsenen und Kindern anstandslos genommen und gut vertragen wird, in der einmaligen Dosis von 0·5—2·0—3·0 Abends oder in dos. refract. 0·3—0·5 bis zu 4mal im Laufe des Nachmittags und Abends — Kindern in entsprechend geringeren Dosen — verabreicht, innerhalb 1—2 Stunden nach der letzten Dosis prompte schlafmachende Wirkung äußert. Mangels jeglicher Intoxicationsgefahr, resp. cumulirenden Wirkung kann es auch bei schwächlichen Individuen ohne Bedenken gegeben werden.

— Zur Entscheidung der Frage, ob das „Collargol“ ein Specificum gegen Sepsis sei, verwendete VIETT („Allg. med. Centr.-Zeitung“, 1901, Nr. 6 u. 7) dasselbe bei mehreren Affectionen, wie Lymphaugitis, Septikämie, Puerperalfieber etc., immer mit gutem Erfolge. Bei Anwendung der Salbe wurde die Applicationsstelle jedesmal mit warmem Seifenwasser gründlich gereinigt und nach dem Abtrocknen Unguentum Credé verrieben, bis die Menge völlig in der Haut verschwunden war. Als besonders günstige Stellen der Resorption erwiesen sich die Innenseiten der Oberschenkel, die Fossae iliacae, die Brust und der Rücken; niemals wurde die Infectionsstelle eingerieben. Anfänglich wurden 3·0 Ung. Credé eingerieben, bei schweren Fällen 6·0—9·0 Ung. Credé pro die. Nebenbei wurde verordnet:

Rp. Collargoli 2·0
Albuminis 20·0
Aqu. dest. 180·0
M. D. S. 2stündlich 1 Eßlöffel.

— Die **nekrotisirende Eigenschaft des Extractes der erkrankten Nebennieren auf die rothen Blutkörperchen** von Versuchsthiere studirte FOÀ („Policlinico“, VI, H. 41) und fand in der Milz, den Lymphdrüsen und dem Knochenmark eine unge-

wöhnliche Anhäufung von pigmentirten, veränderten Zellen. Durch parenchymatöse Injectionen des Nebennierenextractes in die Leber und die Niere konnte er schwere nekrotisirende und entzündliche Veränderungen in den genannten Organen hervorrufen. Subcutane Einspritzungen waren von Marasmus und den verschiedenartigsten anatomischen Befunden begleitet: unter diesen war am häufigsten Auftreten von fibrinöser Pneumonie zu beobachten bei Injection zwischen die Schulterblätter. F. beschäftigte sich auch mit den Ergebnissen der Injectionen in den Peritonealsack und bespricht eingehend das histologische Verhalten der Hypertrophie der Nebennieren, die immer dabei auftritt. Parallel mit dieser Versuchsreihe führte er andere Experimente mit in Glycerin gelösten Extracten von *B. coli* aus, die zu ähnlicher Hyperplasie und erhöhter secretorischer Thätigkeit der Nebennieren führte, namentlich, wenn die Dosis des eingespritzten Giftes eine tödtliche war. Daraus folgert F., daß die Nebennieren im Körper kreisende Gifte in sich aufnehmen, um sie zu neutralisiren.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

Abtheilung für Augenheilkunde.

SEYDEL (Schleswig): Verhalten Blindgewordener, mit Erfolg Operirter.

S. berichtet über zwei infolge sympathischer Augenentzündung mit verkalkter Cataracta bis auf Licht und grobe Farbenempfindung Erblindete, die nach Beseitigung der Cataracta ihr mehr oder weniger hochgradig verloren gegangenes optisches Begriffsvermögen durch methodische Uebungen wieder gewannen.

Der Fall I, ein 10jähriges Mädchen, das im 7. Lebensjahr erblindet war, war durch pädagogische Vernachlässigung geistig sehr verblödet und hatte in den 3 Jahren ihrer Blindheit das Sehen so hochgradig und nachhaltig verlernt, daß sie den Blindgeborenen, mit Erfolg Operirten fast völlig gleich und erst durch 2 Monate lange Uebungen soweit kam, daß sie allein gehen konnte.

Der Fall II, ein 31jähriger intelligenter und gebildeter Mann war im 4. Lebensjahre erkrankt, die Sehstörung erreichte aber erst im 7. Lebensjahre einen solchen Grad, daß ein Verlernen eintreten konnte. Trotz der 24jährigen Blindheit hatte er einen allerdings nur kleinen Theil seiner alten Erinnerungsbilder behalten, die er zum Theil scharf begrenzt, zum Theil mit verschwommenen Grenzen im Gedächtniß hatte, ein anderer Theil schlummerte noch unter der Schwelle des Bewußtseins und tauchte bei gegebener Gelegenheit plötzlich auf. Die Orientirung im Raume hatte er wie Fall I total verlernt. Neben anderem hatte er auch das Bewußtsein der Augenbewegung nach oben und oben innen und den Annäherungsreflex vollständig verloren. Die Restitution seines optischen Begriffsvermögens erfolgte in 3 Wochen und vollkommener als bei Fall I.

Ergebniß: 1. Es kann auch im 7. Lebensjahre noch ein vollständiges Verlernen des Sehens eintreten.

2. Die Hochgradigkeit und Nachhaltigkeit dieses Verlernens ist abhängig von der geistigen Veranlagung und Ausbildung.

S. nimmt noch Stellung zu der Amaurose nach Blepharospasmus und kommt zu dem Resultat, daß principielle Unterschiede zwischen dieser und den beschriebenen Fällen nicht bestehen.

Abtheilung für innere Medicin.

VOLHARD (Gießen): Zur quantitativen Bestimmung der Fermentsecretion im Magen unter Zugrundelegung des fettspaltenden Fermentes.

Votr. hat seine bisherige Methode zur quantitativen Bestimmung des durch das fettspaltende Ferment des Magensaftes abgespaltenen Fettes vereinfacht und dabei eine Fehlerquelle seines früheren Verfahrens, bei welchem die Verdauungsgemische bei Zimmertemperatur auf Caolin getrocknet wurden, darin entdeckt, daß die Fettspaltung während der langen Trocknung weiter fort-schreitet.

Das von V. gemeinsam mit STADE ausgearbeitete Verfahren ist folgendes: Die Verdauungsgemische (Eigelb und Magensaft) werden sofort nach der Verdauung mit Aether (75 Ccm.) ausgeschüttelt, vom Aetherextract ein aliquoter Theil (50 Ccm.) abgegossen und mit Alkohol (75 Ccm.) versetzt titirt. Damit ist der Procentgehalt an gespaltenem Fett gegeben. V. und STADE fanden nun bei Anwendung dieser einfachen Methode statt des früher constatirten unregelmäßigen zeitlichen Ablaufs der Reaction einen stetigen, proportional der Zeit in regelmäßigem Anwachsen fortschreitenden Verlauf.

Gleichzeitig wurde noch einmal das Gesetz von SCHÜTZ und BORISSOW, daß sich die Verdauungsproducte in den zu vergleichenden Flüssigkeiten wie die Quadratwurzeln der Fermentmengen verhalten, nachgeprüft und auch für dieses Ferment bestätigt.

GLAESSNER (Prag): Ueber Eiweißassimilation im Magen.

V. bringt erst eine ausführliche Literaturübersicht über die älteren Arbeiten bezüglich der Frage der Rückumwandlung der Eiweißspaltungsproducte zu Körpereiß. Anknüpfend an die HOFMEISTER'schen Arbeiten über Assimilation und Resorption der Nährstoffe hat Verfasser Versuche an Hunden angestellt, die in bestimmter Zeit nach einer Fleischfütterung getödtet und deren Magenschleimhaut in Bezug auf das Verhalten der Verdauungsproducte untersucht wurde. Die Schleimhaut wurde in zwei gleiche Theile getheilt, der eine sofort verarbeitet, der andere erst 2 bis 3 Stunden bei Brüttemperatur belassen. Dann wurde nach einem besonderen verarbeitenden Verfahren der Stickstoff der nicht coagulablen Substanzen, sowohl der ersten als der zweiten Hälfte bestimmt. Darauf wurde mit Zinksulfat ausgesalzen und wiederum der Stickstoff bestimmt. Die Differenz entspricht dem Albumosenstickstoff. Die Resultate der angestellten Versuche sind folgende: 1. In der Magenschleimhaut findet eine Rückumwandlung der eingeführten Eiweißverdauungsproducte zu einer nicht coagulablen unlöslichen Substanz statt. 2. Diese Rückumwandlung betrifft ausschließlich die Albumosen. 3. Die Rückumwandlung beginnt bald nach Beginn der Verdauung und ist in der 8. Stunde derselben beendet.

Das Subferment, dem von mehreren Autoren eine solche Function zugemuthet wurde, scheint nach der Ansicht V.'s an diesem Rückumwandlungsproceß nicht theilhaftig zu sein.

HOPPE-SEYLER (Kiel): Ueber arteriosklerotischen Diabetes.

Durch Autopsien hat Vortragender folgendes Bild der Arteriosklerose des Pankreas kennen gelernt: Bindegewebswucherung mit consecutiver Schrumpfung, Verdickung der Wände der Arterien und Obliteration derselben; das Organ ist verkleinert und hart, gleichzeitig starke Wucherung des Fettgewebes, so daß im Ganzen nur wenig Reste normalen Pankreasgewebes erhalten sind. Der Befund ist also ähnlich der arteriosklerotischen Schrumpfniere. Deren klinischem Bilde entspricht auch der Verlauf des arteriosklerotischen Pankreasdiabetes. Wie bei jener zur Urämie, so steigern sich hier allmählig die Erscheinungen bis zum Coma diabeticum. Der Beginn ist mit leichter Glykosurie verbunden. Aber allmählig verringert sich die Kohlehydrattoleranz. Die Abstinenzerscheinungen nach Entziehung der Kohlehydrate (Diarrhoe u. dgl.) machen eine strenge Diät unmöglich. Zuweilen treten plötzliche Verschlimmerungen ein und Coma im Anschluß an intercurrente Erkrankungen. Therapie: Diät und Jod.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Wissenschaftliche Versammlung vom 18. November 1901.

FERDINAND KORNFELD: Gonorrhoe und Ehe.

Das Thema ist sowohl in hygienisch-ärztlicher, als auch in ethischer und socialer Beziehung ungemein wichtig. Nicht von allen Seiten wird dem Ernste und der hohen Bedeutung, sowie den schweren, häufig letalen Folgen des Uebels nach der praktischen Seite hin genügend Rechnung getragen; in dieser Frage sind wir Aerzte jedoch sicherlich berufen, die eminente socialpolitische Bedeutung der Gonorrhoe durch andauerndes Studium und Vorschläge an die Behörden zu kennzeichnen. In einem Vortrage kann es sich um eine erschöpfende Darstellung der sämtlichen in Betracht kommenden Momente nicht handeln, sondern höchstens um einige grelle Streiflichter, durch die ein so wichtiges Krankheitsgebiet beleuchtet werden muß. Aetiologie, Pathologie, Bacteriologie, pathologische Anatomie, Prophylaxe und Statistik wären in einer halbwegs eingehenden Studie genau zu erörtern. Die Prostitution und die Vorschläge und Maßnahmen zur Regelung derselben und zur Eindämmung der aus ihr erwachsenden großen Gefahren für Gesundheit und Allgemeinwohl sind untrennbar verbunden mit der in Rede stehenden Frage. In der Therapie und den Kriterien einer absoluten Heilbarkeit und Heilung der Gonorrhoe bei beiden Geschlechtern sind schließlich bedeutsame Momente gelegen. Complicationen der Gonorrhoe, Infectiosität der verschiedenen Stadien, die sogenannte Latenz des Processes müßten durchwegs in den Kreis der Erörterungen gezogen werden.

Seit den letzten 30 Jahren hat sich glücklicherweise in der Gonorrhoefrage ein vollständiger Umschwung vollzogen; seit den Forschungen von NOEGGERATH, WERTHEIM, BUMM, FINGER u. A. sind wir mit der Aetiologie und Verbreitungsweise sowie mit der erstaunlichen Häufigkeit des Uebels bei Mann und Weib vertraut, wir wissen von der Zugehörigkeit mancher fernliegenden Affection zur Blennorrhoe, schließlich von den leider außerordentlich gewöhnlichen unheilvollen, oft letalen Folgen derselben bei Uebertragung vom Manne auf die Frau. Alles das ist zum Gemeingute, durch alltägliches Vorkommen zur Tradition geworden, wobei Häufigkeit und Gewöhnung Hand in Hand gehen. Wie ernst die Sache ist, das bekunden die Handbücher der Gynäkologie und die täglichen Erfahrungen der Frauenärzte aller Länder, die einmüthig bekennen, daß der überwiegende Procentsatz der Frauenleiden gonorrhöischen Ursprunges sei, daß man aber die Mehrzahl der Gonorrhoefälle beim Weibe sicher nicht zu Gesichte bekommt. Unter Hinweis auf die enormen Schwierigkeiten und die eigenartige Handhabung der Statistik im Allgemeinen nennt Votr. einige Vergleichszahlen bezüglich der Frequenz der Blennorrhoe beim Manne und acceptirt als einen der Wahrheit nahekommenen Schätzwert die Zahl von 80—90% (E. W. FRANK). Zur Constatirung des virulenten Charakters einer Urethralaffection wäre Gonokokkennachweis mikroskopisch und culturell erforderlich; dieses Postulat kann aber selbst auf Kliniken und in Spitälern keineswegs jedesmal erfüllt werden. Lange Dauer der Infection, Differenz in den Heilmethoden, verschiedene Scrupelhaftigkeit, Geduld und Geschick bei der Behandlung zählen mit bezüglich der Chancen der Heilung, der gegenüber man nicht vorsichtig genug sich aussprechen sollte, will man nicht unliebsamste Ueberraschungen erleben. Es gibt dabei kaum ein Gebiet der Medicin, auf dem dem Arzte discretester Tact geboten wäre, wie beim Eingehen auf die Frage der Erlaubniß der Eheschließung und der Klarlegung eingetretener böser Folgen, wenn der Mann mit nicht geheilter Blennorrhoe in die Ehe getreten war. Votr. skizzirt in knappen Zügen das vielgestaltige, jedoch einheitlich fundirte Bild der Gonorrhoe des Weibes und knüpft daran die Darlegung der Bedeutung des Zusammenwirkens der Urologen mit den Frauenärzten, um im Interesse der Heilung des Einzelnen und zum Schutze der Allgemeinheit helfend eingreifen zu können. Bisher ist leider darin nahezu nichts erzielt; und die immer wachsende Frequenz der Blennorrhoe trotz Prophylaxe und Reglementirung der Prostitution ist ein stricter Beweis, wie wenig aussichtsvoll unsere Bemühungen trotz immer wachsen-

der Erkenntniß über das Wesen des gonorrhöischen Processes sind. Dem Ernste der Sachlage gebühre daher andauernd die gewissenhafte Handhabung unserer therapeutischen und prophylaktischen Maßregeln.

Prof. v. Zeissl bemerkt, man soll sich namentlich in forensischen Fällen und beim Eheconsens nicht mit der mikroskopischen Untersuchung allein begnügen, sondern auch Culturversuche anlegen. Durch ALBRECHT und GNON wurde für den Meningococcus durch GNON in einer demnächst erscheinenden Arbeit für den Mikrococcus catarrhalis festgestellt, daß diese Mikrokokken sich durch ihre Lagerung und färberisch im mikroskopischen Präparate nicht vom Gonococcus unterscheiden, jedoch in der Cultur sich vollständig von diesem different zeigen.

Notizen.

Wien, 23. November 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung berichtete zunächst Prof. Dr. LANG über einen Fall von *Arsendermatose*, welche nach längerem Gebrauche von Solutio Fowleri zustande kam und darin bestand, daß die Haut der Hohlhand und der Fußsohle sich in Fetzen ablöste. — Hierauf stellte Prof. Dr. BENEDIKT einen Pat. mit „traumatischer Herzhypertrophie“ vor. Das Trauma bestand in Sturz von einer Höhe. Objectiv sind „Aortitis acuta, kolossale Hypertrophie des Herzens ohne Klappenfehler, klingender zweiter Ton, Tiefstand und Querlage des Herzens“ nachweisbar. Als Ursache der Herzveränderung sieht Votr. den Elasticitätsverlust und die Krümmungsänderung des Aortenbogens an. — In der Discussion bemerkte Doc. Dr. L. BRAUN, daß im Falle B.'s wohl eher eine sogenannte „Ueberdehnung des Herzens“ vorliegen dürfte. Die Annahme der Krümmungsänderung des Aortenbogens und ihres Einflusses auf den Herzmuskel sei bereits widerlegt. — Hierauf folgte die Discussion zum GRUBER'schen Vortrage: „Theoretisches über die Antikörper im Blute.“ — Doc. Dr. KRAUS wies nach, daß die Empfänglichkeit eines Thieres für Immunisirung wahrscheinlich auf dem Vorhandensein von Receptoren beruhe; bei unempfindlichen Thieren fehlen dieselben entweder völlig oder es sind nur solche für die haptophore Gruppe vorhanden. — Dr. WECHSBERG führte aus, daß mit einem bacterioiden Immunsorum nicht alle Thiergattungen geschützt werden können. In demselben Serum finden sich verschiedene Alexine; bei der Immunisirung bilden sich mehrere und verschiedene Amboceptoren und Complemente. — Prof. Dr. KRÄTZ wies darauf hin, daß die Verbindung zwischen Diphtherietoxin und Antitoxin eine nicht fixe, sondern dissociirbare sei. — Die Fortsetzung der Discussion wurde wegen vorgertückter Stunde auf die nächste Sitzung verschoben.

(Wiener Aerztekammer.) Die nächste Vollversammlung dieser Kammer findet Dienstag den 26. d. M. statt. Die Tagesordnung enthält Referate über die Führung des Titels „Naturheilarzt“ und ähnlicher Titel, über ein Abkommen, betreffend das von der „Allianz“ vorgeschlagene Honorar für Lebensversicherungen, und über die Thätigkeit des Vereines „Districtskrankenpflege“.

(Aerztliche Gewerbe-Inspectoren.) Der Budgetausschuß des österreichischen Abgeordnetenhauses hat den Antrag des Abg. PERNERSTORFER, betreffend die Bestellung von Hygienikern und Aerzten als Special-Gewerbe-Inspectoren für das ganze Reich, angenommen.

(S. FEDERN.) Der 70. Geburtstag des allverehrten Wiener Arztes und ausgezeichneten Fachschriftstellers wurde am 20. d. M. von seinen Collegen festlich begangen. Von Dr. H. TELEKY namens der Collegenschaft herzlich beglückwünscht, nahm Dr. FEDERN die Gratulationen zahlreicher ärztlicher Körperschaften, so der „Gesellschaft der Aerzte“, des „Wiener med. Doctoren-Collegiums“, der „Gesellschaft für innere Medicin“, des Verbandes der Balneologen Oesterreichs, des „Aerztlichen Vereines des I. Bezirkes“ u. A. entgegen, Zeugnisse der ungetheilten Achtung und Sympathie, die der Gefeierte bei seinen Standesgenossen genießt. Heute Abends wird ein Festbankett die Freunde FEDERN's vereinigen.

(Aufhebung der Impfprämien.) Eine Verfügung des niederösterreichischen Landesauschusses pro 1900 hebt die Impfprämien auf. Ueber die Motive dieser Aufhebung ist nichts verlautbart worden, ebensowenig darüber, welcher Ersatz den Aerzten

für diese Entziehung geboten werden wird. Meint der Landesauschuß vielleicht, daß mit der Entlohnung von 20 Hellern pro Impfung der ärztlichen Leistung thatsächlich ein entsprechendes Acquivalent gegenübersteht? Unseres Wissens ist auch keine ärztliche Standesvertretung befragt worden, ehe der genannte Beschluß des Landesausschusses zustande kam.

(Personal-Nachricht.) Docent Dr. MAX NEUBURGER in Wien ist zum correspondirenden Mitgliede der „Société des médecins et des naturalistes de Jassy“ gewählt worden.

(Aus der cassenärztlichen Praxis.) In einer sächsischen Kleinstadt ereignete sich jüngst folgender, den Bureaokratismus der Krankencassen trefflich illustrierende Fall. Ein Arzt der dortigen Casse hatte einem rheumatischen Kranken Petroleum zum Einreiben der schmerzenden Hüfte verordnet und auf einem Cassen-recept verschrieben. Darob schlägt der Vorstand der Casse entsetzt die Hände über dem Kopf zusammen, denn das Cassengesetz verpflichtet die Casse bloß zur Beistellung freier Arznei, nicht aber auch der Beleuchtung. Die Recept-Revisionscommission wird zu einer außerordentlichen Sitzung einberufen; sie prüft den schweren Fall und gelangt zur Ueberzeugung, das Petroleum könne möglicherweise zu therapeutischen Zwecken verschrieben worden sein. Der Arzt wird citirt und beweist, daß er das Petroleum, als gegen Hüftweh und Hexenschuß empfohlen, angewendet habe, ja er legt die umfangreiche Literatur über diese wissenschaftliche Materie auf dem Tisch des Hauses nieder. Darob großes Erstaunen der Commission über den gelehrten Herrn Collegen — letzterer zieht als Sieger von dannen und das Petroleum ist für die Cassepraxis gerettet.

(Verein österreichischer Zahnärzte.) Der genannte Verein feierte am 14. d. M. im Festsale der Akademie der Wissenschaften das 40jährige Jubiläum seines Bestandes. Aus diesem Anlasse wurde eine Anzahl um das Fach der Stomatologie hervorragender Forscher und Gelehrter zu Ehrenmitgliedern ernannt, und zwar: Aus dem Inland: Kais. Rath Dr. FISCHER-COLBRIE, Dr. JOHANN PICHLER, die Hofräthe Prof. Dr. EBNER v. ROSENSTEIN, Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL, Prof. Dr. TOLDT; aus dem Ausland: Prof. ARKÖVY in Budapest, Prof. PARTSCH in Breslau, die Prof. BUSCH und SACHS in Berlin, Prof. PARREIDT in Leipzig.

(Gesundheitsgefahr durch Schultinte.) Mit Rücksicht auf wiederholt vorgekommene Fälle der Gesundheitsschädigung von Schulkindern durch Schultinte hat die Mindener Regierung die ihr unterstehenden Schulbehörden in entsprechender Weise instruiert und zumal darauf aufmerksam gemacht, zu verhüten, daß die Kinder die Tintenfeder in den Mund nehmen und — wie dies oft geschieht — sogar ablecken. Auf diese Weise gelangen nämlich Schimmelpilze und andere gesundheitsschädliche Bakterien in den kindlichen Organismus und können in diesem Erkrankungen verursachen.

(Statistik.) Vom 10. bis inclusive 16. November 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 6836 Personen behandelt. Hievon wurden 1363 entlassen; 150 sind gestorben (9.9% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 98, Scharlach 55, Masern 88, Keuchhusten 19, Rothlauf 36, Wochenbettfieber 2, Röheln 2, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 567 Personen gestorben (+ 81 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. JAROSLAW BLAZICSEK, 34 Jahre alt; in Prag der Professor der path. Anatomie Hofrath EDLER v. JURUS im Alter von 62 Jahren; in Budapest Dr. PAUL VADASS, 56 Jahre alt; in Orosháza Dr. DAVID LICHTMANN im Alter von 78 Jahren.

(Warnung vor Imitation.) W. Maager's echter gereinigter Dorschleberthran wird nunmehr, um den vielen Imitationen desselben entgegenzutreten, bloß in solchen dreieckigen Flaschen versandt, deren äußere Umhüllung mit einem gesetzlich geschützten Verschlussstreifen versehen ist, wie derselbe in den in unserem Blatte enthaltenen Annoncen abgebildet erscheint. Durch diesen Verschlussstreifen ist Maager's Dorschleberthran jetzt äußerlich schon leicht von anderen in dreieckige, runde oder ovale Flaschen gefüllten Leberthranarten zu unterscheiden! Patienten, denen vom Arzte Maager's echter gereinigter Dorschleberthran verordnet wurde, wollen daher solche Flaschen, welche nicht mit dem amtlich protokollirten Streifen (rother und schwarzer Druck auf gelbem Papier) verschlossen sind, deren Inhalt demnach nicht echt ist, als Imitation entschieden zurückweisen!

Wir machen unsere Leser auf den der heutigen Nummer beiliegenden, illustrierten Prospect von Dr. Gustav Lantin's Curanstalt „Gutenbrunn“ in Baden bei Wien, welche auch in diesem Winter in all ihren Abtheilungen geöffnet ist und Curgebrauchenden, sowie Reconvalescenten und Erholungsbedürftigen ein behagliches Heim bietet, speciell aufmerksam.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 25. November 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Dr. H. TELEKY.

Programm:

Dr. M. HAUDEK: Die Operationsmethoden der modernen Orthopädie.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Faresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
& Dr. Sachsse

Alboferin

Wien
XX/I,
Jägerstr. 58^E

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Nähr- und Kräftigungsmittel**, welches Eisen und Phosphor organisch in hochmolecularer Form an Eiweiss gebunden enthält.

90.14% Eiweiss, 0.68% Eisen, 0.324% Phosphor.
Alboferin-Pulver, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz,
Alboferin-Chocolade-Tabletten.

Alboferin wurde von **Klinikern und Privatärzten mit vorzüglichem Erfolge angewendet** bei: **Anämie, Chlorose, Rhachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberculose, Blutverlusten, Nierenkrankheiten, Reconvalescenten und stillenden Frauen.**

Alboferin regt in **hohem Masse den Appetit an, erhöht das Körpergewicht und stärkt die Nerven. Bakterienfrei, unbegrenzt haltbar.**
Den Herren Aerzten stehen Literatur und Gratisproben zur Verfügung.

★ Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien. ★

Somnal- Radlauer, vorzügl. Schlafmittel, ohne schädliche Nebenwirkung. Dosis 2-4 Gr. in Milch oder Bier. 10 Gr. = 60 Pf.
Radlauer's Bandwurmmittel rühmlichst tausendfach anerkannt, besteh. aus 18 Capsules mit Extract. filicis. aeth. Kussin und Ol. Ricin., sichere Wirkung in 1/2 St. Schachtel 3 M. Kronen-Apothek. Berlin W., Friedrichstr. 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8.
En gros bei G. & R. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheker Josef v. Török.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Gangrän bei Diabetes. Von Dr. HEINRICH WOLF. — Ueber den Schwindel. Von Dr. RUDOLF PANSE, Ohrenarzt in Dresden-Neustadt. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** RUMPEL (Hamburg): Ueber die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie. — BAYER (Prag): Acuter intraperitonealer Erguß — ein Frühsymptom innerer Einklemmung. — GUSTAV WOYER (Wien): Ein Beitrag zur CREDE'schen Silbertherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. — PLEHN (Berlin): Zur Dysenteriebehandlung. — Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald (Prof. Dr. BIER). BLECHER: Ueber den Einfluß der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation. — H. HIGER (Warschau): Weiteres zur Klinik der TAY-SACHS'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. — F. WESTPHALEN (Flensburg): Cocain in der geburtshilflichen Praxis. — L. E. BREGMAN (Warschau): Ueber Kothbrechen bei Hysterie. — KAMEN (Wien): Ueber eine bis jetzt wenig gewürdigte Localisation des Influenzaprozesses. — SCHOTT (Tübingen): Berechtigten experimentelle oder klinische Erfahrungen zu der Annahme, daß pathogene oder nicht pathogene Bacterien die Wand des gesunden Magendarmcanales durchwandern können? — CELLI (Rom): Nochmals über Immunität gegen Malariainfektion. — **Literarische Anzeigen.** Augenärztliche Unterrichtstafeln für den akademischen Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. MAGNUS. — Taschenbuch für den bacteriologischen Praktikanten, enthaltend die wichtigsten technischen Detailvorschriften zur bacteriologischen Laboratoriumsarbeit. Von Dr. RUDOLF ABEL. — **Kleine Mittheilungen.** Einfluß einiger Nahrungsmittel auf die Menge und den Pepsingehalt des Magensaftes. — Behandlung der Epididymitis. — Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie. — Nährpräparat „Hygiama“. — Die Wirkung von Borsäure, Borax und Formaldehydzusatz auf künstliche Verdauungsgemische. — Purgatin. — Behandlung inficirter Wunden. — Behandlung septischer Hornhautgeschwüre. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte*, Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) IX. — *Wiener medicinisches Doctoren-Collegium*. (Orig.-Ber.) — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien*. (Orig.-Ber.) — *Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands*. (Orig.-Ber.) — *Aus italienischen Gesellschaften*. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung. — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Gangrän bei Diabetes.

Von **Dr. Heinrich Wolf.**

Vierfach sind die Ursachen, die mit der Gangrän bei Diabetikern in Beziehung gebracht werden, und zwar Mikroorganismen, Circulationsstörungen allgemeiner und localer Art, Nervenerkrankungen und Alkoholismus. Die größte Bedeutung haben die ersten zwei Punkte.

Doch alle vier reichen manchmal nicht aus, um halbwegs lückenlos die Entstehung zahlreicher Fälle von Nekrose bei Diabetikern erklären zu können. Man griff daher zu einer Annahme, deren kurze Besprechung mich ein wenig von meinem Thema abschweifen läßt.

Der ungeheure wissenschaftliche Aufschwung des XIX. Jahrhunderts hatte nicht nur neue Gedanken, neue Begriffe geschaffen, sondern auch den Inhalt der alten geändert. So mußte auch der Begriff „Lebenskraft“ verschwinden. Ueber das Leben selbst konnte man jedoch nicht hinauskommen. Ob in diesem Punkte das tragische „Ignorabimus“ oder das traurige „Ignoramus“ Geltung haben mag, ob es der fortschreitenden Wissenschaft gelingen wird, wenigstens die materiellen Bedingungen des Zustandes, den wir Leben nennen, zu erforschen, dazu will ich nicht Stellung nehmen.

Sicher ist es aber, daß wir vorläufig der Hypothese von der Lebenskraft nicht enttrathen können. Freilich, der Name ist verpönt, der Inhalt des Begriffes hat sich wesentlich geändert. Es ist nicht mehr die alles gestaltende, ich

möchte sagen, persönlich gedachte Lebenskraft, aber in den so oft gebrauchten Worten: verminderte Lebensfähigkeit, herabgesetzte Vitalität, Labilität, verminderte Resistenz finden wir einen lebhaften Anklang an jene alten Gedanken.

Diese Hypothese ist jedoch unschädlich, wenn wir immer bedenken, daß sie für uns nur ein Behelf für das Verständniß und kein Beweismittel ist. Und gerade für unser Thema ist diese Annahme nothwendig. Noch ist die Betheiligung der Körperzellen in dem Krankheitsbilde des Diabetes unaufgeklärt, und unbekannt das Wesen ihrer Veränderung.

Und unerklärt bleibt uns dann, wie z. B. ein Druck, der bei normalen Menschen gar keine Folgen nach sich zieht, bei manchen Diabetikern Nekrose der betroffenen Stelle erzeugt.

Ich gehe nun zu jenen Punkten über, die für die Forschung Gegenstand ernster Behandlung wurden. Die Bedeutung der Mikroorganismen ist nach zwei Seiten zu erörtern. Es handelt sich darum, zu entscheiden, warum die Bacterien so gern und so häufig bei Diabetischen pathogen werden und erhöhte Wirksamkeit zeigen, und warum die verschiedenen Bacterien, die bei normalen Menschen fast nie Gangrän erzeugen, bei Zuckerkranken solche Erscheinungen hervorrufen.

Die verschiedenen Ansichten beruhen auf den verschiedenen Grundlagen. Erst GROSSMANN scheint die Frage der Lösung nahegebracht zu haben, indem er nachwies, daß BUJWID deshalb ein vermindertes Wachsthum der Staphylo- und Streptokokken auf zuckerhaltigen Nährböden erhalten hatte, weil diese viel zu zuckerreich (5%) waren. Das Blut der Diabetiker enthält aber nur 0.2 bis höchstens 0.8% Zucker, gewöhnlich bloß 0.2—0.5%, und gerade diese Zuckermenge bietet den Staphylo- und Streptokokken auch im künstlichen Nährboden die besten Entwicklungsbedingungen.

Uebrigens waren die experimentellen Untersuchungen und Befunde an Thieren bei beiden Forschern ganz ähnlich, und nur die Erklärung der Versuchsergebnisse war verschieden. Kaninchen, die ja sonst gegen Eitererreger sehr widerstandsfähig sind, bekamen Abscesse, wenn die Bacterien (Strepto- und Staphylokokken) zugleich mit concentrirten Zuckerlösungen injicirt wurden.

Irritationen des Gewebes mit Zuckerlösung 3 Tage nach der Injection der Bacterien bleiben ohne Erfolg, weil nach dieser Zeit die Kokken aus dem Blute verschwunden sind. Ist dies nicht der Fall, so kommt es zu Absceßbildung. Reizung des Gewebes mit chemischen Substanzen (1‰ Sublimatlösung, 2‰ Carbonsäurelösung) und Injection von Bacterien führt ebenfalls zu Absceßbildung.

GROSSMANN konnte außerdem durch Einspritzen von Zuckerbouilloncultur in die Ohrvene eines Kaninchens Pyämie erzeugen.

Während aber BUJWID auf Grund seiner Culturversuche der Staphylokokken auf 5% Zucker enthaltenden Nährböden zu dem Schlusse kam, daß der Zucker ebenso wie andere chemische Substanzen reizend auf das Gewebe wirke, die Widerstandskraft schwäche und so den Mikroorganismen den Boden für ihre Entwicklung ebne, gibt GROSSMANN wohl für gewisse reizende Stoffe diesen Vorgang zu, kommt aber entsprechend seinen Culturversuchen auf Nährböden, die theils keinen Zucker, theils 0.2—0.5%, theils über 0.5% Zucker enthielten, zu dem Ergebnis, daß der Zucker im Blute der Zuckerkranken unmittelbar den Nährboden für die Eitererreger verbessere.

Er machte Thiere auch mit Amylnitrit diabetisch und hatte bei den so behandelten Thieren die analogen Erscheinungen.

Ob aber seine Stellung zu den Versuchen LEO's und HONL's, die bei Thieren, die sie durch Phloridzin diabetisch machten, ebenfalls starke Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen Bacterien (weiße Mäuse verloren ihre Immunität gegen Rotz) fanden, gerechtfertigt ist, läßt sich nur dadurch entscheiden, daß es gelingt, die Frage des Phloridzindiabetes zu lösen. Denn er steht noch auf dem Standpunkte MINKOWSKY's, der den Vorgang des Phloridzindiabetes derart auffaßt, daß sich das Phloridzin in der Niere in Phloretin und Zucker spaltet, das erstere sich mit dem Blutzucker wiederum zu Phloridzin verbinde. Dies gehe so lange fort, bis der Blutzucker aus dem Blute verschwinde. Wenn auch die Versuche GROSSMANN's noch nicht nachgeprüft wurden, so kann man aus der Uebereinstimmung mit den von BUJWID angestellten wohl annehmen, daß ihre Ergebnisse richtig sind.

Man hat bei den Diabetikern nicht allein Strepto- und Staphylokokken, sondern auch andere Mikroorganismen als pathogen beobachtet. So das Bact. coli, den FRIEDLÄNDER'schen Pneumobacillus, mannigfache Pilze, wie Soor, Aspergillus fumigatus, glaucus. ANCHÉ und LE DANTEC fanden einmal als Erreger einer Lymphangitis einen nicht genau zu bestimmenden, bisher als pathogen nicht bekannten Pilz.

Wir hätten nun zu erörtern, warum die durch diese Bacterien bedingten Entzündungen so gerne den gangränösen Charakter annehmen.

Es gibt wohl Mikroorganismen, welche allein Gangrän erzeugen können. Wenn ich aber in einigen Worten den Grund angeben soll, weshalb bei Diabetikern auch andere Bacterien diese Eigenschaft haben, so brauche ich nur auf die verminderte Lebensfähigkeit der diabetischen Gewebe und auf die Blutversorgung aufmerksam zu machen.

Ob dies nun dadurch geschieht, daß durch den Entzündungsvorgang das Blut in den Capillaren gerinnt, die Zellen nicht genügend ernährt werden und deshalb eine Nekrose des Gewebes eintritt, oder durch Druck die zuführenden Blutgefäße unwegsam gemacht werden oder durch krankhafte Vorgänge verändert sind, bleibt im Wesentlichen gleichgiltig. Die Herabsetzung der Nahrungszufuhr genügt,

um die ohnedies wenig widerstandsfähige Zelle des Diabetikers zum Absterben zu bringen.

Der erste Punkt hat seine besondere Wichtigkeit darin, daß er das schnelle Fortschreiten der diabetischen Gangrän erklärt, der zweite beleuchtet sehr deutlich das Vorkommen von Nekrosen auf der Höhe von Abscessen, Infiltrationen zum Zwecke der Anästhesie, Infusionen (bei der Behandlung des Coma).

Die Erkrankungen der Gefäße aber gewinnen eine hervorragende Bedeutung dadurch, daß sie von einzelnen Autoren als die einzige, von den meisten als die hervorragendste Ursache der Extremitätengangrän angesehen werden.

Die Zusammenstellung der beobachteten Fälle hat eine sichere Stütze für die zweite Ansicht gegeben.

Wenn ich aber in den folgenden Ausführungen nur auf meine Statistik Rücksicht nehme, so geschieht dies deshalb, weil ich den großen Fehler, den alle ähnliche Zusammenstellungen bis auf die von MAYER haben, zu vermeiden versucht habe, indem ich, soweit es möglich war, nur gleichartige Fälle zusammenstellte. Ich ging in dieser Richtung noch weiter als MAYER, indem ich nicht nur alle Fälle von Phlegmonen, Carbunkel, Mal perf. du pied, Lungengangrän, kryptogenetischen Eiterungen, unberücksichtigt ließ, sondern auch noch außerdem die entzündliche Form der Gangrän von der nichtentzündlichen trennte. Ich muß freilich erwähnen, daß eine solche Scheidung oft sehr schwer und naturgemäß willkürlich sein muß, da es keine scharfe Grenze zwischen den Erscheinungsformen gibt. Die Statistik selbst wird erweisen, daß selbst diese Scheidung etwas beizutragen vermag zur Klärung unserer Frage.

Gerade die frühere Art der Zusammenstellungen hat die lange Unsicherheit in der Auffassung der Gangrän bedingt, weil es ja von vornherein feststeht, daß eine Phlegmone in keiner unmittelbaren Beziehung zu Gefäßerkrankungen steht, ebenso wenig wie die oben erwähnten Krankheitsformen.

Je nachdem das jeweilig beobachtete Krankheitsmaterial an entzündlichem oder nicht entzündlichem Brande erkrankte, wurde die Bedeutung der Arterienerkrankung gelegentlich übertrieben.

Ich habe im Ganzen 110 Fälle von Extremitätengangrän bei Diabetes gesammelt. Bei 8 wurde an beiden Extremitäten Brand beobachtet, im Ganzen also 118 Fälle von Gangrän.

a) der entzündlichen Form gehörten 54, das sind 46.6%, b) der nichtentzündlichen Form gehörten 64, das sind 53.4% an. Ad a) davon waren 16, das sind 29.6 unter 50 Jahren, 28, das sind 51.9 zwischen 50 und 60 Jahren, ad b) von 64 Fällen waren 13, das sind 20.5% unter 50 Jahren, 22, das sind 34.4 zwischen 50 und 60 Jahren.

Interessant ist dabei die Beobachtung, daß die 2 Fälle von nichtentzündlicher Gangrän zwischen 30 und 40 Jahren 2 Alkoholiker waren, bei denen besonders hochgradige Veränderungen in den Gefäßen gefunden wurden.

Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung der Gefäßveränderungen ist das verhältnißmäßig seltene Auftreten der Extremitätengangrän bei Frauen.

Unter 54 Fällen der entzündlichen Fälle 7, das sind 12.9, unter 64 Fällen der nichtentzündlichen Fälle 6, das sind 9.4.

Noch wichtiger erscheint mir aber die Thatsache, daß die Extremitätengangrän so selten die oberen Extremitäten befällt, wenn man berücksichtigt, daß insbesondere die unteren Extremitäten von den arteriosklerotischen Vorgängen betroffen werden.

Im Verhältniß zu der Bedeutung der Gefäßveränderungen treten die Nervenerkrankungen in den Hintergrund.

Man kann wohl behaupten, daß sie eine Beziehung zur Extremitätengangrän entweder gar nicht oder erst in sehr mittelbarer Art haben. Dagegen sind sie von großer Wichtigkeit für das Entstehen des Mal perforant du pied, vielleicht

auch noch für einzelne Fälle von Hautgangrän. Von mancher Seite wird auch hier an der unmittelbaren Betheiligung der Nerven gezweifelt, da die Nerven erst secundär durch die Entstehung des Geschwürs in der Umgebung desselben geschädigt werden, oder durch Erkrankung der Vasa nervorum als Theilerscheinung der Arteriosklerose in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Mir scheint es jedoch, daß wir zumindest für das Mal perforant du pied den Nervenerkrankungen eine wichtige Rolle zuweisen müssen, was sich wohl aus der Analogie mit den bei Nichtdiabetikern im Anschluß an Nervenstörungen entstandenen Erkrankungen dieser Art ergibt.

Auch hier hat die einseitige Betrachtung, die Zusammenfassung ungleichartiger Fälle das Unheil angerichtet, daß man auf Grundlage von einzelnen Fällen, die Erkrankungen von Nerven zeigten, ohne Rücksicht auf die Erscheinungsform die Gangrän bei Diabetes in eine chronische (auf nervöser Basis) und eine acute Form (auf vasculärer Basis) unterschied.

Der Alkoholismus scheint ebenfalls die Entstehung der Gangrän zu begünstigen. Man sieht diese Erkrankung verhältnißmäßig oft bei Personen auftreten, deren Beruf (Gastwirthe, Weinreisende) einen Mißbrauch geistiger Getränke als sehr wahrscheinlich annehmen läßt. So bedeutsam, wie VERNEUIL und GIRON glauben, ist der Alkohol aber doch wohl nicht. Es ist auch nicht klar, in welcher Richtung er wirkt. Ob es sich um eine Herabsetzung der Widerstandskraft gegen die Bacterien handelt, die ja auch sonst bei Alkoholisten zu finden ist, ob es eine Schwächung der Herzaction oder eine Begünstigung der Arteriosklerose ist, läßt sich bei den in dieser Hinsicht zu lückenhaften Angaben nicht bestimmen.

Diese vier Punkte sind es, welche neben der herabgesetzten Vitalität der diabetischen Gewebe die Gangrän bei Diabetes bedingen. Das muß aber hervorgehoben werden, daß zur Erklärung nicht immer, ja sogar in der geringeren Anzahl der Fälle nur ein Umstand genügt. Und gerade diese Thatsache hat es verschuldet, daß die Erscheinungsformen so mannigfach sind und einer allgemeinen Betrachtung sich so lange entzogen haben.

Lassen wir den Alkoholismus, dessen Bedeutung, wie oben kurz auseinandergesetzt wurde, noch unklar ist, und die Nervenerkrankungen, die sicher nur bei gewissen Krankheitsformen von Einfluß sind, beiseite, und wenden uns der Betrachtung der wechselseitigen Beziehung der Mikroorganismen und der Circulationsveränderungen zu.

Von beiden ist erwiesen, daß sie Brand erzeugen können. Treffen beide zusammen, so wird es von der Schwere der Arterienerkrankung einerseits und von der Virulenz der Bacterien andererseits abhängen, ob einmal der trockene Brand oder die gangränöse Phlegmone beim Diabetiker entsteht. Zwischen diesen Grenzen sind natürlich zahlreiche Abstufungen möglich und auch wirklich vorhanden.

Ich muß hier noch erwähnen, daß nach REDARD häufig Glykosurie nach verschiedenen Entzündungen auftritt, ein sogenannter Diabète ephémère, der nach Heilung der Entzündung verschwindet, eine Ansicht, die in neuester Zeit auch von WALLACE vertreten wird. Während ein Theil der Autoren diese Möglichkeit zugibt (z. B. KÖNIG), wird sie von GROSSMANN auf Grund zweier Versuche und zweier Beobachtungen mit der Begründung verworfen, daß es sich in den Fällen REDARD's um latenten Diabetes gehandelt habe. Man hätte bei diesen Patienten wohl eine herabgesetzte Assimilationsgrenze für Kohlehydrate finden können.

So scharf der Angriff GROSSMANN's auch ist, so scheinen mir doch seine Angaben der unbedingten Beweiskraft noch sehr zu entbehren. Man muß doch bedenken, daß die bei dem Thiere durch Umschnürung entstandene Gangrän doch nicht ganz den beim Menschen berücksichtigten pathologischen Zuständen entspricht, und daß weiterhin die zwei Versuche ebensowenig wie die zwei erwähnten Beobachtungen durch ihren negativen Befund mehr beweisen können, als die ohne-

dies bekannte, von Niemandem geleugnete Thatsache, daß nicht bei allen Entzündungen Zucker im Harn auftritt.

Ich möchte mich jedoch schon mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Fälle, in denen unmittelbar nach einer Operation, z. B. Spaltung einer Carbunkel bei einem Diabetiker, der Zucker vollständig aus dem Harn verschwindet, keineswegs für die Anschauungen REDARD's aussprechen, die ROSEN-BACH mit einer Theorie zu stützen versucht, welche die Glykosurie bei Entzündungen mit der infectiösen Albuminurie in Analogie bringt. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß die Frage der transitorischen Glykosurie noch nicht so weit gelöst ist, um eine solche in vielen Fällen von Entzündungen auszuschließen.

(Schluß folgt.)

Ueber den Schwindel.

Von **Dr. Rudolf Panse**, Ohrenarzt in Dresden-Neustadt. *)

Unter Schwindel verstehen wir eine Täuschung über unser Verhältniß zum Raum. Unter gewöhnlichen Verhältnissen wissen wir, ob wir liegen, gerade oder gebeugt stehen, in gerader Bewegung nach vorne, hinten, seitlich, oben begriffen sind, uns bücken, mit geradem oder gebeugtem Kopfe drehen. Täuschungen werden entweder als Veränderungen unserer Körperlage empfunden, als Neigung, Bewegung, Drehung, oder auf die Umgebung bezogen, die dann auf uns zuzukommen, von uns wegzugehen, sich zu senken oder zu drehen scheint.

Drei Sinnesbahnen unterrichten uns, meist uns unbewußt, über das Verhältniß unseres Körpers zum Raume: 1. die Augen, 2. die kinästhetischen Gefühle, 3. der Vestibularapparat.

Wir schätzen durch das Auge die Entfernung zwischen uns und der Umgebung ab 1. durch Einstellen der Linse, 2. durch Convergenz der Bulbi, 3. durch Richten der Augen und den zu diesen Bewegungen nöthigen Innervationsimpulsen. Reize, die zur Erweiterung oder Verengerung der Pupille führen, Lähmungen der Augenmuskeln, die dem Innervationsimpuls nicht die gewohnte Wirkung folgen lassen, reflectorische Augenzuckungen, fälschen die Gesichtseindrücke und führen zu Augenschwindel, wenn nicht die anderen Sinne den Eindruck verbessern. Die Augenbewegung geschieht auf dem Wege: Opticus (Pupillarfasern), Vierhügel, Oculomotorius, hinteres Längsbündel, Abducens, Trochlearis.

Die zweite Bahn ist die, welche die Gefühle der Haut, Muskeln (Eingeweide) leitet. MACH brachte durch Luftdruckveränderungen an den Fußsohlen das Gefühl von Emporsteigen des Bodens hervor, durch schnell ausfließende, an den Schultern angebrachte Wassergefäße das Gefühl, als strecke sich der Körper. VIERORDT erzeugte Gleichgewichtsstörungen durch Anästhesiren der Fußsohlen. Ich konnte nach längerem Tragen des Rucksackes beim Abnehmen Taumeln nach vorwärts beobachten.

Die Bahnen, auf welchen Hautmuskelgefühle geleitet werden, sind: Sensible Nerven, hintere Wurzeln, Hinterstränge, deren Kerne, von denen einestheils die sensiblen Schleifenbahnen zur Großhirnrinde, anderentheils im hinteren Kleinhirnschenkel Fasern zum Kleinhirn gehen. Die Kleinhirnschenkelstrangbahnen gehen im Corpus restiforme, durch den unteren Kleinhirnschenkel zum vorderen Theil der Rinde des Vermis sup. Ferner dient ein Theil des Fibrae cerebello-olivares und der aufsteigende Fasciculus antero-lateralis cerebello-petal dem Gleichgewichte. Cerebellofugal sind: 1. im hinteren Schenkel vorderes Randbündel, hinteres Längsbündel, intermediäres Seitenstrangbündel, ein Theil der Fibrae cerebello-olivares (zum Vorderhorne des Halsmarkes), Fasern zu dem oberen Oliven-Abducens; 2. im spinalen Bündel des

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

mittleren Schenkels Fasern zum Nucleus reticularis (Vorderseitenstranggrundbündel), im cerebralen Bündel Fasern zu den Brückenganglien, Pyramidenbahnen; 3. im vorderen Schenkel Fasern zum Oculomotoriuskern. — Schwächung oder Fälschung des Hautmuskelgeföhles kann entstehen durch Erkrankung peripherer Nerven, hinterer Wurzeln, der Hinterstränge (Tabes), der Kleinhirnseitenstränge (FRIEDREICH'S hereditäre Ataxie).

Die dritte Nervenbahn ist der Vestibularis. Durch veränderten Druck der Otolithen auf die Haarzellen des Utriculus und Sacculus bei Bewegungen, durch Abbiegen der Hörhaare der Ampullen bei Drehungen wird der Vestibularis erregt. Längere Drehung, starker Schall und Reize von Gehörgang und Pauke erregen Schwindel, als sichtbaren Ausdruck Taumeln und Nystagmus, da der Vestibularis keinen absteigenden Reflexbogen besitzt, sondern die der beiden anderen Bahnen beeinflusst. Die Verbindungen des Vestibularis verlaufen vom vorderen Kern zur oberen Olive, Abducens, hinteres Längsbündel, Trochlearis, Oculomotorius. Fasern vom DEITERS'schen Kerne führen zu den Seitenstranggrundbündeln, vom Oculomotoriuskern zum Vorderstranggrundbündel. Vom Nucleus BECHTEREW gehen Fasern zum Nucleus globosus und zur Rinde, vom Nucleus anterior zur oberen Olive und Nucleus tegmenti und da zur Rinde. So sind alle drei Sinnesbahnen mit dem Kleinhirn verbunden, welches die ihm zufließenden Eindrücke zu einer subcorticalen Vorstellung von unserem Verhältniß zum Raume verbindet. Weist schon die Thatsache, daß entgroßhirnte Thiere und Epileptiker gehen und stehen können, daß andererseits bei ruhendem Großhirne im Schlafe Schwindel auftreten kann, darauf hin, daß das Großhirn zur Erhaltung des Gleichgewichtes nicht nöthig ist, so wird das Kleinhirn als Centrum des Gleichgewichtes durch die Lage aller Verbindungsbahnen der drei Lagesinne in ihm anatomisch erwiesen. Dem Großhirn werden auf dem Wege der vorderen Kleinhirnstiele zum rothen Kerne fertige Vorstellungen vom Kleinhirn übermittelt, und ihm durch den Fasciculus cerebialis des mittleren Schenkels ein Einfluß auf das Kleinhirn ermöglicht. Außerdem können die in der Schleife und centralen Haubenbahn zu den sensitiv-motorischen Gegenden verlaufenden Empfindungen das Großhirn unterrichten, welches auf den Pyramidenbahnen durch bewußte Bewegungen bis zu einem gewissen Grade das Kleinhirn ersetzen kann. Durch Störungen im Gebiete der vorderen Kleinhirnschenkel würden die vom Kleinhirn gebildeten Vorstellungen niederer Ordnung (HITZIG) über unsere Lage dem Großhirn falsch übermittelt werden und dadurch Schwindel zum Bewußtsein kommen, durch Schädigung des cerebralen Bündels des mittleren Schenkels der Einfluß des Großhirns auf das Kleinhirn gestört, und dieses Hinderniß willkürlicher Lageänderung wohl auch als Schwindel empfunden werden, durch Beeinflussung der Schleifenbahn bis zu den sensitiv-motorischen Zonen würde die willkürliche Verwerthung centripetaler Lageempfindungen verhindert und Schwindel beim Versuch willkürlicher Lageveränderungen eintreten. Durch alle diese Störungen würde die unbewußte, cerebellare Erhaltung des Gleichgewichtes nicht verhindert werden.

Eine Schädigung der Schleifenbahnen bis zu der Großhirnrinde wird bei der Nachbarschaft der Pyramidenbahnen zugleich zu motorischen Störungen führen. Bei der weiten Ausdehnung der sensitiv-motorischen Gegenden wird eine Schädigung von einer Ausdehnung, daß durch sie Täuschungen über Lagevorstellungen entstehen, auch zu allgemeinen Hirnsymptomen, besonders Bewußtseinsstörungen führen. Umgekehrt können Zustände, die zu allgemeiner Hirncongestion führen, unter plötzlicher allgemeiner Drucksteigerung in der Schädelhöhle auch bei anderweitigem Sitz zu Mitbetheiligung des Kleinhirns, der sensitiv-motorischen Zonen, zu Schwindel führen.

Falsche Eindrücke, die auf einer der drei Nervenbahnen dem Kleinhirn zufließen, schaffen eine falsche Vorstellung, wenn sie so stark sind, daß sie nicht von den zwei anderen

verbessert werden; und dieser Vorstellung entsprechend wird der Körper gestellt, die Augen gerichtet.

Entsteht z. B. durch Druck auf eine Fistel im äußeren linken Bogengang die Vorstellung, daß sich der Raum nach links oder dem entsprechend der Körper nach rechts drehe, so tritt horizontaler Nystagmus mit Zucken nach rechts, langsamen Bewegungen nach links ein; es wird der Körper unbewußt nach rechts geworfen: uncoordinirt ataktisch sind die Bewegungen nicht, sondern dem falschen Standpunkte entsprechend folgerichtig. Ebenso schwimmen KREIDL'S Krebse, deren eiserne Otolithen mit dem Magnete angezogen werden, diesem Druck entsprechend schief, aber völlig coordinirt. Erst dadurch, daß der Körper in eine der falschen Vorstellung entsprechende Lage gebracht und diese sofort vom Großhirn als falsch erkannt und zu verbessern gesucht wird, entsteht das Schwanken der Trunkenen, die sogenannte Kleinhirnstarre.

Die Reize, die zu schwach sind, um zu Schwindel oder dessen objectiven Zeichen: Taumeln und Nystagmus, zu führen, können gesteigert werden 1. auf derselben Bahn: Drehung bei leichtem Vestibularschwindel, äußerste Blickrichtung bei Augenschwindel, Stehen auf einem Beine bei kinästhetischem Schwindel; 2. durch Hinzufügen eines Reizes auf einer anderen Bahn, z. B. bei Vestibularschwindel Aufrichten, Stehen mit geschlossenen Füßen, äußerste Blickrichtung; 3. durch Ausschalten der verbessernden anderen Bahnen, z. B. Augenschluß bei Tabes oder Vestibularschwindel.

Diese Versuche können zur Diagnose führen: Wird eine Bahn ohne Vermehrung des Schwindels ausgeschaltet, so ist sie nutzlos, gelähmt; wird der Schwindel dadurch besser, ist sie Sitz des Leidens; wird er stärker, ist sie zum Ersatz nothwendig. Verstärkung des Reizes fördert die Ortsdiagnose nicht.

Im Uebrigen müssen zur Diagnose berücksichtigt werden, beim Rückenmark Reflexe und Coordination, beim Auge Doppelbilder, beim Ohr Taubheit, Geräusche.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Von dem Harnapparat ist hier nicht viel zu sagen; über die nicht selten zu beobachtenden Albuminurien werden wir später bei den Secretionsanomalien sprechen. Bezüglich des männlichen Geschlechtsapparates verfüge ich nicht über zuverlässige Beobachtungen, und die Angaben von CAHEN (l. c.) über die Zugehörigkeit z. B. von irritable testis zur vasomotorischen Neurose sind von recht zweifelhaftem Werth. Zu erwähnen wäre nur das relativ häufige Auftreten von Varicocele, in Analogie zu anderen Venenerweiterungen. Anders die weiblichen Geschlechtsorgane; an der Gebärmutter besonders sind diese Kreislaufschwankungen sehr deutlich und wichtig. Es ist wohl begreiflich, daß ein Gebiet, welches in seiner Blutversorgung mit den übrigen Unterleibsorganen in so naher Verbindung steht, auch bei den allgemeinen Circulationsstörungen des Unterleibs sich theiligt. Und in der That kann auch bei der nervösen Form der Plethora abdominalis der Uterus anschwellen; mancher Fall von „Metritis“ mit auffällig wechselndem Verlaufe gehört hierher. Aber ganz abgesehen von den Verhältnissen in den übrigen Unterleibsorganen, stellt ein Organ wie der Uterus, an bedeutende Schwankungen des Kalibers seiner Gefäße gewöhnt und gar oft durch psychische und andere nervöse Reize in seinem Blutgehalt verändert, eine der häufigsten Localisationen nervöser Kreislaufstörungen dar.

Am deutlichsten äußern sich die krankhaften Verhältnisse bei der Menstruation.

Nicht gerade häufig sind Fälle von Amenorrhoe, resp. sehr geringer Regel auf dieser Basis. Folgender Fall demonstriert den Zusammenhang dieser Störung mit der vasomotorischen Ataxie.

Fall 22. Fr. N., 32 Jahre, Directrice in einem Wäschege-
schäft. Klagt schon seit vielen Jahren über Wallungen nach dem Kopfe, Herzklopfen, Herzangst, sowie über ziehende Schmerzen in der Musculatur und gelegentliche Nesselsucht. Ihr jetziges Leiden datirt seit 7 Monaten. Damals sistirt die bis dahin mittelstarke und regelmäßig eintretende Periode am zweiten Tage, angeblich infolge einer acuten, mit Schwindel und Erbrechen einhergehenden Indigestion. Seitdem ist die Regel nur einen Tag und sehr spärlich vorhanden, statt dessen erfolgen in den nächsten Tagen plötzlich heftige Congestionen nach dem Kopfe mit unerträglichen Kopfschmerzen, ein Erythem rings um den Hals, im Unterleibe ein unangenehmes Gefühl von Schwere und Brennen. Zweimal erfolgte zur Regelzeit Nasenbluten, einmal soll eine leichte Gelbfärbung aufgetreten sein (Icterus menstrualis?). Ich constatirte bei der Patientin geringe Anämie — die in den letzten Jahren nicht zugenommen haben soll —, große Erregbarkeit des Herzens, sehr kalte Hände und heißen Kopf; bei Durchleitung eines minimalen galvanischen Stromes durch den Kopf tritt sofort starker Schwindel ein. Dermographie mäßigen Grades. Ich bestellte Patientin zur Zeit ihrer nächsten Regel wieder. Ich fand starke active Dilatation des Herzens, das vorhin erwähnte Erythem um den Hals, leichte Aufgetriebenheit des Leibes, der im Ganzen etwas druckempfindlich war, sonst keine Absonderheiten zeigte. Besonders starke Kopfcongestion war nicht nachweisbar. Ich verordnete heiße Sitz- und Fußbäder, Abführmittel, Chinin mit Fe. — Erst nach einem Jahre stellte sich mir Patientin wegen einer Armneuralgie wieder vor. Sie gab an, daß noch 2- oder 3mal nach meiner Beobachtung die Regel sehr schwach gewesen sei, daß sie aber dann, ohne besonderen Grund, ihre alte Stärke wieder erlangt habe. Dadurch hätten sich auch die attackenartigen Beschwerden zur Regelzeit beruhigt.

Aus den Schilderungen der Kranken gewann ich den Eindruck, als wenn die Regel richtig eingeleitet worden wäre, dann aber durch einen plötzlichen Gefäßkrampf zum Stillstand kam, worauf secundär die übrigen Kreislaufstörungen erfolgten. In anderen Fällen ist die Anämie des Uterus vielleicht secundär, durch anderweitige Blutüberfüllung bedingt. Die allgemeine Blutarmuth in dem geschilderten, mehr noch in anderen Fällen stellte ein complicirendes Moment dar, das bezüglich der Regel in derselben Richtung wirken mochte.

Zwei andere Fälle, die oben schon berührt sind, zeigten eine sehr auffällige Combination von unerklärlicher Amenorrhoe mit constanter oder nur durch kurze Zwischenräume unterbrochener Dilatation der Aorta. Das lästige Pochen, das zahlreiche nervöse Frauen bei der Menstruation, auch während der Gravidität und last not least im Climacterium fühlen, ist ja bekannt; aber niemals habe ich so starke Erweiterungen des Rohres gesehen, wie in den beiden erwähnten Fällen. Die Krankengeschichte des einen steht mir leider nicht zu Gebote; sie war interessant, weil mit dem Eintritt der Regel die Pulsation nachließ. In dem zweiten Falle aber trat die Amenorrhoe erst später zu der Pulsation hinzu, so daß man beide Störungen als coordinirt betrachten muß.

Fall 23. S., Frau eines Bauerngutsbesitzers, 27 J. Seit 6 Jahren verheiratet, kinderlos. Zeigt auffällig wenig nervöse Erscheinungen, insbesondere auch seitens der Gefäße. Erkrankt im Anschluß an einen mäßigen Schreck mit heftigem Klopfen im Leibe, das nur selten ganz nachläßt und von der Patientin als äußerst lästig geschildert wird. Ein Jahr darauf blieb plötzlich die Regel, die bis dahin mittelstark war, aus. Nachdem die zuerst vermuthete Schwangerschaft sich als nicht vorhanden erwiesen hatte, und die Regel 7 Monate weggeblieben war, suchte mich Patientin auf. Ich constatirte bei der sonst gesunden Frau etwas wenig entwickelte Genitalien, sonst abgesehen von der Bauch-

aorta nichts Krankhaftes. Dieses Gefäß klopfte stark, das Rohr fühlte sich bei der Palpation sehr weit an und zeigte lautes Schwirren. Bei der Auscultation hörte man bei leichtem Aufsetzen zwei laute Töne. Ich habe Patientin Jahr und Tag mit den verschiedensten Methoden behandelt. Zeitweise war auf einige Wochen das Verhalten der Aorta subjectiv und objectiv normal. Aber dauernde Heilung war nicht zu erzielen, Patientin leidet noch jetzt an Pulsation der Bauchaorta und Amenorrhoe.

Wie weit Sterilität durch einen solchen Gefäßkrampf in utero begünstigt wird, wie behauptet worden ist, vermag ich nicht zu sagen.

Ungleich häufiger sind Menorrhagien: der größte Theil aller Frauen mit vasomotorischer Neurose leidet wenigstens zeitweise an starken, manchmal enorm starken menstruellen Blutungen. Mehrfach habe ich bei Frauen mit „essentieller Menorrhagie“, die mir von Gynäkologen überwiesen wurden, einen derartigen Zusammenhang mit einem allgemeinen Gefäßleiden feststellen können.

Untersucht man, so findet oft auch der sorgfältige Gynäkologe nichts in genitalibus. In anderen Fällen ist ein etwas vergrößerter Uterus, oder sind Zeichen von Metritis zu finden. Letztere kann, wie andere Erkrankungen des Para- und Perimetriums oder der Adnexe, eine mehr zufällige Complication darstellen, doch können die häufigen Hyperämien, die nach langem Bestehen, wie wir sehen werden, auch mit Verlangsamung der Blutströmung einhergehen können, den Eintritt des Katarrhs begünstigen. Wie weit Ovarialschwellungen in dieselbe Rubrik von Hyperämien gehören, weiß ich nicht.

Drittens ist endlich ein sehr interessanter Befund bei diesen Frauen zu vermerken: sie haben recht oft Myome, besonders intramurale Myome. Das Zusammentreffen dieser Geschwülste mit Gefäßsymptomen ausgebreiteter Art ist in jüngster Zeit auch von Gynäkologen öfter beobachtet worden. Doch legen dieselben, z. B. STRASSMANN und LEHMANN³⁵⁾, meist mehr Werth auf die organischen Veränderungen des Gefäßapparates, die übrigens aus ihren Krankenberichten vielfach nicht mit Klarheit zu ersehen sind. Nach meinen Erfahrungen sind es besonders nervöse Herz- und Gefäßleiden, welche mit Myomen einhergehen.

Es ist klar, daß das jahre- und jahrzehntelange Bestehen einer mit großen Blutverlusten und Beschwerden einhergehenden Krankheit, id est des Myoms, die Neigung zum Entstehen einer Gefäßneurose sehr begünstigen kann. Es ist auch andererseits nicht von der Hand zu weisen, daß die oft wiederholten Hyperämien die Neigung zu Blutungen verstärken und kleine Myome, die ja so ungemein häufig sind, zu schnellem Wachsthum bringen können, so daß die sonst latente Geschwulstbildung bei unseren Kranken öfter zur Cognition des Arztes kommt. Aber eine befriedigende Erklärung geben beide Factoren noch nicht. So sind STRASSMANN und LEHMANN bereits zu der Vermuthung gekommen, die ich schon längst für sehr wahrscheinlich gehalten habe, ehe ich ihre Arbeit kannte, daß in gewissen Fällen Herz-, Gefäß- und Uterusveränderungen als Symptome einer mit vasomotorischen Vorgängen zusammenhängenden Erkrankung anzusehen sind. Die Neigung unserer Kranken zu Gefäßgeschwülsten ist erwähnt; ihnen stellen sich also die Myome zur Seite, über deren Stellung zu den Uterusgefäßen ich im übrigen nicht zu sprechen habe. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

RUMPEL (Hamburg): Ueber die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie.

Die meisten Mißerfolge der Nierenexstirpation kommen dadurch zustande, daß es sich nach der Operation herausstellt, die

³⁵⁾ P. STRASSMANN und E. LEHMANN, Zur Pathologie der Myomerkkrankung. „Arch. f. Gynäkol.“, LVI, 1898.

zurückgelassene Niere sei nicht genügend sufficient, um die ganze Urinsecretion zu übernehmen. Um dem Eintreten der Urämie vorzubeugen, pflegten einige Chirurgen auch die gesunde Niere bloßzulegen, um sich durch die Palpation zu überzeugen, daß ein intactes Organ vorliegt, jedoch gab die Methode keine absolut sicheren Resultate.

Nach seinen auf der chirurgischen Abtheilung des Oberarztes KÜMMEL gesammelten Erfahrungen glaubt Verf., daß die Gefrierpunktsbestimmung sichere Resultate gebe, und rath daher („Beitr. f. klin. Chir.“, Bd. 29, H. 3), vor jedem chirurgischen Eingriff bei Nierenerkrankungen sich durch Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn eine Vorstellung von der Functionstüchtigkeit der Nieren zu machen. Bei einer Herabsetzung des Gefrierpunktes des Blutes von -0.56° C. kann die kranke Niere ohne Gefahr extirpirt werden, nachdem man sich durch den Ureterenkatheter von dem Vorhandensein zweier Nieren überzeugt hat. Bei einer Senkung des Blutgefrierpunktes unter 0.58° C. darf die Exstirpation nur mit aller Vorsicht vorgenommen werden. Dauernde Herabsetzung des Harngefrierpunktes unter 0.9 läßt nach Ansicht des Verf. ebenfalls auf Niereninsufficienz schließen. Die sicherste Methode zur vergleichenden Feststellung der Nierenfunction besteht nach Ansicht des Verf. in der physikalischen und chemischen Untersuchung der durch den Ureterenkatheterismus entleerten Secrete beider Nieren.

ERDHEIM.

BAYER (Prag): Acuter intraperitonealer Erguß — ein Frühsymptom innerer Einklemmung.

In einer früheren Arbeit hat Verf. bereits auf die Wichtigkeit und das constante Vorkommen dieses Symptoms hingewiesen und theilt neuerlich einen Fall mit. („Centrbl. f. Chir.“, 1901, 17), bei welchem aus dem galligen Erbrechen und dem Schmerz mit eintägiger Darmdurchgängigkeit mit Hilfe der Anamnese eine Incarceration vermuthet werden konnte, während das einzig sichere Symptom der schon am 2. Tage der Erkrankung nachweisbare und weiter zunehmende Erguß war. Die vorgenommene Operation bestätigte die Annahme.

ERDHEIM.

GUSTAV WOYER (Wien): Ein Beitrag zur Credé'schen Silbertherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Itrol (Argentum citricum) kann in Pulverform oder in Lösung zur Anwendung gelangen; in letzterer Form ist es mehrfach bei Gonorrhoe empfohlen worden. Verf. hat ebenfalls Itrol bei recenter Uterusgonorrhoe und eitriger Urethritis angewendet, und zwar in folgender Weise: Zunächst wurden Scheide und Cervicalcanal mit Itrolösung gesäubert und hierauf ein Itrolstäbchen (Rp. Itrol 2.5, Cerae albae 1.5, Ol. cacao 9.0 f. 30 Stäbchen von 3.4 Cm. Länge) in die Cervix eingeschoben und durch einen Tampon festgehalten. Diese Anwendungsart war nicht nur schmerzlos, sondern es konnte auch bei sämtlichen Fällen, bei 2—3 mal wöchentlich stattfindender Anwendung eine rasche Abnahme des Ausflusses beobachtet werden. Gleichzeitig verminderten sich auch die Gonokokken im Secret und waren nach 4—6wöchentlicher Behandlung völlig verschwunden. Ein Fortschreiten der Erkrankung über den Uterus hinaus fand in keinem der so behandelten Fälle statt. Auch die eitrige Urethritis heilte durch Einführung der Itrolstäbchen bald aus. („Münch. med. Woch.“, 15. October 1901). Sehr gute Dienste hat das Itrol auch zur Heilung von Fistelgängen geleistet, auch wurde das Mittel bei der Behandlung von puerperalen Geschwüren, speciell z. B. der Portio, der Cervix und der Vagina, schlecht geheilten Dammrissen und Episiotomieeinrissen angewendet; schon nach wenigen Tagen fand sich lebhaftere, gesunde Granulationsbildung. Bei 15 mit Itrol behandelten inficirten Ulcerationen gewann Verf. den Eindruck, als ob man mit Itrol ein schnelleres Ausheilen der Geschwüre erzielen könnte als mit anderen Mitteln. Ganz besonders werthvoll zeigte sich auch die secretionsbeschränkende Wirkung des Itrols nicht nur bei diesen Wunden, sondern namentlich auch bei großen Absceßhöhlen. — Verf. hat auch ein anderes Präparat von CREDÉ, das Collargol, eine allotrope, im Wasser lösliche Modification des metallischen Silbers, angewendet, und zwar in Salbenform. Wirk-

sam ist nur ganz frisch bereitete Salbe, da sie leicht zersetzlich ist. Es ist daher unbedingt erforderlich, eine kleine Dose — etwa die für einen Turnus erforderliche Menge — zu verschreiben und gut verschlossen kühl aufbewahren zu lassen. Bei puerperaler Sepsis wurden je 39 Grm. Collargolsalbe in 10stündlichen Intervallen angewendet, und es war in 3 Fällen schwerster puerperaler Sepsis, die vorher mit allen in Betracht kommenden Verfahren behandelt worden waren, eine rasche Wendung zum Bessern erst im Anschluß an die Einwirkung der Collargolsalbe zu verzeichnen, so daß der Gedanke an einen Zusammenhang beider Factoren gerechtfertigt erscheint.

M. K.

PLEHN (Berlin): Zur Dysenteriebehandlung.

Wenn Dysenterie festgestellt ist oder Dysenterieverdacht besteht, erhält der Kranke 30 Grm. (2 Eßlöffel) Ricinusöl. Das Laxans beseitigt sofort eine Menge infectiösen Materials und reinigt das Darmrohr. Ist seine unmittelbare Wirkung vorüber, wird mit der Calomelbehandlung begonnen. Stündlich wird eine Tablette à 0.03 genau nach der Uhr einverleibt, bis 12 Tabletten, also 0.36 Calomel, verbraucht sind. Ebenso wird während der beiden folgenden Tage verfahren. Das Calomel soll in Tablettenform genommen werden. Jeder Kranke muß jedesmal, nachdem er seine Tablette geschluckt hat (also 12mal den Tag!) seinen Mund auf das Gründlichste durch Spülen mit einer Lösung von Ratanhiatinctur in Wasser oder mit einer Salicylsäurelösung reinigen. Treten die geringsten Beschwerden auf, welche eine beginnende Quecksilberwirkung auf die Mundschleimhaut oder Drüsensecretion befürchten lassen, so wird außer der Spülung noch das Zahnfleisch etc. mit watteumwickelten Holzstäbchen, welche in die obengenannten Lösungen getaucht sind, abgerieben. Eine Unterbrechung der Calomelbehandlung ist deshalb nicht nöthig, aber nöthig ist es, die eben skizzirte Mundpflege mindestens drei Tage lang fortzusetzen, nachdem die letzte Calomeltablette genommen wurde. Nachdem an drei Tagen je 12 Calomeltabletten genommen sind, werden sie vom vierten Tage ab durch je 12mal 0.5 Grm. Bismuthum subnitricum, ebenfalls in Tabletten, ersetzt. Dabei wird mit der Mundpflege noch 3—4 Tage fortgefahren. 6 Grm. Wismuth täglich werden so lange gebraucht, bis der Stuhl geformt ist und jede pathologische Beimengung einige Tage lang fehlt. Dann bekommt es der Pat. noch während kurzer Zeit zu 3 Grm. den Tag (in Dosen von 0.5 Wismuth). Bei Neigung zur Verstopfung in den späteren Stadien der Behandlung oder bei postdysenterischem Darmkatarrh wird morgens $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter künstlichen Karlsbader Brunnens verabreicht, den die Reconvalescenten mit bestem Erfolge noch einige Wochen fortgebrauchen, nachdem die medicamentöse Behandlung beendet ist. Bei fortdauernder Reizbarkeit des Darmes wird er durch Kissinger Brunnen (Rakoczy) ersetzt. Ein entscheidender Factor bei der Dysenteriebehandlung ist die Diät. Die Kranken sollen zunächst eine gemischte, aber ausschließlich flüssige Nahrung erhalten, deren Grundlage stark gekochte Bouillon mit Ei (geschlagen), Schleimsuppen, Cacao und nach Möglichkeit, d. h. je nachdem der Kranke sich dazu versteht, Milch ist. Auch wird etwas guter Bordeaux gegeben. Sobald die Beimengung von charakteristischen Schleimfetzen und von Blut vollkommen verschwunden ist, erhalten die Kranken als Zulage zu der flüssigen Diät Reisbrei, Griesbrei, Eierspeisen, leichten Zwieback, unter Umständen Fruchtgelée. Erst nach 12—16 Tagen bei typisch günstigem Verlauf eines frischen Krankheitsfalles und nachdem seit mehreren Tagen jede Spur eines etwaigen postdysenterischen Katarrhs verschwunden ist, kann zur gemischten leichten Fleischkost mit Gemüse übergegangen werden. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 39.)

N.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald (Prof. Dr. Bier).

BLECHER: Ueber den Einfluß der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation.

An der Hand von 16 Krankengeschichten bezeichnet BLECHER („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 60, Heft 3/4) den Einfluß der

künstlichen Blutstauung auf steife Gelenke als außerordentlich günstig. Das Wirksame ist wohl die seröse Durchtränkung der Ankylose; daher empfiehlt es sich, um das seröse Transsudat immer wieder aufzusaugen zu lassen, abwechselnd 2 Stunden zu stauen und 2 Stunden auszusetzen oder noch besser, 1 Stunde heiße Luft einwirken zu lassen. Auch Massage unmittelbar nach der Stauung läßt sich damit verbinden. Sind bei traumatischen Ankylosen Veränderungen der Gelenksenden vorhanden, oder ist Ankylose durch Knochenspannen und dergleichen verursacht, dann wird sich natürlich diese Behandlung nicht wirksam erweisen können. R. L.

H. HIGIER (Warschau): Weiteres zur Klinik der TAY-SACHS'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie.

HIGIER theilt klinisch 3 neue Fälle mit, die 2 jüdischen Familien angehören. In einem Falle fehlt das familiäre Auftreten. Verf. macht differentialdiagnostisch („Neurolog. Centralblatt“, 1901, Nr. 18) auf die seltenen Fälle familiärer cerebraler Diplegie mit Opticusatrophie aufmerksam, die ohne die charakteristische Affection der Macula in viel späterem Alter auftritt. Er vermuthet hier wie bei der in Rede stehenden Krankheit Hemmungsbildungen als anatomischen Ausdruck für die mangelhafte Veranlagung und die geringe Widerstandsfähigkeit des Centralnervensystems. Verf. hat noch eine Krankheit fast ausschließlich bei Juden angetroffen, nämlich das intermittirende Hinken. Der Titel soll beiden Entdeckern gerecht werden. INFELD.

F. WESTPHALEN (Flensburg): Cocain in der geburtshilflichen Praxis.

Seit 2 Jahren verwendet der Autor („Centralbl. f. Gyn.“, 1901, Nr. 37) Cocain in Rectalsuppositorien à 0.03 in Fällen, wo bei eröffnetem oder nahezu eröffnetem (handtellergroßem) Muttermund, bei tiefstehendem Kopf und gesprungener Blase die Preßwehen ausbleiben oder mangelhaft sind, ferner wo die Uteruscontractionen krampfartigen Charakter angenommen haben, und wo in den Wehenpausen stärkere Schmerzen auftreten.

Die Regulirung der Wehen pflegt prompt in 5—10 Minuten einzutreten, die Wirkung der Bauchpresse wird nicht beeinträchtigt. W. nimmt an, daß in den Fällen von sogenannter secundärer Wehenschwäche, bei denen die günstige Cocainwirkung eintritt, die austreibenden Kräfte nicht wirklich erschöpft sind, sondern nur von hemmenden Reflexen, die vom Beckenboden ausgehen, freigemacht zu werden brauchen.

Toxische Wirkungen wurden nie wahrgenommen. Eine Linderung des Wehenschmerzes trat nicht ein. FISCHER.

L. E. BREGMAN (Warschau): Ueber Kothbrechen bei Hysterie.

Die Kranke („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 19), ein 23jähriges jüdisches Dienstmädchen, war durch Stigmata, Aphonie, Unfälle und ihr Benehmen als hysterisch charakterisirt. Außerdem hatte sie: Blutbrechen, Kothbrechen, blutige Stuhlgänge, Prolapsus recti, Dysurie, Amenorrhoe; die Mannigfaltigkeit dieser zum Theil bedrohlichen Symptome, ihre Unbeständigkeit, die Beeinflussung durch psychische Momente und die erhebliche Besserung nach Eingriffen, die gar nicht gegen die Hauptsymptome gerichtet waren, wie Prolapsoperation, ließen auch die seSymptome als hysterisch erscheinen. Für das Kothbrechen zieht BREGMAN außer der neuropathischen Disposition und gesteigerten Reflexerregbarkeit im Allgemeinen eine besondere Befähigung zu antiperistaltischen Bewegungen, für die Blutungen einen besonderen pathologischen Zustand der Schleimhaut in Betracht. INFELD.

KAMEN (Wien): Ueber eine bis jetzt wenig gewürdigte Localisation des Influenzaprocesses.

KAMEN berichtet („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 8) über zwei Fälle von Angina, bei denen sich in dem Tonsillenbelag Influenzabacillen

nachweisen ließen. Verf. ist weit entfernt davon, auf Grund dieses Befundes eine besondere Form der Angina, etwa ein Influenzaangina, aufstellen zu wollen, aber er glaubt schließen zu können, daß der Influenzabacillus sich auch primär an den Tonsillen ansiedeln könne. Dr. S.

SCHOTT (Tübingen): Berechtigen experimentelle oder klinische Erfahrungen zu der Annahme, daß pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmcanales durchwandern können?

Die vorliegende Arbeit, die ein größeres Sammelreferat über die umfangreiche Literatur darstellt, bringt keine neuen Beiträge zur Lösung der im Titel gestellten Frage. Aus der Literatur schließt Verf. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 7): „Wir sehen also auf Grund des angeführten reichhaltigen experimentellen und klinischen Materials uns nicht berechtigt zu der Annahme, daß pathogene oder nicht pathogene Bakterien die Wand des gesunden Magendarmcanales durchwandern können. Dr. S.

CELLI (Rom): Nochmals über Immunität gegen Malaria-infection.

Verf. hatte schon in einer früheren Arbeit gezeigt, daß einige Individuen eine natürliche Immunität gegen die Malaria, auch gegen eine experimentelle Infection, besitzen, andere sie durch das Ueberstehen der Krankheit erwerben. Eine künstliche Immunität war „weder mit Krankheitsproducten anderer Thiere, noch mit Blutserum oder organischen Säften der gegen ihre Malariaart immunen Thiere“, noch mit Säften aus den verschiedenen inficirten oder nicht inficirten Stechmücken (*Anopheles*, *Culex*) zu erzielen. Lediglich mit Euchinin und Methylenblau gelang es, eine künstliche Immunität gegen experimentelle Malaria zu erzeugen. In der vorliegenden Mittheilung („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, Nr. 7) berichtet nun Verf. über Versuche, das Euchinin als Präventivmittel gegen die natürliche Malaria-infection zu verwenden. Die Versuche wurden in den Maremmen Toscanas, in den pontinischen Sümpfen und in der Ebene Catanias vorgenommen und zeigten, daß das Euchinin das einzige Mittel ist, welches, ohne sonstige Beschwerden zu machen, praktisch gute Erfolge gibt. Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Augenärztliche Unterrichtstafeln für den akademischen Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Magnus. Heft XIX. Pathologische Anatomie des Sehnerveneintrittes. Von Dr. ANTON ELSCHNIG, Privatdocent in Wien. Mikrophotographie von Dr. O. ZOTH, Professor in Graz. 12 Tafeln mit Text. Breslau 1900, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

Dieses Heft ist eine Fortsetzung zu Heft XVI: Normale Anatomie des Sehnerveneintrittes. Es fehlen die ophthalmoskopischen Bilder, die der Autor wegließ, weil sie ihm nicht in allen Fällen vorgelegen waren — und weil sie leicht durch die vorhandenen ophthalmoskopischen Atlanten zu ersetzen sind. Es sind 12 Tafeln in Lichtdruck nach Prof. ZOTH's aufgenommenen Mikrophotographien, von denen 2 die Sehnervenatrophie, 5 die Neuritis optici, respective optica, 4 das Glaukom und eine die Amotio retinae darstellen. Die Tafeln haben alle Vortheile der Naturtreue, wir können sie selbst studiren und haben es nicht nothwendig, wie dies bei allen schematisirten Tafeln der Fall ist, die Subjectivität des Autors mit in Kauf zu nehmen. Die Präparate sind gut gewählt und die Tafeln glänzend ausgeführt. KÖNIGSTEIN.

Taschenbuch für den bacteriologischen Praktikanten, enthaltend die wichtigsten technischen Detailvorschriften zur bacteriologischen Laboratoriumsarbeit. Von Dr. Rudolf Abel. 5. Auflage. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1900.

Schon der Umstand, daß nach kaum zwei Jahren eine Neuauflage nothwendig geworden, beweist, daß Verf. der Aufgabe, die er sich gestellt, gerecht geworden ist. In prägnanter Kürze, aber erschöpfender Gründlichkeit stellt Verf. die bacteriologische Technik dar, insbesondere die Bereitung der verschiedenen Nährböden und Farblösungen, Färbemethoden etc. Auch die praktischen Rathschläge zur Cultivirung der wichtigeren Bacterien und Ausführung von Wasser- und Luftuntersuchungen, Thierexperimenten etc. dürften dem Anfänger sehr willkommen sein; aber auch der Geübtere wird oft in die Lage kommen, sich in dem vorliegenden Büchlein Rath zu holen. Anordnung und Ausstattung desselben sind gleichwie in den früheren Auflagen sehr zweckmäßig (z. B. Beigabe von Notizblättern). Es kann daher auch dieser Auflage weiteste Verbreitung in ärztlichen Kreisen gewünscht werden. Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— Den **Einfluß einiger Nahrungsmittel auf die Menge und den Pepsingehalt des Magensaftes** untersuchte HERZEN („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 5). Er studirte die safttreibende und pepsinbildende Wirkung einiger Nahrungsstoffe, speciell des LIEBIG'schen Fleischextractes, den PAWLOW als einen mächtigen Safttreiber bezeichnet, und des Dextrins, dem SCHIFF wichtige pepsinbildende Eigenschaften nachsagt und fand, daß Dextrin und LIEBIG'scher Fleischextract zugleich safttreibend und pepsinbildend sind, aber nur in großen Gaben (20—50 Grm.), während bei kleineren Gaben die safttreibende Wirkung des Dextrins und die pepsinbildende Wirkung des LIEBIG'schen Fleischextractes allmählig abnahm, so daß das Dextrin nur vorwiegend pepsinbildend und der LIEBIG'sche Fleischextract nur vorwiegend safttreibend ist. Vom Alkohol wies RADZIKOWSKI nach, daß er ein mächtiger Safttreiber ohne pepsinbildende Eigenschaft ist; der Alkohol verhindert aber nicht die Umwandlung des Propepsins in Pepsin unter Einwirkung der SCHIFF'schen Peptogene, denn wenn man zugleich Pepsin per rectum aufsaugen läßt, so producirt Alkohol einen stark pepsinhaltigen Saft. Wichtig für die Frage der Nahrungsklystiere ist, daß der Alkohol auch, per anum eingeführt, eine zwar schwächere, aber doch eine bedeutende safttreibende Wirkung entfaltet. Diese Wirkung erstreckt sich nur auf die Magendrüsen; das weiße, sogenannte reine Dextrin soll nach Versuchen von MARX gar keinen Einfluß auf die Magensaftsecretion ausüben. Als reine, nicht safttreibende Pepsinbildner erwiesen sich das Inulin und das Leberglykogen; wenn man aber bald nach ihrer Einführung per os oder per rectum ein safttreibendes Mittel, z. B. 5 Ccm. Alkohol, verabfolgt, so bekommt man, wie mit dem gewöhnlichen gelben Dextrin des Handels, einen stark pepsinhaltigen Saft. HERZEN hat mit einem Gemisch von LIEBIG'schem Fleischextract mit Dextrin in genießbaren Gaben einige günstige Erfolge in der Praxis erzielt.

— Seine Erfahrungen in der **Behandlung der Epididymitis** mit Ungt. Crèdè faßt COON zusammen („St. Paul med. Journ.“, 1901, 6. Juni). Beim Beginn der Entzündung angewandt, hemmt die Salbe in 2—4 Tagen die Vergrößerung des Nebenhodens. In späteren Fällen hat sich diese Art der Behandlung ebenso wirkungsvoll erwiesen wie alle anderen gebräuchlichen Behandlungsmethoden, jedoch mit dem Vortheil, daß die Patienten nicht das Bett zu hüten brauchen. Die dieser Behandlung folgende Verhärtung ist nicht größer als bei gewöhnlicher Behandlung, und die Resorption findet ebenso schnell statt.

— Einen **Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie** liefert BRAUN („Berliner klin. Wschr.“, 1901, Nr. 11). Es handelte sich meist um Patienten in fortgeschrittenen Stadien des Leidens mit unvollständiger oder vollständiger Retention. Das Instrument der Wahl ist ein möglichst dicker Metallkatheter mit großem

Krümmungsradius. Bei zu engem Meatus wird derselbe blutig erweitert. Ist die Einführung eines Katheters unmöglich, so wird die Boutonnière gemacht und nach Entleerung der Blase dann der Katheter auf dem normalen Wege eingeführt. Ist es nicht möglich, bei vorliegender Nothwendigkeit der Operation gleich zu operiren, so kann man zunächst durch die Blasenpunction große Erleichterung schaffen. Mit diesem Verfahren sind auf der Klinik KÖNIG's immer gute Resultate erzielt worden.

— Ueber einige Fälle von Rachitis und Scrophulose, welche er systematisch mit einem künstlichen **Nährpräparate „Hygiama“** ernährte, um zu verfolgen, welchen Einfluß das zunehmende Körpergewicht auf den Verlauf der Krankheit habe, berichtet TOCH („Prager med. Wschr.“, 1901, Nr. 24). Es handelte sich zumeist um Kinder im Alter von 4 und 5 Jahren, die wegen Drüenschwellungen an beiden Seiten des Halses wegen häufig wiederkehrender Conjunctivkatarrhe mit Knötchenbildung am Limbus corneae zur Behandlung kamen. Der allgemeine Ernährungszustand war in allen Fällen schlecht. Die Kinder erhielten 3 Eßlöffel Hygiama täglich; jeder Eßlöffel dieses Präparates wurde in $\frac{1}{4}$ Liter Milch verkocht. Außerdem wurden die Kinder mit gemischter Kost ernährt. Bei sämmtlichen der kleinen Patienten wurden Gewichtszunahmen bis zu $1\frac{1}{2}$ Kgrm. in 3 Monaten erzielt. Ueber das nämliche Thema berichtet auch MEYER („Aerztl. Rundschau“, 1901, Nr. 43). Er sagt: Die Zusammensetzung des Nahrungsmittels Hygiama ist insofern eine günstige, als sie den Wohlgeschmack erhöht. Das Mittel ist eine werthvolle Bereicherung der Zusätze zur Milchdiät, indem es deren Geschmack verbessert, deren Verdaulichkeit erhöht und deren Nährwerth vergrößert. In Fieberzuständen hat das Mittel vor der an und für sich richtigen Malzkost den Vorzug leichter Handlichkeit, besseren Geschmacks und zum mindesten gleichwerthiger Assimilirbarkeit. Aus Gründen besseren Geschmackes resultirt die Möglichkeit der Zufuhr größerer Mengen.

— Die **Wirkung von Borsäure, Borax und Formaldehydzusatz auf künstliche Verdauungsgemische** studirte HALLIBURTON („Brit. med. Journ.“, 7. Juli 1901) und fand: 1 Theil Borax auf 1000 Theile Milch verhindert vollständig die Labgerinnung, während geringere Dosen sie erheblich verringern. Borsäure hat keinen erheblichen Einfluß auf die Labgerinnung. Die Eiweißverdauung durch künstlichen Magensaft wird bei Zusatz von 5% Formaldehyd fast aufgehoben und noch durch 0.05% stark verzögert. Die Eiweißverdauung durch künstlichen Pankreassaft wird bei 0.1% Formaldehydzusatz aufgehoben. Ebenso wird die Umwandlung der Stärke durch künstlichen Pankreassaft und ferner die Labgerinnung der Milch bei Anwesenheit geringer Formaldehyddosen verzögert. H. schließt daraus, daß die Anwendung der genannten Mittel zur Conservirung der Nahrungsstoffe schädlich und deshalb gesetzlich zu verbieten sei.

— Ueber das **Purgatin**, welches bereits von C. A. EWALD und von E. STADELMANN klinisch geprüft worden ist, berichtet nunmehr auch EBSTEIN („Die chronische Stuhlverstopfung“, F. Enke, 1901). E. hat immer solche Laxantien für die Therapie der chronischen Obstipation gewählt, welche keine unangenehme Nebenwirkung haben; er blieb bei Dosen, die auch bei längerem Gebrauche keinerlei heftige Reizerscheinungen veranlassen. Als ein solches Mittel erscheint ihm das Purgatin (KNOLL). „Der wesentliche Vorzug dieser Substanz vor den meisten anderen Abführmitteln ist, daß ihr Gebrauch den Patienten keinerlei Beschwerden macht.“ Verfasser hat das Mittel vielfach in der medicinischen Universitätsklinik, sowie in seiner Privatklinik erprobt. Zur Verwendung gelangten fast ausnahmslos Dosen von 2.0. „Damit sind fast stets befriedigende, mehrfach außerordentlich reichliche, immer breiige Stuhlausleerungen erzielt worden. Während bekanntlich die sonst gebräuchlichen Laxantien sehr schlecht schmecken, ist das Mittel geschmacklos und bequem zu nehmen.“ Da das in den Harn übergehende Purgatin denselben roth färbt — die Harnorgane erfahren dabei keinerlei Reizungen —, so hat E. diesen Umstand, freilich nur von Damen, bemängeln hören. Nichtsdestoweniger hält er das Purgatin für eine Bereicherung des Arzneischatzes.

— Die **Behandlung inficirter Wunden** erörtert HAENEL („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 32). In erster Linie ist für freien Abfluß der Secrete zu sorgen. Damit entlastet man das Gewebe vom Druck und das Secret fließt aus der Wunde in den Verband. Von großer Wichtigkeit ist demnach breites Offenhalten inficirter und infectionsverdächtiger Wunden, Verhütung von Secretretention durch Eröffnung von Nischen und Taschen, Vermeidung mechanischer Läsion des Gewebes, Anlegung und rechtzeitige Erneuerung eines saugenden Verbandes. H. hat so 8500 inficirte Wunden, die er niemals ausgespült und auch soweit es ging von Antiseptics ferngehalten hat, mit gutem Erfolge behandelt.

— Eine neue **Behandlung septischer Hornhautgeschwüre** begründet STASINSKI und beschreibt sie an der Hand von 30 Fällen („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 5). Nach Cocainisirung der Binde- und Hornhaut spült ST. das Auge mit Sublimat (1:500) unter hohem Drucke aus, schabt den Geschwürsgrund und die infiltrirten Ränder mit scharfem Löffel ab, betupft den Geschwürsgrund mit Jodtinctur und injicirt sodann unter die Bindehaut in der oberen Gegend des Bulbusäquators 1—1½ Ccm. einer 5%igen Kochsalzlösung nach folgender Vorschrift:

Rp. Acoïn	1·0
Cocain. mur.	2·0
Atrop. sulf.	0·5
Natr. chlorat.	5·0
Aq. dest. steril.	100·0

Nach der Injection wird das Auge mit der Sublimatlösung noch einmal ausgespült und der Geschwürsgrund mit Airol oder besser Xeroform (mittels der convexen Fläche des scharfen Löffels) eingerieben. Dann bestreut man die ganze Hornhaut mit Airol oder besser Xeroform und verbindet beide Augen. Das kranke Auge bekommt einen Bor-Prießnitz-Verband. 6—9 Stunden nach der ersten Injection Verbandwechsel. Dann wird Atropin mit Cocain eingeträufelt (Atropin. sulf. 0·2, Cocain. mur. 0·5, Sol. sublimati [1·0:5000] 10·0), das Auge mit der Sublimatlösung ausgespült und die Procedur mit Xeroform oder Airol wiederholt. Ist nach 24 Stunden das Hypopyon verschwunden und das Geschwür nicht progredient, so wird zweimal täglich die erwähnte Procedur ohne Injection vorgenommen, widrigenfalls die Injection wiederholt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“)

IX.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

KNORR (Berlin): Ueber intravesicale Tumoren und deren endovesicale Behandlung.

Vortr. bespricht die auf die Blase übergehenden Carcinome des Uterus, dann die vom Sphincter ausgehenden Schleimpolypen und schließlich die intravesicalen Tumoren. Die einzelnen Krankheiten werden durch Lichtbilder mittels Projectionsapparat illustriert. Er berichtet über einen Fall von Carcinoma vesicae, sowie über zwei Fälle von Papillom. Einen derselben hat er mit dem NITZE'schen Operationscystoskop geheilt. Es handelte sich dabei um eine 84jährige Frau, die dem Verblutungstode nahe war.

W. THORN: Die praktische Bedeutung der Lactationsatrophie.

Alle Stillenden, robuste wie schwächliche, welche längere Zeit während der Lactation amenorrhöisch sind, weisen einen mehr oder weniger hohen Grad von Uterusatrophie auf. Diese Lactationsatro-

phie ist in reinen Fällen auf das Corpus uteri beschränkt, heilt stets spontan, spätestens etwa sechs Wochen nach dem Absetzen aus und trägt durchaus einen physiologischen Charakter. Ihren höchsten Grad erreicht die Atrophie in der Regel bereits gegen den vierten Lactationsmonat, wo die Milchausscheidung am stärksten zu sein pflegt; gegen den achten Monat, mit der stärkeren Abnahme der Milchsecretion, beginnt im Allgemeinen die Regeneration des Uterus, die mit dem Auftreten der ersten Menstruation gewöhnlich beendet ist. Ausnahmen — Auftreten der Menstruation vor vollendeter Lactation, sowie Regeneration und Conception vor Auftreten der Menstruation — kommen nicht selten vor. Bei wenig widerstandsfähigen, unter schlechten Verhältnissen lebenden Stillenden und bei Excessen im Stillen kann die Atrophie auf den übrigen Genitalapparat, seine Umgebung, ja den ganzen Körper übergreifen. So lange Cervix und Ovarien ihre normale Größe bewahren und das Ovarialparenchym keine tiefgreifende Zerstörung erleidet, ist Garantie gegeben, daß auch diese weitergreifenden Lactationsatrophien nach dem Absetzen ausheilen.

Die schwereren Formen der Lactationsatrophie sind nicht selten von Katarrhen, chronischen Entzündungen der Portio und Lageveränderungen der Scheide und der Gebärmutter begleitet, die auch nach dem Absetzen und nach der Reparation des Uterus fort-dauern können. So spielt in der Aetiologie der Retrodeviationen und des Prolapses die Lactationsatrophie eine gewichtige Rolle. Die Amenorrhoe während der Lactation ist das Reguläre; sie ist die Folge der Atrophie des Corpus uteri, nicht etwa der fehlenden Ovulation. Die regelmäßige Menstruation während der Lactation ist das Zeichen eines besonders günstigen Ernährungszustandes. Blutungen aus einem lactationsatrophischen Uterus kommen im Allgemeinen nur bei erkrankten Ovarien oder Infections- und Allgemeinerkrankungen mit hämorrhagischer Diathese vor. Die reine Lactationsatrophie, mag sie noch so hochgradig sein, ist ein vorübergehender physiologischer Vorgang, der keiner Therapie bedarf und an sich niemals das Absetzen des Kindes gebietet. Das gilt auch für die schwereren und complicirten Lactationsatrophien, so lange Cervix und Ovarien intact bleiben; die Therapie hat auf eine Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes und Heilung der complicirenden Erkrankungen zu zielen; gelingt das nicht oder handelt es sich um Erkrankungen, die dem Kinde Gefahr bringen können, oder deren Prognose zweifelhaft ist, so ist das Absetzen geboten.

Regenerirt sich der lactationsatrophische Uterus innerhalb sechs Wochen nach dem Absetzen nicht, so hat neben einer allgemeinen roborirenden auch eine geeignete locale Therapie einzusetzen. Die fast regelmäßige Retrodeviation des lactationsatrophischen Uterus macht keine selbständigen Symptome und bedarf keiner Behandlung; die häufig von Lactationsatrophischen geäußerten Kreuzschmerzen, das Drängen nach unten etc. resultiren aus dem Saugen und der Atrophie, nicht der Deviation. Pessare vermehren leicht die Erschlaffung, weil sie gewöhnlich zu groß gewählt werden. Auch bei den nicht seltenen Senkungen der Vagina suche man nach Möglichkeit während der Lactation die Pessartherapie zu umgehen. Diese ist im Allgemeinen erst nach erfolgter Regeneration des Uterus und nach der ersten Menstruation am Platz, sofern überhaupt Indicationen für sie vorliegen.

A. Martin: Die physiologische Lactationsatrophie beschränkt sich nicht allein auf das Corpus, sondern erstreckt sich auch auf das Collum. Wichtig in der Therapie ist das Absetzen des Kindes. Bei sehr hochgradiger Atrophie kann trotz derselben Conception eintreten.

Fränkel (Breslau) betont, daß nicht nur bei geschwächten Personen, sondern auch bei gutem Ernährungszustand eine Lactationsatrophie eintreten kann. F. glaubt, daß auch eine Atrophie der Ovarien zustande kommen kann. Gegen ein Weiterstillen ist F. entschieden, da die Lactationsatrophie in eine dauernde Atrophie übergehen kann; nur wenn die Frau menstruiert und der Uterus bei wiederholten Untersuchungen eine Wiederzunahme der Größe zeigt, darf man das Stillen gestatten.

Thorn hat nie die Möglichkeit des Uebergehens der physiologischen in die pathologische Form geleugnet; aber in den normalen Fällen brauchen wir im Allgemeinen nicht das Nähren zu unterbrechen.

*Abtheilung für Kinderheilkunde.***PELS-LEUSDEN (Berlin): Ueber Intubationsstenose.**

Votr. spricht über 3 Fälle von Traumen nach der Intubation, und zwar von den schwersten der Intubationsstenose. Ein Fall von diesen dreien ist sehr bald nach der Operation nicht an dieser, sondern infolge der langdauernden Erkrankung gestorben. Die beiden anderen Fälle werden demonstriert, ein 9- und 2 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen, beide gesund, beide geheilt. Es handelt sich um Fälle, bei denen der durch die Diphtherie nothwendig gewordenen Intubation die secundäre Tracheotomie gefolgt war und schließlich trotzdem die Stenose nicht gehoben wurde. Der Sitz dieser Stenose betraf, wie es in diesen Fällen gewöhnlich ist, den größten Theil der Cartilago crico-thyreoidea und der oberen Trachealringe.

Der Votr. bespricht kurz das Operationsverfahren, das in der Excision der Narbe und Ueberbrückung der defecten Partie durch secundäre Plastik besteht. Dann wird zuerst eine SCHIMMELBUSCH'sche Schornsteincanüle eingeführt, je nach dem Verlauf monatelang liegen gelassen, durch eine einfache Fenstercanüle ersetzt, und schließlich erfolgt das Decanulment.

Zu dem 9jährigen Mädchen, das mit auffallend tiefer Männerstimme spricht, bemerkt KÖNIG (Berlin), daß dieser Fall für die Operation durch Fehlen beinahe des größten Theils des Schildknorpels ganz besonders schwierig gewesen sei. Das Kind spreche mit Rachenstimme, es fehle ihm wie den Kehlkopf-Exstirpirten der Kehlkopf.

ERICH MÜLLER (Berlin): Beitrag zur Statistik der Diphtheriemortalität in Deutschland.

Der Votr. hat eine Statistik der absoluten Diphtheriemortalität für Deutschland aufgestellt. Seine Erhebungen erstrecken sich auf die deutschen Städte von 40.000 und mehr Einwohnern und umfassen einen Zeitraum von 12 Jahren, und zwar die letzten 6 Jahre der Vorserumperiode von 1889—94 und die 6 Jahre der Serumperiode von 1895—1900 incl. Die Bevölkerung dieser Städte — 90 an Zahl — repräsentirt etwa 10 Millionen Einwohner, d. i. $\frac{1}{6}$ der gesammten Bevölkerung Deutschlands. An der Hand seines — amtlichen — Materials kann der Votr. nachweisen, daß die Diphtheriemortalität in Deutschland mit dem Jahre 1895 beginnend kritisch gesunken ist, nur $\frac{1}{3}$ derjenigen der früheren Jahre betragen hat und sich dauernd auf diesem niedrigen Niveau erhalten hat. Die Schwankungen in der absoluten Anzahl der Todesfälle während der Vorserumperiode sind seit dem Jahre 1895 verschwunden und haben einem andauernd fortschreitenden Rückgang der Mortalität Platz gemacht. Mit dem Jahre 1895 ist ein neuer, die Diphtheriemortalität in diesem so günstigen Sinne beeinflussender Factor aufgetreten. Dieser kann nur das BEHRING'sche Diphtherieheilserum sein, dessen allgemeine Einführung fast mathematisch genau mit dem kritischen Sinken der Diphtheriemortalität zusammenfällt. Graphische Darstellungen und Tabellen illustriren diese Verhältnisse.

*Abtheilung für innere Medicin.***KRONECKER (Bern): Innervation des Säugethierherzens.**

Nach eingehend historisch-kritischer Uebersicht der Streitfrage des neurogenen oder myogenen Ursprungs der Herzthätigkeit, in der Votr. insbesondere auf Widersprüche ENGELMANN's in seinen wiederholten Publicationen hinweist, faßt er seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

Die Verfechter des myogenen Herzschlages haben folgende Eigenschaften des Herzmuskels zu berücksichtigen:

1. Er contrahirt sich nur maximal (BOWDITCH, KRONECKER und STIRLING).
2. Er ist nur durch chemische Reize reizbar, in Abwesenheit derselben nicht durch elektrische (KRONECKER mit J. BRINCK, BETSCHASNOFF).
3. Er ist, während er sich zusammenzieht und, wenn abgekühlt, auch längere Zeit nach dem Pulse nicht erregbar (KRONECKER und STIRLING, MAREY, ENGELMANN).
4. Er kann nicht in Tetanus versetzt werden (KRONECKER und STIRLING).
5. Er summirt latent Erregungen wie ein Reflexorganismus (v. BASCH, KAISER).
6. Er ruht normaler Weise niemals längere Zeit.
7. Er

bewegt sich normaler Weise nur rhythmisch. 8. Er bewegt sich automatisch (LUCIANI, MERUNOWICZ, HIS, KREHL und ROMBERG). 9. Der embryonale Vorhofmuskel besitzt vorzugsweise Automatie, der Kammermuskel wesentlich Irritabilität (FANO). 10. Er contrahirt sich nach Abtrennung von centralen Theilen periodisch (LUCIANI). 11. Er leitet die Erregungen normaler Weise nur in einer Richtung (ENGELMANN). 12. Er wird auch durch schwache Muscarindosen gelähmt. 13. Er wird durch Erregung einer seiner Nerven (Vagus) gehemmt (E. H. WEBER). 14. Er empfindet (FANO, HIS und ROMBERG). 15. Er geräth in fibrilläre Zuckungen: durch Tetanisirung, durch einen Nadelstich, durch secundenlange Anämie, durch Abkühlung auf 25°, durch Chloroform und durch andere Gifte.

Zwei Thatsachen: eine anatomische und eine physiologische beweisen unwiderleglich, daß nicht Muskeln die Erregungen von den Vorkammern des Herzens zu den Kammern leiten.

Nun sind aber keine normal bestehenden Muskelbrücken von den Vorkammern zu den Kammern nachgewiesen. HENLE gibt in seinem Handbuche ausführlich an, daß die Musculatur der Vorhöfe überall vollständig von derjenigen der Kammern getrennt ist.

Den physiologischen Nachweis hat Votr. mit SCHMEY (1881) erbracht: Ein Stich in das obere Drittel der Kammerscheidenwand des Hundeherzens tödtete dasselbe sogleich. Das Herz stirbt „flimmernd“ ab. Die Muskeln sind aber keineswegs gelähmt, sondern in wilder Bewegung, doch unfähig, Blut aus dem Ventrikel zu treiben, weil sie abwechselnd ungeordnet zucken. Es ist also nicht die Bewegung unmöglich, sondern die Coordination der Muskelaction. Spätere Experimente belehren uns, daß acute Anämie der Herzwandungen die Function des Nervensystems im Herzen momentan lähmt.

In der Kammerscheidenwand muß also ein nervöses Centrum gelegen sein, dessen directe oder reflectorische Erregung die Coronararterien verengt.

Ohne Vermittelung von Nerven sind diese Ergebnisse unerklärlich.

Fräulein LERNAKINA hat im Berner „Hallerianum“ durch Unterbindung von Nervengeflechten zwischen Aorta und Pulmonalis die Schlagfolge von Vorhöfen und Kammern stören können. Hier waren also die Muskelverbindungen ungestört.

Die Pharmakologie und die Klinik bedürfen der Annahme von Nerven, um die Wirkungen vieler Herzgifte zu erklären. Die Psychologen werden im platonischen Sitze eines Seelentheiles die Nervenverbindungen mit den Centralorganen nicht entbehren können.

HIS (Leipzig) widerspricht den Behauptungen des Votr. in mehreren Punkten. So hat er, HIS, dem Herzen keine Empfindung, sondern nur Irritabilität zugesprochen. Ferner sei die Abwesenheit von Nerven im embryonalen Herzen sicher erwiesen.

Kronecker erwidert, daß seine Angaben über Aussprüche der Herren HIS und ROMBERG wörtlich aus deren Werken citirt sind. Das embryonale Herz fungirt ganz anders als das ausgewachsene. Auch überlebende Herzstücke verhalten sich anders als lebende.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Wissenschaftliche Versammlung vom 25. November 1901.

MAX HAUDEK: Die Operationsmethoden der modernen Orthopädie.

Die Operationsmethoden, welche nur bei strictester Indication und dann vorgenommen werden, wenn alle anderen Hilfsmittel der orthopädischen Therapie erschöpft sind, zerfallen in zwei Gruppen: in die unblutigen Methoden und in solche, bei denen ein blutiger Eingriff vorgenommen wird. Von den unblutigen Verfahren kommt am häufigsten das Redressement in Anwendung. Bei der Spondylitis wurde es zuerst von CALOT eingeführt; jetzt kommt es nur noch in modificirter Weise (mäßige Extension, Lordosirung der erkrankten Wirbelkörperpartien) bei frischen Fällen und bei veralteten Lähmungen zur Anwendung. Auch für schwere Fälle von Skoliose wird das Redressement (Extension, manuelle oder instrumentelle Redression des Rippenbuckels) herangezogen.

Am häufigsten verwendet man das Redressement bei den Deformitäten der Extremitäten. Bei den Hüftcontracturen nach Ent-

zündungsprocessen (Beuge-, sowie Ad- und Abductionscontracturen) führt Vortragender bei ersteren das allmähliche Redressement nach DOLLINGER, bei letzteren das instrumentelle combinirte Hüftredressement (LORENZ) aus. Französische Chirurgen empfehlen das Redressement forcé, doch bringt dieses vielfache Gefahren mit sich (Fracturen, Miliartuberculose, Wiedererwachen des Entzündungsprocesses); es darf erst nach vollständiger Heilung der Grundkrankheit vorgenommen werden.

Zur Behebung von Beugecontracturen und Ankylosen, sowie behufs Mobilisirung eines in Streckstellung fixirten Kniegelenks wird bei Contracturen oder bindegewebiger Fixation das Redressement eventuell mit dem Redresseur-Osteoklasten von LORENZ, bei fibrösen Verwachsungen das *Brisement forcé* angewendet. Dieses birgt eine Anzahl von Gefahren (allgemeine Tuberculose, neuerliche Entzündung, Fracturen, Fettembolien, Narben- und Gefäßzerreißen).

Beim Genu valgum und varum führte Votr. in leichteren Fällen, insbesondere bei Kindern, ein manuelles, bei älteren Kindern das Redressement mit dem Redresseur-Osteoklasten aus.

Bei angeborenem Klumpfuß wird man in den ersten Lebensmonaten redressirende Manipulationen im Sinne der Abduction, Pronation und Dorsalflexion vornehmen lassen. Vom siebenten Lebensmonate an muß man operativ vorgehen. Das von KÖNIG angegebene forcirte Redressement hat LORENZ modificirt: modellirendes Redressement. Es besteht in Aufrollung der Adductoren und Supination durch langsamen Druck über einem Dreikant oder Zug mittels eines Osteoklasten; dann Tenotomie der Achillessehne und Behebung der Plantarflexion; bei älteren Individuen ist sehr großer Kraftaufwand nothwendig, und muß die Operation in Etappen ausgeführt werden. Nach Ueberwindung aller Widerstände Fixation des Fußes in Uebercorrection.

Bei hochgradig fixirtem Plattfuß wird durch das forcirte Redressement der Fuß mobilisirt und in Adduction überführt; es wird häufig auch die Tenotomie der Achillessehne hinzugefügt.

Nach Ausführung des Redressements muß ein sorgfältiger Gypsverband angelegt werden zur Festhaltung der erreichten Correcturstellung. Beim Platt- und Klumpfuß werden die Touren des Verbandes gleichfalls im Sinne der Correctur geführt werden. Beim Klumpfuß kann der Verband 5—6 Monate liegen bleiben und gehen die Patienten in demselben herum, wobei durch den Einfluß der Transformationskraft die Umwandlung des Fußgewölbes zur Norm stattfindet. Beim Plattfuß wird der Verband höchstens 3—4 Wochen liegen bleiben, um dann zur Behebung der die Deformität mit veranlassenden Muskelatrophie mit der Nachbehandlung zu beginnen.

Nach Redressement bei entzündlichen Processen von Hüft- und Kniegelenk wird mit dem fixirenden Gypsverband eine Entlastungsvorrichtung verbunden. Votr. verwendet hiebei insbesondere die HESSING'schen Schienenhülsenapparate, zumal bei Contractur nach Gonitis tuberculosa. Soll nach einem *Brisement forcé* Beweglichkeit im Kniegelenk erzielt werden, so darf der fixirende Verband bis zum Beginn der Nachbehandlung höchstens 2—3 Wochen liegen bleiben.

Ein bedeutender Fortschritt ist in der Behandlung der angeborenen Hüftluxationen zu verzeichnen. Die von HOFFA angegebene blutige Reposition ist zwar ein außerordentlicher Fortschritt gegenüber den früher geübten Methoden, doch bringt sie vielfache Gefahren (Todesfälle durch Sepsis, Ankylosen). Eine unblutige Reposition wurde zuerst durch PACI durch maximale Beugung, Abduction und Außenrotation des Oberschenkels versucht; es war dies aber keine vollständige Reposition. Diese gelang erst SCHEDE und LORENZ durch die functionellen Belastungsmethoden. SCHEDE reponirt durch Extension des Beines, Einwärtsrotation und Druck auf den Trochanter von hinten nach vorne; LORENZ in einer Modification des PACI'schen Verfahrens durch Extension, maximale Beugung und Abduction des leicht einwärts rotirten Schenkels und Ueberstreckung. Votr. führt die Reposition in ähnlicher Weise aus. Bei jüngeren Kindern gelingt die Reposition oft schon durch manuellen Zug und nach Ueber-

windung des Adductorenwiderstandes (Massage und Myorrhesis) durch die Ueberführung aus der Beugung in maximale Abduction und Hyperextension. Bei älteren Individuen muß die Extension zur Herabholung des Kopfes eine instrumentelle sein, und gestaltet sich die Reposition oft sehr schwierig.

Nach erfolgter Reposition Fixation im Gypsverband in möglichster Hyperextension und in der minimalsten Abduction, in welcher die Reposition stabil bleibt; die Patienten gehen im Verband umher, nach 10—12 Tagen Verminderung der Abduction, weiterhin in Etappen. Nach 6—8 Monaten Beginn der Nachbehandlung (Massage, Gymnastik). Bei doppelseitigen Luxationen wird die Reposition meist in einer Sitzung vorgenommen. Behandlungsdauer 9—12 Monate. Die Resultate sind sehr gute und wird insbesondere bei jüngeren Kindern durch die Reposition ein sehr gutes anatomisches und functionelles Resultat erreicht. Die Reposition kann bei einseitiger Reposition bis zum Alter von 8—10 Jahren, bei doppelseitiger bis zu 5—7 Jahren ausgeführt werden. (Demonstration von Patienten mit vom Votr. reponirten Hüftluxationen und Roentgenogrammen.)

Ein unblutiger Eingriff am Knochen ist die Osteoklasie, das gewaltsame Brechen der Knochen in ihrer Continuität. Sie wird entweder manuell bei ganz jungen Kindern oder vermittelt der Osteoklasten (ROBIN, RIZZOLI, LORENZ u. A.) ausgeführt bei difform geheilten Fracturen, bei rachitischen Verkrümmungen, bei Genu valgum und varum und auch manchmal bei Ankylosen des Kniegelenks.

Bei den meisten Difformitäten kommt man mit den unblutigen Operationsmethoden zum Ziel; als Hilfsoperation kommt die Tenotomie und Fasciotomie zur Anwendung. Die blutigen Operationsmethoden werden bei hochgradigen Difformitäten herangezogen. Bei der Behandlung von Lähmungen wird seit einigen Jahren die Sehnenplastik geübt, die zuerst von NICOLADONI angegeben, von DROBNIK, FRANKE u. A. ausgebildet wurde. Bei der Sehnenplastik oder Transplantation wird die Kraft eines gesunden Muskels für die Function eines gelähmten in Anspruch genommen. Die Operation wird ausgeführt bei den nach spinaler Kinderlähmung zurückgebliebenen Difformitäten, bei cerebraler Hemiplegie, bei der angeborenen spastischen Gliederstarre, bei traumatischen und peripheren Lähmungen, selbstverständlich nur dann, wenn alle anderen Hilfsmittel der Therapie in Stiche gelassen haben. Vor Ausführung der Operation muß, insbesondere durch elektrische Prüfung, festgestellt werden, welche Muskeln vollkommen gelähmt sind; nur für diese kommt die Operation in Betracht, da geschwächte Muskeln sich bei normaler Stellung functionell noch bedeutend bessern, ja sogar vollkommen erholen können. Votr. schildert die Operationstechnik eingehend.

Die Durchschneidung verkürzter Weichtheile wird bei Caput obstipum nach VOLKMANN als offene Durchschneidung der Sternocleidomastoidei und der verkürzten Weichtheile ausgeführt; in schweren Fällen macht man die partielle Extirpation des Kopfnickers (v. MIKULICZ). Die offene Durchschneidung wird auch bei hochgradigen Weichtheilscontractionen bei Coxitis, sowie als PHEL'S'sche Operation bei angeborenem Klumpfuß in Anwendung gezogen. Hieher gehören auch die Operationen von BUSCH und KOCHER bei DUPUYTREN'scher Fingercontractur.

Nach Besprechung der blutigen Knochenoperationen und der Anzeigen für Osteotomie einerseits und Osteoklasie andererseits erörtert Votr. die orthopädischen Resectionen.

Dieselben kommen bei schweren Gelenkdifformitäten, insbesondere Ankylosen in Anwendung, u. zw. die keilförmige, die bogenförmige (nach HELFERICH für Knie- und Ellbogengelenksankylosen) und die Meißelresection, letztere insbesondere bei doppelseitiger Hüftgelenksankylose. Eine Modification der letztgenannten ist die HOFFA'sche Pseudarthrosenoperation bei doppelseitiger angeborener Hüftluxation; bei dieser wird nach Resection der Schenkelköpfe das Darmbein oberhalb des alten Pfannenrandes angefrischt und dann die Schnittfläche des Schenkels hier angelegt.

Zu erwähnen sind noch die Chondrektomie nach OLLIER, die theilweise oder gänzliche Extirpation des Epiphysenkorpels bei ungleichem Wachsthum der Vorderarm- oder Unterschenkel-

knochen in jugendlichem Alter, die selten ausgeführten eigentlichen Gelenksresektionen, die Totalexstirpationen von Fußwurzelknochen und die osteoplastischen Operationen. Von J. WOLFF wurde zur Behebung von Ellbogenankylosen die Arthrolisis angegeben, d. i. die blutige Durchtrennung der die Gelenksenden fixirenden fibrösen oder knöchernen Verbindungen.

Als wichtige Operationsverfahren sind noch anzuführen: die Arthrodese nach ALBERT zur künstlichen Ankylosierung paralytischer Schlottergelenke; die blutige Reposition der angeborenen Hüftluxationen (HOFFA, LORENZ) kommt nur bei Versagen der unblutigen Reposition zur Anwendung. Bei dieser wird das Hüftgelenk unter absoluter Muskelschonung eröffnet und nach Beseitigung der Repositionshindernisse der Kopf mittels Extensions- und Repositionsmanövern in die alte, künstlich erweiterte Pfanne reponirt. Jetzt wird häufig bloß die Arthrotomie ausgeführt, wobei der Schenkelkopf in die intacte Pfanne reponirt wird, wodurch die Gefahren der Operation vermindert werden.

Zu den orthopädischen Operationen gehören auch die bei der Spondylitis zur Anwendung kommenden. Es sind dies die Punction von Abscessen mit nachfolgender Injection von Jodoformglycerin oder Naphtolcampher, Eröffnung von Abscessen unter bestimmten Indicationen und endlich die Operationen am Krankheitsherd im Wirbel selbst. Letztere hatten bisher wenig Erfolg, etwas bessere Resultate sind bei den Operationen zur Behebung der Compressionsmyelitis zu verzeichnen.

Vortragender kommt zu dem Schlusse, dass bei den Deformitäten, wenn ein operatives Vorgehen indicirt ist, vor Allem zu den unblutigen Verfahren gegriffen wird; nur in schweren Fällen oder unter gewissen Indicationen werden die blutigen Operationen in Anwendung kommen. Man wird mit einem desto einfacheren Verfahren Erfolg erzielen, je früher die Deformität zur Behandlung kommt.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 21. November 1901.

H. NOTHNAGEL stellt einen Fall von bilateraler Cystenniere vor. Bei dem 45jähr. Patienten stellten sich vor einem Jahre zeitweilig durch 2—3 Tage Diarrhöen ein, welche von Obstipation gefolgt waren. In der letzten Zeit war zweimal Blut im Harn in Form von kleinen Gerinnseln aufgetreten. Es bestanden niemals Schmerzen. Abgang von Harnconcrementen wurde niemals bemerkt, seitens der Harnorgane haben nie Beschwerden bestanden. Die Untersuchung des Patienten ergibt eine starke Spannung des Pulses, Accentuation des 2. Pulmonal- und Aortentones, Hypertrophie beider Ventrikel, Spitzenstoß in der Mammillarlinie. Im Urin fanden sich bei der ersten Untersuchung Serumalbumin in Spuren, im Sedimente Bacterien, vereinzelt Blutschatten, aber keine Cylinder; bei einer zweiten Untersuchung fanden sich daneben Plattenepithelien, hyaline Cylinder und spärliche Leukocyten; specifisches Gewicht des Harnes 1011—1012. Dieser Befund erweckte den Verdacht auf genuine Schrumpfnieren, die Palpation ergab aber zwei wenig druckschmerzhafte, höckerige Tumoren im Abdomen, von welchen sich nachweisen läßt, daß sie den beiden Nieren angehören. Es handelt sich wahrscheinlich um beiderseitige Cystennieren. Die Krankheit verläuft ebenso wie eine Schrumpfnieren.

A. Weichselbaum bemerkt, daß bei der Cystennieren in einigen Fällen auch Cysten in der Leber gefunden wurden. Ein derartiger Befund würde im vorgestellten Falle die Diagnose unterstützen.

H. Nothnagel erwidert, daß an der Leber nichts Abnormes nachzuweisen ist.

E. Neusser hat bei BAMBERGER einen Fall von bilateraler Cystennieren mit Hypertrophie des Herzens und urämischem Coma vor dem Exitus beobachtet.

W. PAULI demonstriert eine schiefergrau gefärbte Taenie, welche einem Patienten mittels Extr. filicis maris abgetrieben worden war. Das verjüngte Anfangsstück des Wurmes ist weiß, das breitgliedrige Endstück schiefergrau gefärbt. Bei dem Kranken bestehen die Anzeichen der chronischen Bleivergiftung.

Die graue Farbe der Taenie ist vielleicht auf die Anwesenheit von Schwefelblei zurückzuführen.

H. SCHLESINGER: Ueber Myiasis intestinalis.

Vortr. theilt die Krankengeschichte eines Pat. mit, bei welchem eine chronische Fliegenlarvenerkrankung des Darmes vorhanden war. Der 23jähr. Kranke litt $1\frac{1}{2}$ Jahre vor seinem Tode vorübergehend an blutigen Stühlen. Ein halbes Jahr später dysenteriforme Erkrankung mit Abgang stinkender Gewebsfetzen, aber ohne Fieber und ohne Tenesmus. Dauer dieser Affection circa 6 Wochen, dann nach dreimonatlicher Pause abermals im Stuhle Blut, Eiter und Schleim. Nach mehreren Monaten Fieberbewegungen; Abgang großer Mengen von Fliegenmaden in drei Schüben, dann zunehmende Stenosenerscheinungen des Darmes, welche auf eine multiple Erkrankung hinwiesen, Anorexie. Im Urin nie Albumen, jedoch durch mehr als 4 Wochen Cylindrurie. Im Stuhle nie Amöben, nie andere Entozoön oder Tuberkelbacillen. Fühlbarer, etwas druckempfindlicher Tumor in der Gegend der Flexura sigmoidea, in der rechten Darmbeingrube ein zweiter, weicher Tumor. Exitus unter den Erscheinungen der Inanition.

Die Existenz einer acuten, wie auch einer chronischen Myiasis gastrointestinalis ist sichergestellt. Es können die Larven verschiedener Fliegenarten im menschlichen Magen-Darmtractus unter Umständen schmarotzen. Die acuten Formen der Myiasis verlaufen unter vagen Symptomen, die theils auf den Magen, theils auf den Darm bezogen werden können. Die Myiasis chronica intestinalis kann anscheinend als selbständige Krankheit bestehen und unter verschiedenen Bildern verlaufen (Enteritis pseudomembranacea, dysenteriforme Prozesse, vielleicht auch unter dem Bilde einer folliculären Enteritis). Die Ansiedelung der Larven scheint namentlich im Magen oder im Dickdarme zu erfolgen. Eine einmalige negative Untersuchung oder der Befund anderer Darmparasiten (Ankylostomum, Ascaris) spricht nicht gegen Myiasis, da bei dem oft schubweisen Abgange von Larven durch Wochen oder Monate keine Maden im Stuhle erscheinen müssen, wenngleich Myiasis besteht. Bei Myiasis chronica gibt es starke Remissionen; vorübergehendes Aufhören der Darmsymptome spricht also nicht unbedingt für das Erlöschen der Krankheit. Zu den ätiologischen Momenten der multiplen Darmstenosen ist nunmehr die Myiasis chronica zu rechnen. Die Dipterenlarven gelangen zumeist im Jugendstadium zur Ausstoßung. Puppenabgang wurde viel seltener beobachtet. Der Abgang geschlechtsreifer Fliegen per os oder per rectum wurde bisher nicht gesehen. Die bisher bekannten Lebenseigenschaften und Gewohnheiten der Dipterenlarven dürfen nicht ohne weiteres verworfen werden, da dieselben beim Aufenthalte der Maden im Darmcanale bedeutende Veränderungen erleiden dürften. Eine Vermehrung der Larven im menschlichen Darmcanale scheint möglich zu sein. Auf welche Weise aber diese Vermehrung erfolgt, dafür fehlt bisher jeder sichere Anhaltspunkt. Aus prophylaktischen Gründen ist der Genuß rohen Fleisches zu meiden. Therapeutisch sind dieselben Procedures am Platze, wie bei anderen parasitären Erkrankungen des Darmes. Die Abtreibungscuren sind womöglich mehrmals zu wiederholen.

A. WEICHSELBAUM demonstriert das zugehörige anatomische Präparat. Außer einer geringen fettigen Degeneration der Niere zeigte die Leiche nur eine im Dickdarm localisirte Affection. Oberhalb der Ileocöcalklappe, ferner im Colon transversum und descendens fand sich je eine resistente Stelle, an welcher das Darmlumen durch Kothmassen verstopft war; nach Entfernung derselben zeigte sich je ein großes Geschwür der Darmwand von eigenthümlicher Beschaffenheit. Die Schleimhaut war daselbst abgehoben und von zahlreichen kleinen Oeffnungen durchbohrt, die Muscularis größtentheils zerstört und die Subserosa verdickt. Um die Geschwüre fanden sich zahlreiche feine, polypöse Excrescenzen, zahlreiche kleine Geschwürchen saßen an der Ileocöcalklappe, in der Gegend der Flexura hepatica und im Colon descendens. Fliegenmaden wurden nirgends vorgefunden. Als Todesursache mußte hochgradige Inanition angenommen werden, welche auf diese eigenthümlichen Darmocclusionen zurückzuführen ist. Nach der Beschaffenheit der Geschwüre und der langen Dauer des Leidens ($1\frac{1}{2}$ Jahre) lassen sich die Prozesse ausschließen, welche gewöhnlich Geschwüre im Darne verursachen,

nämlich Dysenterie, Tuberculose, Syphilis und eitrige Folliculitis, und man muß daran denken, daß sie mit der bestandenen Myiasis intestinalis zusammenhängen. Nach der klinischen Beobachtung ist anzunehmen, daß Pat. mit der Nahrung oder mit dem Wasser lebende Fliegen oder Fliegenlarven verschluckt hat. Die Larven dieser Dipteren haben Schlundhaken, mit welchen sie sich in die Schleimhaut einbohren. Dadurch kam es zu Blutungen, späterhin zur Nekrose der lädirten Stelle und zur Abstoßung der nekrotischen Partien, wobei die Maden im Stuhle zum Vorschein kamen. Den Umstand, daß dieselben schubweise in längeren Zwischenräumen entleert wurden, könnte man sich in folgender Weise erklären: 1. Pat. hat sich nach dem Abgange der Maden wieder neu inficirt. 2. Beim ersten Abgange sind nicht alle Maden hinausgeschafft worden, die zurückgebliebenen haben sich zu Fliegen entwickelt und haben Eier gelegt. 3. Die Maden sind schubweise entleert worden. 4. Es gingen die meisten Maden ab, einige blieben aber an einem geschützten Orte zurück und vermehrten sich durch Parthogenesis, indem sie selbst lebende Maden producirt. Vortr. neigt der letzteren Annahme zu. Die Entstehung der Geschwüre erklärt W. in folgender Weise: Durch die Verwundung seitens der Maden entstanden kleine Geschwüre, welche zur Nekrose in der Submucosa und zum Durchbruche führten. Infolge der Multiplicität der Nekrosen und Durchbrüche entstand dann die große Geschwürsfläche mit der abgehobenen Mucosadecke, unter welcher sich die Maden weiter vermehrten und die Ränder im Umkreise noch mehr unterminirten. Bei erfolgenden neuen Durchbrüchen wurden sie dann mit den Fäces nach außen befördert.

A u s

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde.

SCHEDE: Zur Anatomie und Behandlung der angeborenen Luxation des Hüftgelenks.

Das Charakteristische an der Pfanne ist die Verkürzung und das steilere Aufsteigen des Pfannendaches, dessen Richtung von der normalen, annähernd horizontalen bis zu einer geradezu senkrechten alle Zwischenstufen durchläuft. Der Gelenkkopf ist bald auffallend groß und gut entwickelt, bald klein, abgeplattet, bald walzenförmig oder pilzförmig mit umgeworfenen Rändern (Pufferkopf), bald fehlt er geradezu ganz, und der Hals endet in eine stumpfe Spitze. Der Hals ist meist verkürzt, oft verschmächtigt, zuweilen aber wieder ungemein plump, walzenförmig, verdickt. Der Winkel zwischen Hals und Schaft meist gestreckter als normal, oft so stark, daß der Hals eine fast geradlinige Fortsetzung des Schaftes bildet, sehr selten verkleinert. Nur einmal sah SCH. eine solche Verkleinerung bis zur ausgesprochenen Coxa vara, diese aber war erst nach einer wohl gelungenen Reposition entstanden. Offenbar hatte hier der verfettete atrophische Knochen dem ungewohnten Druck nicht Stand halten können.

Der ganze Oberschenkelknochen ist fast immer atrophisch, bei einseitiger Luxation von geringerem Umfang und von weniger festem Gefüge als der der gesunden Seite.

Die angeborene Hüftgelenksverrenkung ist anfangs ausnahmslos eine Supracotyloidea. Eine Iliaca kommt ausschließlich bei etwas älteren Kindern vor, die schon ein oder meist einige Jahre gegangen sind. Unvollständige Luxationen sind viel häufiger, als man bisher angenommen hat.

Der Gelenkkopf verläßt also die Pfanne nach außen und oben, steht anfangs zwischen Pfanne und Spina, rückt unter dem Einflusse des Körpergewichts unter die Spina anterior superior (Luxatio subspinosa) und dann erst auf die hintere Beckenseite (Luxatio iliaca).

Die wichtigste Veränderung am Femur ist die sehr häufige Torsion des oberen Femurendes nach außen. Dieselbe erreicht meist einen beträchtlichen, oft einen sehr bedeutenden und zuweilen einen extremen Grad.

Jeder höhere Grad von Torsion des oberen Schenkelendes nach außen ist ein absolutes Hinderniß für die Aufrechterhaltung der Reposition. Daher ist jedes Repositionsmanöver mit Rotation nach außen (PACI) und jede Aufrechterhaltung einer Außenrotation nach der Reposition (LOBENZ) ein principieller Fehler, der im letzteren Falle nur durch die von LOBENZ anfangs innegehaltene extreme Abduction eine Zeit lang verdeckt wird, aber sich sofort geltend macht, sowie die Beine parallel zu einander gestellt werden.

Die dauernde Erhaltung des Kopfes in der Pfanne bei parallel gestellten Beinen ist unter solchen Umständen nur möglich bei einer mehr oder weniger starken Rotation nach innen. Dieselbe muß zuweilen 90, zuweilen noch mehr Grade betragen (bis 120 und 130). Da bei so starker Innenrotation der Gang unmöglich ist, so bleibt nichts übrig, als das obere Femurende in Innenrotation festzuhalten und das untere nach vorn zu drehen. Dazu ist eine Osteotomie nothwendig. SCH. übt dieselbe in der Weise, daß er zunächst auf einige Wochen das reponirte Bein in starker Innenrotation eingypst, um den Widerstand der Außenrotatoren zu brechen und sie zu dehnen. Dann wird ein langer vergoldeter Stahlnagel durch die Cutis in den Trochanter und Schenkelhals und Kopf eingeschlagen, so daß seine Spitze etwa die Mitte des Gelenkkopfes erreicht. Das hervorstehende 2—3 Cm. lange Ende bildet dann eine sichere Handhabe, die Stellung des Kopfes zu reguliren und zu controliren. Nun folgt eine subcutane Osteotomie, die jetzt meist im unteren Drittel des Femur ausgeführt wird, dann die Drehung des unteren Fragmentes nach vorn und die Fixation der neuen Stellung im Gypsverband. Bei einigermaßen günstigen Verhältnissen wird nach dieser ungefährlichen Operation die Gehfähigkeit ganz vortrefflich, und das Resultat anatomisch und functionell ein sonst nicht erreichbar vollkommenes.

Unterelsässischer Aerzterein in Straßburg.

J. BOECKEL stellt eine 38jährige Kranke vor, bei der er vor 1½ Jahren wegen eines Schleimcarcinoms, welches vom Pylorus ausging und sich längs der kleinen Curvatur bis gegen die Cardia ausdehnte, die totale Magenresection ausgeführt hat. Der Erfolg war außerordentlich günstig, die Wunde heilte ohne Zwischenfall, und die Kranke konnte am 34. Tage entlassen werden. Während dieser 4 Wochen hat sie um 10 Pfund zugenommen. Seitdem hat sie noch um 13 Pfund zugenommen. Vor der Operation wog sie kaum 100 Pfund, heute wiegt sie 123 Pfund.

Die Technik der Totalresection des Magens umfaßt nach Eröffnung der Bauchhöhle 5 wesentliche Punkte: Die Loslösung längs der großen Curvatur, die Loslösung des oberen Pols des Magens, die Loslösung des Organes längs der kleinen Curvatur, die Loslösung des unteren Pols des Magens, die Anastomosirung der Cardiaöffnung mit dem Duodenum, resp. mit dem Jejunum, wenn die beiden Enden einander nicht genähert werden können, und zwar durch directes Implantiren des Oesophagus in das Jejunum.

Die Verdauungsthätigkeit ist in keiner Weise durch die Resection des Magens gestört. Ein Beweis hiefür ist die Schnelligkeit, mit der das Allgemeinbefinden sich bessert.

GERHARDT: Ueber Pulsarrhythmie.

Dauernde Pulsarrhythmie kann das Zeichen von schwerer, das Leben bedrohender Schädigung des Herzmuskels sein, sie kann als ziemlich irrelevantes Symptom bei allerhand leichteren Herzkrankheiten vorkommen, und sie kann drittens Folge rein nervöser, functioneller Störung des Herzens sein.

Während in vielen Fällen die Unterscheidung, ob die Unregelmäßigkeit des Herzschlages cardialen oder nervösen Ursprunges sei, höchstens bei längerer Beobachtung und unter Berücksichtigung etwaiger sonstiger Störungen des Organismus getroffen werden kann, lassen sich zwei Gruppen von Arrhythmien ausscheiden, bei welchen schon die Art der Unregelmäßigkeit an sich auf die nervöse Natur der Störung hinweist.

Die erstere Form, Beschleunigung des Herzschlages während des Inspiriums, Verlangsamung während des Expiriums (nicht selten bis auf die Hälfte der vorigen Schlagzahl), findet sich an-

gedeutet bei den meisten Anämischen und Reconvalescenten, stärker ausgeprägt bei vielen nervösen Individuen.

Sind die Kranken aufgeregt, dann athmen sie häufig unregelmäßig oder halten den Athem an, und dadurch kann leicht wirkliche Arrhythmie vorgetäuscht werden. Die andere Form, bei welcher der Patient eine stark subjective Empfindung des Pulsaussetzens hat, wurde schon von v. LEYDEN als Zeichen nervöser Herzstörung angegeben; neuerdings wurde sie von WENCKEBACH zu der von ENGELMANN am Thierherzen experimentell studirten „Extrasystole“ in Beziehung gesetzt: die Intermittenz ist nur scheinbar, am Herzen läßt sich leicht durch Palpation oder Auscultation feststellen, daß die Contraction nur verfrüht auftritt und bloß deshalb keine fühlbare Pulswelle erzeugt, weil das Herz noch nicht wieder genügend mit Blut gefüllt war. Charakteristisch für diese durch zu früh einsetzenden nervösen Reiz vorzeitige Schlagweise ist (im Gegensatz zu anderen Formen von Intermittenz) nach WENCKEBACH der Umstand, daß der normale Herzrhythmus doch insofern gewahrt bleibt, als die Pause gerade doppelt so lang ist wie ein einzelner Pulsschlag, daß der folgende Puls also im selben Zeitmoment erfolgt, wo er auch bei ungestörter Schlagfolge erfolgt wäre. Häufig sollen diese „Extrasystolen“ mit eigenthümlichen Empfindungen in der Herzgegend einhergehen. Vortr. hat in den letzten Jahren, wo er auf diese Empfindungen des Aussetzens der Herzthätigkeit besonders achtete, dieselben auch nur bei solchen Fällen beobachtet, deren sonstiges Verhalten die rein nervöse Beeinflussung des Herzens wahrscheinlich machte; er glaubt sie deshalb ebenfalls als Symptom nervöser Herzstörung ansehen zu können.

Für die Beurtheilung der Arrhythmie bei notorischer Herzaffection (Klappenfehler oder Hypertrophie und Dilatation) sucht v. JÜRGENSEN die Art der Unregelmäßigkeit zu verwerthen: sehr rascher Puls mit regellosen, aber stets kleinen, weichen Schlägen ist ihm ein Zeichen schwerer Herzmuskelinsuffizienz, während jene Form der Arrhythmie, bei welcher zwischen kleinen kraftlosen auch große kräftige Pulse vorkommen, auf einen an sich leistungsfähigen, aber zur Zeit geschädigten Herzmuskel hinweise.

GERHARDT glaubt, daß daneben hauptsächlich in Frage komme, ob sonstige Zeichen des Nachlasses der Herzkraft vorhanden sind, und bezeichnet als das sicherste dieser Zeichen die Vergrößerung der Leber; wo diese fehlt, hat man Ursache, auch recht beträchtlicher Pulsarrhythmie zunächst keine schwere Bedeutung beizumessen. Andererseits sind gerade diese Fälle von mehr habitueller Arrhythmie bei leichteren Herzaffectionen dadurch von den meisten übrigen Formen von Arrhythmie zu unterscheiden, daß sie auf Digitalis absolut nicht reagieren.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Accademia Peloritana di Messina.

CARDILE: Die Erregbarkeit der motorischen Rindencentren bei experimenteller Urämie.

Vortr. berichtet über eine Reihe von experimentellen Untersuchungen, die sämmtlich zur Aufgabe hatten, festzustellen, ob die bei Urämie retinirten Stoffwechselbestandtheile thatsächlich imstande sind, reizend auf die motorischen Rindenzellen einzuwirken. Die bisherigen Untersuchungsmethoden halten einer scharfen Kritik nicht Stand. Die Methode C.'s bestand darin, daß er die Erregbarkeit der Rindencentren für den schwächsten faradischen Strom bestimmte, der eben noch imstande war, Zuckungen hervorzurufen. Er fand: Die Ligatur der Ureteren bewirkt bei Hunden immer Depression, die sich durch herabgesetzte Rindenerregbarkeit kenntlich macht. Man vermag dann oftmals auch mit starken Strömen nicht Zuckungen zu bewirken. Kohlensaures Ammon und Harnstoff vermehrten zunächst bei den Versuchsthiere die Erregbarkeit der Hirnrinde und setzten dieselbe sodann herab. Die Convulsionen stehen nicht in directem Verhältnisse zur Erregbarkeit der Hirnrinde.

R. Accademia medica di Roma.

G. PUCCIONI: Amaurose und traumatische Amblyopie.

P. stellt einen Kranken vor, der nach einem Trauma (Schlag auf den Kopf) complete Amaurose aufwies. Im weiteren Verlaufe blieb auf dem rechten Auge vollständige Blindheit, auf dem linken partielle Amblyopie zurück. Ophthalmoskopisch fand sich bald nach der Verletzung progressive Atrophie des rechten N. opticus. Vortr. stellt sich vor, daß das Trauma eine Hämorrhagie im Bereiche des Chiasma zur Folge gehabt habe mit nachheriger Compression des nicht gekreuzten rechtsseitigen und des gekreuzten linken und rechten Nervenbündels. Diese Hypothese findet eine Stütze darin, daß die Hemianopsie des linken Auges allmählig zurückging, was sich durch Resorption des Blutextravasates erklärt, während das linke ungekreuzte Bündel, das nunmehr nicht mehr comprimirt war, keinerlei Störung mehr aufzuweisen vermochte.

G. MAZZONI: Nierenchirurgie.

Von 94 chirurgisch behandelten Nierenaffectionen hat M. schon 76 publicirt, von den anderen 14 wählt er 4 zur Publication aus, da sie besonderes Interesse verdienen. Es handelte sich um eine Nierencyste, cystische Degeneration durch Ureterabknickung, Neoplasmen und Tuberculose der Niere. Vortr. discutirt hierauf die Differentialdiagnose, die Operationsmethodik sowie die Chancen der Operation und betont die relative Benignität der einseitigen Nierentuberculose.

G. REM-PICCI: Pilzvergiftung — acute Phosphorvergiftung.

Die Aehnlichkeit in der Symptomatologie und histologischen Morphologie der beiden genannten Vergiftungsarten veranlaßte Vortr. zu genauen Untersuchungen über den Stoffwechsel. Er fand in beiden Fällen Symptome eines lebhaften Gewebszerfalls. Bei beiden Vergiftungsarten ist die Leber besonders stark ergriffen. Die Ammoniakproduktion ist vermehrt, denn der menschliche Organismus vertheidigt sich gegen die übermäßige Säureproduction (Säurevergiftung) durch Neutralisation der gebildeten Säuren mit Ammoniak. Natürlich sinkt die Harnstoffmenge des Körpers. Die Harnsäurebildung ist vermehrt, im Verhältniß zur gegebenen Zellsdestruction; das Gleiche gilt vom Phosphorgehalte des Harnes.

ROSSELLI: Sarkom des unteren Augenlides.

Der vorliegende Fall ist von Wichtigkeit, weil er ein pigmentloses Sarkom betraf, während die Mehrzahl der am Augenlide beobachteten Tumoren Melanosarkome gewesen sind. Die Literatur enthält 3 ähnliche Fälle, in welchen der Tumor vom Tarsus ausgegangen war, zwei mit Ausgang vom Musculus rectus superior, vier von der Conjunctiva palpebralis. Im Falle R.'s handelte es sich um einen 17jährigen jungen Mann, den ein geworfener Gummiball vor einiger Zeit auf das untere Lid getroffen hatte. Das Lid schwoll an und verfärbte sich; die Symptome schwanden ganz langsam, nur ein kleines bläuliches Fleckchen blieb zurück. Zwei Monate darauf bestand an der Stelle dieses Fleckchens ein kleiner Tumor, der im Verlaufe weiterer 20 Monate Taubeneigröße erreichte. Der Tumor wurde im August 1899 exstirpirt; 5 Monate später war Recidive da, anfangs mit langsamem, später mit rapidem Wachsthum. Der Tumor wurde weit im Gesunden abgetragen, der Substanzverlust nach DIEFFENBACH gedeckt. Es handelte sich um ein bindegewebsreiches Kleinzellensarkom. Gegenwärtig, nach $\frac{3}{4}$ Jahren, ist der junge Mann noch vollkommen gesund.

D'URSO: Ovariektomie mit Anästhesie nach Bier an einer 71jährigen Frau.

Der Fall betraf ein voluminöses Ovarialkystom. Da die Kranke bereits in sehr vorgeschrittenem Alter war und an starker Arteriosklerose litt, beschloß Vortr., die Operation in medullärer Anästhesie auszuführen. Die Operation ging für die Kranke vollkommen schmerzlos vorüber, trotzdem das Kystom an seiner Vorderwand vielfache Adhärenzen aufwies. Im Decursus ist bloß eine leichte Temperatursteigerung in den zwei ersten Tagen nach Vornahme der Operation zu verzeichnen. Die Wunde heilte per primam.

D'URSO: Diagnostische Schwierigkeiten bei Stieltorsion einer Ovarialcyste.

Eine 25jährige Frau, die vor 30 Tagen entbunden hat und vor 15 Tagen wegen einer angeblich typischen Nierenkolik behandelt worden ist, sieht Vortr. mit aufgetriebenem Abdomen, Erbreehen, Bauchschmerzen, Herzklopfen, subfebril, Dissociation von Puls und Temperatur. Im Bauche war freie Flüssigkeit nachweisbar. D'U. nahm Stieltorsion einer Ovarialcyste an. Nachdem die stürmischsten Erscheinungen geschwunden waren, operirte er und fand eine linksseitige Cyste mit dreifacher Stieldrehung und frische Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand. Wundverlauf normal. Heilung per primam. Der Fall ist wichtig, weil die Differentialdiagnose mit Nierenkolik in Frage kam und weil die Torsionserscheinungen zweimal, mit Einfügung eines freien Intervalles, auftraten.

G. REM-PICCI: Untersuchungen über Hippursäure-Ausscheidung beim Menschen.

Die Thatsache, daß Angaben über Hippursäure-Ausscheidung in der Literatur selten sind, ist darauf zurückzuführen, daß die Bestimmungsmethodik eine überaus schwierige ist. Verf. ist es gelungen, nach vielen Mühen eine Methode zu finden, welche ihm zumal für die Praxis sehr geeignet erscheint. Man fällt den Harn mit Baryhydrat und Chlorbaryum aus; das mit Salzsäure angesäuerte Filtrat wird mit Essigäther extrahirt. Aus dem Aetherextract kann die eventuell vorhandene Benzoësäure mit Petroleumäther gewonnen werden; soll Hippursäure genau bestimmt werden, dann geschieht dies direct durch Feststellung des in ihr enthaltenen Stickstoffs. Vortr. hat die Exactheit und Verlässlichkeit der Methode wiederholt geprüft. Es scheint, als ob bei manchen Nierenaffectationen die Fähigkeit der Hippursäurebildung im Organismus vermindert sei.

Notizen.

Wien, 30. November 1901.

Zur Frage der Arbeiter-Familienversicherung. *)

Für nüchtern beobachtende Aerzte gewinnt die Frage der Familienversicherung zu allererst eine materielle Bedeutung. Denn ohne Rücksicht auf die Aerzte eingeführt, könnte die Angehörigenversicherung eine derartige Verschiebung im ärztlichen Einkommen nach sich ziehen, daß dadurch eine geringe Minderzahl kaum gewinnen, die überwiegende Mehrheit der Aerzte aber empfindliche Einbuße erleiden würde. Und jetzt sind die Zeiten durchaus nicht darnach angethan, daß die Aerzte etwas zu verlieren haben.

Aus diesem Grunde müssen vor allem zwei Momente in den Vordergrund gestellt werden.

Erstens muß das **cassenärztliche Honorar überhaupt endlich einmal entsprechend geregelt, d. h. zu deutsch erhöht werden.** „Die Cassen sollten — wie FRIEDEBERG am Stuttgarter Ortskrankencassencongresse sagte — die Aerzte für ihre Leistungen anständig bezahlen; denn bei den heutigen Honorarsätzen von 15—17 Pf. für die Consultation und 30—50 Pf. für den Besuch wird der Arzt zur Massenarbeit gedrängt, zur Schleuder- und Schluderarbeit, um existiren zu können“, wenn einer überhaupt bei der Cassenpraxis existiren kann. Sowie in Deutschland ist es aber auch bei uns. Honorare, wie die im Memorandum ausgerechneten von 17·3 Hellern für den Point, bei den Wiener socialistischen Cassen gar nur zwischen 10·7 und 14·9 Hellern sind ebenso jämmerlich. Es kann also nicht energisch genug verlangt werden, daß die Pointhöhe mindestens mit 1 Krone festgesetzt werden müsse, und daß höchstens bei nothleidenden Cassen hievon ein Nachlaß gewährt werden dürfe.

Zweitens muß aber auch die **cassenärztliche Behandlung der Familienmitglieder im Besonderen entsprechend honorirt werden.** Allgemein gültige Grundsätze lassen sich dermalen noch nicht von vorneherein aufstellen. Es wird hier in erster Linie auf die Anzahl der Familienangehörigen Bedacht zu nehmen sein, weiters aber auch auf die Größe und Art der beanspruchten ärzt-

lichen Arbeit, namentlich wenn berücksichtigt wird, daß die Kinder wahrscheinlich einen höheren Erkrankungscoefficienten liefern werden und daß eben bei den Kindern der Arzt vorwiegend zu Hausvisiten veranlaßt werden wird.

Genau Zahlen fehlen; auch die vorhandenen geben keine genaue Uebersicht. Der Jahresbericht der Leipziger Ortskrankencasse weist z. B. an Krankheitsfällen aus

	1898	1899	1900
bei erwerbsunfähigen Mitgliedern	51.846	63.260	55.551
„ erwerbsfähigen (ambulant) Mitgliedern	98.325	104.604	111.129
„ Ehefrauen	44.153	48.945	51.109
„ Kindern	107.508	119.439	121.742
„ bei sonstigen Angehörigen	4.069	5.191	5.056

Die Schwere der behandelten Fälle ist hingegen leichter aus der Mortalitätstabelle zu schätzen; so starben

	1898	1899	1900
männliche Mitglieder	751	921	879
weibliche „	141	178	186
Ehefrauen	332	378	374
Kinder	3766	3995	4591

Ueber die Menge der bei der Familienversicherung zu leistenden Arbeit herrscht auch bei sonst scharf denkenden Collegen eine gewisse Unklarheit. So spricht sich Dr. VOLLMANN (Berlin) darüber folgendermaßen aus:

„Die Inanspruchnahme des Arztes würde auf alle Fälle — bei demselben pecuniären Ertrage — auf das Vielfache gesteigert werden, denn es gäbe dann keine Schranke mehr dafür, die zärtliche Besorgtheit in Consultationen und Besuche der von der Casse angestellten und darum zur Hilfeleistung verpflichteten Aerzte umzusetzen. Schon letzteres Moment kennzeichnet die moralische Seite jener Neuerung: die Misère des Cassenwesens würde eben dann mehr und mehr die gesammte Thätigkeit vieler Aerzte beherrschen und — verfallen, denn alles leidige Drum und Dran der Cassenpraxis, das unfruchtbare bürokratische Schreibwerk auf allen möglichen Scheinen, die unvermeidliche Controle und Gebundenheit, überhaupt der Zwiespalt zwischen den pecuniären Interessen der Casse und der wohlthunenden Fürsorge für den Patienten, das unabsehbare Mißtrauen und wenigstens die Voreingenommenheit gegen den „Cassenarzt“, von dem man eben zu wissen glaubt, daß er oft nicht kann, wie er möchte — all dies ist wahrhaftig nicht geeignet, die Freude am Beruf zu erhöhen. Wie sich drum auch die Dinge gestalten mögen, darüber müssen wir uns klar sein, daß wir eine Veranlassung wahrlich nicht haben, die Familienversicherung zu begünstigen, sei es auch unter noch so verlockenden pecuniären Bedingungen. Wenn sich aber ihre Einführung nicht verhindern lassen sollte, dann müßten wir wenigstens beizeiten Sorge tragen, daß uns Aerzte die Fluthwelle der socialen Gesetzgebung nicht vollends verschlingt.“

Unter allen Umständen darf aber nicht vergessen werden, daß die zumindest bei den „erwerbsfähigen Mitgliedern“ im Vordergrund stehende Sprechstundenbehandlung bei der Familienversicherung weniger ins Gewicht fällt und dafür viel mehr Krankenbesuche verlangt werden dürften. So meint — mit Recht — Dr. JUDA (Berlin):

„. . . daß auch in den Arbeiterkreisen der Arzt zu den erkrankten Kindern fast nur in die Wohnung gerufen wird, weil die Mutter aus Furcht vor Erkältung das kranke Kind aus der Wohnung zu tragen sich nicht traut. Aus diesem Grunde umgehen sie oft eine Poliklinik; und würden die Leiter einer Klinik nicht so häufig noch unentgeltlich die Behandlung im Hause übernehmen, so würden wir noch öfter Kinder in Behandlung in ihrer Wohnung nehmen, nachdem sie unmittelbar vorher in Polikliniken behandelt wurden. Ich glaube daher kaum, daß wir Aerzte im Verhältniß zur Arbeitsleistung einen erheblichen Vortheil von der Familienbehandlung haben können, da für ein minimales Honorar fast ausschließlich Besuche, die viel mehr Zeit absorbiren, zu leisten sind.“

Das Factum ist richtig; ob aber die Conclusionen betreffs Zweckmäßigkeit der Familienversicherung richtig sind, läßt sich stark bezweifeln.

Was hier vor Allem zu erwägen ist, ist die durch die Angehörigenversicherung bewirkte Zunahme der „Cassenclientel“, nach deren Größe ja die Höhe des eventuellen Pauschalhonorares bemessen werden muß.

Eine genaue Feststellung der der Angehörigenversicherung zufallenden Familienmitglieder ist praktisch undurchführbar, weil deren Stand fortwährenden Schwankungen (Geburt, Tod, Umzug) unterworfen ist; doch muß wenigstens eine annähernde Schätzung platzgreifen. Merkwürdigerweise wird hiebei immer überschätzt. Einem in dieser Angelegenheit recht versirten Collegen Dr. CURT FREUDENBERG aus Berlin ist es gelungen, die ganze Frage von einem neuen Standpunkte anzupacken, und seine diesbetreffenden Ausführungen sind so interessant, daß wir sie hier folgen lassen:

*) Vergl. „Wiener Med. Presse“, 1901, Nr. 42 und 46.

„Diese Frage interessiert gleichzeitig Aerzte, wie Arbeiter. Leider liegt für ihre Beantwortung bisher, soweit mir bekannt ist, ein einwandfreies statistisches Material nicht vor, und man ist im Allgemeinen über willkürliche Schätzungen nicht hinausgekommen. Speziell in Berlin tappt man eigentlich bisher vollkommen im Dunkeln.

Man konnte nun in Aerztekreise, namentlich in der letzten Zeit, häufig die Ansicht hören, daß auf den Kopf des versicherten Arbeiters durchschnittlich etwa drei Familienangehörige entfallen würden. Den einzigen Anhalt für diese Annahme bildet die sprichwörtliche Fruchtbarkeit des Proletariats. Daß trotzdem diese Schätzung weit über das Ziel hinausschießt, das ergibt eine einfache Erwägung. Berlin hatte im Jahre 1897, nach dem letzten statistischen Jahrbuch, eine Bevölkerung von 1,758,911 Personen. Davon wurden in den Orts-Betriebs-Innungskrankencassen, der Gemeindekrankenversicherung, der Eisenbahn- und Postkrankencasse insgesamt versichert 429,351 Personen, in freien Hilfskassen außerdem nach dem statistischen Jahrbuch 30,883 Personen. Rechne ich selbst von den letzteren die Hälfte mit Rücksicht auf die Doppelversicherer ab, so bleiben insgesamt 444,792 versicherte Personen. Würden auf jede von diesen durchschnittlich drei Angehörige entfallen, so würde die ganze Berliner Bevölkerung nur aus Krankencassenmitgliedern und ihren Angehörigen bestehen, das ist aber unstreitig nicht der Fall.

In den Angaben des statistischen Jahrbuches sind nun als „Steuerindividuen“ aufgeführt alle die Personen (Haushaltungsvorstände, bezw. Einzelsteuernde), welche eine Schätzung ihres steuerpflichtigen Einkommens — unter 900 Mark — steuerfrei ließ. Im Wesentlichen sind also die „Steuerindividuen“ identisch mit den wirtschaftlich selbständigen, bezw., wie es bei Berufszählungen heißt, den „selbstthätigen“ Personen.

Es waren nun im Steuerjahr 1897/98 vorhanden:

529,945 steuerfreie Steuerindividuen mit 188,303 Angehörigen.

363,514 zur Staatseinkommensteuer veranlagte Steuerindividuen mit 580,731 Angehörigen, darunter 292,222 mit Einkommen zwischen 900 und 2100 Mark.

Es entfielen demnach:

auf das steuerfreie Steuerindividuum . . . 0.355 Angehörige

auf den Steuerzahler . . . 1.59 „

Aus verschiedenen Gründen lassen sich nun aber die bei der Einkommenschätzung erhaltenen Zahlen nicht ohne Correctur auf die Verhältnisse der Krankencassenmitglieder übertragen. Zunächst muß bei den „steuerfreien Steuerindividuen“ die Zahl der Angehörigen nothwendigerweise unter die entsprechende Zahl bei erwerbsfähigen Arbeitern (Cassenmitgliedern) herabsinken, weil als „steuerfreie Steuerindividuen“ auch alle zwar selbständigen, aber ganz oder größtentheils erwerbsunfähigen Personen gezählt sind; diese haben natürlich zum allergrößten Theile keine Angehörigen und drücken so den Durchschnitt herab. Daß die Zahl dieser Personen keine unbedeutende ist, ergibt sich daraus, daß allein 30,030 als Almosenempfänger oder in Armen- und Wohlthätigkeitsanstalten dauernd Verpflegte in dem Berichtsjahre vorhanden waren. Aber auch bei den „steuerpflichtigen Steuerindividuen“ mit Einkommen unter 2100 Mark wird angesichts der frühen Heiraten und der Fruchtbarkeit des Proletariats die Durchschnittsziffer der Angehörigen noch etwas höher sein als bei den Steuerzahlern der höheren Stufen, also auch höher als die Durchschnittsziffer 1.59. Andererseits aber ist zu berücksichtigen, daß nach § 11 des Einkommensteuergesetzes dem Einkommen des Steuerpflichtigen zugerechnet wird das etwaige besondere Einkommen der Ehefrau und der Kinder, welche von dem Familienoberhaupte in oder außer dem Hause Wohnung und Unterhalt empfangen. Wo also in einer Familie, wie so häufig, Mann und Frau und ein oder mehrere Kinder „selbstthätig“ arbeiten, da zählt die Steuerstatistik nur das Familienoberhaupt als Steuerindividuum, die übrigen auch die „selbstthätigen“ als Angehörige. Für die Untersuchung der Verhältnisse bei den Krankencassen scheiden aber die „selbstthätigen“ Familienmitglieder als Angehörige aus und verstärken vielmehr die Reihen der Cassemmitglieder. Dieser letzterwähnte Umstand gleicht also in etwas die Erhöhung der Angehörigenziffer aus, welche aus den beiden letztangeführten Gründen als nothwendig anzusehen war.

Jedenfalls wird man meines Erachtens nicht fehlgreifen, wenn man annimmt: durchschnittlich wird auf das Cassemmitglied keine höhere Angehörigenziffer entfallen, als auf den Steuerzahler schlechthin, also auf ein Cassemmitglied werden nicht mehr wie 1.59 Angehörige kommen.

Diese Zahl stimmt so ungefähr auch mit der in Wien gefundenen; so hat die Allgemeine Arbeiterkrankencasse durch — allerdings nicht erschöpfende und nicht ganz verlässliche — Umfrage constatirt, daß in Wien auf 50,000 Versicherte 68,000 Familienangehörige kommen, wodurch sich der obige Quotient auf 1.36 stellen würde.

Höher ergab er sich bei einer im Kanonenkönigreiche Krupp (Mai 1900) vorgenommenen genauen Volkszählung, wobei die Zahl der auf den Werken Beschäftigten 47,330 und der dazugehörigen Angehörigen 105,924 betragen („Vorwärts“, 26. September 1900), so daß also auf den Krupp'schen Werken die Angehörigenziffer 2.23 ausmacht. —

Den praktischen Versuch, das Honorar bei Familienversicherungen reell zu schätzen, haben die Danziger Aerzte gemacht; in Danzig beträgt das Kopffjahrespauschale bei den

Cassen ohne Familienbehandlung 3 Mark, bei jenen mit ihr 6 Mark auf das ordentliche Mitglied. Wenn man nun das zur Auszahlung gelangte Honorar für Besuche und Ordinationen auftheilt, so ergibt sich in Pfennigen pro Casse

	1899		1900	
	pro Besuch:	pro Ordination:	pro Besuch:	pro Ordination:
I.	51.0	30.6	59.0	35.4
II.	68.45	41.07	73.3	43.98
III.	76.7	46.02	76.0	46.0
IV.	92.3	55.38	100.85	60.51
V.	93.2	56.0	93.2	56.0
VI.	90.55	54.33	87.5	52.5

Die Verschiedenheit der Honorare erklärt sich daraus, daß die drei ersten Casse Familienversicherung haben, die anderen drei nicht, und daß die erste auch noch für die Angehörigen die Medicamente bezahlt. Infolge dessen werden die Aerzte durch die Familien unverhältnißmäßig viel mehr in Anspruch genommen, namentlich aber dort, wo die Medicamentenbeistellung erfolgt*), weil da die Leute auch bei den geringsten Kleinigkeiten zum Arzt laufen, um sich die sonst ohne Arzt im Handverkaufe bezogenen Heilmittel auf Kosten der Casse „verschreiben“ zu lassen. So kamen bei den einzelnen Casse an Leistungen auf 100 Mitglieder berechnet:

	1899	1900
I. (Familie plus Arznei)	132	128
II. (Familie)	85.3	88.4
III. „	82	87.8
IV. „	35	29.7
V. „	36.8	36.3
VI. „	35	36.3

Dr. EFFLER (Danzig) hat nun aus der Gegenüberstellung der Leistungen berechnet, daß — bei Acceptirung von 3 Mark als Normalhonorar für Krankencassen ohne Familienbehandlung — die Honorarquote bei Angehörigenversicherung, um dabei nur das zu erhalten, was die anderen Casse zahlen, im Durchschnitt 7.50 bis 11.0 (bei I) Mark auf den Kopf eines jeden „Versicherten“ (auch des Unverheirateten) betragen müßte.

Würde man nun das im Memorandum geforderte Minimalpauschalquantum von 6 $\frac{1}{4}$ Kronen pro Kopf und Jahr acceptiren, so müßte in Oesterreich entsprechend den Danziger Berechnungen — bei Einschluß der Angehörigen der Versicherten in die cassenärztliche Behandlung — das von den Krankencassen auszuwerfende Honorar zwischen 15—22 Kronen auf den Kopf aller Versicherten — ob verheiratet oder unverheiratet — schwanken; ähnlich (16—20) bei Anerkennung der FREUDENBERG'schen oder der KRUPP'schen Befunde. Ob aber unter dieser Bedingung die Familienversicherung ohne Staatshilfe durchführbar sein wird, steht stark in Frage. Für die Aerzte jedoch müssen diese Sätze als Richtschnur bei eventueller Einleitung der Discussion dienen!

—fst.—

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. H. FAVARGER einen 26jähr. Mann mit Concretio pericardii und Elephantiasis vor. Die unteren Extremitäten des Kranken zeigen enorme, theils knollige, theils diffuse Verdickung der Haut. Vortr. führt die Elephantiasis auf die Concretio pericardii zurück. — Hierauf erörterte Dr. W. ZWEIF die Fleischprobe zur Functionsprüfung des Darms und demonstirte das Stuhlsieb von BOAS. — Sodann zeigte Prof. Dr. BENEDIKT ein anatomisches Präparat (das Herz und die großen Gefäße des in der vorigen Sitzung vorgestellten, inzwischen gestorbenen, Kranken), das „concentrische Hypertrophie des Herzens und enorme Dilatation der Gefäße“ aufweist. In der Discussion betonte Doc. Dr. L. BRAUN

*) In Berlin hat nach einer am 1. November 1900 in den „Cottbuser Mittheilungen“ (Volksthümliche Monatsschrift für praktische Arbeiterversicherung) erschienenen Notiz der „Verein Berliner Casseärzte“ für die Uebernahme der Angehörigen der O. K. K. der Kaufleute die Erhöhung des dermaligen Honorares pro Kopf von 3 Mark auf 7.50 Mark verlangt und sich bereit erklärt, sich für den Fall, daß die Casse nur ärztliche Behandlung ohne Medicamente gewähren wolle, wobei die Aerzte weniger oft in Anspruch genommen werden, mit 6 Mark pro Kopf und Jahr zu begnügen. (Dieses Angebot erschien der Casse „unannehmbar“.)

die Schwierigkeit der Feststellung von Herzhypertrophie, selbst am anatomischen Präparate. — Dr. HENNING demonstrierte dann modellirende Prothesen zur Verbesserung der Sattelnase und anderer Diffomitäten. Die Plastik erfolgt durch Hineinpressen der umliegenden Haut in eine luftdicht aufgesetzte Form, deren Configuration die Haut schließlich annimmt. — Hierauf zeigte im Namen Dr. COAKLY'S aus Chicago Prof. Dr. BIEDL einen Apparat zur intraparenchymatösen Kochsalzinfusion. — Schließlich wurde die Discussion über den Vortrag von Hofrath Prof. GRUBER „Theoretisches über die Antikörper“ fortgesetzt. Hofr. Prof. EXNER trat für die Plausibilität der EBLICH'schen Theorie in geistvoller Weise ein. Die schützenden Eigenschaften der Zelle — meinte er — können sich im Laufe von Generationen zu einer hohen Stufe entwickelt haben. — Prof. Dr. PALTAUF wies darauf hin, daß zur Neutralisirung eines bestimmten Toxins immer gleich viel Antitoxin nöthig sei, wenn auch das Toxin durch längeres Stehen einen Verlust an Giftwerth erleide. Die Sättigung hängt nicht von dem Giftwerth, sondern von der Concentration des Giftes ab. Der Austritt der Seitenketten ins Blut bildet ein Analogon zu der inneren Secretion. Den Haptophoren kommt eine größere Bedeutung zu als den Toxophoren. Die EBLICH'sche Theorie ist imstande, die Thatsachen zu erklären, sie ist arbeitsfähig. Unter ihrer Führung gelangten wir zu einer Fülle neuer Thatsachen, welche ohne diese Basis nicht hätten eruiert werden können. Sie ist auf physiologischen Experimenten fundirt und geht von natürlichen Prämissen aus. — Das Schlußwort Hofr. Prof. GRUBER's erfolgt in der nächsten Sitzung.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 26. November l. J. stattgefundenen Kammerversammlung verkündete Präsident Prim. Dr. JOSEF HEIM zunächst ein Erkenntniß des Ehrenrathes vom 12. November 1901, Z. 984/E. R., mit welchem dem der Kammer angehörigen Dr. VALENTIN JOSEF JEŽ wegen schwerer Verletzung der Standesehre durch Deckung der Curpfuschereien eines Laien und seine der Würde des ärztlichen Standes widersprechende Association mit demselben die Strafe der Entziehung des activen und passiven Wahlrechtes auf die Dauer von drei Jahren auferlegt wurde. — Dr. STEINER referirt über eine Eingabe des „Verbandes der Aerzte Wiens“ betreffend Stellungnahme zur Honorirung der Aerzte für Untersuchungen von Versicherungswerbern seitens der Versicherungsanstalt „Allianz“ bei der sogenannten Volksversicherung. Nach dem Antrage des Referenten bezw. des Vorstandes wird folgender Beschluß gefaßt: „Die Wiener Aerztekammer erklärt, daß es mit Rücksicht auf die niederen Versicherungssummen und die wirthschaftliche Lage der Versicherungswerber nicht standeswidrig ist, für die Untersuchung von Versicherungswerbern bei der Volksversicherungsabtheilung der Allianz (d. i. bis zum Versicherungsbetrage von 600 K) eine Krone als Honorar anzunehmen unter der Bedingung, daß hiefür kein eigenes Attest ausgestellt wird, daß die Untersuchung in der Wohnung des Arztes während der Ordinationsstunden stattfindet, daß die Information für die Untersuchungsärzte die Genehmigung des Kammervorstandes erhalten hat, und daß die Versicherung im Betrage von 600—2000 Kronen aus der Volksversicherung ausgeschieden und dem regulären Versicherungsgeschäfte unter Honorirung der Atteste mit mindestens 6 K einverleibt wird.“ — Nach einem Referate des Dr. SCHOLZ wird folgender Beschluß gefaßt: „Die Führung der Titel: „Naturarzt“, „Arzt für natürliche Heilmethode“, „Kneipparzt“, „Naturheilarzt“ oder einer ähnlichen Bezeichnung nach einem wissenschaftlich nicht begründeten Verfahren durch einen zur Praxis berechtigten Arzt ist standeswidrig.“ Dieser Beschluß wird als Nachtrag III in die Standesordnung aufgenommen. — Dr. GRUSS erstattet Bericht über die Einführung der Districts-Krankenpflege in Wien. Der betreffende Verein habe vorläufig seine Thätigkeit im XIII. Bezirke begonnen; die Organisation dieser Krankenpflege für die übrigen Bezirke sei für später in Aussicht genommen. Der Verein mache sich zur Aufgabe, Kranken in Familien, in denen für die Pflege nicht gesorgt werden könne, die nöthige Pflege zu beschaffen. Die Pflegerinnen besuchen über Verlangen und Berufung seitens des behandelnden Arztes den Kranken und besorgen nach Anweisung des Arztes

die Pflege, Reinigung, eventuell Verband und Speisung. Es sei ausgeschlossen, daß durch diese Art der Krankenpflege die Curpfuscherei gefördert werden könnte, da die Intervention der Pflegerinnen nur über Weisung des Arztes erfolge, an der Spitze des Vereines statutengemäß ein Arzt stehe, und ein eigener ärztlicher Beirath geschaffen wurde, der zwei Delegirte in den Vereinsauschuß entsendet, dem im ganzen sechs Aerzte angehören. Der Bericht wird zur Kenntniß genommen.

(HERMANN LÖHLEIN †.) Am 26. November starb H. LÖHLEIN, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Gießen. Er war 1847 in Coburg geboren, seit 1875 Docent in Berlin und seit 1888 ordentlicher Professor in Gießen. Aus der Schule E. MARTIN'S hervorgegangen, hat er durch zahlreiche, werthvolle Arbeiten, insbesondere auf dem Gebiete der Beckenlehre, redlich mit an dem Aufschwung der deutschen Gynäkologie gearbeitet, und wenn er an der letzten Stätte seiner Wirksamkeit auch nur über ein kleineres Material zu verfügen in der Lage war, so hat er durch umso intensiveres, kritisches Arbeiten diesen Mangel reichlich ersetzt. Noch vor wenigen Monaten hat er als Hausherr den deutschen Gynäkologencongreß in Gießen begrüßt und einen geistvollen Rückblick auf die abgelaufene Jahrhundertarbeit geworfen, sich auch, obgleich in seiner Gesundheit schon stark erschüttert, lebhaft an den Congreßdebatten betheiligt. Eine Aufzählung seiner Publicationen würde den Rahmen dieses Blattes überschreiten; wir nennen aus den letzten Jahren nur seine „Gynäkologischen Tagesfragen“, in welchen er zu den wichtigsten Themen der Geburtshilfe und Gynäkologie Stellung genommen hat. F.

(Personalien.) Der Sanitätsrath Dr. JOSEPH HOISEL in Rohitsch-Sauerbrunn hat den Franz Joseph-Orden erhalten. — Dr. ALEXANDER DOKTOR in Budapest ist zum dirigirenden Professor der Fünfkirchner Hebammen-Lehranstalt ernannt worden. — Zum stellvertretenden Director des Institutes für Experimental-Medicin in St. Petersburg ist an Stelle des verstorbenen Professors M. NENCKI die Aerztin NADESCHA SIBER-SCHUMOW ernannt worden.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt I. Cl. Dr. FRANZ WOLF wurde in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Generalstabsarztes-Charakter ad honores und der Orden der eisernen Krone III. Classe verliehen; die Regimentsärzte I. Cl. Dr. ARON KOVÁTS VON DALNOK und Dr. OSWALD FRITSCH wurden zu Chefärzten ihrer Stationen, die Regimentsärzte II. Cl. Dr. SALOMON FÜRST, Dr. MATHIAS SALLY und Dr. RUDOLF GROSSMANN zu Regimentsärzten I. Classe ernannt.

(Kündigungsfrist der Vereinsärzte.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Eine in Bezug auf die Kündigungsfrist der Vereinsärzte wichtige Entscheidung ist in den letzten Tagen von der königlichen Tafel bestätigt worden. Ein hauptstädtischer Arzt hatte gegen einen Krankenverein anläßlich seiner Entlassung die Civilklage wegen eines vom Kündigungstage an zu berechnenden vollen Jahresgehaltes angestrengt. Dem Arzte wurde die verlangte Summe mit der Motivirung zugesprochen, daß eine höhere wissenschaftliche Qualifikation, wie sie ein Arzt besitzt, eine jährliche Frist involvire, es sei denn, daß eine kürzere Kündigungsfrist ausdrücklich bedungen ist.

(Zunahme der Krebskranken.) Aus Berlin wird uns geschrieben: In dem Comité für Krebsforschung, das bekanntlich vor nunmehr beinahe zwei Jahren begründet wurde, erstattete jüngst der Regierungsrath des kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. WULZDORFF einen Bericht „Ueber die Verbreitung der Krebskrankheiten im Deutschen Reiche“. Aus dem sorgsam zusammengestellten, sehr reichhaltigen Material geht deutlich die Zunahme der Krebskrankheit im Deutschen Reiche hervor, eine Thatsache, welche auch in anderen Ländern festgestellt worden ist.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. November 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7009 Personen behandelt. Hievon wurden 1409 entlassen; 140 sind gestorben (9.03% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 70, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 91, Scharlach 83, Masern 106, Keuchhusten 12,

Rothlauf 48, Wochenbettfieber 5, Röteln 3, Mumps 3, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 568 Personen gestorben (+ 1 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Tübingen der bekannte Kliniker KARL v. LIEBERMEISTER im 68. Lebensjahre; in Debreczin Dr. NIKOLAUS PALLAY, 73 Jahre alt; in Lugos der Comitatsphysicus Dr. PHILIPP NEUMANN; in London der Nestor der englischen Chirurgen CHARLES HOLTHOUSE im Alter von 91 Jahren.

Frauenarzt Dr. BERTHOLD BASSECHES wohnt jetzt IX/3, Günthergasse 3.

Spatenbräu-Bier. Die Influenza, die zur Zeit überall auftritt, hinterläßt häufig bei den Patienten eine auffallende Schwäche und Abgeschlagenheit, in anderen Fällen gesellt sich noch eine Magenatonie hinzu, die eine vollständige Appetitlosigkeit im Gefolge hat und dadurch bei den Kranken die Erholung verzögert. Solchen Kranken sowohl, wie überhaupt Reconvalescenten und schwächlichen Personen ist das wegen seiner vortrefflichen Eigenschaften wiederholt hervorgehobene Spatenbräu, ein dextrinreiches Bier von angenehmem reinem Geschmack, bestens zu empfehlen. Spatenbräubier wird auch von Personen mit schlechter Verdauung gut und leicht vertragen.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 2. December 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Hofrath Prof. R. v. REDER.

Programm:

Reg.-R. Dir. Dr. GERSUNY: Alltägliches in der kleinen Chirurgie.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 5. December 1901, 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. NEUSSER.

Programm:

I. Demonstrationen. (Angemeldet: Dr. R. BREUER, Dr. BUXBAUM, Dr. LATZKO, Dr. TÜRK, Dr. SCHMIDT.)

II. Discussion über das Thema: Myiasis intestinalis. (Zum Worte gemeldet: Dr. L. FREUND (Demonstration), Prof. Dr. CSOKOR, Hofrath Professor Dr. v. SCHRÖTTER, Dr. LONDON, Dr. FEL. KAUDERS, Dr. POLLAK, Dr. SCHÜTZ.)

Administrative Sitzung.

I. Verlautbarungen des Vorstandes.

II. Wahl neuer Mitglieder.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docteur Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das December-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die chronischen Erkrankungen der Gelenke und ihre Behandlung.“ Von Dr. Josef Winterberg in Wien. — Ferner liegt der Gesamt-Auflage ein Prospect der chemischen Fabrik Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. über „Purgatin“, ein synthetisch dargestelltes, mildes Abführmittel, bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Marienbad

Weltcurort (Böhmen).

Brunnen-Versandung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter). Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anämie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Katarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

NEUFRIEDENHEIM bei München.

Nervenheilanstalt mit zwei getrennten Abtheilungen.

1. Offene Abtheilung für Nervenkranken. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.

Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigirende Arzt: Dr. Ernst Rehm.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Man gibt Kindern bis zum 2. Jahre 3- bis 4mal täglich 1 Kaffeelöffel voll; von 3 bis 4 Jahren $\frac{1}{2}$ Esslöffel; von 5 bis 6 Jahren $\frac{3}{4}$ Esslöffel, darüber einen Esslöffel. — Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 Gr. Inhalt durch jede Apotheke. — Litteratur: siehe Therapeut. Beilage Nr. 7 der D. med. Wochenschrift Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C.-Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 d. Wiener Med. Bl. (1900); Nr. 12 Wr. Aerztl. Centralzeitung (1901).

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.



Farbennfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmacoutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).

Vollkommen geschmackfreies Antipyretic. und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besond. typhöse Fieber, Malaria, — Neurosen (Neuralgien, Ischias).

Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Rheumatin

(salicylsaurer Chininsalicylester).

Antirheumaticum.

Ind.: acut. Gelenkrheumatismus, namentlich bei empfindlichen und schweren Fällen.

Dosis: 4 gr. pro die.

Agurin

Essigsäures Theobromin-natrium.

Neues Diureticum.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege. Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos.

Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl. Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.

Absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie (besond. bei Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten; auch per clysm.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn. Ueber Amyloidtumoren im Larynx. Von Primarius Dr. WILHELM MAGER. — Aus dem städtischen Spital in Triest. Haematoma osseum tibiae. Von Dr. STUPARICH. — Ueber Gangrän bei Diabetes. Von Dr. HEINRICH WOLF. — **Revue.** Neuere Arbeiten über allgemeine Anästhesirung. — **Referate.** WALTHER STEMPER: Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung. — A. J. EFIMOV (Rußland): Beitrag zur Frage der Schußverletzungen der Lunge (Schußverletzung durch Schrot). — BOBROW: Ueber den Kropf und dessen Behandlung. — A. HOFMANN (Halle a. S.): Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Zugleich ein Beitrag zur Kenntniß des Wesens der Chlorose. — J. BOAS (Berlin): Beiträge zur Kenntniß des Magen-carcinoms. — SCHÜLE (Freiburg i. B.): Inwieweit stimmen die Experimente von PAWLOW am Hunde mit den Befunden an normalen menschlichen Magen überein? — Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald. CARL RITTER: Die Aetiologie des Carcinoms und Sarkoms auf Grund der pathologischen Forschung. — MARTIN (Köln): Zur chirurgischen Behandlung des Cardiospasmus und der spindelförmigen Speiseröhren-erweiterung. — M. KAUFMANN (Freiburg i. B.): Ueber den Werth methodischer Tiefathmungen, insbesondere bei Seekrankheit. — MARKL (Wien): Zur Agglutination des Pestbacillus. — SOLOWJEW (Tomsk): Das Balantidium coli als Erreger chronischer Durchfälle. — HÖLSCHER (Tübingen): Kurze Mittheilungen über experimentelle Untersuchungen mit säurefesten Tuberkelbacillen ähnlichen Spaltpilzen. — **Literarische Anzeigen.** Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von E. v. LEYDEN und F. KLEMPERER. — Betrachtungen über die Grenzen der Otophirurgie bei der Behandlung der eiterigen Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündungen. Von Professor Dr. STETTER in Königsberg. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Par A. LE DENTU et PIERRE DELBET. — **Feuilleton.** Standesglossen. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte. — Alboferin. — Behandlung des Erysipels. — „Fersan“. — Behandlung des uterinen Hustens. — Acetopyrin. — Behandlung des weichen Schankers. — Petrosapol und Petrosulfol. — Methode der Favusbehandlung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) X. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der mährischen Landeskrankenanstalt
in Brünn.

Ueber Amyloidtumoren im Larynx.

Von **Primarius Dr. Wilhelm Mager.**

Amyloidgeschwülste im Larynx gehören zu den seltensten Vorkommnissen, und ist die Zahl der hieher zu rechnenden Beobachtungen eine ganz geringe. GOTTSTEIN erwähnt in seinem Lehrbuche dieselben nur insoferne, als er meint, daß Papillome selten eine fettige, vielleicht eine amyloide Degeneration eingehen. Auch SCHECH zählt die Amyloidgeschwülste unter den Seltenheiten auf; GERHARDT (1896) erwähnt die bis zu dieser Zeit bekannt gewordenen Fälle und meint bezüglich der Diagnose in vivo: „Vielleicht können einmal solche geschwulstartige Veränderungen an der holzigen Härte, die die Sonde unter der Schleimhaut fühlt, oder an der Reaction herausgenommener Stückchen erkannt werden.“

Meist betreffen nämlich die Beobachtungen von localem Amyloid im Respirationstractus zufällige Befunde bei der Nekropsie von an anderweitigen Erkrankungen Verstorbenen, und es werden hiebei als „locale Amyloidtumoren“ (SCHMIDT) oder „locales, tumorförmiges Amyloid“ (GLOCKNER) jene Fälle bezeichnet, bei welchen die Amyloidbildung auf eine umschriebene Stelle beschränkt ist, während der übrige Organismus, speciell die großen Drüsen in der Bauchhöhle frei erscheinen.

So beschreibt ZIEGLER eine derartige Erkrankung der Zunge und des Kehlkopfes in Form umfangreicher, scharf

abgegrenzter Tumoren, die sich bei der Section eines an Lungenödem verstorbenen Syphilitischen fanden.

In dem von BUROW beobachteten Falle waren die Tumoren im Larynx 7 Jahre vor dem Tode als Fibroide an excidirten Theilen der Geschwülste diagnosticirt, bei der Nekropsie aber deren Amyloidnatur constatirt worden. Im Larynx und der Trachea sind ferner Amyloidtumoren von MANASSE bei einem an Perforationsperitonitis Verstorbenen, sowie von GLOCKNER gefunden worden; BALSER, KRAUSS beschreiben solche in der Trachea, ZAHN, KRAUSS und SCHMIDT Amyloidbildung an der Zunge.

Auch an anderen Theilen des Respirationstractes, so der Nasenscheidewand bei Thieren (GRAWITZ, RAABE) und in den Lungen (LESSER) wurden Tumoren, welche aus Amyloid bestanden, beobachtet.

Intra vitam konnte MANASSE in seinem zweiten beschriebenen Falle das Vorkommen von Amyloidtumoren im Kehlkopfe, an den Tonsillen und am weichen Gaumen constatiren. Auf der Naturforscher-Versammlung in Düsseldorf demonstrirte weiters H. v. SCHRÖTTER einen Amyloidtumor des Kehlkopfes, der mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt wurde, und theilt auch eine nicht publicirte Beobachtung von SCHRANK mit, einen von MÜLLER in Aachen operirten Larynx-tumor betreffend.

Im Folgenden möchte ich nun über einen weiteren Fall dieser seltenen Affection berichten, den ich auf meiner Abtheilung zu beobachten Gelegenheit hatte, und bei welchem es durch die mikroskopische Untersuchung extirpirter Theile des Tumors möglich war, die Diagnose zu stellen.

Am 18. December 1900 wurde der 60jährige Hadernsammler Thomas P. aus Kochov in Mähren von der chirurgischen Abtheilung

des Directors NEDOPIL, woselbst er mit Fractura colli humeri in Behandlung gestanden war, wegen bestehender Heiserkeit und Stenosenerscheinungen auf meine Abtheilung transferirt.

Der Patient gibt an, daß er niemals früher ernstlich krank gewesen war; heiser sei er bereits seit 10 Jahren und habe sich dies Leiden, dem er weiter keine besondere Bedeutung beigelegt hatte, allmählig entwickelt, ohne daß es in der letzten Zeit eine auffälligere Verschlimmerung erfahren hätte.

Status praesens.

Patient mittelgroß, ziemlich kräftig gebaut, von mittlerem Ernährungszustande. Die Farbe der Haut normal, keine besondere Blässe der Schleimhäute. Der linke Arm wird im Schultergelenke fixirt gehalten, und sind passive Bewegungen noch schmerzhaft. Am Halse keine abnorme Pulsation, keine Drüsenschwellung.

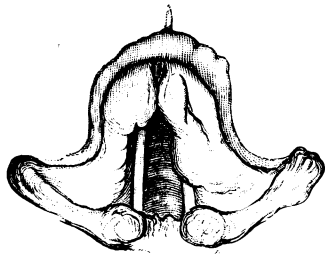
Die Untersuchung der Brustorgane ergibt einen normalen Befund. In der Mittellinie des Bauches, oberhalb des Nabels eine circa fünfkronenstückgroße, über die Oberfläche hervortretende, gelappte Geschwulst (Lipom). Leber und Milz nicht vergrößert. In inguine einige kleine, gut verschiebliche, nicht schmerzhaft Drüsen. Keine Oedeme an den Beinen.

Im Harne keine abnormen Bestandtheile.

Die Untersuchung der Nase, des Mundes und der Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes ergibt: Nase normal; Mund und Rachenhöhle zeigen keine Veränderung, keine Schwellung der Tonsillen.

Die Epiglottis an ihrem freien Rande linkerseits etwas verbreitert.

Das linke Taschenband in seinen vorderen Partien von einem gelblich gefärbten, zwei grobe Höcker aufweisenden, sonst an der Oberfläche glatten Tumor eingenommen, der in das Larynxinnere überhängt, so daß nur das hintere Drittel des Stimmbandes sichtbar ist. Rechterseits zeigt der vordere Drittheil des Taschenbandes die gleiche tumorartige Beschaffenheit, den vorderen Theil des Stimmbandes überdeckend und selbst bei ruhiger Respiration mit dem Tumor der linken Seite in directer Berührung stehend. Am Petiolus gehen die Tumoren der beiden Seiten unmittelbar ineinander über. (Siehe Figur.)



Die Geschwülste sind von unveränderter Schleimhaut überzogen, zeigen nirgends Zerfall oder Exulceration und erscheinen nach keiner Seite zu scharf abgesetzt, so daß sie, das Taschenband gleichsam infiltrierend, allmählig zu unveränderten Partien desselben übergehen.

Die Stimmbänder selbst in ihren sichtbaren Antheilen, sowie die Gegend über den Aryknorpel und die Plicae aryepiglotticae intact.

In der Trachea, soweit dieselbe bei den überhängenden Tumoren sichtbar ist, keine Veränderung.

Bei der Sondenuntersuchung erweisen sich die Tumoren von harter Consistenz.

Bei der Respiration ist ein leichtes Stenosengeräusch hörbar; die Stimme selbst heiser, tonlos.

Es wurden nun mittelst doppelschneidender Ringpincette (STOERK) in Cocainanästhesie Stücke des linksseitigen und rechtsseitigen Tumors entfernt.

Die Operation wurde 7mal vorgenommen, und so viel hiebei von den Tumoren entfernt, daß die Stimmbänder gut sichtbar waren. Das stenotische Athmen verschwand, und auch die Stimme wurde eine bedeutend bessere und reinere. Auch bei der Operation trat die harte Consistenz der Tumoren hervor, und zeigte es sich,

daß die Schnittfläche der excidirten Stückchen fettig glänzend war. Auffallend war weiters, daß, obwohl die Operation mit einem scharfen, schneidenden Instrumente vorgenommen wurde, eine nur ganz geringe Blutung eintrat; weiters die fast völlige Reactionslosigkeit an der Wundfläche, die, oft vollständig rein, sichtbare Zeichen einer reactiven Entzündung vermissen ließ.

Die histologische Untersuchung der excidirten Theile, die Herr Prosector Prof. HAMMER vorzunehmen die Güte hatte, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen Dank ausspreche, ergab nach seinem Befunde die Diagnose eines Amyloidtumors, und ist der Befund folgender:

Mikroskopischer Befund der Schnitte Serie I.

Ein scholliges, zum Theile in Bändern angeordnetes, homogenes, nur von einzelnen spärlichen, länglichen Zellkernen durchsetztes Gewebe, welches nach außen zu ein geschichtetes Epithel trägt. Die Zellen dieses Epithels nur an einzelnen Stellen von hohem, cylindrischem Charakter, während in der größeren Peripherie des Tumors die Epithelzellen in allen Schichten mehr abgeplattet erscheinen.

Central im Schnitte längsetroffene Spalten, welche mit geschichtetem Epithel ausgekleidet erscheinen, an welchem der Charakter des hohen Cylinderepithels in den oberen Schichten überall sehr schön erhalten ist. Flimmerzellen konnten an den in Alkohol gehärteten Präparaten nicht nachgewiesen werden. Knochen- oder Knorpelgewebe ist in diesen Schnitten nicht nachzuweisen. In den Schnitten einzelne Gefäßdurchschnitte mit wohlerhaltener Endothelauskleidung.

Gefrierschnitte zeigen, mit Methylviolettessigsäure behandelt, (Farbenreaction nach HESCHL), rothe Verfärbung der homogenen Gewebsmassen, hauptsächlich in den Randpartien, dann in den peripheren Abschnitten der centralen Schollen.

Schnitte der Serie II.

Schnitte von einem später extirpirten Stücke zeigen homogene Massen in bandartiger, hauptsächlich in scholliger Anordnung. Stellenweise liegen dieselben in Spalten, welche noch bandartig angeordnete Riesenzellen als Auskleidung erkennen lassen und als Lymphspalten angesprochen werden müssen.

Die Wand einzelner Blutgefäße von den gleichen homogenen Massen gebildet, wobei nach innen zu der Endothelüberzug vollständig erhalten erscheint. In den Gefäßen zum Theile Blut.

An der einen Spitze des Präparates stößt man auf eine überall von amyloidem Gewebe umgebene Anhäufung von Zellen, welche histologisch als Knorpelzellen gedeutet werden müssen.

An einem kreisrunden Querschnitt, ziemlich central gelegen, erkennt man eine wohlerhaltene Auskleidung von geschichtetem Cylinderepithel und nach außen davon circulär angeordnete amyloide Massen (Ausführungsgang einer Drüse).

Das Vorhandensein der scholligen, theilweise bandartig angeordneten Gewebelemente im Tumor, welche, homogen erscheinend, die charakteristische Farbenreaction nach HESCHL sowohl wie die Jodreaction (VIRCHOW) geben, erweist die Natur dieses Tumors als der einer Amyloidgeschwulst.

In unseren Präparaten trat auch wieder die bekannte Erscheinung zutage, daß die Reaction auf Amyloid sich am Gefrierschnitte, also am frischen Präparate, deutlich und prompt einstellte, während nach der Härtung dieselbe theilweise verloren gegangen war, eine Thatsache, auf welche RIBBERT besonders aufmerksam macht.

Da sich sonst am Patienten nichts Pathologisches nachweisen ließ, müssen wir die Affection des Larynx als isolirte, demnach als locales Amyloid bezeichnen.

Der histologische Bau der Amyloidgeschwülste des Respirationstractes ist von M. B. SCHMIDT an Tumoren der Zunge genauestens studirt worden. MANASSE und GLOCKNER sahen dann ähnliche Bilder, und unser Befund der amyloiden Kehlkopfgeschwulst schließt sich eng an den von SCHMIDT erhobenen an. Vor Allem fand SCHMIDT eine charakteristische Anordnung der amyloiden Substanz, indem dieselbe im Inneren von Lymphgefäßen abgelagert erscheint.

Die amyloiden Schollen und Blöcke sind, wie es auch in unseren Präparaten deutlich hervortrat, in einem präformierten Lumen gelegen, welches eine Auskleidung mit einschichtigen endothelialen Zellen trägt. Diese Lumina spricht SCHMIDT als Lymphgefäße an, indem sowohl nach Form und Lage, als nach dem Fehlen von Blut im Innern und von muskulösen Bestandtheilen in der Wand von Blutgefäßen nicht die Rede sein kann.

Der Umstand, daß das Amyloid in diesen Lymphspalten abgelagert wird, bringt es auch mit sich, daß die Massen am Längsschnitte bandartig, cylindrisch, am Querschnitte als runde Blöcke und Schollen getroffen erscheinen. Die gleiche Anordnung der Amyloidmassen, wie sie für den Respirationstract in den Befunden von SCHMIDT in seinen Zungengeschwülsten, sowie in den beiden Fällen von MANASSE, im Falle GLOCKNER und endlich in meiner in Rede stehenden Beobachtung sich fand, beschrieb HÜBNER bei der amyloiden Erkrankung der Bindehaut, die auch sonst in vieler Beziehung den Amyloidgeschwülsten des Respirationstractes nahe steht.

Die endotheliale Auskleidung der Lymphgefäße zeigt weiters vielfach Riesenzellenbildung, welche, wie in unseren Präparaten, bandartig angeordnet, den Amyloidblock umschließen. Ferner beobachteten wir auch Riesenzellen, welche in der Mitte eines solchen, anscheinend am Querschnitte getroffenen Amyloidblockes gelegen waren und keinen directen Zusammenhang mit der Endothelauskleidung erkennen ließen, ein Befund, wie ihn auch GLOCKNER erheben konnte. Für diese Art von Riesenzellen müssen wir wohl annehmen, daß sie aus Bindegewebszellen hervorgegangen sind, während die in der Continuität der Endothelauskleidung der Canäle befindlichen, von den Endothelien selbst abzuleiten sind. SCHMIDT führt ihre Entstehung auf den Reiz zurück, den der amyloide Inhalt des Gefäßes als Fremdkörper auf die Zellen ausübt, sei es in mechanischer, sei es in chemischer Beziehung, und sie sind demnach als Fremdkörperriesenzellen anzusehen. Die Beobachtung von MANASSE, daß die Riesenzellenbildung erst auftritt, wenn die Amyloidmassen eine gewisse Größe, die mit ihnen erfüllten Gefäße eine bestimmte Dilatation erreicht haben, sie demnach in den kleinen Lymphgefäßen fehlen, konnten auch wir constatiren und erscheint die Erklärung von MANASSE, daß erst der größere Reiz der dickeren Amyloid-schollen zur Riesenzellenbildung veranlaßt, sehr plausibel.

Außer der Amyloidablagerung in den Lymphbahnen fand sich in unserem Falle noch Amyloid in der Wand einzelner Blutgefäße, die Adventitia und Media betreffend, wobei das Endothel des Gefäßes vollständig intact geblieben war.

Ebenso waren auch um Lumina herum, die am Querschnitte getroffen, kreisrund eine wohlerhaltene Auskleidung von geschichtetem Cylinderepithel erkennen ließen, circulär reichlich Amyloidmassen angeordnet. Die regelmäßige, kreisrunde Beschaffenheit dieser Lumina sowohl, wie auch ihre Entfernung von der Oberfläche des Tumors spricht nicht dafür, daß es sich hier um Einstülpungen des Oberflächenepithels handelt, sondern vielmehr dafür, daß wir Ausführungsgänge von den im Taschenbunde zahlreich vorhandenen Schleimdrüsen (HEYMANN) vor uns haben, um welche herum Amyloidbildung erfolgt ist.

SCHMIDT sah ebenfalls eine stellenweise amyloide Degeneration in der Wand der Arterien, wobei die amyloiden Klumpen und Balken, der Anordnung der circulären Muskelfasern entsprechend, quer gestellt waren. Eine Erkrankung der Venen konnte er nicht beobachten. Andere ringförmige, zu einer Krause gefaltete, amyloide Bänder mit spaltförmigem Lumen sieht SCHMIDT als degenerirte Tunica propria von Drüsenbläschen an.

In den Präparaten seines ersten Falles konnte MANASSE von der Adventitia einiger Arterien ein System von theils circulär, theils korkzieherartig verlaufenden, feinen Canälen unterscheiden, die mit Amyloidmassen injicirt waren; an

anderen Gefäßen wieder war die Wand in ihrer Totalität von durch Jod braun gefärbtem Amyloid eingenommen.

Bevor wir der Frage über die Entstehung des Amyloids in den Geschwülsten näher treten, müssen wir noch die eventuelle Grundsubstanz betrachten, aus welcher die Tumoren neben dem Amyloid bestehen.

In dieser Beziehung ist der Fall von BUROW von Wichtigkeit, bei welchem, wie bereits früher erwähnt wurde, 7 Jahre vor dem Tode an excidirten Stückchen die Tumoren mikroskopisch als Fibroide diagnosticirt wurden, während bei der Nekropsie dieselben aus Amyloidmassen bestanden und zwischen den die charakteristische Reaction gebenden Klumpen und Schollen blasse, streifige Bindegewebszüge lagen, welche als Reste des ursprünglichen Gewebes der Geschwülste aufgefaßt wurden.

Weiters sah MANASSE in seinem zweiten Falle, daß das Hauptsubstrat der Geschwülste von einem sehr zellreichen Gewebe gestellt wurde, welches zweifellos sarkomatöser Natur war, stellenweise auch an Granulationsgewebe erinnerte, so daß er daraus schließt, daß es Amyloidgeschwülste der oberen Luftwege gibt, welche in ihren Anfangsstadien richtige Sarkome oder auch Granulome darstellen.

Es handelt sich also in diesen Fällen, wie es MANASSE hervorhebt, um präformirte, zellreiche oder weniger zellreiche Bindegewebsgeschwülste, welche erst später amyloid degeneriren.

Von diesen wesentlich verschieden sind die Befunde in den anderen Beobachtungen, und ihnen reiht sich auch unser Fall an. So erwähnt speciell SCHMIDT, „daß in der Architektur der Hauptmasse der Tumoren seiner Fälle kein Hinweis vorliegt, daß vor der Ablagerung des Amyloids irgend ein Gewebe neugebildet gewesen wäre, und zeigten die Bilder der Grenzungen, daß die Amyloidbildung nicht längs eines neuentstandenen, abnormen Gewebes fortschreitet, sondern ihre eigenthümlichen Producte in das bis dahin unveränderte Parenchym verschiebt.“

Auch in den Fällen von KRAUS, ZAHN, GRAWITZ und RAABE war ein fibromatöser Charakter des vorhandenen Bindegewebes nirgends mit Sicherheit vorhanden. In dem von BALSER beschriebenen Falle war das neugebildete Bindegewebe auf die tiefen Schichten der Submucosa um die gleich zu erwähnenden Echondrosen beschränkt. Unsere Präparate endlich zeigten neben den Amyloidmassen nur ganz spärliche, von einzelnen länglichen Zellkernen durchsetzte Bindegewebszüge; direct an das Epithel anstoßend fanden sich die amyloiden Massen, ohne daß eine andere Grundsubstanz vorhanden wäre.

Eine Einlagerung war aber in allen diesen Fällen vorhanden und fehlte in den Beobachtungen von BUROW und dem zweiten Falle von MANASSE, und zwar sind dies Herde von Knorpel- oder Knochengewebe.

Es ist dieser Befund, wie er auch in unserem Falle in Form eines scharf umschriebenen Herdes, der aus Knorpelzellen von hyalinem Charakter bestand, erhoben wurde, von besonderer Wichtigkeit.

Es treten aber diese Herde in den einzelnen Beobachtungen recht spärlich auf, in Form von zerstreuten kleinen Inselchen sowohl als manchmal sogar nur auf bestimmte Stellen des Tumors beschränkt, wie in unserem Falle, woselbst nur in den Schnitten eines einzigen exstirpirten Stückchens dieselben gefunden werden konnten, während in zahlreichen Präparaten anderer Partien nichts von Knorpel-einlagerung vorhanden war.

Dieses Verhalten läßt auch SCHMIDT mit Recht vermuthen, daß in Fällen, in welchen von der Existenz dieser Gewebe nichts erwähnt wird, derartige kleine Herdchen vorhanden waren, aber nicht zutage gekommen sind. Von den positiven Befunden sei erwähnt das Auftreten von Knorpelknochengewebe in dem Lungentumor von LESSER; in einem Zungentumor fand ZAHN neben makroskopisch sichtbarer

Knochensubstanz Knorpelgewebe in mikroskopischen Dimensionen. Weiters war in dem Falle von BALSER (cit. nach SCHMIDT), eine Tracheal- und Bronchostenose betreffend, ebenfalls makroskopisch erkennbar reichliche Entwicklung von Ecchondrosen mit Verkalkung und Verknöcherung, sowie Knochen- und Knorpelspannen ohne continuirlichem Zusammenhange mit den Trachealringen in verdicktem perichondralen und submucösen Gewebe mitten unter der Amyloidsubstanz vorhanden. GLOCKNER sah multiple Ecchondrosen und Exostosen, sowie Knorpelneubildung im Bindegewebe seiner Tumoren. In den beiden Beobachtungen amyloider Zungentumoren von SCHMIDT trat Knorpel und Knochen in Form mikroskopisch wahrnehmbarer Inselchen auf; endlich fand auch MANASSE in seinem ersten Falle, einen bei der Nekropsie gefundenen Tumor im Larynx und der Trachea betreffend, Inseln von hyalinem Knorpel, die nirgends einen Zusammenhang mit den Trachealringen zeigten.

Der Umstand, daß das Auftreten von Knochen- oder Knorpelsubstanz in Amyloidtumoren ein relativ so häufiges ist, läßt SCHMIDT diese Beobachtung nicht im Lichte einer zufälligen Complication erscheinen, sondern ihnen das Ansehen von etwas mehr Gesetzmäßigem verleihen.

An allen Stellen des Respirationstractes, wo Amyloidtumoren vorkommen, (Zunge, SCHMIDT, ZAHN; Kehlkopf mir, Kehlkopf und Trachea, MANASSE, GLOCKNER; Trachea und Bronchien, BALSER; Lunge, LESSER) sind die knorpeligen und knöchernen Einlagerungen, wie SCHMIDT sagt, „der Ausdruck dafür, daß die betreffenden Amyloidtumoren in einem Gewebe entstanden sind, welches noch zum Knorpel in Beziehung steht, und möchte er glauben, daß die Entwicklung der Amyloidtumoren längs des Respirationstractes begründet liegt in der perichondralen, bezw. parachondralen, jedenfalls mit knochen- und knorpelbildenden Fähigkeiten begabten Natur des betreffenden Bindegewebes, und daß die Amyloidbildung in diesen Fällen mit der Knorpel- und Knochenproduction in einem gewissen Zusammenhange steht.“

Der feinere Bau und der histologische Befund der Knorpelinseln drängt SCHMIDT und ihm folgend MANASSE und GLOCKNER zu dem Schlusse, daß dieselben auf metaplastischem Wege aus Bindegewebe entstanden sind; für congenitale Anomalien, daß es sich um versprengte Keime handle, konnten sie keinen Anhaltspunkt finden.

Auch die in den Fällen von LESSER, ZAHN, BALSER und GLOCKNER vorhandenen mächtigeren Ecchondrosen sieht GLOCKNER als auf metaplastischem Wege entstanden an, indem er sich der Beschreibung und Ansicht von RECKLINGHAUSEN anschließt.

Der von SCHMIDT aufgestellte, eben citirte Zusammenhang zwischen diesen Knorpel- und Knochenbildungen und dem Amyloid findet seine die Ansicht SCHMIDT's bestätigende Erklärung in den in die jüngste Zeit fallenden Untersuchungen von KRAWKOW. Dieser konnte nämlich feststellen, daß die amyloide Substanz die Verbindung eines Eiweißkörpers mit der Chondroitinschwefelsäure ist, welche letztere unter normalen Verhältnissen im Knorpel und in elastischen Geweben vorkommt.

Demnach wäre eine Amyloidbildung ausgehend von Knorpelsubstanz, respective einem Gewebe, welches mit knorpelproducirenden Eigenschaften ausgestattet ist (SCHMIDT) oder in Organen, welche reichliche Mengen elastischer Elemente enthalten (GLOCKNER) verständlich, und die nahe Beziehung, die zwischen Knorpel und Amyloid besteht (KRAUS, KLEBS u. A.) geklärt.

Umsomehr gewinnt aber auch dadurch der Befund dieser Knorpel- und Knocheninseln in den Amyloidtumoren an Bedeutung. Dahingestellt muß es bleiben, ob wir es in dieser Knorpelbildung mit versprengten Keimen des in der Nähe befindlichen Knorpelgerüsts des Respirationstractes zu thun haben, die dann für sich die Bildung von amyloider Substanz anregten. Zu erwähnen wäre diesbezüglich nur, daß für die

Chondrome der Weichtheile kein Zweifel besteht, daß ihre Entstehung auf einer embryonalen Entwicklungsstörung beruht (RIBBERT u. A.).

SCHMIDT stellt die beiden Prozesse, die Bildung von Knorpel und Amyloid, in eine Linie und faßt beide als celluläre Leistungen auf, indem er speciell meint, daß der Knorpel auf metaplastischem Wege entstehe. Auch GLOCKNER schließt sich SCHMIDT an, und sieht den wahrscheinlichen Grund für das Auftreten von Amyloid in der chemischen Natur des elastischen Gewebes, welches die Chondroitinschwefelsäure enthält.

Wie dem aber auch sei, ob die Amyloidbildung durch die bereits vorhandenen Chondrome hervorgerufen wurde, oder ob Knorpelsubstanz und Amyloid gleichzeitig in dem reichlich vorhandenen elastischen Gewebe entstanden sind (GLOCKNER), jedenfalls haben wir es bei dieser Art von Amyloidtumoren nicht mit einer secundären amyloiden Degeneration bestehender präformirter Geschwülste zu thun, sondern der Amyloidtumor ist etwas Selbständiges, und wären diese Arten als primäre Amyloidtumoren zu bezeichnen, gegenüber den secundären, wie sie durch die Fälle BUROW, MANASSE 2. Fall repräsentirt sind.

Bezüglich des makroskopischen Verhaltens kann man nach den bisher vorliegenden Beobachtungen zwei Formen von Amyloidbildung in den Luftwegen unterscheiden, und zwar eine mehr diffuse, infiltrirende und weiters eine knotige Form (MANASSE), welche letztere sogar die Amyloidgeschwulst als gestielten, polypösen Tumor erscheinen läßt.

Es hat den Anschein, als ob die letztere Art der Ausbildung, speciell den secundären Amyloidgeschwülsten mehr zukäme, da in dem Falle von BUROW sowohl, wie in dem von MANASSE es sich um gestielte Geschwülste handelte.

Im Larynx, wenn wir diese Localisation speciell betrachten, kommen beide Formen vor, manchmal sogar nebeneinander. So sah BUROW von drei Amyloidgeschwülsten im Kehlkopfe eine gestielt am linken Aryknorpel hängen, die beiden anderen flacher aufsitzend, einestheils an der Innenseite des Kehlkopfes und dem linken Ligamentum aryepiglotticum, andertheils an der rechten Innenfläche des Kehlkopfes.

Auch ZIEGLER beobachtete apud necropsiam an einem und demselben Präparate sowohl eine Verdickung der hinteren Larynxwand und der Ligamenta aryepiglotticae als auch zwei gestielte Polypen am Aditus laryngis, die sich als Amyloidgeschwülste erwiesen. Im ersten Falle von MANASSE nahm ein großer, breit aufsitzender Tumor die Hinterwand von Larynx und Trachea bis zum dritten Trachealringe ein, während zahlreiche kleinere Geschwülste, über die Schleimhaut von Larynx und Trachea zerstreut, auch in der Interarytaenoidgegend und auf den Processus vocales saßen. In seinem zweiten Falle war im Kehlkopfe ein Tumor vorhanden, der aber bei tiefen In- und Expirationen nach oben und unten flottirend, mit einem Stiele am linken Ligamentum aryepiglotticum aufsaß und bei Autoskopie mit einer geraden Nasenschlinge entfernt werden konnte.

H. v. SCHRÖTTER beschreibt seine Beobachtung eines Amyloidtumors im Larynx als eine die aryepiglottische Falte und die Gegend über dem linken Aryknorpel einnehmende, nahezu goldgelbe, leicht höckerige, die Schleimhaut wie infiltrirende Geschwulst.

Im Falle von GLOCKNER kam es in infiltrirender Form zur Amyloidbildung im Larynx, die im Wesentlichen dem Gebiete des Ringknorpels entsprach und am Larynxausgang zu bedeutender Stenosirung führte.

In unserem Falle endlich war die Amyloidmasse in infiltrirender Form, mit grobhöckeriger Oberfläche an den Taschenbändern vorhanden, und zeigten sich sowohl die hintere Larynxwand als auch die aryepiglottischen Falten vollständig frei von Veränderungen.

Die bisherigen, wenn auch spärlichen Beobachtungen ergeben demnach das Resultat, daß Amyloidgeschwülste mit Ausnahme der wahren Stimmbänder überall im Kehlkopfe ihren Sitz haben können, vielleicht mit leichter Bevorzugung der hinteren Larynxwand und der Gegend der Aryknorpel.

Für eine spätere Differentialdiagnose wird dies insofern von Wichtigkeit sein, als Papillome gerade am häufigsten von den Stimmbändern ausgehen; bei der polypösen Form wird eine Verwechslung mit gestielten Cysten durch die harte Beschaffenheit der Amyloidgeschwülste zu vermeiden sein.

Eine sichere Diagnose ist am Lebenden wie auch in unserem Falle nur durch die histologische Untersuchung exstirpirter Partikelchen möglich, wie es bereits GERHARDT für etwa folgende Fälle vermuthete.

Literatur: BUROW, „LANGENBECK's Archiv“, Bd. 18, 1875. — ZIEGLER, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 65, 1875. — MANASSE, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 159, 1900. — BALSER, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 91, 1883. — KRAUS, „Zeitschrift f. Heilkunde“, Bd. 7, 1886. — ZAHN, „Deutsches Archiv f. Chirurgie“, Bd. 22, 1885. — SCHMIDT, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 143, 1896. — GRAWITZ, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 94, 1883. — RAABE, Jahresbericht der k. Thierarzneischule in Hannover 1883/84. — LESSER, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 69, 1877. — H. v. SCHRÖTTER, „Monatsschr. f. Ohrenheilkunde“, 1899. — RIBBERT, Lehrbuch der allg. Pathologie, 1901. — HÜBNER, Beiträge zur Augenheilk., 1898. — HEYMAN, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 118, 1889. — KRAWKOW, cit. nach RIBBERT. — GLOCKNER, „VIRCHOW's Archiv“, Bd. 160, 1900. — GERHARDT, Kehlkopfgeschwülste. NOTHNAGEL's Handbuch, 1896.

Aus dem städtischen Spital in Triest.

Haematoma osseum tibiae.

Von **Dr. Stuparich.**

Im Anschlusse an meine jüngste Publication über zwei Fälle seltener Knochenerkrankungen will ich die sicherlich nicht große Zahl derartiger Affectionen um einen neuen Fall vermehren, der im „Spedale civico“ von Triest beobachtet und schließlich operirt und geheilt wurde. Es ist der erste seiner Art, den ich im Laufe meiner vieljährigen Spitalpraxis gesehen habe; auch die älteren Collegen erinnern sich an keinen ähnlichen Fall.

C. St., ein kräftiges 5jähriges Kind, wurde wegen eines Tumors im oberen Drittheile des linken Unterschenkels, der ihr durch seine Größe und seine Schmerzhaftigkeit das Gehen erschwerte, am 6. März a. c. aufgenommen. Die erste Anschwellung, bezw. die ersten Störungen, machten sich vor einem Monate bemerkbar. Als Ursache wurde die gewöhnliche der chirurgischen Affectionen angegeben, eine Contusion, die vorhergegangen sein konnte und auch nicht, gleichwie die so oft beschuldigte Erkältung bei Erkrankungsformen interner Natur. Als Gelegenheit zur Contusion führten die Angehörigen einen Fall auf einer Stiege an, der viele Wochen vorher erfolgt sein sollte.

Bei der Untersuchung fand sich eine bedeutende Vergrößerung, die bei der Tuberositas Tibiae begann und, gleichmäßig das ganze obere Drittheil dieses Knochens umfassend, diesem eine ovoide Gestalt verlieh. Die Oberfläche des Tumors war glatt, seine Beschaffenheit knochenartig; nur vorne in der Verlängerung der Crista Tibiae befand sich eine kleine Partie, welche dem Fingerdrucke nachgab und zu fluctuirem schien. Dieser Punkt wurde für die Trepanation ausgewählt. Von hier aus gelangte man nach Eröffnung dieser Partie in eine große, von Blut- und Fibringerinneln sowie einer braunrothen, sanguinolenten Flüssigkeit erfüllte Höhle, deren Ränder allenthalben uneben waren. Correspondirend zur hinteren Tibiafläche und der Linea poplitea verlief in schiefer Richtung eine Knochenbrücke. Die Höhle wurde evacuirt, drainirt; am 29. April wurde das Kind geheilt entlassen.

Der beobachtete Fall ist gleich jenem, den DIETZ beschrieb, von unklarer Genese, doch von eindeutigem Befunde. In unserem Falle fand ich aber — wie erwähnt — bloß eine Höhle, in anderen Fällen, so auch im DIETZ'schen, waren die Cavitäten multiloculär. Mikroskopisch sah ich bloß Bindegewebselemente und Blutkörperchen.

Solche bluthältige Knochencysten wurden von einigen Autoren als wahre oder als falsche Aneurysmen, von anderen als cavernöse Tumoren beschrieben. Eine genaue pathologisch-anatomische Kritik lehrt aber, daß es sich um Neoplasmen handelt, und zwar in ganz seltenen Fällen um Angiome, häufiger um weiche, teleangiektatische Sarkome, die durch concomitirende oder in causalem Zusammenhange mit ihnen stehende Blutextravasate erweicht, auch ganz zerstört und bluterfüllt sein können. Es ist zweckmäßig, in solchen Fällen festzuhalten, daß eo ipso abgesehen wird von Erweichungscysten im engeren Sinne und von Erweichungen infolge von Knochenmalacien oder von Cysten, die aus partiellen Erweichungen myelogener Neoplasmen von zweifelloser Existenz resultiren. Solche Erweichungen sind bei harten Tumoren, Fibromen, Osteofibromen und Chondromen ziemlich häufig, öfter gelangen sie noch bei weicheren Tumorarten zur Beobachtung, so bei Myxomen und Sarkomen. Der flüssige Inhalt solcher Tumoren ist getrübt, mit Tumorfragmenten und Blut oder dessen Producten vermischt, seltener klar, schleimig oder serös.

Und so ist auch der Befund überaus mannigfaltig, der Ursache und dem Verlaufe entsprechend. Die Erfahrung lehrt, daß, während Sarkome und zumal die weichen, zellenreichen, in denen sich sehr oft Erweichungsherde finden, gewöhnlich eine schlechte Prognose geben, so daß weder die Ablation, noch die Drüsenexstirpation für dauernde Heilung Gewähr leistet, ein andermal gleiche oder völlig gleich scheinende Sarkome so gutartig verlaufen können, daß sie quasi durch Erschöpfung sich selbst zerstören.

Kehren wir in unserem Falle zur vorausgegangenen Verletzung zurück, zum vielgenannten „Irritamentum malorum“ vor allem der täglich gesehenen Trias, Fungus, Osteomyelitis, Sarkom, so finden wir, daß das Trauma diesmal insofern in Betracht gezogen werden muß, als ein traumatisches, medullares Extravasat eventuell im spongiösen Knochengewebe durch Destruction und nachfolgende Reparationsvorgänge schließlich Veränderungen bewirken kann, die als „knöchernes Hämatom“ zu imponiren geeignet sind — wie ich den beobachteten Fall determiniren möchte. Die Wahl der Bezeichnung erscheint mir zutreffend, um so mehr, als ich aus der Durchsicht der Literatur entnommen habe, daß früher schon VOLKMANN für einen ähnlichen, von ihm beobachteten Fall den gleichen Terminus gewählt hat.

Ueber Gangrän bei Diabetes.

Von **Dr. Heinrich Wolf.**

(Schluß.)

Ich wende mich nun dem praktischen Theile der Frage, der Behandlung, zu.

Ich möchte da schon jetzt die Bemerkung vorwegnehmen, daß heutzutage der Diabetiker für den Operateur kein Noli me tangere ist, ja daß sich mit steigender Erkenntniß der Ursachen der diabetischen Gangrän, die Erfolge derart gebessert haben, daß nur gewisse Complicationen die Prognose der Operation zweifelhaft erscheinen lassen.

Der größte Fortschritt in der Behandlung ist aber, daß man, gestützt auf die Erkenntniß dieser Krankheit, imstande ist, ziemlich streng Indicationen für das jeweilig nothwendige Verhalten zu stellen.

Es ist im Allgemeinen üblich, bei jedem Kranken anfangs das conservative Verfahren einzuschlagen, wenn nicht später zu erwähnende Umstände zur Operation drängen. Dieses besteht vor Allem in antidiabetischer Diät. Nicht alle Autoren legen darauf gleich viel Gewicht. GODLÉE widerräth sogar, die Diät allzu streng anzuordnen, um ein Coma zu verhüten. ROSER hat dagegen überhaupt nur die Diät bei local antiseptischer Behandlung für statthaft gefunden.

Im Allgemeinen hält man doch genau die diätetische Behandlung bei. Die locale Behandlung ist verschieden. Meistens wendet man feuchte antiseptische Verbände an. SONNENBURG empfiehlt Pulververbände, um aus dem feuchten Brande einen trockenen zu machen, und in derselben Absicht legen KÖNIG, GUSSENBAUER trockene antiseptische Verbände an.

CRIPPS, JEANNEL gebrauchen Watteeinpackungen.

In neuerer Zeit wird ein anderes Verfahren empfohlen. Es ist dies die Massage.

Es war wohl schon lange allgemein üblich, bei Entzündungen überhaupt und so auch bei Diabetikern eine Hochlagerung der betreffenden Extremität zu machen, um den venösen Abfluß zu erleichtern. Es ist daher von vornherein ersichtlich, daß Massage günstig für den Verlauf sein müsse. Es ist aber nicht möglich, daß die Massage nur auf den venösen Kreislauf einwirkt. Wenn es wahr ist, daß bei Knetung der Muskeln und bei Streichungen das Blut aus den Venen reichlicher strömt, wie dies z. B. LAUDER-BRUNTON und TUNNICLIFFE fanden, so muß das Blut auch aus den Arterien besser in die Venen einströmen. Und wenn die gangbare Vorstellung über die Wirkungsweise der Massage auf Venen und Lymphgefäße richtig ist, so muß das erzeugte Vacuum nicht nur das Blut aus den Capillaren, sondern auch aus den Arterien saugen, die Circulation in diesen erleichtern.

Dieser Umstand würde wohl allein die Ausübung der Massage bei diabetischer Gangrän rechtfertigen.

Freilich bestehen hier besonders strenge Contraindicationen, abhängig von dem Grade der Entzündung.

Da in allen diesen Fällen vor allem das Streichen, manchmal auch das Kneten angezeigt ist und die Haut nicht gereizt werden soll, so ist die Anwendung von Fetten, die ich im Allgemeinen beim Massiren vermeide, sehr zu empfehlen. Stabile Massage ist zwecklos, ja schädlich, und deshalb ist es auch nicht angezeigt, über den Kleidern (Unterzeug) zu massiren. Die Massage ist in diesen Fällen noch viel zu selten angewendet worden, um über die Wirkung ein Urtheil möglich zu machen. Bei vorgeschrittener Gangrän ist sie ohne Erfolg. SPERLING will zwei Fälle von Zehengangrän bei Diabetikern geheilt haben. HEIDENHAIN hatte keinen Erfolg. Der Patient starb an Coma nach der Operation. Auch ERB empfiehlt bei Arteriosklerose leichte Massage.

Ich selbst habe sie ebenfalls angewendet.

Es handelte sich um einen Diabetiker in den Sechziger Jahren mit Oedemen der Beine nach längerem Herumgehen, die aber bei Bettruhe verschwanden. Geringe Mengen von Albumen. Dabei bestanden Schmerzen in den Zehen. Arterien der Füße pulslos. An der Wade rechts einige (8) Geschwürchen von $\frac{1}{2}$ —1 Cm. Durchmesser. Ich wendete warme Fußbäder und Massage mit viel Fett an, um eine Hautreizung zu vermeiden. Die Schmerzen in den Zehen wurden bei dieser Behandlung wesentlich gebessert, auch die Geschwürchen heilten zum Theil vollständig, zum Theil behielten sie noch nach dreiwöchentlicher Behandlung den Schorf.

Ich möchte es aber nicht wagen, dies nur dem Einfluß der Massage zuzuschreiben. Zu einer antidiabetischen Diät war der Patient nicht zu bewegen. Die Oedeme traten auch später während der Behandlung allabendlich auf, wenn der Kranke mehrere Stunden außer Bett war.

Im Anschluß an diese Ausführungen möchte ich noch der Prophylaxe gedenken, die von BUNGE in diesem Jahre lebhaft empfohlen wurde.

Man soll es niemals unterlassen, bei älteren Leuten, bei Diabetikern, welche über Stechen in den Zehen, Füßen, über Schwäche in den Beinen, Müdigkeit, intermittirendes Hinken klagen, die 4 Fußarterien zu untersuchen. ERB hat auf die Häufigkeit der Pulslosigkeit dieser Arterien in solchen Fällen hingewiesen.

Auch bei vielen Fällen, die unter dem Namen Rheumatismus, Gicht geführt werden, ist nach ZORGE-MAN-

TEUFFEL nichts anderes als eine hochgradige Arteriosklerose der kleinsten Arterien und Vasa nervorum als Krankheitsursache zu beschuldigen.

ERB empfiehlt in allen diesen Fällen galvanische Fußbäder mit warmem Wasser. Freilich hat er dabei nur Kranke mit Arteriosklerose berücksichtigt.

Jodkali innerlich, leichte Massage mit Einfetten der Füße, warme Einwickelungen der Füße, Herztonica. Vermeiden von Alkohol, Tabak, Gewürzen, Kaffee.

Sehr wichtig ist aber die größte Vorsicht beim Hühneraugen- und Nägelschneiden. Die Fußbekleidung darf nicht drücken. Große Fußwanderungen sind zu unterlassen.

Die besten Erfolge hat die conservative Behandlung bei den Fällen von örtlicher Hautgangrän und beim Mal perforant du pied.

Von 19 Fällen von Hautgangrän wurden 11 ohne Eingriff geheilt. Bei 4 mußte operirt werden, 2 starben an Coma, 2 an Sepsis.

Von 17 Fällen von Mal perf. du pied wurden 13 durch das conservative Verfahren geheilt, bei 2 trat die Heilung erst nach einer Operation auf, 2 starben an Coma.

Von 54 Kranken (entzündlicher Gangrän) starben 10, das sind 18.5%, geheilt wurden 10, das sind 18.5%. Von 64 Kranken (nicht entzündlicher Gangrän) starben 10, das sind 15.6%, geheilt wurden 3, das sind 4.7%.

Außerdem ist aber zu bemerken, daß von der ersten Gruppe 3 an Coma starben, von der zweiten 4 an Coma, 1 Embolie, 1 Asthma.

Berücksichtigt man gar erst das Verhalten der Arterien, so sieht man, daß alle Nichtoperirten der ersten Gruppe, nämlich 5 von 25, an Sepsis starben, wenn ihre Arterien erkrankt waren. Von den Kranken der 2. Gruppe starben unter den Nichtoperirten 6 von 43, 3 wurden geheilt.

Daraus ist ersichtlich, daß die conservative Behandlung gefährlich ist, daß sie es insbesondere für diejenigen ist, deren Circulationsapparat erkrankt ist, und daß in diesem Falle die Gefährlichkeit dieses Verfahrens bei der entzündlichen Form noch größer ist als bei der nichtentzündlichen.

Dies Alles ergibt sich aus meinen oben erwähnten Ausführungen.

Bevor ich zu meinem Hauptthema komme, möchte ich nur erwähnen, daß die Behandlung der phlegmonösen Prozesse dieselbe ist wie bei Nichtdiabetikern: Incisionen, Drainage, feuchte antiseptische Verbände. Es gilt hier wie sonst der Grundsatz, „ubi pus ibi evacua“.

Während man es früher nicht wagte, eine Phimose bei Diabetikern zu operiren, so haben die Mittheilungen von FRANCOU und LEUCHERT gelehrt, daß man auch bei solchen Fällen ohne Gefahr operiren könne. Sie hatten fünf günstig verlaufene Fälle. Auf die Ansichten über die Entstehung der Phimose will ich hier nicht eingehen.

Auch bei der Otitis media der Diabetiker haben sich die Anschauungen geändert. Mit Rücksicht auf die schlechte Prognose dieser Erkrankung hat schon KIRCHNER in manchen Fällen, KUHN sogar als Regel die Operation empfohlen. Die Erfolge sind verhältnißmäßig nicht schlecht.

Von 13 Fällen, die ich aufgefunden habe, starben 6; 4 wurden geheilt. Bei 3 Fällen war der Ausgang nicht angegeben, doch konnte man aus der Anzahl der Todesfälle berechnen, daß sie geheilt wurden (SHEPPARD).

In einem Falle (MOOS) wird berichtet, daß der Wundverlauf durch eine profuse Hämorrhagie gestört wurde. Der Kranke wurde jedoch geheilt.

Ich gehe nun zum wichtigsten Theile, zur Besprechung der Extremitätengangrän über.

Manche Operateure sprechen sich hier gegen die abwartende Methode aus, weil dadurch nur die günstige Zeit zur Wahl des Ortes für den Eingriff verloren gehe.

Ich glaube, daß uns die Literatur lehrt, daß die Demarcation nicht immer abgewartet werden solle.

Die wichtigsten Bedingungen dafür sind 1. eine stetige Beobachtung, die es ermöglicht, eine plötzliche Ausbreitung der Entzündung entsprechend zu behandeln, 2. trockene Form des Brandes ohne Fieber, 3. ein kräftiger Allgemeinzustand.

Jedenfalls ist es besser, zu früh als zu spät zu operieren.

Während man sich früher vor jeder Operation am Diabetiker gehütet hat, operirt man heute Diabetiker fast mit demselben Erfolge wie andere Menschen. Es wäre aber doch angezeigt, wenn man sich strenger an die Sätze TUFFIER's halten wollte, der die Operationen „par complaisance“ verbietet, die unbedingt nothwendigen Operationen immer gestattet, in allen übrigen Fällen den Eingriff abhängig macht von der Möglichkeit, den Zucker herabzusetzen, und von der Größe der Operation.

Ver mehrt ist ja die Gefahr jedenfalls und insbesondere ist die Narkose, wie ich später erwähnen möchte, von großer Bedeutung.

Schwierig ist die Entscheidung des geeigneten Ortes für die Operation. Aus meiner Zusammenstellung geht vor Allem hervor, daß die Eingriffe an den Zehen und am Fuße in den allermeisten Fällen ungenügend sind und noch Nachoperationen verlangen, insbesondere in jenen Fällen, bei denen die Arterien erkrankt sind und die Entzündung in den Vordergrund tritt. Es ist daher besser, diese Eingriffe zu unterlassen und gleich höher oben abzusetzen.¹⁾

HEIDENHAIN hat einen besonderen Vortheil der hohen Amputationen vor denen am Unterschenkel behauptet und hat vielfach Zustimmung, aber auch mit Recht viele Gegner gefunden.

Der oberste Grundsatz bei allen diesen Operationen am Diabetiker muß sein, gut ernährte Lappen zu erhalten, im Gesunden zu operieren. Es ist aber auch angezeigt, einen möglichst guten Stumpf zu erhalten, also, wenn möglich, am Unterschenkel zu operieren. Dazu ist natürlich eine strenge Indicationsstellung nöthig.

Wenn die Art. poplitea gar nicht oder nur wenig pulsirt, dann treffen die oben verlangten Bedingungen nicht zu, und man muß dort operieren, wo man wieder eine Pulsation der Arterien findet. KAREWSKY wählt noch während der Operation eine höhere Stelle, wenn die angeschnittenen Gefäße nicht genügend bluten.

Es zeigt sich zwar aus der Statistik, daß von den am Unterschenkel operirten 22 Patienten 5 an Sepsis, bezw. fortschreitender Gangrän starben, während von den am Oberschenkel Operirten 2 (von 33) an Wundkrankheiten zugrunde gingen. Dies liegt aber offenbar an der schlechten Indicationsstellung; denn BUNGE, der 4 Diabetiker am Unterschenkel operirte, verlor keinen seiner Fälle. Er empfiehlt daher diese Operation und rath an, sie möglichst bald auszuführen.

ZOEGE-MANTEUFFEL rühmt der GRILLI-Operation Vorzüge nach, weil das Rete articulare in den Fällen von Arteriosklerose der Art. poplitea sehr gut entwickelt ist. Da aber von den in dieser Weise behandelten 3 an Coma, 1 an Sepsis starben und 1 geheilt wurde, ist eine Entscheidung schwer zu treffen.

ISRAEL schlägt vor, die Exarticulationen den Amputationen vorzuziehen, weil bei den ersteren die Markhöhle nicht eröffnet werde.

Ich glaube, aus dem Vergleiche der beobachteten Fälle geht hervor, daß es ein Normalverfahren nicht gibt, sondern daß die zu wählende Stelle von der Beschaffenheit der Arterien und von der Ausbreitung der Entzündung abhängt.

Die Nachtheile der Operationen an den Zehen und dem Fuße habe ich bereits auseinandergesetzt.

Es ist aber sehr wichtig, auf gewisse Punkte bei der Ausführung der Operation hinzuweisen.

¹⁾ Es würde nur ermüden, wollte ich hier überall die Zahlen anführen. Ich habe sie in einer ausführlichen Arbeit im „Centralblatt für die Grenzgebiete“ angegeben.

Die Gefahren der Narkose, auf die ich noch später hinweisen werde, haben es verursacht, daß man versucht hat, andere Formen der Anästhesirung anzuwenden. Die Infiltrationsanästhesie nach SCHLEICH ist deshalb zu verwerfen, weil man beobachtet hat, daß bei Infusionen unter die Haut Gangrän auf der Höhe der Anschwellung auftrat. Am vortheilhaftesten ist das Verfahren nach OBERST.

Auch die Ausführung der Operation ist verschieden. BESSETTE, TUFFIER empfehlen den Thermokauter, letzterer auch die elastische Umschnürung. Gewöhnlich wird aber das Messer angewendet.

Die Blutspargung wird mit Digitalcompression und weniger vortheilhaft nach ESMARCH besorgt, da jene schonender ist, und da es leichter ist, sich von der Durchgängigkeit der Arterien zu überzeugen.

Die übliche Schnittführung ist der Cirkelschnitt. Erlaubt sind auch breite Lappen.

Nähte werden sehr häufig gar nicht oder nicht secundär angelegt, um eine Spannung zu vermeiden. Die Lappen werden einfach zusammengelegt, und ein trockener aseptischer Verband angelegt. Antiseptische Abspülungen sind entsprechend den Untersuchungen BUJWID's und GROSSMANN's wegen ihrer Reizwirkung zu vermeiden.

Die Gefahren, mit denen die Operationen an Diabetikern verbunden sind, sind hauptsächlich dreierlei Art: 1. Infection, 2. die Narkose, 3. Hämorrhagien.

Ueber den ersten Punkt gehe ich hinweg, da ich darüber schon genügend gesagt habe. Was nun die Gefahr der Narkose betrifft, so scheint diese wirklich bei Zuckerkranken bedeutend größer zu sein als bei anderen Kranken. Sicher ist es, daß das Coma bei den in Narkose Operirten häufiger als Todesursache angegeben wird als bei den nicht Operirten. Bei ersteren 13 unter 24, bei letzteren 7 unter 20.

Die Ursache ist noch keineswegs aufgeklärt. Ob es sich um eine Shockwirkung, um durch die Narkose bedingte schwere Stoffwechseländerungen oder um andere Gründe handelt, ist heute noch nicht zu entscheiden.

Die Untersuchungen von KLEIN, COXWELL und BUNGE, welche narkotisirte Thiere schneller an einer Infection sterben sahen als die Controlthiere, haben für unsere Frage keinen Werth, weil nirgends in der Literatur Fälle erwähnt sind, in denen die Narkose in irgend welcher Beziehung zur Infection stand.

Mit Rücksicht auf diese Gefahren ist es angezeigt, wenn möglich die allgemeine Narkose zu vermeiden. Ist dies aber nicht möglich, so soll sie dadurch möglichst abgekürzt werden, daß man vorher alles bis zum Schnitt vorbereitet.

Vielfach wird auch die innerliche Darreichung großer Dosen von Natrium bicarbonicum als Vorsichtsmaßregel empfohlen.

Eine weitere Gefahr liegt in dem häufigen Auftreten von Hämorrhagien. Es wurde dabei sogar ein Todesfall beobachtet.

Es sind sehr schwer stillbare Blutungen, welche unter Umständen zwingen, eine Nachamputation zum Zwecke der Blutstillung zu machen. Die Ursache ist nicht aufgeklärt. Von einigen wird eine Erkrankung der Gefäße dafür verantwortlich gemacht.

Ich habe schon erwähnt, daß sich die Prognose der Operationen bei Gangrän der Diabetiker wesentlich gebessert hat. Ja, man ist sogar in letzter Zeit in das andere Extrem verfallen und operirt bei Diabetikern, wie bei sonst normalen Menschen. Als Contraindication wurde von HONZÁK überhaupt nur Granularatrophie der Niere genannt. Als prognostisch ungünstiges Zeichen gilt Acetonurie, nach HEIDENHAIN auch Albuminurie.

Die Anzahl der Fälle ist zu klein, um daraufhin ein Urtheil auszusprechen.

REYNIER hat das Fehlen der Kniesehnenreflexe als Kriterium der Prognose hingestellt. Es scheinen auch wirklich

nach BOUCHARD gerade bei den schweren Fällen diese Reflexe zu fehlen und so die Brücke zu den Ansichten REYNER's geschlagen zu sein. CRONER aber lehnt diese Annahme entschieden ab. Die Angaben über das Verhalten der Sehnenreflexe sind zu spärlich, als daß man daraus etwas schließen könnte.

Ich glaube jedoch, daß obiger Zusammenhang doch bestehen könnte, und daß es sehr angezeigt wäre, darauf besser zu achten, um sich ein sicheres Urtheil in dieser Frage bilden zu können.

Als prognostisch ungünstig gilt auch die Euphorie nach der Operation. Sie ist gewöhnlich die Vorläuferin des Coma (LANDAU, BECKER).

Ich habe in meinen Ausführungen versucht, Ihnen ein Bild des jetzigen Standes unserer Erkenntniß in dieser Frage zu geben.

Ich glaube, daß sich daraus ergibt, daß es eigentlich keine diabetische Gangrän gibt, sondern daß bei den Fällen von Brand bei Diabetikern die gleichen Bedingungen zu finden sind wie bei den analogen Krankheitserscheinungen der sonst normalen Menschen, und daß die Zuckerkrankheit nur modificirend auf den Verlauf Einfluß nimmt.

Ich habe weiterhin gezeigt, daß die operative Behandlung dieser Krankheitserscheinungen im Wesentlichen der sonst gepflogenen entsprechend ist, und glaube wohl mit Rücksicht auf die stetig sich bessernden Erfolge der operativen Eingriffe, daß die Hoffnung nicht unbegründet ist, daß wenigstens in den operativen Erfolgen ein Unterschied zwischen der Gangrän im Allgemeinen und der Gangrän bei Diabetikern nicht zu machen sein wird.

Revue.

Neuere Arbeiten über allgemeine Anästhesirung.

Literatur: 1. KRONACHER (München): Die coupirte Aethernarkose („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 19). — 2. BECKER (Hildesheim): Zur Aethernarkose („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 22). — 3. FLOCKEMANN (Hamburg): Die Grenze der Pupillenreaction gegen Licht, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 21). — 4. BRAUN (Leipzig): Ueber Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 64, H. 1). — 5. BIER (Greifswald): Weitere Mittheilungen über Rückenmarksanästhesie (ebenda).

Die neueste Literatur enthält einige bemerkenswerthe Arbeiten über allgemeine Anästhesie.

KRONACHER (1) macht darauf aufmerksam, daß der Aether in viel höherem Maße als das Chloroform sich zu Halbnarkosen eignet, die vollständig genügen, um kleinere Operationen vorzunehmen. Der Vortheil dieser sogenannten „coupirten Aethernarkose“ liegt auf der Hand, da die Hauptnachteile der Aethernarkosen (Bronchitis, Pneumonie, Psychosen und Collaps) erst in dem größeren Verbräuche des Mittels und der länger dauernden Narkose zu suchen sind.

Für die Ausführung dieser Narkose gibt Verf. folgende Vorschrift: Auf eine der gebräuchlichen Masken gieße man 5—10 Ccm. Aether, lasse unter öfter erneuter Luftzufuhr eine Anzahl Athemzüge machen, wiederhole das Aufgießen mit 10—20 Ccm. und narkotisire nun bis zum Eintritte der Excitation; ist diese eingetreten, so lasse man den Patienten noch eine Anzahl Inhalationen (5—10) machen; in den meisten Fällen genügt dieses Quantum zur Erzielung einer vollen Anästhesie. Man entferne die Maske und operire. Die Patienten sind bei Bewußtsein, reagiren auf Anrufen u. dgl., geben nicht selten, oft unter lebhaften Geberden, Schmerzäußerungen von sich, haben aber zumeist nach dem vollen Erwachen keine Vorstellung vom Geschehenen. Von dieser Art der Narkose hat Verf. nie Nachteile gesehen, obwohl er dieselbe seit drei Jahren in ausgiebiger Weise gebraucht.

Um die Gefahr der länger andauernden Aethernarkose, nämlich die starke Schleimabsonderung in der Trachea und den

Bronchien, zu vermindern, ohne die von anderer Seite empfohlene, jedoch dem Verf. nicht ganz harmlos erscheinende Atropineinspritzung machen zu müssen, hat BECKER (2) mit gutem Resultate Oleum Pini Pumilionis benützt. Er empfiehlt, das Latschenöl in der Menge von 1 Grm. auf 200 Grm. Aether dem Narcoticum beizumischen. Das Latschenöl löst sich im Aether auf und macht den Aethergeruch angenehmer; größere Mengen machen den Aethergeruch stechender. 500 Narkosen mit dem Aether-Latschenölgemische ausgeführt, gaben (auch bei bestehendem Emphysem, Bronchitis, Tuberculose, Emyem) sehr zufriedenstellende Resultate.

Den Verbrauch des Chloroforms auf das geringste Maß zu reduciren und damit die Gefahr der tiefen Chloroformnarkose zu verkleinern, empfiehlt FLOCKEMANN (3), das Narkotisiren nur bis zu folgendem, von ihm näher beschriebenen Stadium der Pupillenreaction fortzusetzen. Man kann nämlich immer feststellen, daß aus dem Stadium der Toleranz, wo die willkürlichen Muskeln erschlafft und die Pupillen mäßig eng und reactionslos sind, das erste objective Zeichen des Erwachens folgendes ist: Während noch die mäßig enge Pupille nicht in merkbarer Weise reagirt, wenn man nur ein Auge öffnet, so ist in diesem selben Stadium eine geringe, aber deutliche Verengerung der Schlöcher zu erkennen, wenn man rasch die Lider beider Augen gleichzeitig erhebt. Dies Phänomen bezeichnet Verf. als die Grenze der Pupillenreaction auf Licht in der Chloroformnarkose.

Dies Endstadium der Lichtreaction zeichnet sich dadurch aus, daß es entweder — vielleicht in der Hälfte der Fälle — noch im Bereiche der Toleranz liegt, sonst aber jedenfalls nicht weit davon entfernt ist. Im ersteren Falle muß man nur langsam noch auftropfen, um den Patienten nicht weiter erwachen zu lassen, im zweiten Fall muß das Aufgießen etwas rascher geschehen.

Das von SCHLEICH empfohlene Stadium (mittlere Pupillenweite ohne Reaction auf Licht) scheint dem Verf. zu gefährlich, weil dem Tode zu nahe, zu sein.

Versuche, die BRAUN (4) an verschiedenen Chloroform-Aethergemengen angestellt hat, haben gezeigt, daß die einzelnen Flüssigkeiten aus der Mischung nicht in dem in der Mischung vorhandenen Verhältnisse verdunsten, so daß bei den gewöhnlichen Narkotisirapparaten die Patienten die Narkotisirmischung nicht in der Menge und Concentration einathmen, wie der Narkotiseur es wünscht. Verf. hat daher einen Apparat construirt, der aus zwei Gefäßen besteht, von denen eines mit Chloroform, das andere mit Aether gefüllt ist. Vermittelst eines Doppelgebläses werden die entsprechenden Dämpfe erzeugt, die erst als Dämpfe sich mischen und der Narkotisirmaske zugeführt werden; durch entsprechende Hähne kann das Verhältniß der Dämpfe zu einander regulirt werden.

Verf. empfiehlt, die Narkose mit dem Gemenge beider Mittel anzufangen, und wenn die Narkose in das Toleranzstadium getreten ist, den Chloroformhahn ganz zu schließen und mit Aether die Narkose weiterzuführen, wozu gewöhnlich geringe Mengen Aether genügen. Sollte eine bedeutende Abflachung der Narkose eintreten, so ist es nöthig, von neuem Chloroformdämpfe zuzuführen, worauf nach einigen Athemzügen die Narkose wieder tief wird.

Bei 250 auf diese Weise geleiteten Mischnarkosen war der Verbrauch der Narkotisirungsflüssigkeiten ein kleiner und die Folgeerscheinungen der Narkose gering.

BIER (5) veröffentlicht die Resultate seiner weiteren Untersuchungen über die seinerzeit von ihm angegebene Rückenmarksanästhesie. Um die gefährlichen Folgeerscheinungen, die im Anschlusse an diese Art der Anästhesie beobachtet wurden und die Verf. durch das directe Aufsteigen des Giftes gegen das verlängerte Mark und das Gehirn erklärt, zu vermindern, hat er mit gutem Resultate das Anlegen einer Constrictionsbinde um den Hals benutzt. Die Binde muß so fest angezogen werden, daß eine sichtbare Stauung im Gesicht eintritt. Die dadurch eintretende venöse Stauung im Gehirn verhindert das Aufsteigen des das Gift enthaltenden Liquor cerebrospinalis. Auch mit verdünnten Lösungen der verschiedenen Anästhetica gelang es Verf., Analgesien zu erzeugen, die oft weit hinauf reichten; jedoch blieben die Tast- und Temperaturempfindung vollkommen erhalten.

Zum Schlusse äußert Verf. seine Meinung dahin, daß das Verfahren sich heute wohl noch in der Entwicklung befindet und für den allgemeinen Gebrauch noch nicht reif ist, und warnt vor unvorsichtiger, übereilter Anwendung der Methode. Hingegen sei es notwendig, die Fälle weiter genau zu beobachten, um die Indicationen und Contraindicationen für diese Methode aufzustellen und durch weitere Versuche dahin zu streben, die üblen Folgen der Rückenmarksanästhesie ganz auszuschneiden.

ERDHEIM.

Referate.

WALTHER STEMPER: Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung.

Als eine der am seltensten richtig erkannten Krankheiten aus dem Gebiete der Unfallheilkunde und der Invaliditätsversicherung bezeichnet STEMPER („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 60, Heft 3 und 4, pag. 265—347) auf Grund von 58 Beobachtungen als Arzt der Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalt für die Provinz Schlesien das Malum coxae senile. Nur in vier Fällen war eine annähernd richtige Diagnose gestellt worden. Auch in der Literatur herrscht einige Verwirrung; das Leiden wird vielfach als Abart der Arthritis deformans hingestellt, während es ein morbus sui generis ist. Zur rechten Diagnose gehört vor Allem genaue Untersuchung im Stehen, Gehen und Liegen am nackten Körper. Aetiologisch ist das Malum coxae senile eine Berufserkrankung, und zwar vorwiegend des landwirthschaftlichen Berufes (von 58 Kranken 53 Angehörige der Landwirthschaft!). Das legt wohl nahe, bei ungenügendem Schlaf, Wettereinflüssen, ungenügender Nahrung u. s. w., frühzeitige, starke Belastung der Hüftgelenke während der Arbeit als ursächliches Moment anzusprechen; zu diesen Schädigungen treten die regressiven Vorgänge im Knorpelüberzug der Gelenkenden mit Beginn der allgemeinen Involution, meist also im 5. und 6. Lebensjahrzehnt; früherer Beginn des Leidens ist selten. Trauma kann die Krankheit zum Ausbruch bringen, so daß auch die Unfallversicherung daran interessirt ist; am häufigsten handelt es sich um directe Läsion des Hüftgelenkes, selten um Fernwirkung auf dieses. Das weibliche Geschlecht überwiegt gegenüber der Arthritis deformans nicht, eher das männliche. Pathologisch-anatomisch beginnt der Proceß mit Auffassung, Zerklüftung und allgemeiner Destruction des Knorpelüberzugs; dann verdicken sich Knochen und Gelenkbänder; diese schrumpfen und fixiren mehr weniger das Gelenk. Die knorpelentblößten Knochenflächen können sich abschleifen, ohne daß diese Abschleifung den Grad der Arthritis deformans erreicht.

Erstes Symptom sind bohrende, ziehende Schmerzen von verschiedener Heftigkeit, anfangs zeitweise, dann anhaltend, welche beim Gehen im Gegensatz zur Arthritis deformans nicht verschwinden, eher heftiger werden. Witterungsumschlag scheidet diese Schmerzen zu steigern. Das erkrankte Bein wird schwach, unbeholfen schwer beweglich. Die Schmerzen sitzen im Kreuz oder in der Hüfte und strahlen von da aus bis zum Unterschenkel, so daß Kniegelenks- oder Unterschenkeliden vorgetäuscht werden können. Der Schmerz stört oft die Nachtruhe, zumal Liegen auf dem kranken Gelenk zuweilen den Schmerz erhöht. Objectiv lassen sich Auftreibungen des Gelenkes sehen und abtasten; oft ist der Trochanter major verdickt, auch druckempfindlich. Bei höheren Graden rückt der Trochanter höher, was reelle Verkürzung des Beines bis zu 4 Cm. bedingt. Unter den Bewegungen leiden am frühesten die Rotationen bei im Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig gebeugtem Bein, dann wird die Beugung behindert, dann Ab- und Adduction. Passive Bewegungen schmerzen, so daß sich die Muskeln anspannen. Recht selten und nur im Beginne des Leidens erzeugen diese Bewegungsversuche Gelenksgeräusche. Frühzeitig stellen sich bei passiven Bewegungen Mitbewegungen des Beckens ein und täuschen den Untersucher. Anfangs schleift das kranke Bein nach, später hinkt es und wird schließlich ungeschickt zum Gehen, in späteren Stadien neigt sich die Körperhaltung seitlich. Zuletzt ist das Gelenk so steif, daß das Bein beim Gehen nur mit dem Becken bewegt wird

(Untersuchung am nackten Körper!). Dann setzen sich die Kranken mit der gesunden Seite an den Rand des Stuhles und strecken das kranke Bein von sich. So lange sich die Kranken aus der flachen Rückenlage mühelos aufsetzen können, sind sie noch im Beginne und arbeitsfähig oder simuliren. Bücken zum Schuh- und Strumpfanziehen wird auch unmöglich. Auch das zweite Hüftgelenk kann erkranken, aber nie gleichzeitig (26% der Fälle). Die übrigen Gelenke sind unversehrt; nur selten sind leichte Geräusche vorhanden, die ebenso wie sonstige Organerkrankungen, einfache senile Aenderungen darstellen. Das Allgemeinbefinden pflegt ungestört zu bleiben bis auf Muskel- und Fettschwund der erkrankten Extremität.

Die Diagnose fehlte in den meisten Fällen beim ersten Untersuchen ganz; 17 diagnosticirten Ischias, 1 spastische Spinalparalyse. Bei jeder scheinbaren Ischias muß das Hüftgelenk untersucht werden, um nicht zu fehlen. Besonders im Beginne ist Verwechslung mit Arthritis deformans entschuldbar, es ist auf die Unterschiede schon aufmerksam gemacht worden, zudem ist diese Erkrankung polyarticulär und die Gelenkfunction nicht vermindert, sondern krankhaft gesteigert. Die Diagnose Muskelrheumatismus ist die oberflächlichste, chronischer Gelenksrheumatismus wohl Verlegenheitsdiagnose.

Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad restitutionem infaust.

Was die Therapie anlangt, wird prophylaktisch Entlastung des Hüftgelenkes die Fortschritte des beginnenden Leidens aufhalten, ebenso Fernhalten der sonstigen Gelegenheitseinflüsse. Einreibungen, Dampfbäder, warme Bäder können nützen. Massage und Elektrizität beugen der Muskelatrophie vor. Stützapparate können Vortheil bringen.

Die Krankheit erzeugt rasche Invalidität, zumal selbst Arbeit im Sitzen erschwert, ja unmöglich wird. Uebernahme des Heilverfahrens auf Kosten der Invaliditätsanstalt kann nicht stattfinden. Daß anderen Berufsgenossenschaften die Fürsorge dieser Kranken zufallen kann, ist erwähnt; dazu ist nöthig, daß auch scheinbar leichte Contusionen der Hüfte als Betriebsunfälle angemeldet werden.

R. L.

A. J. EFIMOW (Rußland): Beitrag zur Frage der Schußverletzungen der Lunge (Schußverletzung durch Schrot).

Wie zähe und accommodationsfähig der menschliche Organismus bisweilen ist, zeigt folgender in hohem Maße interessanter Fall des Verf.'s. Ein 46jähriger Bauer („Jeschenedelnik“, 1901, Nr. 2) wurde angeschossen und bekam dabei eine ganze Schrotladung in die rechte Seite an der rechten Submaxillarlinie, ungefähr drei Zoll unterhalb der Achselhöhle. Der Verletzte wurde nach seiner circa 2 Km. entfernt liegenden Wohnung gebracht. Verf. fand ihn 3 Stunden nach der Verletzung auf dem Fußboden der Hütte auf einem Haufen mit Blut getränkter Lumpen in heftigem Schüttelfrost liegend. Anlegung eines Nothverbandes. Transport nach dem entfernt liegenden Krankenhause unter den denkbar ungünstigen Verhältnissen. Klinische Untersuchung 24 Stunden nach der Verletzung: Puls beschleunigt, klein, wenn auch etwas lebhafter als am vorigen Tage. Außerordentlich starkes Asthma, bei der geringsten Bewegung sich steigernd; quälender Husten mit reichlich blutigem Auswurf, stark ausgesprochene Cyanose, kalte Extremitäten. Temperatur 37,8°. Der Verband ist ganz mit Blut durchtränkt. Bei ruhiger Lage des Kranken blutet es aus der Wunde nicht, bei den Hustenstößen tritt aber aus der Wunde Blut, das früher in die Brusthöhle ausgetreten ist, in dickem Strahl, desgleichen Luft geräuschvoll heraus. Die rechte Hälfte des Brustkorbes theilhaftig sich an der Athmung nicht. Hinter der Wunde ist ein handtellergroßes emphysematöses Hautgebiet. Der Wundecanal verläuft in der Brusthöhle in der Richtung nach hinten und unten durch den 8. Intercostalraum; die Sonde dringt ca. 7 Cm. tief in den Canal und stößt dann auf Blutgerinnsel. Die Untersuchung der Lungen, die allerdings nur in oberflächlicher Weise vorgenommen werden konnte, ergab Folgendes: Hinten (in halb liegender Stellung des etwas hoch gehobenen Verletzten), abwärts von der Mitte der Scapula, ergibt die Percussion vollständige Dämpfung, die Auscultation vollständiges Fehlen des Athmungs-

3*

geräusches; an der lateralen und vorderen Oberfläche der rechten Seite ergibt die Percussion tympanitischen Schall, die Auscultation geschwächtes Athmungsgeräusch mit amphorischem Klang; von der 4. Rippe aufwärts normale Percussions- und Auscultationsverhältnisse. Man konnte also auf Grund der objectiven Untersuchung annehmen, daß eine bedeutende Verletzung des Lungengewebes stattgefunden hat, und daß hauptsächlich die hinteren Abtheilungen des mittleren und unteren Lappens des rechten Lungenflügels verletzt und die übrigen Theile desselben infolge des Pneumothorax comprimirt sind.

Von irgend einer energischen Intervention konnte in Anbetracht des äußerst prekären Zustandes des Pat. selbstverständlich nicht die Rede sein. Man beschränkte sich auf eine oberflächliche Ausspülung der Wunde mit 3%iger Borsäurelösung, Jodoformgaze-tamponade, Verband und Eisapplication auf die Wunde; innerlich bekam der Pat. Excitantien und Alkohol, ferner in Anbetracht des quälenden Hustens Codein 0.015 viermal täglich. — Der Kranke wurde schließlich geheilt entlassen. Lb.

BOBROW: Ueber den Kropf und dessen Behandlung.

B. hat im Ganzen 60 Kropfkranken operirt. In 48 Fällen handelte es sich um parenchymatösen Kropf, in 10 um cystoiden und in 2 Fällen um partielle Wucherung der Drüse auf der Basis des parenchymatösen Kropfes. Es starben 3 Patienten: der eine an consecutiver Blutung und 2 an Lungenentzündung. In 57 Fällen wurde unter Chloroform, in 3 Fällen unter Cocaïn operirt. Die Strumektomie wendet Verf. in der letzten Zeit immer seltener und seltener an; er zieht dieser Operation die Enucleation der afficirten Knoten ohne vorangehende Unterbindung der Gefäße vor. Allerdings hat man dabei viele blutende Gefäße zu unterbinden. Bei größeren Blutverlusten macht B. Transfusionen von physiologischer Kochsalzlösung. Bei 50 Operirten trat Heilung per primam ein, bei 8 Patienten kam es zu serös-blutiger Absonderung und nur in 2 Fällen vereiterte die Wunde. In einem Falle wurde bei der Strumektomie der N. recurrens verletzt, in 4 Fällen kam es zu consecutiver Blutung; in diesen letzteren Fällen wurde die Wunde nochmals eröffnet, das blutende Gefäß gefunden und unterbunden.

B. gelangt auf Grund seiner Erfahrungen („Wratsch“, 1901, Nr. 4) zu folgenden Schlüssen:

1. Die Fälle von sporadischem, gutartigem Kropf, der in 60 Fällen operirt wurde, boten sämmtlich verschiedene Grade der colloidnen und cystoidnen Degeneration dar.

2. Diffuse Degeneration der Drüse, welche die Excision einer ganzen Hälfte derselben erfordert, wird äußerst selten angetroffen. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine ungleichmäßig ausgesprochene Degeneration der Drüse.

3. Als die zweckmäßigsten Operationsverfahren sind gegenwärtig zu betrachten: a) Exstirpation der einen Drüsenhälfte (Strumektomie); b) die Enucleation der einzelnen Knoten ohne vorangehende Unterbindung der Gefäße.

4. Bei der Enucleation ist die Hauptaufgabe des Chirurgen, die Kapsel des degenerirten Knotens zu erkennen und die parenchymatöse Blutung aus dem zurückbleibenden Theile der Drüse zu stillen.

5. Nach der Enucleation bleibt im Körper immer ein genügender Theil der Drüse zurück, der genügt, um den Eintritt der Cachexia strumipriva zu verhüten.

6. Bei kleinem Kropf kann man einen verticalen oder leicht obliquen Schnitt, dem am meisten convexen Theile der Geschwulst entsprechend, machen; bei großen Knoten oder bei multiplen Knoten in den beiden Drüsenhälften ist es zweckmäßiger, einen querbogenförmigen Schnitt zu machen, der ein ausgiebiges Operationsfeld gewährt.

7. Blutstillende Verbände dürfen nicht zu stramm angelegt werden.

8. Es ist besser, die Wunde nicht vollständig zu vernähen, sondern in den tiefsten Theil derselben auf 1—2 Tage einen kleinen Streifen sterilisirter Gaze einzulegen. L—y.

A. HOFMANN (Halle a. S.): Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Zugleich ein Beitrag zur Kenntniß des Wesens der Chlorose.

Auf Grund seiner an Kaninchen ausgeführten Experimente behauptet H. („VIRCHOW'S Archiv“, Bd. CLX, Heft 2), daß alles Eisen, gleichviel in welcher Form es eingenommen wird, im Duodenum zur Resorption kommt, um dann in Transportzellen in ungiftiger Form, mit einem Eiweißkörper verbunden, im Blute zu kreisen. Es kann dann in reichlicher Menge außer in den bekannten Depots, Milz und Leber, hauptsächlich im Knochenmark nachgewiesen werden. In dieser einzigen Erythrocytenbildungsstätte des extra-uterinen Lebens, welche als einziges Organ nach Blutentziehungen Regenerationserscheinungen zeigt, sind diese eisenbeladenen Zellen im Markparenchym und in den weiten netzförmigen Blutbahnen, welche das letztere durchsetzen, in großer Menge vorhanden. Werden künstlich anämisirte Kaninchen mit Eisen gefüttert, so zeigen sie rascheren Ersatz der rothen Blutkörperchen im Blute und stärkeren Gehalt des Knochenmarkes an Markzellen und Jugendformen rother Blutkörperchen, als wenn sie nicht mit Eisen behandelt wurden. Auch bei Thieren, welche Blutverlusten nicht ausgesetzt waren, ließ sich durch Eisendarreichung Vermehrung der Erythrocyten erzeugen; doch erwies sich dann das Knochenmark zellärmer und fettreicher als bei Controlthieren. Der Hämoglobingehalt entsprach in allen Fällen ungefähr der Erythrocytenmenge; beim Wiederersatz blieb er etwas hinter der letzteren zurück: er war bei den Eisenthieren kein besonders hoher. Das Mehr an Eisen bei diesen Thieren war bloß Folge der Zunahme der rothen Blutkörperchen. Das Eisen befördert also, wie ein Vergleich beider Versuchsreihen ergibt, nicht die Erythrocytenbildung, sondern nur ihre raschere Ausreifung aus Jugendformen zu kernlosen Gebilden. Es stimulirt die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes, reizt sie mächtig an, hat aber auf die Bildung des Hämoglobins direct keinen Einfluß. Es ist also nicht nothwendig, Eisen zu geben, um einen Mangel des Körpers an Baumaterial für das Hämoglobin zu decken. Durch diese Versuche, welche die Wirkung des Eisens als eine die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes stimulirende erkennen lassen, läßt sich ein Einblick in das Wesen der Chlorose gewinnen, bei welcher es einen weit hervorragenderen Erfolg als bei den anderen Anämien aufzuweisen hat. Diese Krankheit besteht wahrscheinlich in einer nur zur Pubertätszeit auftretenden, vorübergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit, oder einer angebornen, sich das ganze Leben hindurch mehr oder weniger bemerkbar machenden Hypoplasie des blutbildenden Organes, des Knochenmarkes, die sich in schweren Fällen mit der von VIRCHOW beschriebenen Hypoplasie der blutführenden Theile, selbst des Geschlechtsapparates, vereinigt. Diese Schwäche des blutbildenden Organes äußert sich in der Production minderwerthiger, an Form und Hämoglobingehalt krankhaft veränderter Erythrocyten. Auch der Erfolg des Aderlasses bei Chlorose kann soweit auf eine Reizwirkung zurückzuführen sein. Aderlässe sind daher rationell. Hat der Körper nicht mehr die Kraft, auf den Reiz zu reagieren, wie bei den anderen Anämien, dann ist das Eisen nutzlos. Nach Blutverlusten hingegen kann das Eisen günstiger wirken. B.

J. BOAS (Berlin): Beiträge zur Kenntniß des Magencarcinoms.

B. stützt sich in seinen Auseinandersetzungen („Arch. für Verdauungskrankh.“, 1901, Bd. VII, H. 4 u. 5) auf ein Material von 141 Magencarcinomen, einen Bruchtheil aller Fälle, die er überhaupt sah. Die berücksichtigten Fälle beziehen sich lediglich auf Pylorus und Fundus. Der Beginn des Carcinoms ist zumeist ein schleichender, doch bezeichnet B. in einem Viertel seiner Fälle einen jähen Beginn der Krankheit. Dann ist die Unterscheidung von einem einfachen Gastricismus oder acuter Magendilatation unter Umständen überaus schwer. Eine besondere Form des acuten Beginnes repräsentiren die Fälle mit plötzlich auftretender Hämatemesis. Folgen auf die erste Blutung rasch mehrere andere, so stößt die Unterscheidung zwischen einfachem Uleus und Uleus carcinomatosum oder Carcinom auf große Schwierigkeiten. Stehen die

Kranken im höheren Lebensalter, dann muß man unter allen Umständen an Carcinom denken. Der Appetit ist in der Regel stark herabgesetzt; doch gibt es Ausnahmen, der Appetit kann erhalten, ja sogar gesteigert sein. Diese Erscheinung kann oftmals bis zum äußersten Grade der Carcinomenentwicklung zur Beobachtung gelangen. Von einem Connex zwischen dem schweren Magenproceß und dem Verhalten der Zunge ist keine Rede. Das Entscheidende ist die Sauberhaltung von Mund und Nasenhöhle. Der Verlauf weist große zeitliche Schwankungen auf; er hängt von Sitz, Art des Tumors und von den Complicationen ab. Bei Pyloruscarcinom tritt sehr rasch das Bild der motorischen Insufficienz auf; Funduscarcinome verlaufen natürlich meist ohne Stenosesymptom. Es bedarf noch weiterer Untersuchungen, wodurch die Stagnationserscheinungen bei Funduscarcinomen zustande kommen; Milchsäurebildung ist eng an das Vorhandensein von Stagnation geknüpft. Als Complicationen kommen Störungen der Darmfunction, Oedeme, Ascites, Hernia epigastrica, Schwellung der Supraclavicular- und Umbilicaldrüsen, secundäres Nabelcarcinom, Lebermetastasen, sehr selten Albuminurie in Betracht; objectiv verwendbare Zeichen für die Diagnose Ulcus carcinomatosum gibt es nicht. L.

SCHÜLE (Freiburg i. B.): Inwieweit stimmen die Experimente von PAWLOW am Hunde mit den Befunden am normalen menschlichen Magen überein?

PAWLOW macht bei einem Theile seiner Hunde bekanntlich zuerst die Oesophagotomie und leitet dann das ovale Stück des Schlundrohres nach außen, das distale Ende näht er zu. Wenn das Thier jetzt frißt, so fällt die Nahrung aus dem oberen Abschnitt der Speiseröhre wieder heraus: „Scheinfütterung“. Diese Vorgänge im Munde üben verschiedene, sehr bemerkenswerthe Einwirkungen auch auf den Magen, speciell auf dessen Secretion aus. Bei anderen Versuchsthiere bildet PAWLOW mittels einer sehr kunstreichen Operation einen vom Hauptmagen gänzlich getrennten, durch die Ingesta nicht berührten Nebenmagen, welcher nach außen mündet.

Nach den Ausführungen PAWLOW's geschieht die Secretion erstens und hauptsächlich infolge des Appetits: „Appetit ist Saft.“ Der Appetit ist der mächtigste Erreger der secretorischen Nerven des Magens. Bei der Scheinfütterung ist es nicht das mechanische Moment des Kauens oder der chemische Reiz der Speise, welcher die (sehr reichlich erfolgende) Absonderung der Drüsen bewirkt, sondern der ganze „secretorische Effect“ ist bedingt durch das „psychische Moment“, d. h. durch das leidenschaftliche Verlangen nach Speise und durch die Freude an ihrem Genuß. Bringt man dem Thiere Nahrung unbemerkt in den Magen (Ausschaltung des psychischen Momentes), so tritt wenig oder gar keine Secretion auf. Die aus dem Appetit resultierende Reizung der Drüsen dauert aber nicht während der ganzen Verdauungsperiode an. Wenn sie abklingt, so treten andere Kräfte in Action, welche die Absonderung weitergehen lassen. Welches sind diese Kräfte? Nach PAWLOW können mechanische Reize nicht in Betracht kommen. Die Fortsetzung der Secretion geschieht durch die chemischen Eigenschaften der Speisen. Der Appetitssaft spielt die Rolle des anregenden Agens. PAWLOW nennt ihn Zündsaft. Ohne die Einwirkung dieses Zündsaftes blieben Brot und Eiweiß unverdaut im Magen liegen.

Aus den Beobachtungen Sch.'s („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1901, Bd. LXXI, H. 2 u. 3) folgt, dass die Ergebnisse der Versuche PAWLOW's auf den Menschen nicht durchwegs übertragbar sind. Verf. fand nämlich, daß sich beim gesunden Menschen der reine Appetitssaft im Sinne PAWLOW's nur selten oder gar nicht vorfindet. Die Magendrüsen des Menschen werden während des Aufenthaltes der Speisen im Munde reflectorisch zur Salzsäuresecretion angeregt, und zwar a) durch rein chemisch wirksame Substanzen, b) durch Nahrungsmittel mit angenehmem Geschmack, c) durch das Kaugeschäft allein, und zwar auch dann, wenn es sich um ungenießbare Speisen handelt. Durch rein mechanische Reize kann wie beim Hunde auch beim Menschen eine Salzsäuresecretion im Magen nicht hervorgerufen werden. Der menschliche Magen kann ganz unabhängig von psychischen Reizen zu einer nachweisbaren Secretion angeregt werden. Die secretorischen Functionen des mensch-

lichen Magens brauchen, um ausgelöst zu werden, ein Latenzstadium. Die gekauten Speisen finden im Magen bei ihrem Eintritte einen verdauungstüchtigen Saft vor, durch den sofort die Chymification eingeleitet wird; ein mechanischer Reiz kommt hierbei nicht in Betracht.

Die Verschiedenheit der Ingesta ist nur von geringem Einfluß auf den procentualen Säuregrad des Chymus. Bei dem gesunden Menschen verläuft die Salzsäurecurve nach Probefrühstück und Probemahlzeit nahezu gleich, was ihre Höhe betrifft. Bei dem kranken Magen wirken die Probemahlzeiten verschieden. Kann nur eines gegeben werden, so wird man mittels der Probemahlzeit die genaueren Resultate erhalten. B.

Aus der chirurgischen Universitätsbibliothek in Greifswald.

CARL RITTER: Die Aetiologie des Carcinoms und Sarkoms auf Grund der pathologischen Forschung.

Weder klinische Beobachtung, noch pathologisch-histologische Untersuchung, noch Bacteriologie haben die Entstehung maligner Geschwülste genügend erklärt. RITTER untersucht („Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie“, Bd. 60, H. 1/2) in geistreicher Weise die Frage, ob die Annahme, daß die Geschwülste infectiös sind, nach dem heutigen Stande der pathologischen Forschung ausgeschlossen ist, oder ob sie ohne zu großen Zwang mit ihr in Einklang zu bringen ist. Es müsste dann die Pathogenese der bösartigen Geschwülste der bei den chronischen Entzündungen gleich, bezw. analog sein, d. h. es müssten die Geschwulstzellen eine Wucherung normaler Gewebszellen als Reaction gegen die Erreger der Tumoren darstellen. Dieser Annahme steht nichts entgegen, weil man histologisch aus den Zellen die Diagnose gut- oder bösartig nicht stellen kann; alle Characteristica haben sich nicht als spezifische Merkmale jener Geschwulstzellen halten lassen. Wie schon VIRCHOW annahm, sind die Geschwulstzellen den Körperzellen entsprossen und diese sind nicht anders als jene — nur erleiden die zu Geschwulstzellen werdenden Körperzellen eine Degeneration insofern, als sie ihre Function in der Regel verlieren, ihre Wachstumsrichtung ändern und ins Unendliche wuchern können. Eigenthümlichkeiten der malignen Tumoren sind die Neigung zur Degeneration, als deren sichere Formen wir Verkäsung, Verhornung und wohl auch gallertige Umwandlung ansehen dürfen, während die sogenannte fettige Entartung zuweilen lediglich Fettgehalt, keine Nekrose und Degeneration ist, und die Metastasenbildung. Entsprechen alle diese Dinge den Vorgängen in Infectionsgeschwülsten? RITTER hält eine Analogie des Sarkoms „sehr wohl möglich“, während für das Carcinom noch Schwierigkeiten vorhanden sind, „besonders was die Deutung der Verhornung und der ersten Geschwulstanlage betrifft“. Die Degenerationen, deren bisherige Erklärung nicht ausreicht, findet nur unter diesem Gesichtspunkt eine Deutung. „Trotzdem ist bis zur einwandfreien Deutung der einzelnen Befunde auf Grund der Infectionstheorie noch ein weiter Weg, soweit sich das jetzt entscheiden lässt.“ Mehr als auf die bakteriologischen Befunde kommt es auf die Deutung der pathologischen Befunde an. R. L.

MARTIN (Köln): Zur chirurgischen Behandlung des Cordiospasmus und der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung.

Auf Grund eines genau beobachteten Falles von spindelförmiger Erweiterung des Oesophagus bespricht Verf. die Pathogenese und die Symptomatologie dieser Krankheit. Das Krankheitsbild ist dem des Pulsionsdivertikels vollständig ähnlich; die Hauptsymptome sind die Dysphagie, oft verbunden mit Beklemmungs- und Druckgefühl auf der Brust. Regurgitation der Speisen, Auswürgen von Schleim. Das Charakteristische ist der regellose Wechsel im Schluckvermögen und der Sondirbarkeit. Die durch Füllung des Divertikels erzeugten Erscheinungen, wie Vorwölbung, Resistenz etc. fehlen hier natürlich.

Zuletzt schildert Verf. („Mitth. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 8, H. 1 u. 2) die in seinem Falle eingeschlagene Therapie. Um den Oesophagus vollständig auszuschalten, hat Verf. eine Magen-

fistel nach WITZEL angelegt und der Pat. wurde längere Zeit ausschließlich von der Fistel aus ernährt; um die Zersetzung im Oesophagus zu vermindern und dem Organe die Zusammenziehung auf sein früheres Volumen zu erleichtern, wurden gleichzeitig retrograde Oesophagusspülungen vorgenommen; man hatte aber immer den Eindruck, daß ein großer Theil des im Oesophagus angesammelten Schleimes trotz der Spülung darin zurückbleibe; es trat auch keine Besserung ein. Erst als die Sondirung ohne Ende vorgenommen wurde, gelang es, mit dickeren Instrumenten die Cardia zu passieren und anfangs retrograd, dann von oben den Oesophagus vom Schleim vollständig zu befreien. Nach kurzer Zeit trat eine bedeutende Besserung ein; Pat. bekam bald flüssige Nahrung per os, und einige Zeit darauf war Pat. imstande, alles ohne Beschwerden zu essen, und nahm an Gewicht 20 Kgrm. zu. ERDHEIM.

M. KAUFMANN (Freiburg i. B.): Ueber den Werth methodischer Tiefathmungen, insbesondere bei Seekrankheit.

Das von HEINZ empfohlene Hilfsmittel gegen Seekrankheit, den Brechreiz durch tiefe Einathmungen zu bekämpfen, hat Verf. an sich selbst mit gutem Erfolge erprobt und konnte sich auch davon überzeugen, daß bei anderen Personen durch Tiefathmung das Auftreten der Seekrankheit verhindert würde. Auch bei zahlreichen Vorkommnissen der täglichen Praxis hat sich die Tiefathmung als sehr nützlich erwiesen („Münch. med. Woch.“, 15. October 1901). Vor Allem bei Ohnmachten, wenn Bewußtseinsverlust droht, oder wenn Uebelkeit und Brechreiz als Begleiterscheinungen auftreten. Namentlich bei Ohnmachten im Anschluß an Blutungen während der Geburt leistete die Tiefathmung neben reichlicher Luftzufuhr und Tieflagerung des Oberkörpers die besten Dienste. Das Verfahren kann zur Anwendung kommen, wenn nur der Patient auf die Aufforderung, tief zu athmen, überhaupt reagiert. Ebenso ist die Anwendung der Tiefathmung bei Nasenbluten zu empfehlen. Lässt man tief durch die Nase einathmen und durch den Mund ausathmen, so gelingt es, in Fällen nicht zu starken Nasenblutens die Blutung zu stillen, indem durch die tiefen Inspirationen die Venen der Nase entlastet werden. Bei Ohnmacht sowohl als bei Nasenblutungen wirken die Tiefathmungen wesentlich auf die Blutcirculation; in mehreren Fällen von lästigem Singultus bei nervösen Frauen konnte sich Verf. von der krampfstillenden Wirkung dieses Verfahrens überzeugen. In solchen Fällen wirken die tiefen Athmungen jedenfalls reizmildernd auf die Reflexcentren, außerdem zerstreuen sie die Aufmerksamkeit, deren gespanntes Verweilen bei dem Reflexvorgang die Auslösung des Reflexes begünstigt. Ebenso verhält es sich bei der Bekämpfung der Uebelkeit und des Brechreizes durch tiefe Athmungen. Durch die tiefen Athmungen wird die dadurch bewirkte bessere Sauerstoffzufuhr und nun einerseits der Reflexreiz in dem Brechcentrum vermindert, andererseits wird der das Erbrechen begünstigende Haltung der Aspirationsmuskeln entgegengekirrt und die Aufmerksamkeit abgelenkt. Ueber die Frage, ob methodische Tiefathmungen als Hilfsmittel gegen Seekrankheit von Werth sind, kann erst eine größere Erfahrung entscheiden; immerhin haben sie vor den anderen hier empfohlenen Verfahren den Vorzug der leichteren Durchführbarkeit. M. K.

MARKL (Wien): Zur Agglutination des Pestbacillus.

Verf. konnte zeigen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 21), daß es gelingt, durch Behandlung von Pferden mit abgetödteten Pestculturen ein Serum zu gewinnen, welches Pestbacillen in ziemlich hoher Verdünnung agglutinirt. Praktisch ist die Agglutination der Pestbacillen jedoch nur für die Identificirung fraglicher Culturen von Werth und hiedurch gewiß bedeutungsvoll; es kommt ihr jedoch nicht jene diagnostische Bedeutung zu wie etwa der Serodiagnostik des Abdominaltyphus, da die Agglutinationsfähigkeit im Serum Pestkranker nach den Erfahrungen mehrerer Autoren erst spät auftritt, zu einer Zeit, da die Diagnose der Krankheit bereits auf Grund anderer Symptome schon sichergestellt ist. Dr. S—.

SOLOWJEW (Tomsk): Das Balantidium coli als Erreger chronischer Durchfälle.

Verf. beobachtete einen Fall von chronischen Durchfällen, bei dem sich in den Stühlen reichlich Balantidium coli fand. Pat. erlag seinem Leiden; bei der Obduction fanden sich schwere Veränderungen der Darmschleimhaut, ganz besonders im Dickdarm. Durch genaue histologische Untersuchung konnte Verf. den Nachweis führen, daß das Balantidium coli der Erreger der schweren Erkrankung war, indem es zwischen den Darmdrüsen hindurch in die Schleimhaut, Submucosa und Muscularis des Darmes eingedrungen war und dort, ganz besonders aber in der Submucosa, schwere Veränderungen erzeugt hatte. Auf Grund dieser Untersuchungen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. XXIX, H. 22) hält Verf. sich berechtigt, der allgemein verbreiteten Anschauung entgegenzutreten, der zufolge das Balantidium coli ein harmloser Schmarotzer sei, der nur auf der Oberfläche der Darmschleimhaut angetroffen werde und sich daselbst im Schleim nähre. Dr. S—.

HÖLSCHER (Tübingen): Kurze Mittheilungen über experimentelle Untersuchungen mit säurefesten, Tuberkelbacillen-ähnlichen Spaltpilzen.

Die Untersuchungen des Verf. („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 10) wurden mit dem Butterbacillus PETRI-RABINOWITSCH und dem Gras- und Timotheebacillus MOELLER angestellt. Hiebei zeigte sich, daß sich diese Pseudotuberkelbacillen von den echten Tuberkelbacillen principiell durch ihr Wachsthum auch bei niederen Temperaturen und durch ihre Farbstoffbildung unterschieden. Aus dem Thierkörper sind die Pseudotuberkelbacillen im Gegensatz zu den echten Tuberkelbacillen leicht in üppigen Culturen zu züchten. Erstere sind wohl für Thiere pathogen, erzeugen aber keine Tuberculose, sondern stehen in ihrer Wirkung trotz mancher Aehnlichkeit den Eiterbakterien näher. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen diesen Bacillen und den echten Tuberkelbacillen kommt in erster Linie der Nachweis durch Reincultur in Betracht; einfache Färbung genügt nicht, auch der Thierversuch kann Irrthümer veranlassen. Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von E. v. Leyden und F. Klemperer. Mit Illustrationen und Tafeln. Wien und Berlin 1901. Urban & Schwarzenberg.

Von dem großen und bedeutenden Sammelwerke, dessen zwanzig erste Lieferungen wir vor einigen Monaten an dieser Stelle besprachen, liegen nunmehr Lieferung 22—24 vor, den ersten Theil des VIII. Bandes repräsentirend.

Den Anfang macht v. MIKULICZ, der die Indicationen und die Gefahren der Narkose bespricht und die Aethernarkose als das Normalverfahren der Zukunft hinstellt. Eine sorgfältige Narkotisirungs-Statistik erhöht den Werth des MIKULICZ'schen Artikels „Ueber die Narkose“. — An zweiter Stelle folgt SCHLEICH, auf seiner ureigenen Wissensdomäne „Ueber locale Anästhesie“. Von der Theorie des Schmerzes ausgehend, gelangt er zu den Anästhesien durch Compression, durch Kälte, durch chemische Einflüsse, durch Cocain und indifferente Lösungen. Daß der geistvolle „Erfinder“ der localen Anästhesie seinem so interessanten und so hochwichtigen Gegenstande immer wieder neue Seiten abzugewinnen vermag, und daß seine Diction frisch und fesselnd ist, sei hier besonders hervorgehoben. — Der große Chirurg F. KÖNIG referirt über „Die Geschichte der Entwicklung der Gelenkstuberculose“, die ja eigentlich nichts Anderes darstellt als die Geschichte seiner eigenen Versuche und deren Resultate. Aus denselben geht hervor, daß sich die Wege der operativen Chirurgen und der Orthopäden auf dem bezeichneten Gebiete oftmals durchkreuzen, und daß es dem Kranken zum

Heile gereicht, wenn beide Hand in Hand — und jeder zur rechten Zeit die Krankheit behandeln. Wir haben aus den schönen und auf tiefer Ueberzeugung beruhenden Ausführungen KÖNIG'S, der nachdrücklich wie immer für seine Ansicht eintritt, einen nachhaltigen Eindruck empfangen.

A. BIER erörtert das Thema „Absetzungen an den Gliedern“ und bespricht die notwendigen Eigenschaften des tragfähigen Amputationsstumpfes. — „Die Folgen der Unfallverletzungen, ihre Verhütung, Behandlung und Begutachtung“ konnte wohl kaum ein Erfahrenerer discutiren als G. LEDDERHOSE, der die Simulation für sehr selten hält, dafür aber der Ansicht ist, daß Unfallsreconvalescenten sehr häufig übertreiben. — „Ueber Diagnose und Behandlung wichtiger Augenaffectionen mit vorzugsweiser Berücksichtigung der Frage, wann die Hilfe eines Specialarztes erforderlich wird“, heißt das Thema SCHMIDT-RIMPLER'S, der, geistvoll wie immer, aus dem reichen Borne seines Wissens schöpft und seine eindringliche Kunst zu lehren uns klar vor Augen führt. — Kein Geringerer als SONNENBURG hat die Besprechung der „Appendicitis“ übernommen, niemand war wohl mehr berufen, „Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit“ zu erörtern, als H. KEHR. Den Schluß des vorliegenden Heftes bilden die Ausführungen GLÜCK'S „Die plastische Chirurgie im XIX. Jahrhundert“. — Aus der Lectüre der im wahrhaften Sinne des Wortes groß angelegten Deutschen Klinik vermag man sich in der That den stolzen, ragenden Bau zu reconstruiren, den die deutsche medicinische Wissenschaft der Gegenwart darstellt. Ihre namhaftesten Autoren, die hervorragendsten Vertreter und die Schöpfer der Specialdisciplinen selbst haben das Wort ergriffen, um dem Leser ein klares, ein anschauliches Bild, eine getreue Darstellung ihres Gegenstandes zu liefern. Ein Werk, das solche Mitarbeiter hat, trägt von vorneherein den Stempel des Echten und Guten an sich. Es ist pure Wissenschaft, frei von jedem unnöthigen und unnützen Beiwerk, was man hier greifen, fühlen, sich aneignen kann. So spricht der gute Lehrer zu seinen Schülern, das ist aber auch der Weg, gute Schüler, gute Aerzte, gute Mediciner zu erziehen. Jedem, der Antheil nimmt an den Fortschritten seiner Wissenschaft, der diese Fortschritte gleichsam spielend sich aneignen möchte und der es mit dankbarem Sinne zu empfinden vermag, wenn er in richtiger, trefflicher Weise belehrt wurde, sei die Lectüre der „Deutschen Klinik“ warm ans Herz gelegt. Lg.

Betrachtungen über die Grenzen der Otochirurgie bei der Behandlung der eiterigen Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündungen. Von Prof. Dr. Stetter in Königsberg. (Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie.) Herausgegeben von Doc. Dr. HAUG in München. 4. Bd., I. H. Jena 1900, Gustav Fischer.

Der in vollster Manneskraft unlängst dahingeraffte Autor, obwohl vom Hause aus selbst Chirurg, verhielt sich gerade der operativen Behandlung der eiterigen Mittelohrprocesses gegenüber sehr reservirt. Zweifellos hat er in seinem ehrlichen Eifer oft über das Ziel hinaus geschossen. Dem WILDE'schen Schnitte (der Durchtrennung der Weichtheile über dem Warzenfortsatze), von so hoher Bedeutung er unstreitig ist, wohnt trotzdem nicht jedesmal jener therapeutische Werth inne, den ihm St. zu vindiciren geneigt scheint. Da indeß der Verfasser auch die Freilegung der Mittelohrräume mehrfach geübt hat, so wird man ihm wohl eher gerecht, wenn man seine diesbezüglichen Enunciationen bloß als einen Protest gegen das allzu häufige Operiren ansieht. Und so verstanden, dürfte ihnen kaum von irgend einer Seite widersprochen werden.

Was St. sonst noch über die Behandlung der eiterigen Mittelohrentzündung sagt, ist das Ergebnis einer reichen Erfahrung und redlicher Arbeit und wird die ungetheilte Zustimmung der Fachcollegen finden. Die Wissenschaft aber beklagt aufrichtig den frühzeitigen Tod des tüchtigen Mannes, von dem noch so manche werthvolle Leistung auf otiatrischem Gebiete zu erhoffen gewesen wäre.

EITELBERG.

Traité de chirurgie clinique et opératoire. Par A. le Dentu et Pierre Delbet. Tome IX. Mit 245 Figuren im Texte. Paris 1900, J. B. Baillière et Fils.

Der neunte Band des rühmlich bekannten Sammelwerkes enthält die Krankheiten der Blase und des Penis aus der Feder LEGUEU'S, die Affectionen der Prostata von ALBARRAN, die der Hodenhüllen von SEBLEAU. Die Krankheiten der Harnröhre sind in mustergiltiger Weise von ALBARRAN und LEGUEU bearbeitet. Zu erwähnen wäre noch das Capitel über Pathologie und Therapie der Urinfection, dessen Bearbeitung LEGUEU übernahm. Der stattliche Band, der 955 Seiten stark ist und mit zahlreichen, sehr guten Illustrationen versehen ist, reiht sich würdig den früheren an.

—dh—

Feuilleton.

Standesglossen.

(Die Zahnärzte als Mitglieder der Zahntechnikergenossenschaft. — Portofreiheit der Verletzungsanzeigen. — Ausübung der Praxis von Wiener Aerzten in Sommerfrischen. — Blatternepidemie in Böhmen. — Das Memorandum der österreichischen Aerztekammern und die freie Vereinigung der praktischen Aerzte in Wien.)

Hofrath Dr. N. N.

a. ö. Professor a. d. Wiener Universität. Mitglied der k. k. Gesellschaft der Aerzte und Mitglied der Genossenschaft der Zahntechniker in Wien.

So oder ähnlich wird die Visitenkarte eines Professors der Universität aussehen, der Zahnheilkunde docirt und nebenbei Privatpraxis ausübt. Das alte Sprichwort „Alles ist schon dagewesen“ wird bald nicht mehr sinngemäß erscheinen. Statt den curpfuschenden Zahntechnikern ein Halt zu gebieten und sie in ihre Grenzen zu verweisen, spricht eine oberste Verwaltungsbehörde aus, daß ein Arzt nach 17jährigem Studium mit Zahntechnikern, deren Antecedentien unklar sind, in einer Genossenschaft sitzen müsse, und daß „Aerzte einen Gewerbeschein lösen müssen“.

Sollten die Consequenzen weiter ausgedehnt werden, dann werden die Aerzte mit der Zeit die Concessionen als Mechaniker, Optiker,

Photographen, Bandagisten, Masseur u. s. w. besitzen müssen und sechs und mehr Genossenschaften beizutreten gezwungen sein.

Die Zahnärzte werden die gebührende Antwort auf diese Maßregel nicht schuldig bleiben, ein Factor jedoch ist es besonders, der endlich einmal aus seiner unbegreiflichen Reserve herauszutreten muß, nämlich die Universität.

Die Universität darf es nicht dulden, daß „clarissimi viri“, denen sie ihr Diplom verliehen hat, in eine Genossenschaft incorporirt werden. Die Universität muß endlich aus ihrem Dornröschenschlummer aufwachen und die Vogel-Straußpolitik aufgeben!

Das Frauenstudium wurde eingeführt, die neue Rigorosenordnung decretirt, Facultätsgutachten lächerlich gemacht und komisch befunden, ordentliche Professoren in öffentlichen Blättern der größten Infamien beschuldigt — die Universität wehrte nur ganz schüchtern ab oder schwieg! Hoffentlich erweckt dieses letzte Attentat auf die Ehre des Doctorenstandes die alma mater, vielleicht findet sie wieder das edle Feuer, das unser College Dr. LUDWIG AUGUST VON FRANKL vor mehr als 50 Jahren so herrlich besungen und das ihn zu dem schönen Gedichte „Die Universität“ begeistert hat!

* * *

In Ungarn war es einst Sitte, daß der Verurtheilte, dem der allergnädigste Herr Stuhlrichter eine Tracht Prügel zudictirt hatte, dem Panduren noch die Bank zutragen mußte, auf der er gezüchtigt wurde. Aehnlich geht es den Wiener Aerzten — si magna licet componere parvis — wenn sie Verletzungsanzeigen an die Polizei machen. Nach einem Paragraphen des Strafgesetzes ist jeder Arzt

verpflichtet, jede Verletzung, die er bei einem Patienten vorfindet, anzuzeigen, falls er Verdacht auf fremdes Verschulden hegt.

Diese Verpflichtung, der Polizei unentgeltlich Confidentendienste zu leisten, hat manche Aerzte bereits tief geschädigt, ja in ihrer Existenz und Ehre gefährdet, denn der Arzt steht in allen diesen Fällen, insbesondere bei Anzeigen über Abtreibung der Leibesfrucht und anderen Verbrechen, vor dem Publicum als Denunciant da.

Nun kommt die Pointe. Nicht nur daß die Aerzte diese Anzeigen unentgeltlich machen müssen, so müssen sie auch noch das Briefporto für dieselben tragen. Jedermann hat das Recht, unfrankirte Briefe anzunehmen und das Strafporto zu bezahlen oder die Annahme zu verweigern. Die löbliche k. k. Polizei ist jedoch sehr schlau. Kommt eine unfrankirte Anzeige eines Arztes, dann entnimmt die Behörde den Brief und retournirt der Post das leere Couvert, damit diese das Strafporto beim Arzte einhebe. Dieser Vorgang ist völlig unberechtigt und können wir nach Rücksprache mit einem Rechtskundigen den Collegen den Rath geben, die Bezahlung des Strafportos zu verweigern, denn die Polizei hat, sowie sie den Brief annimmt, auch die Verpflichtung, das Porto zu bezahlen.

* * *

Eine bewegliche, aber berechtigte Klage ertönt seitens der Aerzte, die in den Sommerfrischen practiciren. Diese Collegen haben einen schweren Stand. Die Preise der Wohnungen und Lebensmittel sind in diesen Orten höher als in Wien und der Verdienst im Winter ist fast gleich Null. Die einzige Existenzmöglichkeit bietet für diese Collegen jene Praxis, die ihnen im Sommer durch die Curgäste, resp. durch die Sommerfrischler zufällt. Und diese wird ihnen in vielen Fällen dadurch unterbunden, daß Wiener Aerzte, die alltäglich nach beendigem Tagwerke zur Erholung aufs Land fahren, daselbst von Neuem der Praxis nachgehen. Man mißverstehe uns nicht! Es wird niemandem beifallen, es einem Arzte übelzunehmen, wenn er Patienten, die er auch in Wien behandelt, in deren Sommerfrische besucht; es ist jedoch geradezu standeswidrig, wenn Aerzte in den Sommerfrischen in den Morgen- und Abendstunden allgemeine Praxis treiben und den ansässigen Aerzten die einzige Existenzmöglichkeit untergraben. Um regelmäßig in den Sommerfrischen practiciren zu dürfen, muß ein Wiener Arzt die Ausübung der Praxis bei der zuständigen Behörde und der Aerztekammer für Niederösterreich anmelden, die Praxis in Wien jedoch beim Stadtphysikate und der Wiener Kammer abmelden. Wer nicht so handelt, vergeht sich gegen die Standesordnung. Es ist aber auch ein Gebot der Billigkeit und der Collegialität gegen die Aerzte außerhalb Wiens, die sich mit uns Wiener Aerzten in jeder Beziehung, insbesondere in der Meisterkrankencassen-Frage solidarisch erklärt haben, diesen den Lebensnerv nicht zu unterbinden.

* * *

Albendorf ist ein Wallfahrtsort in Preußisch-Schlesien, knapp an der böhmischen Grenze, nach dem von altersher eine Unzahl von frommen Gläubigen pilgert. Selbstverständlich ist ein so großer Zusammenfluß von Menschen der Ausbreitung von Epidemien sehr günstig. Nunmehr wird gemeldet, daß von diesem Wallfahrtsorte aus eine nicht unbedenkliche Blatternepidemie nach Böhmen verpflanzt wurde.

Preußen mit seinem gesetzlichen Impfwange kann dieser Gefahr ruhig ins Auge blicken, in Nordböhmen jedoch, in welchem Lande die Zahl der BILZ-Anhänger Legion ist, die nach Ansicht ihres Apostels die „Impfung als die größte Verirrung des menschlichen Geistes“ ansehen und dieselbe geradezu als ein „Verbrechen“ bezeichnen, sehen die Behörden mit Angst der Zukunft entgegen. Amtlichen Ausweisen zufolge hat die Zahl der Impfungen in den durch Herrn BILZ und Consorten aufgewiegelten Gegenden abgenommen, die Behörden können jetzt nicht viel dagegen thun. Es gibt doch eine Nemesis! Die arme, irregeleitete Bevölkerung muß es jetzt an Leib und Leben büßen, daß die Behörden dem Treiben der ausländischen „Naturärzte“ lange unthätig zugesehen haben. Hoffentlich sieht die Behörde nun ein, daß die Kassandrarufer der Aerzte nicht ungerechtfertigt waren, und macht mit starker Hand dem Treiben der gewissenlosen ausländischen Naturheilschwinder ein Ende.

* * *

Viel Feind', viel Ehr', sagt ein altes Sprichwort! Das „Graubuch der Aerzte Oesterreichs“ hat seitens der meisten einsichtsvollen Aerzte die wohlwollendste Beurtheilung gefunden. Die Vereinigungen der Cassenärzte haben in maßvoller Weise der Schrift die Sympathien verweigert, ohne daß der Protest derselben irgendwie Beachtung gefunden hätte. In maßloser Weise ist jedoch die „Freie Vereinigung der praktischen Aerzte“ in Wien mit der Schrift ins Gericht gegangen und hat in nicht zu billiger Weise unter unrichtiger Constatirung und unrichtiger Anführung der Thatsachen eine Kritik geübt, nicht nur intra, sondern leider auch extra muros. Sogar in das große Publicum ist durch ganz unrichtige Notizen die irriige Meinung getragen worden, daß die Aerzte durch das Memorandum entzweit wurden und in heftigem Streite einander gegenüberstehen. In würdiger Weise wurden vom Präsidenten der Wiener Aerztekammer alle Anwürfe entkräftet. Im Verbands der Aerzte Wiens und in mehreren ärztlichen Vereinen wurde gegen dieses incorrecte und uncollegiale Vorgehen der Vereinigung Stellung genommen und dasselbe mißbilligt.

Möge doch endlich der Tag kommen, an dem alle Aerzte einig und geschlossen, alle persönlichen Sonderbestrebungen bei Seite lassend, einmüthig nach außen hin dastehen, den äußeren Feinden gegenüber an denen wir leider keinen Mangel haben, zur Wehr!

In der ersten Gymnasialklasse lernten wir Alle den schönen Spruch: „Concordia parvae res crescunt, discordia maximae dilabuntur!“ Ist es nicht traurig, daß dieser Merkspruch uns heute in unserer tristen Lage wieder ins Gedächtniß zurückgerufen werden muß?

ms.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte** berichtet SAALFELD („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 7). S. machte therapeutische Versuche mit flüssiger Luft, die eine Temperatur von -19° hat, bei Lichen planus, Ekzema lichenoides, bei Schwielenbildungen, Warzen und bei einem Ulcus molle, und zwar tupfte er die Flüssigkeit mittels eines mit einer Pincette gefaßten Wattebausches 3—10mal in Zwischenräumen von 10—15 Secunden auf die kranken Stellen auf. Es bildete sich dann unter 15—30 Minuten anhaltendem Brennen und Jucken eine weiße, hart anzufühlende Quaddel, die von einer erythematösen Schwellung umgeben war. Nach 1—2 Stunden oder noch später wandelte sich diese Quaddel in eine akantholytische Blase um, aus der sich nach spontaner oder künstlicher Eröffnung reichlich Serum entleerte. Die Secretion oder Schorfbildung bestand 1—3 Wochen, worauf an der behandelten Stelle des Lichen planus, des lichenoiden Ekzems und der Schwielen eine nur wenig geröthete Haut zurückblieb. Die Warzen waren schon nach $3\frac{1}{2}$ —12 Stunden abgefallen; das Ulcus molle, bei dem wegen des vorhandenen Substanzverlustes eine Quaddelbildung nicht zustande kam, hatte bald zu eitem aufgehört und war nach einigen Tagen verheilt. An Stelle der flüssigen Luft verwendete S. später auch mit Erfolg das leichter zu beschaffende und billigere Methyläthyl, eine Mischung von Chloräthyl und Chlormethyl, das täglich mittels des Sprays aufgetragen wird. Die Behandlung hartnäckiger Leukoplakien der Zunge besteht darin, daß man die Flecke mit Methyläthyl oder Chloräthyl (nicht zu stark) vereist und dann mit einem Messer flach abträgt.

— Ueber Versuche mit **Alboferin** berichtet H. v. WOERZ („Wiener klin. Rundschau“, 1901, Nr. 20). Bei starken Blutverlusten während der Geburt und nach Abortus, bei Menorrhagien und Blutungen infolge von Uterusmyomen, sowie bei anämischen Mädchen wurden glänzende Erfolge erzielt. Es konnte stets Heilung oder bedeutende Besserung erzielt werden. Wiederholt wurden bei Beginn und bei Abschluß der Behandlung Blutuntersuchungen vorgenommen und es ergab sich ausnahmslos eine bedeutende Vermehrung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der rothen Blutzellen. Anfänglich wurde das Präparat in Pulverform verabreicht, später in Pastillen, weil manche sensiblen Patienten Speisen, welche durch

Alboferinpulver dunkel gefärbt werden, auf die Dauer weniger gern nehmen. Die Anwendung in Pastillenform (Alboferin-Chocoladepastillen) hat sich ausgezeichnet bewährt, und W. ist entschlossen, das Mittel in dieser Form auch weiter vielfach anzuwenden, da demselben nach seiner Erfahrung eine bedeutende Heilwirkung ohne jede ungünstige Nebenwirkung innewohnt.

— An der Hand eines Materiales von 1568 Fällen bespricht ROGER („Klin. ther. Wschr.“, 1901, Nr. 44) die **Behandlung des Erysipels**. Die beste Behandlung besteht in häufiger Application sehr heißer Compressen. Bei Eintritt von Gangrän empfehlen sich sehr schwache Lösungen von Kaliumpermanganat (1 : 10.000). Zur Localisirung des Processes sind Injectionen von Wasserstoffperoxyd von Nutzen. Neben dieser localen hat man in schweren Fällen auch eine allgemeine Behandlung einzuschlagen, die im Wesentlichen in der Verordnung von Excitantien besteht: Ammoniumacetat, Aether, Injectionen von Oleum camphoratum etc. Warme Bäder von 28—32° sind bei erhöhter Temperatur und hochgradiger Schwäche von erheblichem Nutzen. Gegen das namentlich beim Erysipel so häufig ausbrechende Delirium alcoholicum wendet R. kalte Bäder an, die von bekannt günstigem Einflusse auf das Centralnervensystem sind. Daneben wird nach alter Methode Vinum opiatum ungefähr 1/2 Liter pro die verwendet. Wenn das Delirium nur durch den neuropathischen Zustand bedingt ist, lasse man Sedativa, Extr. Valerianae, Brom und dergleichen nehmen. Antipyretica sind von geringem Nutzen. Immerhin kann man bei protrahirtem Fieber Chininum sulf. 0·5—1·0 des Morgens versuchen.

— Seine Erfahrungen mit dem eisen- und phosphorhaltigen Nährpräparate „Fersan“ theilt V. TEDESCHI mit („Giornale di Farmacia“, V, Nr. 12, 1900). Er berichtet über Beobachtungen, die er mit Fersan bei Säuglingen gemacht hat. Dasselbe wirkt nicht nur verbessernd auf den Ernährungszustand, auch hartnäckige Magendarmkatarrhe, gegen die sich jegliche Therapie machtlos erwies, ließen sehr bald bei Gebrauch des Fersan in ihrer Intensität nach, so daß die Kinder rasch an Gewicht zunahmten. Verordnet wurde es vom Verfasser in Pulverform mit Milch.

— Die **Behandlung des uterinen Hustens**, welcher sich häufig während der Schwangerschaft oder bei uterinen Affectionen, bei Menstruation oder Menopause einstellt, bespricht LÉON ARCHAMBAULT („Klin.-ther. Wschr.“, 1901, Nr. 47). Der Schwangerschaftshusten legt sich meist bei Bettruhe oder dem Gebrauche von Opium, Hamamelis oder Viburnum. Verf. empfiehlt:

Rp. Tct. Viburni prunifol.,
Tct. Hamamelis virgin. aa. gtt. XX
Tct. Gentianae 20·0
Aq. Cinnamomi,
Aq. Tiliae aa. 90·0
S. Alle 2 Stunden 1 Kaffeelöffel in Suppe.

BRIQUET empfiehlt bei diesen auf reflectorischem Wege entstehenden Formen des Hustens die Anwendung von Sedativis, wie Chloral, Cannabis Indica, Bromidia, Tinctura Valerianae, etwa in folgender

Form: Rp. Zinci brom.,
Zinci valerianic.,
Zinci oxydati aa. 0·50
Mel. ros. q. s. ad. pill. Nr. X
S. 1—3 Pillen täglich.

Bei eintretender Menstruation werden außerdem Fußbäder, Sina-pismen und dergleichen verordnet. Zur Inhalation empfiehlt sich

Rp. Mentholi 4·0
Ol. Melaleuca 1·0
Ol. oliv. 100·0
S. Ein Kaffeelöffel in eine Tasse heißen Wassers zum Inhaliren.

Gegen die Schmerzen erwies sich Pulver von Citrophen und Natr. bicarb. aa. 0·5 von Nutzen.

— Mittheilungen über therapeutische Versuche mit **Acetopyrin** veröffentlicht CARL FUCHS („Wiener klin. Rundschau“, 1901, Nr. 39). Das Acetopyrin stellt eine Combination der Acetylsalicylsäure und des Antipyrin dar. Es ist ein weißliches, krystallinisches, schwach nach Essigsäure riechendes, säuerlich schmeckendes Pulver, welches in kaltem Wasser und Aether schwer löslich ist, leichter in warmem Wasser, vollkommen löslich in Alkohol, Chloroform und in warmem Toluol. Die Reaction des Präparates ist die des Antipyrin; es liefert mit Eisenchlorid eine blutrothe Lösung, die

auf Zusatz von 10 Tropfen concentrirter Schwefelsäure in hellgelb übergeht. Die therapeutische Anwendung des Acetopyrin ist eine dreifache. Es kann als Specificum gegen Rheumatismus articuli acut. bezeichnet werden; es hat den Vortheil vor den übrigen Salicylpräparaten, daß es vollkommen frei von Nebenwirkungen ist; es setzt bei fieberhaften Krankheiten in der Dosis von 1 Grm. das Fieber prompt herab; diese Wirkung dauert durchschnittlich 4—6 Stunden. Acetopyrin hat auch antineuralgische Eigenschaften.

— Die **Behandlung des weichen Schankers** mit Plumbum nitricum empfiehlt MELAZZO („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1901, Nr. 22). Das Geschwür wird zunächst gut gereinigt und mit 1‰ Sublimatlösung gewaschen, darauf sorgfältig abgetrocknet. Man füllt nun das Geschwür mit fein pulverisirtem Bleinitrat und drückt das Pulver etwas zusammen, damit es in alle Falten des Geschwürgrundes dringt. Der Ueberschuß am Pulver wird sorgfältig entfernt und ein Verband angelegt. Nach 48 Stunden hat sich ein Schorf gebildet; dieser Schorf stößt sich bald ab und nach einigen Tagen ist die Heilung perfect. Diese Methode soll den Vortheil haben, schnell zum Ziele zu führen und außerdem Complicationen zu verhüten.

— Ueber therapeutische Versuche mit **Petrosapol und Petrosulfol** berichtet S. EHRMANN („Klin. ther. Wschr.“, 1901, Nr. 39). Das Petrosapol ist ein seifenhaltiger, aus Petroleumrückständen dargestellter Körper von brauner Farbe und salbenartiger Consistenz, der als Salbe oder Salbengrundlage theils allein, theils mit Vaseline verwendet wird. Einer seiner wesentlichsten Vorzüge ist der hohe Schmelzpunkt (90° C.), weshalb er beim Auflegen auf die Haut nicht dünnflüssig wird, nicht zerfließt und die dem Petrolan incorporirten medicamentösen Stoffe eine dauernde Decke auf der Applicationsstelle bilden. Das Petrosulfol hingegen ist ein in Wasser lösliches Ammonsalz eines aus dem Tiroler Steintheer gewonnenen Oeles. Ueber Petrosulfol hat E. bereits vor Jahren berichtet. Die Anwendung des Petrosapols allein oder als Salbenconstituens hält er für eine bemerkenswerthe therapeutische Er-rungenschaft. Die Krankheiten, bei welchen Petrosapol zur Anwendung gelangte, waren: Ekzeme, namentlich chronische, Prurigo, Seborrhoea der Kopfhaut und seborrhoische Ekzeme derselben, Psoriasis und Acne vulgaris. Zur Vorbehandlung stark nässender Ekzeme, bei Ekzemen der Kinder, bei impetiginösem Ekzem bedient sich E. folgender Formel:

Rp. Petrosapol,
Vaselin aa. 30·0
Resorcin 2·0

Bei wenig nässenden Ekzemen:

Rp. Petrosulfol 10·0
Lanolin,
Vaselin aa. 30·0
Oxydi zinci,
Amyli aa. 10·0

Bei chronischen Ekzemen mit Hautverdickung:

Rp. Petrosapol,
Vaselin aa. 10·0
S. Auf Leinwand gestrichen aufzulegen.

Bei Scabies.

Epicarin oder Naphtol 15·0
Petrolan,
Vaselin aa. 70·0

Bei Acne vulgaris und pustulosa Abends anzuwenden, Morgens abzuwaschen:

Rp. Resorcin 6·0
Petrolan 40·0

— Folgende **Methode der Favusbehandlung** beschreibt SOLOVIER („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1901, Nr. 22). Die ganze Kopfhaut wird zunächst mit Carbolöl 1 : 30 eingefettet, dann wird der Kopf über Nacht mit einer Borsäurecompressen bedeckt. Hat man auf diese Weise den Kopf von den daran haftenden Krusten gereinigt, so wird die Haut mit einer 5—10%igen Formollösung eingepinselt und darüber eine Schicht Watte und eine Haube aufgelegt. Unter dieser Behandlung würden bereits nach 3 Tagen nur noch wenige Scutula zu finden sein und die Krusten würden sich nicht wieder bilden. Auf diese Weise wäre eine völlige Heilung in 2—3 Wochen ohne Epilierung zu erreichen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

Abtheilung für Chirurgie.

JORDAN (Heidelberg): Ueber die Entstehung von Tumoren, Tuberculose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt.

Die Frage des Causalitätsverhältnisses von Traumen und Geschwulstbildungen ist wissenschaftlich nicht zu beantworten, so lange die Entstehungsursache der Geschwülste unbekannt ist. Die gangbaren Hypothesen über die Geschwulstgenese lassen den Einfluß einer stumpfen Gewalteinwirkung in geringerem oder größerem Umfang verständlich erscheinen. Zur Beurtheilung der Verhältnisse sind wir ausschließlich angewiesen auf klinisches Material. Die neuesten, durch den Aufruf v. BÜNGNER's veranlaßten Statistiken ergeben, daß nur eine in einem geringen Procentsatz (2—3%) der Fälle traumatische Einwirkung für die Entstehung der Geschwülste im Allgemeinen beschuldigt wird.

Bei den Carcinomen scheint das Trauma eine sehr geringe Rolle zu spielen, während ihm bei der Entstehung der Sarcome zweifellos eine größere Bedeutung zukommt. Der Procentsatz der traumatischen Sarcome ist etwa um das Dreifache grösser als der der Carcinome. Unter den gutartigen Tumoren stellen die Knochengeschwülste (Exostosen, Enchondrome) das Hauptcontingent zu den traumatischen Fällen. Volle Beweiskraft kann den klinischen Beobachtungen nicht zuerkannt werden, da in den meisten Fällen die Angaben über die vorausgegangene Verletzung von den Patienten stammen, keine Sicherheit bezüglich der Uebereinstimmung der Stelle der Gewalteinwirkung mit dem Sitz des Tumors besteht, die Entwicklungszeit der Geschwülste unbekannt ist und endlich der Nachweis, daß an der Contusionsstelle nicht bereits vorher eine Geschwulst in kleinem Umfang bestand, nicht erbracht werden kann. Die Frage, ob ein Causalzusammenhang zwischen Tumor und Trauma besteht, läßt sich auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials nicht beantworten. Für die Praxis ergibt sich daraus die Consequenz, bei der Beurtheilung von Einzelfällen ausserordentlich kritisch vorzugehen und die Möglichkeit eines Zusammenhangs nur dann zu bejahen, wenn die Contusion einwandfrei nachgewiesen ist und der Sitz der Geschwulst genau dem Contusionsherde entspricht.

In der Aetiologie der chirurgischen Tuberculösen spielt das Trauma nach alter ärztlicher Erfahrung, die durch statistisches Material gestützt ist, zweifellos eine gewisse Rolle. Die Frage aber, ob die Contusion an einem bis dahin gesunden Organ das Auftreten der Tuberculose bei bestehender allgemeiner Disposition direct verursachen könne, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, denn im Gegensatz zu den Resultaten SCHÜLLER's und KRAUSE's stehen die Ergebnisse der neuesten Thierexperimente von LANNELONGUE und ACHARD, FRIEDRICH, HONSELL, nach denen das Trauma keinen Locus minoris resistentiae schafft. Nach den letztgenannten Forschern bewirkt die Verletzung nur das Manifestwerden eines bis dahin latenten tuberculösen Herdes. Für die Begutachtung ist übrigens diese Streitfrage von keiner erheblichen Bedeutung, da die Berufsgenossenschaften auch dann haftpflichtig sind, wenn der Unfall nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung darstellt. Unbestritten ist der Einfluß des Traumas auf die Entstehung der acuten Osteomyelitis. Sowohl durch Thierexperimente, als durch klinische Beobachtungen ist sichergestellt, daß eine Knochenquetschung die Localisation im Blute kreisender pyogener Kokken begünstigt und das Trauma somit eine wichtige Gelegenheitsursache für die Entstehung eitriger Osteomyelitis bildet. Bedingung für die Annahme

eines Zusammenhanges von Unfall und Erkrankung ist indessen die Entstehung der letzteren im unmittelbaren Anschluß an den Unfall.

Bei der Appendicitis ist der Einfluß eines Traumas plausibel, wenn der Wurmfortsatz Kothsteine enthält oder chronisch entzündliche Veränderungen aufweist. Hat die Erkrankung in directem Anschluß an einen Stoß eingesetzt, der die Cöcalgegend betroffen hat, so ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen und die Berufsgenossenschaft als entschädigungspflichtig zu erklären.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

V. RANKE (München): Ueber die Behandlung des erschwerten Décanulements infolge von Granulombildung nach Intubation und secundärer Tracheotomie.

Der Vortr. hatte beabsichtigt, über die Behandlung des narbigen Kehlkopfverschlusses nach Intubation und secundärer Tracheotomie zu sprechen.

In dem Zeitraum von 1890—1900, in welchem auf seiner Abtheilung mehr als 900 Kinder intubirt wurden, waren ihm 6 derartige Fälle vorgekommen. Während er früher dieselben als unheilbar betrachtet hatte, hat er in neuerer Zeit den Eindruck gewonnen, daß die Stenose in vielen, wenn nicht den meisten Fällen durch systematische Sondenbehandlung wieder beseitigt werden kann. Die Behandlung seiner Fälle hat sich aber mehr in die Länge gezogen, als er anfangs erwartet hatte, und da er heute noch nicht über definitive Heilungen hätte berichten können, zog er vor, über einen verwandten Gegenstand zu sprechen, nämlich über die Behandlung der Granulome, welche, glücklicherweise ebenfalls sehr selten, nach Intubation und secundärer Tracheotomie die dauernde Entfernung der Trachealkanäle erschweren. Derartige Fälle sah er 5 in dem genannten Zeitraume von 1890—1900 unter mehr als 900 Intubirten.

Die Granulationswucherungen können nach Intubation und secundärer Tracheotomie nicht nur von der Tracheotomiewunde aus, sondern auch an solchen Stellen im Kehlkopf zur Entwicklung kommen, wo die Schleimhaut durch die Tube lädirt war.

Behufs Verhütung der Granulationswucherungen macht der Vortr. zunächst darauf aufmerksam, daß erfahrungsgemäß nach der Tracheotomia inferior Granulome viel weniger zu befürchten sind als nach der Tracheotomia superior, insbesondere nach der Cricotracheotomie. Er rath daher, bei der secundären Tracheotomie stets die untere vorzuziehen. Die Behandlung selbst besteht dann hauptsächlich in Wiedereinführung der Tube, die der Kehlkopf nach abgelaufener Diphtherie sehr viel besser verträgt als vorher, um durch den gleichmäßigen Druck des Tube die Granulome allmähig wieder zum Schwinden zu bringen, so daß also ein längeres Zusammen-, bezw. Nebeneinanderwirken der beiden Methoden, der Tracheotomie und der Intubation, die Heilung herbeiführt.

Von den 5 Fällen, deren Krankengeschichte mitgetheilt wird, wurden 3 völlig geheilt entlassen, während 2 starben.

Das Alter der Patienten schwankte zwischen $1\frac{1}{2}$ und $5\frac{1}{2}$ Jahren. In dem ersten tödtlich verlaufenen Falle hatte eine complicirende infectiöse Gastroenteritis das Kind auf das Aeußerste erschöpft. Bei der Section fand sich noch im rechten Ventriculus Morgagni eine kleine polypöse Wucherung.

In dem zweiten tödtlichen Falle fand sich kein Granulom mehr vor, wohl aber unter dem linken Stimmband ein ca. bohnengroßes Geschwür, an dessen Rändern offenbar früher die Granulome sich gebildet hatten. In diesem Falle erfolgte der Tod durch Miliartuberculose, nachdem das Kind 6 Wochen vor dem Tode ohne Tube und ohne Canüle geathmet hatte, von den Granulomen also geheilt war.

TRUMPP (München): Das fernere Schicksal der überlebenden tracheotomirten und intubirten Kinder.

Nach einer Mittheilung von LANDOUZY Paris (Prédispositions tuberculeuses, Tubercul.-Congreß Berlin 1899) sollte die Tracheotomie für Tuberculose prädisponirend wirken, sollten wenige Extracheotomirte das mannbare Lebensalter erreichen. Tr. zeigt, daß L.'s Behauptung für deutsches Material nicht zutrifft, zeigt aber auch, daß immerhin ein nicht unbeträchtlicher Procentsatz der überlebenden

tracheotomirten und intubirten Kinder doch noch viele Jahre lang an gewissen Folgeerscheinungen (Heiserkeit, Husten, erschwertes Athmen) zu leiden hatte. Diese Thatsache muß dazu anregen 1. die prophylaktischen Maßnahmen bei diphtherischen und diphtherieverdächtigen Affectionen des Kehlkopfes zu erweitern, 2. mehr als bisher auf Ausbildung der Aerzte in der Technik der Stenosenoperationen zu sehen und 3. noch weiter an der Vervollkommnung unserer Operationstechnik zu arbeiten.

Abtheilung für innere Medicin.

FRIEDENTHAL (Berlin): Die Entfernung aller extracardialen Herz- nerven bei Säugethieren.

Diese Operation und die dadurch bedingte dauernde Isolirung des Herzens vom cerebros spinalen Nervensystem gelingt beim Kanin-
der und beim Hunde, wenn ein Nervus recurrens und ein Theil der zur Lunge und zum Verdauungstractus führenden Nerven erhalten bleibt. Die Trennung der hemmenden und der eben erwähnten lebenswichtigen Fasern im Wurzelgebiet des 9.—11. Hirnnerven ermöglicht die Operation. Durch Verwendung künstlicher Athmung bei der Operation wird der Tod der Thiere durch doppelseitigen Pneumothorax bei Zerstörung der sympathischen Ganglien vermieden. Die Ausfallerscheinungen nach Entfernung aller extracardialen Herz-
nerven sind auch Monate nach der Operation noch sehr gering, doch verlieren die Thiere die Fähigkeit zu erheblicher Arbeitsleistung.

Eine gewisse Anpassungsmöglichkeit besitzt auch das völlig isolirte Herz in dem Umstand, daß wechselnder Blutdruck den Herzschlag direct beeinflußt. Die Thatsache, daß das Herz durch Erregung der extracardialen Herz-
nerven zu sofortigem dauernden Stillstand gebracht werden kann, sowie die mangelnde Leistungsfähigkeit des Organismus nach Entfernung aller zuführenden Nerven, weisen auf die Wichtigkeit des Nervensystems des Herzens hin, welches noch in den mannigfachsten Richtungen einer erweiterten Untersuchung unterzogen werden muß.

HIS (Leipzig) und PAUL (Tübingen): Die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zu ihrer Lösung.

PAUL bespricht die chemischen Grundlagen für das Problem der Harnsäurelösung im Körper, indem er von der Erörterung des Zustandekommens der harnsauren Ablagerungen ausgeht. Die physikalische Chemie verschafft neue Gesichtspunkte für die Erkennung der Lösungsbedingungen der Harnsäure und ihrer Salze. Sie zerfallen in Lösung durch elektrolytische Dissociation in ein Wasserstoff-Ion und in das Harnsäure-Ion. Dieses allein tritt bei der Salz-
bildung in Reaction und für dieses, als das wesentliche Moment, hat P. die Lösungs- und Ausfallsbedingungen ermittelt.

HIS bespricht die klinische Anwendung der neugewonnenen Gesichtspunkte für die Therapie. Sie zeigen, daß die Alkalisalze, sowie die Diamine: Lysidin, Lycetol, Piperazin u. s. w. zur Lösung dieser Ablagerungen untauglich sind. Wohl aber erscheint diese erreichbar durch Anwendung von Substanzen, welche mit der Harn-
säure leicht lösliche chemische Verbindungen eingehen. Die irrthümlich beschriebenen Verbindungen mit Harnstoff (RÜDEL) und Glykocoll (HORSFORD) existiren nicht, wohl aber diejenigen mit Nucleinsäuren, resp. Thymussäure (KOSSEL und GOTO, MINKOWSKI) und mit Formaldehyd (TOLLENS, POTT und WEBER). Die letzteren sind weit leichter löslich als die Harnsäure und ihre Salze; sie passiren den Körper zum Theil unzersetzt und erscheinen im Harn. Zur Lösung gichtiger Tophen und Gelenkherde ist weder Nuclein-
säure, resp. Thyminsäure, noch das Formaldehyd praktisch erprobt, noch erscheint die Probe aussichtsvoll. Neben den bekannten diätetischen und physikalischen Maßnahmen ist die Erhöhung des Blut-
zuflusses durch locale Applicationen am meisten empfehlenswerth. Die Lösung von Harnconcrementen ist (abgesehen von den Mineralwässern, deren Wirkung noch unerklärt ist) weder durch Alkalien, noch durch die Diamine zu erreichen. Sie ist aber erreichbar durch Anwendung von Mitteln, welche im Harn chemische Verbindungen mit der Harnsäure eingehen. Von diesen ist das Urotropin bisher untersucht, es scheidet im Harn Formaldehyd ab. Seine harnsäure-
lösende Wirkung ist unzweifelhaft und von der Acidität des Harnes

unabhängig, jedoch für praktische Zwecke zu gering. Es ist wünschenswerth, daß die Chemiker ihr Augenmerk auf andere wirksamere Stoffe richten, welche mit der Harnsäure chemische Verbindungen eingehen.

Aus französischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Académie des Sciences.

CHARRIN: Die physiologischen Beziehungen der intermittirenden Albuminurie.

Bei einigen an intermittirender Albuminurie leidenden Kranken konnte festgestellt werden, daß der Eiweißgehalt des Morgens ein ganz minimaler war, dagegen bis zu Mittag langsam anstieg, um nach dem Mittagessen ganz unvermittelt zu beträchtlicher Höhe anzusteigen. Im weiteren Verlaufe bis zum Abend erfolgte wieder eine Abnahme, eventuell nach dem Abendessen ein neuerlicher, aber geringfügiger Anstieg. Dieses Verhalten kann durch den Ein-
fluß der Nahrungsaufnahme und Körperbewegung allein nicht erklärt werden, da speciell die Abendmahlzeit, auch wenn sie die gleiche Zusammensetzung zeigte, wie die zu Mittag eingenommene, keinen nennenswerthen Einfluß auf den Eiweißgehalt des Harnes zeigte. Auch aus anderweitigen Affectionen ließ sich dies Verhalten der Eiweißausscheidung nicht erklären. Andererseits ergab es sich, daß die Phänomene, welche als Maßstab der Intensität der Stoff-
wechselvorgänge dienen — Sauerstoffverbrauch, Dichte, Toxicität und Gefrierpunkt des Harnes, Körpertemperatur, Blutdruck — einen Parallelismus mit der Eiweißausscheidung zeigen, d. h. gleichfalls in der Zeit zwischen der 3. und 5. Nachmittagsstunde, ihren Höhepunkt erreichen. Daraus ergibt sich, daß der Mechanismus der intermittirenden Albuminurie mit der Intensität der Stoffwechsel-
vorgänge in Zusammenhang steht und selbst als Ausdruck einer Ernährungsstörung aufzufassen ist. Es ist bekannt, daß die mineralischen Stoffe, die Alkaleszenz des Plasma etc. einen Einfluß auf die Zersetzung und den Aufbau des Protoplasma ausüben. Nun findet man die intermittirende Albuminurie fast ausschließlich bei Individuen, welche das 20.—26. Lebensjahr noch nicht über-
schritten haben, d. h. sich in der Wachstumsperiode befinden, bei welcher besondere Verhältnisse hinsichtlich der Salze und der Reaction der Körpersäfte bestehen. Weiter ist festgestellt, daß die Passage des Serumalbumins durch die Nieren mit einer Steigerung des Blutdruckes coincidirt. Man sieht, daß hier zu der chemischen Hauptursache, d. i. zu der Stoffwechselstörung, noch ein physikali-
scher Factor hinzutritt.

RICHTET: Das Muskelserum.

Als Muskelserum soll der durch Ausdrücken erhaltene Fleischsaft bezeichnet werden, welchem allein die Heilwirkungen gegen die experimentelle Tuberculose des Hundes zukommen. Es ist dies eine röthliche, amphoter oder schwach alkalisch reagirende Flüssigkeit, welche durch Hitze und Salpetersäure zur Gerinnung gebracht wird. Es enthält ungefähr 5% Eiweiß (darunter 1% Hämoglobin), daneben Mineralsalze. Wenn man einem Thiere 5 Ccm. Fleischsaft pro 1 Kgrm. Körpergewicht subcutan oder intravenös injicirt, so tritt zunächst ein beträchtliches Sinken des Blutdruckes ein, weiter Erbrechen und blutige Diarrhoe, und das Versuchsthier geht 24 bis 48 Stunden nach der Injection im Coma zugrunde. Man findet hochgradige Congestion des Darmes und der Leber, sonst keine auffallenden Veränderungen. Die Toleranzgrenze beträgt 3 Ccm. pro 1 Kgrm. Körpergewicht. Frisches Rindfleisch gibt bei einem Druck von 125 Kgrm. pro 1 Qcm. ungefähr 33% Muskelserum; dagegen lassen sich aus gefrorenem Fleisch 50% Muskelserum gewinnen.

CHAUVEAU: Alkohol und Muskelarbeit.

Es wurde versucht festzustellen, ob ein Individuum, welches Arbeit leistet und dessen Blut mit Alkohol gesättigt ist, aus der Verbrennung dieses Alkohols die für die Muskelleistung nothwendige Energie gewinnt. Es wurde zu diesem Zwecke der respiratorische Quotient, d. h. das Verhältniß zwischen Kohlensäureausscheidung

und Sauerstoffaufnahme bestimmt und als Versuchsobject ein Hund verwendet, welcher eine bestimmte Arbeitsleistung verrichtete und abwechselnd Fleisch und Zucker, bzw. eine Nahrung erhielt, bei welcher 84 Grm. Zucker durch die isodyname Menge von 48 Grm. 96%igem Alkohol ersetzt waren. Es zeigte sich, daß der respiratorische Quotient während der Alkoholaufnahme etwas kleiner war als während der Ernährung mit Fleisch und Zucker. Es ergibt sich daraus der Schluß, daß der Alkohol, wenn überhaupt, dann nur in sehr geringem Maße an jenen Verbrennungsprocessen theilnimmt, aus welchen das Muskelsystem die zu seiner Arbeitsleistung erforderliche Energie schöpft. Auch im Ruhezustande findet man das gleiche Verhältniß, woraus sich ergibt, daß der Organismus den Alkohol auch für seine gewöhnlichen physiologischen Leistungen nicht verwendet. Während der Versuchsperiode mit Fleisch und Zucker hat das Versuchsthier täglich eine Arbeitsleistung producirt, die einem Wege von ungefähr 24 Km. entsprach; und dabei $1\frac{1}{4}$ Kgrm. — gleich $\frac{1}{5}$ seines ursprünglichen Körpergewichtes — zugenommen, dagegen während der Alkoholperiode eine beträchtlich geringere Leistung (= 18.6 Km.) producirt und auch an Körpergewicht abgenommen. Es ergibt sich daraus, daß die Substitution des Nahrungszuckers durch Alkohol nach jeder Richtung hin nachtheilig ist, da sie eine Verminderung der Arbeitsleistung und des Körpergewichtes mit sich bringt.

Société de Chirurgie.

LEJARS: Ueber chirurgische Eingriffe bei Darmperforation im Verlaufe des Abdominaltyphus.

Vortr. berichtet zunächst über 2 Fälle von LEGUEU, deren erster einen 10jährigen Knaben betrifft, bei dem die Operation 12 Stunden nach erfolgter Darmperforation vorgenommen wurde, ohne daß der Pat. gerettet werden konnte. Im zweiten Falle, wo die Operation 6 Stunden nach der Perforation vorgenommen werden konnte, wurde der Pat. gerettet. In der Literatur finden sich nur insgesamt 16 Fälle, wo durch Operation bei Darmperforation im Gefolge von Abdominaltyphus Heilung erzielt wurde. Vortr. berichtet über einen Fall, wo es bereits zu diffuser eitriger Peritonitis gekommen war und die Operation den ungünstigen Ausgang nicht verhüten konnte, doch hätte bei frühzeitiger Operation der Pat. wahrscheinlich gerettet werden können.

Rochard hat in 5 Fällen bei typhöser Darmperforation operirt, in 3 Fällen war es schon zu spät, den Pat. zu retten. In einem Fall, wo Perforation diagnosticirt worden war, konnte nach Eröffnung der Bauchhöhle die Perforationsstelle nicht aufgefunden werden, die Bauchhöhle wurde wieder geschlossen und der Kranke genas. Schließlich wurde in einem Fall operirt, wo Appendicitis diagnosticirt worden war. Hier war der Eingriff erfolgreich und zeigte, daß man auch an typhösen Pat. operative Eingriffe vornehmen kann.

Delorme weist darauf hin, daß in einzelnen Fällen die Diagnose der Perforation bei typhösen Schwierigkeiten bieten kann.

Walther betont, daß speciell die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Abdominaltyphus schwierig sein kann.

Routier meint, daß man die im Anfangsstadium des Typhus auftretenden Perforationen von jenen unterscheiden muß, die am Ende der Krankheit auftreten. Erstere sind entschieden als gefährlicher zu betrachten.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

(Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.)

Physikalisch medicinische Gesellschaft in Würzburg.

v. RINDFLEISCH: Beziehungen zwischen der Lebercirrhose und gewissen epithelialen Neubildungen der Leber.

Bei der hypertrophischen Cirrhose, die sich meist als frische Cirrhose bei jugendlichen Alkoholikern findet, nehmen die Leberzellen selbst an Zahl zu, so daß man in extremen Fällen vier bis fünf Zellen auf dem Querschnitt eines Balkens sieht. Auch zeigen die Balken eine Neigung zu Windungen und gruppieren sich so um gewisse secundäre Centren, die innerhalb eines Acinus neben dem durch die Lage der Vena centralis bezeichneten Hauptcentrum entstehen. Der Acinus ist also in eine größere Anzahl rundlicher Portionen getheilt, die auch durch von außen hineinwachsende schmale Bindegewebszüge markirt sind. — Bei der Combination

der Lebercirrhose mit epithelialen Geschwülsten tritt die Neubildung in zahlreichen, gut umschriebenen Knötchen auf, die sich zu ein bis zwei Stück innerhalb der bekannten kugeligen Portionen abgeschnürter Lebersubstanz etabliren. — Sehr selten ist die Combination von ausgeprägter hochgradiger Cirrhose mit Carcinom, von der v. R. einen Fall demonstrirt. Die vom Parenchym übrig gebliebenen Noduli, die sich in einem durch Hämosiderin rostfarben gewordenen Stroma vorfinden, bestehen zum Theil aus entschieden retrograden pigmentatrophischen Leberzellen, zum Theil aus Krebszellennestern und bis kirschgroßen ausgebildeten Krebsknoten. Das Interesse dieser Befunde liegt in ihrem Beitrag zur Aetiologie der Geschwülste. Die neueste Formulirung, die, abgesehen von der Suche nach specifischen Krebs- und Sarkompilzen von RIBBERT ausgegangen ist, findet in dem secundären Auftreten wahrer Epitheliome bei Cirrhosis hepatis eine erhebliche Unterstützung. Das primäre ist hier ein Entzündungsproceß im Bindegewebe, durch welchen secundär die einzelnen abgesprengten Stücke des Parenchyms einer progressiven geschwulstmäßigen Degeneration verfallen. Worin aber die Veränderung der organischen Beziehungen der Sprengstücke zu ihrer Nachbarschaft besteht, darüber kann man zur Zeit nur mehr oder minder glückliche Hypothesen machen. Vortr. hat schon in der ersten Auflage seiner Elemente auf den Mangel an Nervenfasern in den Geschwülsten hingewiesen. Wie bei der Entzündung, so mag auch beim Wachsthum das Nervensystem eine wichtige regulatorische Function ausüben und eine Unterbrechung der nervösen Ingerenz eine Entfesselung desselben herbeiführen.

JOHANNES MÜLLER: Ueber den Umfang der Stärkeverdauung im Mund und Magen des Menschen.

Nach den Versuchen von BOAS und EWALD setzt die Säure des Magensaftes der an sich bedeutenden amylytischen Wirkung des Ptyalins bald ein Ende. Vortr. hat die Frage nach der Bedeutung des Speichels für die Amylyse mit HENSAY und DAUBER nochmals einer Prüfung unterzogen und dabei gefunden, daß die amylytischen Leistungen des Mundspeichels fast immer sehr bedeutende sind. Sowohl bei Genuß von Mehl- und Reisbrei als von Brot wurden bei gesunden Versuchspersonen in der überwiegenden Zahl der Versuche 50—80%, in einigen Fällen bis zu 100% der Stärke in gelöster Form im Magen aufgefunden. Der größte Procentsatz gelöster Kohlehydrate findet sich direct nach der Mahlzeit, in der späteren Zeit nimmt er regelmäßig bedeutend ab, weil die gelösten Producte den Magen rascher verlassen als die ungelösten. Ferner hat die Intensität des Kauens eine vortheilhafte Wirkung auf die Amylyse, dagegen ist der Einfluß der Acidität, der sonst immer betont zu werden pflegt, nicht so bedeutend, wie erwartet wurde, in vielen Fällen war die Amylyse sogar trotz Superacidität eine sehr gute. Dies spricht dafür, daß der Speichel seine Arbeit bereits erledigt hat, wenn die Magensäure ihren hemmenden Einfluß ausüben kann. Die Resultate stehen im Einklang mit Versuchen WEINSTEIN's und K. B. LEHMANN's, die ebenfalls eine ausgiebige und sehr rasche Wirkung des Mundspeichels bewiesen. Die amylytischen Wirkungen des Mundspeichels sind also bedeutend größer, als man bisher annahm, und stehen denen des Pankreassaftes nicht viel nach.

SOMMER: Ueber die Zahl der Temperaturpunkte der äußeren Haut.

Ziel der Untersuchung S.'s war, eine Vorstellung von der Größenordnung zu erhalten, in welche diese Zahl zu setzen ist. Es wurden, zum Theil unter Anwendung des Spiegels, Stichproben aus verschiedenen Regionen des Körpers genommen, indem mittels eines Gummistempels jedesmal eine Fläche von 6 Qcm., soweit sich eine so große annähernd ebene Hautpartie darbot, oder eine solche von 1 Qcm. abgegrenzt und auf Kalt- und Wärmepunkt abgesucht. Dies geschah mittels des BLIX'schen Thermophors, respective mit temperirten Metalldrähtchen. Bei der Bestimmung der Kaltpunkte besteht die Schwierigkeit in der Trennung der oft in Ketten gedrängten Einzelpunkte; bei der der Wärmepunkte ist es oft nicht leicht, die zur Erkennung derselben nöthige Wärmemenge mittels kleiner Flächen zuzuführen, ohne die Reizschwelle der

oberflächlich gelegenen Schmerzern zu überschreiten; sie entgehen leicht der genauen Localisirung. In beiden Fällen ist die Lebhaftigkeit der Reaction der Temperaturorgane in hohem Grade abhängig von einer gewissen allgemeinen Disposition, die beim Verf. ihr tägliches Optimum Nachmittags zwischen 4 und 6 Uhr hatte. Man wird die Zahl der Kaltpunkte auf der äußeren Haut auf circa $\frac{1}{4}$ Million, die der Warmpunkte auf circa 30.000 schätzen können —, eine weit geringere Zahl, als GOLDSCHNEIDER's Bestimmungen annehmen ließen. Proben an einem 9jährigen Kinde unterstützten die Lehre, daß der Mensch seinen ganzen Bestand an temperaturempfindlichen Nervenendorganen mit auf die Welt bringt.

BRAUS: Ueber neue Funde versteinertes Gliedmassenknochen und -Muskel.

Vortr. weist auf die neuen Funde fossiler Knochenfische und die vortreffliche Erhaltung selbst mikroskopisch feiner Structuren hin und demonstriert entsprechende Präparate. Im Anschluß an einen im Sommer gehaltenen Vortrag über die Entstehung der Gliedmaßen wurden dann die Extremitäten von 2 fossilen Cladodontiten (*Cladodus Neilsoni* Taqueir und *Symmorium reniforme* Cope) als Vorläufer der recenten *Chlamydoseladina* beschrieben.

Die hier erhaltene Entwicklungsreihe erweist die Basalia der Extremitäten jetzt lebender Haie als Gebilde verschiedener Werthigkeit. Das Basale *metapterygii* ist älter als alle übrigen und ist die ursprüngliche Achse der Extremität. Damit werden die Vermuthungen von HUXLEY u. A., welche im *Metapterygium* die Achse sahen, und diejenige von MIVART, welcher sie im *Propterygium* suchte, hinfällig. Ferner erhalten wir eine Bestätigung dafür, daß die Basalia meso- und *propterygii* durch Concreescenz einst freier Radian entstanden sind. Die Herkunft dieser Radian wird durch die Befunde an Flossen fossiler *Pleuracanthiden* wahrscheinlich gemacht, bei denen nur eine oder zwei derartige Strahlen neben dem Achsenstrahl der Brustflosse mit dem Schultergürtel articuliren, während am Becken schon mehrere angeheftet sind. Auch hier bestätigt die Paläontologie die GEGENBAUR'sche Theorie von der Ableitung des Meso- und *Propterygiums* aus frei gewordenen Seitenstrahlen des *Metapterygium* (1870). Das Interesse dieser Fossilien für die Frage nach der Entstehung der höher ausgebildeten Extremitäten ist ein negatives. Denn die Ausbildung eines lateralwärts gerichteten Wachstums, die Formation neuer Basalia neben der ursprünglichen Achse und die erfolgreiche Concurrenz, in welche jene mit der letzteren treten, sind Erscheinungen, welche den terrestren Gliedmaßen fehlen. Es liegt darin zugleich eine Warnung, die Selachier und ihre Entwicklung unkritisch als Vorläufer höherer Organisationen zu benützen.

Notizen.

Wien, 7. December 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. M. ROTH verbesserte Apparate für Heißluftbehandlung. Dieselben unterscheiden sich von den Apparaten älterer Construction dadurch, daß die Erhitzung ihres Innenraumes durch heiße, zwischen Doppelwänden circulirende Luft geschieht. — Hierauf besprach Dr. JELLINEK seine Thierversuche mit hochgespannten elektrischen Strömen. Es handelt sich hiebei sicherlich um Störungen im Dorsalmarke (Blutung zwischen die Meningen oder ischämische Zustände), vielleicht auch um eine specifische Electricitätswirkung auf die Ganglienzellen. — Prim. Doc. Dr. R. FRANK zeigte sodann ein Instrumentarium für die Hautnaht. Die Nähte werden durch eigenthümlich construirte Metallklammern ersetzt. Ein großer Vortheil dieses Instrumentariums besteht in seiner exacten Sterilisirbarkeit. — Dr. FERD. KORNFELD empfahl in der „Prophylaxe der Tuberculose“ die Anwendung von Spuckschalen, Leibschüsseln und Zungenspateln aus 95%iger Asbestplatte, welche durch Feuer leicht und vollkommen sterilisierbar ist. Der Preis dieser Gegenstände ist erstaunlich billig. In der Discussion betonte Hofr. Prof. WEINLECHNER, daß die Mündung der stabilen Spuckschalen in solcher Höhe angebracht werden müsse, daß ein mittel-

großer Mensch das Sputum ohne Bücken in dieselben entleeren kann. — Schließlich sprach Hofr. Prof. GRUBER das Schlußwort zur Discussion über seinen Vortrag: „Theoretisches über die Antikörper im Blute.“ Vortr. recapitulirte seine Versuche und gab eine kurze orientirende Uebersicht über die Lehren der EHRLICH'schen Theorie. Die Seitenkettentheorie steht vollständig ohne Beweis da — sagte G. —, ebenso die Annahme, daß das Tetanustoxin von den Gehirnzellen chemisch gebunden werde; es ist auch nicht klar, warum die toxophore Gruppe bei den Toxinen nicht gerade so auf die empfindenden Zellen wirken sollte wie jene der Alkaloide. Auch steht es nicht fest, daß die giftempfindenden Organe Antitoxin bilden. Die Existenz der Hämolytine und Bacteriolysine ist nach den Versuchen des Vortr. nicht erwiesen. Die EHRLICH'sche Theorie ist schädlich, weil sie uns durch eine Menge fremder Namen ihre Lücken verbirgt.

(Medicinisches in der Tagespresse.) In neuester Zeit häufen sich wieder einmal Mittheilungen aus fachwissenschaftlichen Corporationen in den Tagesjournalen. Man weiß ja, daß kaum jemals die Vortragenden selbst die Geschmacklosigkeit besitzen, diese Popularisirung zu begünstigen, sondern daß es zu meist Hunger nach — Zeilenhonorar ist, welcher einzelne, gewöhnlich gar nicht besuchsberechtigte Frequentanten der medicinisch-fachwissenschaftlichen Vereinsversammlungen veranlaßt, die „Correspondenzen“ mit medicinischem „Stoffe“ zu versehen. Es wäre wohl Sache der Präsidien der einzelnen Vereinigungen, durch einen Appell an die Zuhörer und vielleicht auch an die Redactionen der Tagesblätter nach Kräften dafür Sorge zu tragen, daß auch der Schein vermieden werde, als ob einzelne Vortragende weniger zu ihrem gelehrten Publicum, als auf die — Straße hinaus sprächen. Der Würde der Wissenschaft und unseres Standes dürfte es sicherlich entsprechen, wenn die Discussion der Donnerstagversammlung dem Leser der Tagesblätter nicht gleichzeitig mit dem Frühstückbrötchen am Freitag Morgen servirt würde. — Dieser Staatsbürger würde es auch verschmerzen, wenn ihn sein Morgenblatt nicht mit allen Stadien des Kampfes vertraut machte, den die Subalternärzte des Wiener Allgemeinen Krankenhauses derzeit gegen ihren, die Zügel vielleicht allzustramm anziehenden Director führen. Die Sympathien der Collegen sind den jungen Hilfsärzten sicher, vielleicht sicherer, wenn die Details dieses Kampfes gegen einen gestrengen, aber gewiß wohlwollenden Vorgesetzten nicht auf offenem Markte besprochen würden.

(KARL LIEBERMEISTER †.) Mit dem vor acht Tagen verstorbenen Tübinger Internisten hat die deutsche medicinische Wissenschaft einen namhaften und würdigen Vertreter verloren. KARL LIEBERMEISTER wurde am 2. Februar 1833 in Ronsdorf geboren, studirte in Bonn, Würzburg, Greifswald und Berlin und wurde 1856 zum Doctor promovirt. Er war 1865 a. o. Professor der pathologischen Anatomie, 1865 bis 1871 Director der medicinischen Klinik in Basel und seither als Nachfolger NIEMEYER's Ordinarius für Pathologie in Tübingen. Die Lehre vom „Fieber“ hat durch L. eine wesentliche Förderung erfahren. Von seinen größeren Arbeiten nennen wir: „Vorlesungen über spec. Pathologie und Therapie“, „Gesammelte Abhandlungen“, „Beiträge zur path. Anatomie und Klinik der Leberkrankheiten“ etc.

(Personalien.) Der Landes-Sanitätsinspector bei der Statthalterei in Graz Dr. LUDWIG POSSEK hat das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens erhalten. — Der Bezirksarzt Dr. FERDINAND FRIEDL ist zum Oberbezirksarzte in Böhmen ernannt worden. — Der Honorarphysicus des Pozsonyer Comitates Dr. GEORG KOVÁCS hat den Titel eines königlichen Rathes erhalten.

(Ein ärztlicher Veteran.) Das Fest des 60jährigen Doctorjubiläums feierte — wie uns berichtet wird — vor wenigen Tagen der Geheime San.-Rath Dr. FRIEDRICH KÖRTE in Berlin in völliger geistiger und körperlicher Frische. Der Jubilar ist der Vater des bekannten Chirurgen WERNER KÖRTE.

(Verwaltungsgerichtshof und Ärztekammer.) Die Ärztekammer von Kärnten hatte den Beschluß gefaßt, daß pauschalirte Krankencassenärzte zu verhalten seien, ihren Vertrag mit der bezüglichen Krankencasse der Kammer zur Prüfung vorzulegen, widrigenfalls sich der betreffende Arzt eines standeswidrigen

Vorganges schuldig mache. Die Landesregierung von Kärnten aber hatte diesen Beschluß als „gesetzwidrig“ sistirt, das Ministerium diese Sistirung bestätigt. Hiegegen erhob die Kärntner Kammer die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof wegen Ueberschreitung des Wirkungskreises der Regierung, da dieser nach § 14 des Kammergesetzes bei „gesetz- und vorschriftswidrigem Gebaren“ der Kammer das Recht zusteht, auf Abstellung der Unregelmäßigkeiten zu dringen, erforderlichenfalls die Kammer aufzulösen. — Der Verwaltungsgerichtshof erkannte auf Abweisung der Beschwerde, da die Landesregierung auch zur Sistirung der Beschlüsse berechtigt sei, die mit dem Gesetze collidiren.

(Aerztliches Berufsgeheimniß und Todtenschein.) Ueber eine principiell wichtige Entscheidung berichtet die „Med. Reform“: Gegen einen Arzt wurde die Anklage wegen öffentlicher Urkundenfälschung erhoben, welche dadurch begangen worden sei, daß der Arzt den Umstand, daß ein Patient an in selbstmörderischer Absicht erfolgter Arsenvergiftung starb, wissentlich verschwiegen und so Anlaß dazu gab, daß in den Todtenschein eine fälschliche Thatsache aufgenommen wurde. Der Gerichtshof stellte das weitere Verfahren mit der Motivirung ein, daß Verschwiegenheit keinen sträflichen Thatbestand bilden könne.

(Bahnverwaltung und Aerzte in Oesterreich und Deutschland.) Das Ansuchen der Aerztekammer in Kärnten, es möge den Aerzten in dringlichen Fällen die Benützung von Lastzügen gestattet werden, ist „aus Gründen der Haftpflicht“ von den Directionen der k. k. Staatsbahnen und der Südbahngesellschaft abschlägig beschieden worden. — Ungefähr zur gleichen Zeit hat der preußische Minister der öffentlichen Arbeiten eine Verfügung erlassen, in welcher erklärt wird, daß es keinem Bedenken unterliege, Aerzten, Thierärzten und Hebammen unter gewissen Bedingungen die Benützung von Güterzügen auch bei der Lösung von Rückfahrkarten zu gestatten.

(Die obligatorische Spitalspraxis ungarischer Mediciner.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Die durch die neue Rigorosenordnung vorgeschriebene obligatorische Spitalspraxis soll nach den Beschlüssen einer Fach-Enquête in folgender Weise geregelt werden: Der Candidat soll 4 Monate des praktischen Jahres in interner, 2 in chirurgischer und 2 in gynäkologischer Praxis verbringen; die übrigen 4 Monate kann er dann nach Belieben auf einer anderen Spitalsabtheilung practiciren. Zur Legitimierung des einjährigen Spitalsdienstes erhalten die Aerztecandidaten ein Legitimationsbuch, in welchem der Abtheilungschefarzt und der Spitalsdirector den absolvirten Spitalsdienst bestätigen.

(Realschulabiturienten und Medicinstudium.) Der Bundesrath hat beschlossen, die Zulassung derjenigen Realgymnasial-Abiturienten, welche ihr medicinisches Studium vor dem 1. October dieses Jahres begonnen haben, zur Ablegung der ärztlichen Prüfungen nach den bisherigen Vorschriften nicht von der Ergänzung des Reifezeugnisses durch eine Nachprüfung im Lateinischen und Griechischen abhängig zu machen. Das bedeutet eine Vergünstigung für die Realgymnasial-Abiturienten, die das medicinische Studium schon vor dem 1. October dieses Jahres begonnen haben.

(Epileptiker-Versorgung.) Der Humanitätssection im ungarischen Unterrichtsministerium liegt ein Project vor zur Versorgung von mit Epilepsie Behafteten. Diese Aermsten der Armen sollen in Beschäftigungswerkstätten und landwirtschaftlichen Anlagen ein menschenwürdiges Dasein und einen entsprechenden Erwerb finden, der theilweise zur Deckung der Kosten verwendet werden soll; der restliche Kostentheil soll durch eine gesellschaftliche Action hereingebracht werden.

(Statistik.) Vom 24. bis inclusive 30. November 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7038 Personen behandelt. Hievon wurden 1444 entlassen; 138 sind gestorben (8.7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 115, Scharlach 62, Masern 135, Keuchhusten 26, Rothlauf 29, Wochenbettfieber 6, Rötheln 2, Mumps 4, Influenza 4, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 589 Personen gestorben (+ 21 gegen die Vorwoche).

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 9. December 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Hofrath Prof. WINTERNITZ: Lungentuberculose und Hydrotherapie.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 12. December 1901, 7 Uhr Abends,
im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER (Zugang II. Hof rechts).

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen. (Angemeldet: Assistent Dr. v. CZYHLARZ, Assistent Dr. SORGO, Dr. SCHUR.)

II. Fortsetzung der Discussion über das Thema: Myiasis intestinalis. (Zum Worte gemeldet: Hofr. Prof. Dr. v. SCHRÖTTER, Dr. LONDON, Dr. F. KAUDERS, Dr. SCHÜTZ, Reg.-R. Dr. GERSUNY.)

Administrative Sitzung.

I. Verlautbarungen des Vorstandes.

II. Wahl neuer Mitglieder.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect des chemisch-technischen Laboratoriums von Dr. J. Roos in Frankfurt a. M. über „Citrophon“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kais. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.



Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.2% Eisen, als Ferrisaccharat
Haltbar! Wohlschmeckend!
Kein Magendrücken!
Keine Stuhlverstopfung!
(selbst bei längerem Gebrauch)
Bei reichlicher Eisenaufnahme gesteigerter
Appetit, daher erhöhtes Wohlbefinden und Ge-
wichtszunahme.

Bei Dyspepsien, chronischen Magenleiden, Blutverlusten und Schwäche-
zuständen aller Art vorzüglich.



LIEBE'S SAGRADA-TABLETTEN (mit Chocolate-Ueberzug).

Angenehme, sicher und mild abführende Verdauungsmittel.
Muster und ärztliche Berichte kostenfrei.

J. PAUL LIEBE. ★ Tetschen a. E.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K., Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sender des Betrages per Postanweisung an die Administrat. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Vorschlag zur Behandlung des Ulcus durum. Offener Brief an Herrn Hofrath Professor Kaposi. Von Dr. S. FEDERN in Wien. — Die Durchtrennung der Beinhaut ist nicht als eine an sich schwere Verletzung nach § 152 aufzufassen. Von Dr. P. DEFRANCESCHI, ordin. Arzt des Kaiser Franz Josef-Spitals in Rudolfswert (Krain). — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** JULIUS BARTEL (Wien): Zur Aetiologie und Histologie der Endocarditis. — ADOLF PAYER (Graz): Zur Lehre von der Selbstentwicklung. — CARL HIRSCH (Leipzig): Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogenannten Fettherzen. — SACKUR (Breslau): Gelatine und Blutgerinnung. — H. VIETH (Ludwigshafen a. Rh.): Ueber ein synthetisch gewonnenes Abführmittel („Purgatin“). — LINBERGER (Tübingen): Ueber intermittirenden Gelenkshydrops. — F. AHLFELD (Marburg): Die Desinfection der Hand des Geburtshelfers und Chirurgen. — FELIX FRÄNKEL (Nürnberg): Ueber die subcutane Leberruptur und deren Behandlung durch die primäre Laparotomie. — F. STOCKMANN (Königsberg i. Pr.): Ueber die Behandlung der chronischen Cystitis (Cystite rebelle) mittels Curettement der Harnblase. — ELOF FÖRBERG (Stockholm): Ist die systematische Extraction der ersten permanenten Molaren gerechtfertigt? — SOPHUS BANG (Kopenhagen): Eine Lampe für Lichttherapie nach einem neuen Princip. — CALMETTE et GUERIN (Lille): Recherches sur la vaccine expérimentale. — SCHULTZ (Petersburg): Ueber die Lebensdauer von Bacillus pestis hominis in Reinculturen. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der pathologischen Anatomie. Von Obermedicinalrath Prof. Dr. O. BOLLINGER. — Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluß der Elektrolyse für Aerzte und Studierende. Von Doc. Dr. R. KAFEMANN. — **Feuilleton.** Ein neues Werk über Tabes. — **Kleine Mittheilungen.** Eine Methode, Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen. — Asterol als Antisepticum. — Behandlung des Delirium tremens. — Das lösliche Eisenarseniat. — Anwendung subcutaner Gelatineinjectionen zur Blutstillung. — Therapie der croupösen Pneumonie. — Creosotal. — Therapie der Dysenterie. — „Syrupus Colae compositus Hell“. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XI. — **Aus englischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Vorschlag zur Behandlung des Ulcus durum.

Offener Brief an Herrn Hofrath Professor Kaposi.

Von **Dr. S. Federn** in Wien.

Zwei Gründe veranlassen mich, jetzt meinen Vorschlag zu publiciren und diese Publication an Sie, hochgeehrter Herr Professor, zu richten.

Wie Ihnen bekannt ist, habe ich das Alter erreicht, in dem man wohl überlegen muß, wieviel man seiner Leistungsfähigkeit noch zutrauen darf, andererseits aber verbüten muß, daß ein vielleicht fruchtbarer Gedanke verloren gehe. Aus solchen Erwägungen erwächst mir die Pflicht, einen therapeutischen Vorschlag, der eine die Menschheit so schwer schädigende Krankheit wie die Lues beseitigen oder mildern kann, nicht für mich zu behalten, so sehr es mir auch widerstrebt, einen therapeutischen Vorschlag zu machen, den ich nicht vorher am Krankenbette geprüft habe.

Der Grund, warum ich mich mit meinem Vorschlage an Sie, geehrter Herr Professor, wende, liegt darin, daß Sie und Ihre Schule nebst einigen Wenigen an der Unicität des Ulcus durum und des Ulcus molle festhalten, und ich ursprünglich auf Grund derselben Anschauung zu dem Gedanken gekommen bin, aus welchem sich nachträglich meine Auffassung des Krankheitsprocesses und mein therapeutischer Vorschlag entwickelt hat.

Um das Ende der Fünfziger- und Anfang der Sechziger-Jahre war die Discussion über die Unität und Dualität des

primären Ulcus eine sehr lebhaft. — Die Dualitätslehre ging von Frankreich aus, wurde von deutschen Forschern modificirt und auch die Wiener Schule nahm an den darauf bezüglichen Arbeiten lebhaften Antheil. — Ich war damals Secundärarzt an der Hautabtheilung des allgemeinen Krankenhauses und hatte Gelegenheit, an den Beobachtungen der Kranken und der Erfolge der Impfungen unter dem belehrenden Einflusse HEBRA's und ZEISSL's theilzunehmen. Bekanntlich waren die aus diesen Beobachtungen resultirenden Ansichten der beiden Kliniker nicht übereinstimmend; während der mehr speculative ZEISSL ein Lehrbuch, und zwar ein vortreffliches, über Syphilis unter der Voraussetzung der Dualitätslehre schrieb, hat sich der in seinem Fache durchaus objective HEBRA nie stricte für die Dualitätslehre ausgesprochen. Ich selbst hatte mehrfach beobachtet, daß der harte Schanker sich im Beginne wie ein weicher, gewissermaßen aus einem weichen, entwickelt und konnte daher die Dualitätslehre nicht als erwiesen annehmen. Die Erscheinungen am Krankenbette erklärte ich mir einfach auf folgende Weise: Bei dem weichen oder, wie ich ihn charakterisiren würde, dem stark eiternden Schanker wird das syphilitische Virus zerstört oder aus dem Körper entfernt; bei dem harten bleibt es im Körper und verursacht die allgemeine Syphilis. Die Erfahrungen, die ich im Laufe der Jahre in der Privatpraxis machte, bestärkten mich in meiner Ansicht, und die Aufklärung, die wir durch die Bakteriologie gewonnen haben, hat meine Auffassung wohl etwas modificirt, aber nicht umgestoßen.

Wenn wir von den für mich allein maßgebenden Beobachtungen des primären Ulcus und seiner Folgen ausgehen, so sind es folgende Thatsachen, welche zu der Dualitätslehre geführt haben.

I. In der Regel tritt am 21. Tage nach einem infectiösen Coitus ein Ulcus auf, welches sehr wenig Eiter absondert und nach und nach indurirt; die Induration überdauert die Narbenbildung; die Drüsen in der Inguinalgegend induriren gleichfalls und innerhalb von 2—3 Monaten erfolgt Adenitis universalis und darauf spielen sich in mehr minder großen Intervallen mit mehr weniger günstigem oder ungünstigem Verlaufe die Krankheitserscheinungen der allgemeinen Syphilis ab.

II. Nach einem infectiösen Coitus tritt im Laufe der ersten Woche ein eitriges Ulcus auf, welches je nach der Gesundheit des Individuums, nach der Behandlung und wahrscheinlich auch nach der Natur der Infection sehr verschiedenartig verläuft; nach einigen Wochen tritt sehr häufig eine eitrig Adenitis in der Inguinalgegend auf mit ebenso variabelm Verlaufe wie das primäre Ulcus, und nach einem feststehenden Erfahrungssatze erfolgt fast nie allgemeine Syphilis.

III. Außer diesen für die weitaus größte Mehrzahl von Infectionen geltenden Formen entsteht auch zuweilen allgemeine Syphilis nach einem Ulcus ohne Induration, und wie von vielen angenommen wird, auch ohne jedes Ulcus.

Was nun die Theorie dieser Erscheinungen betrifft, so halten die Unitarier jedes primäre Ulcus für Syphilis-Infection und das Ulcus durum nur für eine bösartigere Form, welche in der Regel allgemeine Syphilis zur Folge hat; die Anhänger der Dualitätslehre betrachten nur das Ulcus durum als Syphilis-Infection und nehmen für die Ausnahmefälle, wenn auch nach einem weichen Schanker allgemeine Syphilis auftritt, ein Ulcus mixtum an.

Ich werde noch aus meiner Praxis zwei Fälle anführen, bevor ich meine Theorie auseinandersetze; nicht etwa, weil beide Fälle etwas besonders Neues lehren, sondern weil der erstere als von mir selbst genau beobachtet, mir von größerer Evidenz war als ähnliche bloß gelesene, und der zweite etwas darlegte, was zwar vorauszusetzen, aber damals noch nicht berichtet war.

Fall I. Ein kräftiger gesunder Mann in der Mitte der Dreißigerjahre bekam auf dem Praeputium zwei ganz oberflächliche Excoriationen, wie sie bei empfindlicher Haut auch nach einem heftiger ausgeführten Coitus vorzukommen pflegen; da der Kranke außerdem zuweilen an Herpes praeputialis litt, den er schon selbst zu behandeln wußte, so zeigte er mir die Excoriationen erst nach einigen Tagen, weil sie nicht wie sonst heilten; ich fand sie etwas tiefer und gezackter als bei Herpes praeputialis und erklärte sie daher mit Vorbehalt als verdächtig. Da sie aber im Verlaufe einer Woche trotz sorgfältiger nicht reizender Behandlung nicht heilten, sondern sich eher unbedeutend vergrößerten, nahm ich, obwohl die Inguinaldrüsen durchaus nicht infiltrirt waren, eine Infection an; auf des Kranken Frage, ob daraus allgemeine Syphilis entstehen könnte, erklärte ich dies für unwahrscheinlich aber möglich, und stimmte ihm zu, HEBRA zu consultiren. — HEBRA beruhigte den Patienten nach genauer Untersuchung der ganz oberflächlichen, kaum von etwas Secret feuchten, schwürigen Excoriation vollständig über die Gefahr der Syphilis mit den Worten: „Das ist gar nichts, gar keine Idee!“ Das Geschwür heilte auch, ohne eine merkliche Narbe zurtückzulassen, im Laufe der nächsten Woche, ohne daß die Inguinaldrüsen indurirten. Nach 6—8 Wochen entwickelte sich fast gleichzeitig mit Drüseninfiltrationen in den Leisten Adenitis universalis, und es folgte einer der langwierigsten, hartnäckigsten Syphilisprocesse, die mir vorgekommen sind. — HEBRA, den wir wieder consultirten, meinte: „Das ist eine so große Seltenheit, daß man's kaum glauben möchte.“

Ich wußte wohl, daß HEBRA auch schon früher solche Fälle gesehen hatte, aber er urtheilte nach der statistischen Wahrscheinlichkeit seiner immensen Erfahrung und ich ohne größere Erfahrung nur nach meinem Mißtrauen gegen die Dualitätslehre in ihrer damaligen Formulirung.

Fall II. Ein älterer Herr bekam um die Corona glandis und auf derselben nacheinander mehr weniger oberflächliche kleine

Pusteln, die aufgingen, und während die einen heilten, kamen andere; bei manchen flossen die sich entwickelnden Geschwürcen zusammen, ohne tiefer zu greifen; ich war sicher, daß kein verdächtiger oder unverdächtiger Coitus oder anders geartete Gelegenheit zu einer syphilitischen Infection vorausgegangen war, und weder der Verlauf noch das Aussehen erregten den Verdacht einer solchen; ich fürchtete vielmehr, es könnte der Beginn eines Epithelioms sein. Ich hatte bis dahin den Beginn eines solchen nicht gesehen und auch aus den Büchern konnte ich eine genaue Beschreibung nicht entnehmen; ich glaubte daher jedenfalls energisch vorgehen zu müssen und wendete das damals von CAMPBELL DE MORGAN so warm empfohlene Chlorzink als Salbe in ziemlicher Stärke an, ich erreichte auch durch dies treffliche Mittel meinen Zweck, daß alle Geschwürcen heilten. Aber an einer Stelle bildete sich eine tiefergehende, fast knorpelharte Narbe, ganz wie die Induration eines specifischen Ulcus; ich wußte, daß von einer solchen nicht die Rede sein könne, fürchtete aber erst recht, es könnte sich um eine mir unbekante Erscheinung bei einem Epitheliom handeln. Ich consultirte daher HEBRA, und dieser ließ sich durch keine Gegenrede bestimmen, von seiner Meinung, daß es sich um eine specifische Induration handle, abzugeben, ja er suchte am ganzen Körper nach indurirten Drüsen und Eflorescenzen eines Exanthems; er konnte freilich keines von beiden finden, prognosticirte aber deren baldiges Erscheinen, beruhigte mich wegen des Epithelioms und lachte über mein Vertrauen in Betreff des Coitus. Nach 2 Jahren wiederholte sich derselbe Proceß; ein Chirurg, den ich consultirte, hielt es für ein Epithelialcarcinom; ich behandelte es auf dieselbe Weise wie das erste Mal. Ein Geschwür an der unteren Fläche der Corona glandis vertiefte sich und es bildete sich eine Urethralfistel daselbst; im Uebrigen verheilten sämtliche Geschwüre, ohne später wieder zu recidiviren, obwohl der Patient noch 12 Jahre lebte.

Bevor ich an die Aufstellung meiner Theorie gehe, erinnere ich noch an die Thatsache, daß man bei Frauen sehr selten eine Initialsklerose nachweisen kann, obwohl die allgemeine Syphilis häufig genug bei ihnen vorkommt.

Aus den angeführten Thatsachen ergeben sich, ohne Rücksicht auf eine herrschende Lehre, folgende Schlüsse:

I. Die Induration ist keine nothwendige Folge oder Bedingung der syphilitischen Infection.

II. Auch auf den sogenannten weichen Schanker oder, wie wir ihn wohl bezeichnender nennen dürften, das „stark eiternde primäre“ Geschwür kann allgemeine Syphilis folgen, wie ich selbst gesehen und Beispiele aus der Literatur bekannt sind.

III. Wenn eine tiefergreifende Eiterung beim primären Ulcus auftritt, erfolgt in der Regel keine allgemeine Syphilis.

IV. Wenn eine wenig eiternde oder nicht eiternde oberflächliche Secretion beim primären Ulcus auftritt mit oder ohne Induration, erfolgt in der Regel allgemeine Syphilis.

Der Unterschied zwischen meiner Auffassung und der herrschenden ist wohl ein auffälliger; ich nahm schon vor Jahren an, daß durch die Eiterung das Syphilis-Contagium zerstört wird und darum keine allgemeine Syphilis erfolgt; auch die Induration ist nur darum ein sicheres Kriterium der allgemeinen Syphilis, weil bei ihr keine tiefergreifende Eiterung erfolgt.

Wenn ich diese Ansicht auf die neuere Lehre von der Infection durch Bakterien übertrage, so werden wir dieselbe in folgender Weise formuliren:

I. Wird die Infection nur durch den zwar noch nicht sicher dargestellten, aber sicher anzunehmenden Syphilis-Organismus übertragen, so erfolgt keine Eiterung.

II. In der Regel erfolgt bei Männern eine Misch-Infection vom Syphilis-Organismus und einem Eitererreger, wobei der letztere im Laufe des krankhaften Processes in der Regel den ersteren vernichtet und nur im Beginne ein eigenthümliches eitriges Ulcus und später eitriges Bubonen hervorgerufen werden.

Dieser zur Zeit, da ich die klinischen Thatsachen auf die mitgetheilte theoretische Erklärung zurückführte, noch unbekannt Erreger wurde seither mit größter Wahrscheinlichkeit als DUCREY-UNNA'scher Bacillus entdeckt. Ich stehe also heute auch auf dem dualistischen Standpunkte, daß für Syphilis und Ulcus molle zwei verschiedene Erreger existiren, nur erscheint es mir wahrscheinlich, daß gewöhnlich beide Erreger im Primäraffect vorhanden sind, und der verschiedene Verlauf der Infection von dem Antagonismus derselben abhängt.¹⁾ Ich weiß sehr wohl, daß diese Theorie manche Frage offen läßt, wie z. B. warum doch zuweilen nach einem Ulcus molle allgemeine Syphilis erfolgt; ich gehe aber nicht weiter auf diese Fragen ein, weil es mir nicht darum zu thun ist, eine neue Theorie aufzustellen, sondern meinen zu machenden Vorschlag auch theoretisch zu erläutern. Hauptsächlich gründet sich eben mein Vorschlag auf die klinische Thatsache, daß bei stark eiterndem Ulcus und Bubo keine Syphilis eintritt; sollten die therapeutischen Versuche in meinem Sinne gelingen, dann wird es an der Zeit sein, die Theorie näher zu erörtern.

Bevor ich nun die Ergebnisse meiner Theorie für die Behandlung des primären Ulcus erörtere, verweise ich darauf, daß man schon wiederholt, aber stets vergeblich, eine Abortivbehandlung desselben versucht hat. Ich halte die in neuester Zeit versuchte Excision für noch irrationaler, als die früher geübte Aetzmethode. Wohl aber zeigt uns die Natur selbst den Weg, den wir einschlagen müssen, um das Syphilis-Contagium zu vernichten. Wir müssen im Ulcus eine tiefergehende Eiterung hervorrufen, und zwar wohl am besten, wenn es uns gelingt, eine Infection durch den Erreger des Ulcus molle herbeizuführen, von dem wir wissen, daß er mit Erfolg den gleichen Weg durch die Lymphgefäße zu den Drüsen einschlägt.

Mein therapeutischer Vorschlag geht deshalb dahin, auf ein schwach eiterndes primäres Ulcus Eiter von einem Ulcus molle einzupflanzen, um eine stärkere Eiterung hervorzurufen, welche auch zu eiternden Bubonen führen soll.

Für die Anhänger der Unicitätslehre, zu denen Sie, geehrter Herr Professor, gehören, brauche ich meinen Vorschlag nicht weiter zu begründen; ich suche künstlich denselben Weg zu gehen, auf dem in der Natur die allgemeine Syphilis in der Regel verhindert wird. Ich glaube aber, daß auch die Anhänger der herrschenden Dualitätslehre meinen Vorschlag annehmen dürfen. Es ist neuerer Zeit schon mehrfach der Versuch gemacht worden, eine Gewebserkrankung durch eine zweite Infection zu bekämpfen, z. B. das Carcinom durch Impfung mit Erysipelaskokken oder in neuerer Zeit durch Malaria-Impfung; ich glaube, daß mein Vorschlag für die Syphilis durch die klinische Erfahrung viel berechtigter gestützt erscheint. Ich will noch einmal auf den Unterschied hinweisen, der zwischen der Excision oder energischen Aetzung der Sklerose und der von mir vorgeschlagenen Impfung besteht. Bei der Excision begehen wir denselben Fehler, den ein Feldherr begeht, der die Nachhut eines Feindes in einer von diesem eroberten Stadt aufhebt und meint, damit die feindliche Armee vernichtet zu haben. Bei der Impfung mit Ulcus molle können wir fast sicher darauf rechnen, daß die neue Infection die alte einholen wird, da sie viel schneller die Leistendrüsen erreicht als die alte. Bei der Excision oder Aetzung zerstören wir vielleicht den Lagerplatz und die Nachhut einer feindlichen Armee, während diese ungehindert weiterzieht; bei der Impfung mit dem Secret des Ulcus molle können wir hingegen erwarten, daß wir die ganze feindliche Armee vernichten, da wir wissen, daß das Contagium des Ulcus molle rascher vorschreitet, als das Syphilis-Contagium. Wir werden durch eine

gelungene Impfung des Ulcus molle wahrscheinlich auch weiche Bubonen bekommen, also das Syphilis-Contagium auf seiner zweiten Etappe erreichen.

Ich habe ganz allgemein von der Impfung mit dem Secrete des Ulcus molle gesprochen, obwohl vielleicht mit den aus dem Secrete gezüchteten Bacillen die Impfung besser oder gefahrloser gelingen kann als mit dem Gesamtsecret. Ich halte es aber für eine Gedankenspielerei, meinen Vorschlag detaillirter auszuführen; ist doch jede Experimentalarbeit eine Reise in ein unbekanntes Land, wo jeder Schritt erst die Directive für den folgenden gibt und das best geplante Gebäude sich oft als ein Luftschloß erweist.

Was die Chancen meines Vorschlages betrifft, bilde ich mir nicht ein, daß er im günstigen Falle immer die allgemeine Syphilis verhüten muß, dagegen spricht schon die oben angeführte klinische Erfahrung; wenn aber die Impfung sie nur in der Regel verhüten und stets mildern würde, so dürfte es kaum einen vernünftigen Kranken geben, der die Gefahren der Syphilis kennt, der sich nicht dieser relativ gefahrlosen Therapie unterziehen würde, wobei ich natürlich voraussetze, daß sie mit allen nothwendigen Cautelen geübt wird.

Zum Schlusse noch einige Worte, warum ich meinen Vorschlag nicht einem jüngeren Fachmanne mitgetheilt habe, der ihn verwerthen und prüfen könnte, sondern ihn gleich veröffentlichte.

Bei der heute herrschenden Strömung wird nicht nur der sträfliche Uebereifer einzelner Aerzte mit Recht verfolgt, sondern jeder experimentirende Therapeut setzt sich der Gefahr aus, vor der Oeffentlichkeit verleumdet zu werden, wenn die Methode seiner Therapie von der gewöhnlichen abweicht. Wer weiß, ob heute die Vaccination durchdringen könnte, wenn sie nicht schon durch die Tradition geschützt wäre; gehen doch die Pharisäer der Humanität so weit, daß sie, um Frösche und Kaninchen zu schonen, den Menschen seinen Leiden erliegen lassen wollen.

Wenn aber die Männer der Wissenschaft früher meinen Vorschlag discutiren und billigen, wird jeder Fachmann die Gefahr der Verleumdung mit gutem Gewissen wagen können.

Endlich möchte ich mich noch als alter Praktiker vor dem Verdachte allzugroßen Sanguinismus schützen. Ich weiß, daß das Wort GRIESINGER's vor allem in der Therapie gilt: „Je stärker man ausholt, desto leichter schlägt man daneben“; ist doch noch nicht einmal die erste Bedingung meines Vorschlages, daß die Impfung des Ulcus molle auf oder neben dem Ulcus durum haftet, sicher vorauszusetzen.

Um etwaigen Prioritäts-Velleitäten zu begegnen, bemerke ich noch, daß mein Vorschlag mit der vor Jahrzehnten geübten Methode der Syphilisation im Gedankengange nichts gemein hat.

Die Durchtrennung der Beinhaut ist nicht als eine an sich schwere Verletzung nach § 152 aufzufassen.

Von **Dr. P. Defranceschi**, ordin. Arzt des Kaiser Franz Josef-Spitals in Rudolfswert (Krain).

In meiner 7jährigen gerichtsärztlichen Praxis bin ich sehr oft in die unangenehme Lage gekommen, dem Gutachten der ersten Sachverständigen in der Richtung, ob eine bis auf den Knochen reichende Verletzung an sich als schwer zu beurtheilen sei, widersprechen zu müssen. Es wurde nämlich immer behauptet, daß eine jede solche Verletzung als schwer zu erklären sei, eben deswegen, weil sie den Knochen bloßlege. In einem Falle wurde wegen dieser Meinungsverschiedenheiten ein Facultätsgutachten eingeholt, welches ich hie mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des Gegenstandes sammt dem Vorgutachten veröffentlichte. Dem Befunde ist Folgendes zu entnehmen:

¹⁾ Ohne hier eine weitere Hypothese zu entwickeln, bemerke ich, daß es möglich ist, daß auch die nicht immer auftretende Induration einen specifischen Erreger zur Ursache hat.

„Am linken Stirnbeine befindet sich eine schief verlaufende, 4 Cm. lange, scharfrandige Durchtrennung der Stirnhaut. Mit der Sonde gelangt man in der ganzen Länge der Verletzung auf glatten, nackten Knochen.“

Das Gutachten lautet dahin, daß „die Verletzung eine durch einen Schlag mit einem scharfkantigen Werkzeuge entstandene Schnittwunde darstellt, welche, da sie den Knochen bloßlegt, als schwer zu bezeichnen ist. Berufsunfähigkeit 6 Tage, Heilungsdauer 14 Tage“.

Da der Beschädigte erwiesenermaßen bereits nach neun Tagen seinem Berufe nachgehen konnte, wurden die Sachverständigen am Sitze des Gerichtshofes eingeladen, nach Einsichtnahme in die Acten ihr Gutachten abzugeben, insbesondere in der Richtung, ob die Bloßlegung des Knochens ein wichtiges Kriterium für die an sich schwere Verletzung bilde.

Das Gutachten lautete folgendermaßen:

Die in dem gerichtsarztlichen Befunde erwähnte Verletzung wurde von den Gutachtern als an sich schwer beurthet, und zwar mit der Begründung, „da sie den Knochen bloßlegt“. — Es muß zugegeben werden, daß die Aerzte bezüglich der Beurtheilung von Beinhautdurchtrennungen verschiedener Ansicht sind. Die große Mehrzahl bezeichnet solche Verletzungen als an sich schwer, jedoch ohne weitere Begründung dieser Beurtheilung.

Wir jedoch sind der Ansicht, daß man nicht nur die Thatsache der Durchtrennung der Beinhaut, sondern auch andere Gründe anführen sollte, wie z. B.: „Größere Wahrscheinlichkeit der Infection bei ausgedehnteren Beinhautverletzungen, unter Umständen sogar Ausbreitung der eingetretenen Eiterung auf die Hirnhaut, Absterben einzelner Knochenbezirke u. s. w.“. In solchen Fällen wäre allerdings die Verletzung einwandfrei als an sich schwer zu bezeichnen, denn bei dieser wäre ein wichtiges Organ getroffen und in seinen Functionen gestört.

Soll der Knochen absterben, so muß die Beinhaut in einer größeren Ausdehnung absterben; geringfügige Verletzungen der Beinhaut behindern die Ernährung des Knochens nicht.

Im vorliegenden Falle war die Durchtrennung der Beinhaut 4 Cm. lang (Breite ist nicht angegeben), es dürfte demnach die Wunde linear gewesen sein.

Mit Rücksicht auf diesen Befund und hinweisend auf die Angabe des Platzmeisters, der Beschädigte hätte bereits nach 9 Tagen als Zimmermann in gewohnter Weise gearbeitet, können wir eine längere Zeit andauernde Gesundheitsstörung nicht annehmen.

Hiebei betonen wir, daß die Gesundheitsstörung nicht identisch ist mit der Heilungsdauer, in welchem Falle nahezu jede Weichtheilwunde den Thatbestand der schweren körperlichen Beschädigung bilden würde.

Nach diesen Ausführungen geben wir unser Gutachten dahin ab, daß die bis auf den Knochen reichende Weichtheilverletzung an sich leicht war und eine Gesundheitsstörung und Berufsunfähigkeit von 9 Tagen zur Folge hatte.

Angesichts der Divergenz der gerichtsarztlichen Gutachten und in der Erwägung, daß es sich um die endgiltige Lösung einer principiell wichtigen Frage handle, wurde über Antrag der Staatsanwaltschaft das Gutachten der medicinischen Facultät in Graz eingeholt, welches hiemit wörtlich wiedergegeben wird:

Unser Gesetz kennt 3 Grade der nicht tödtlichen Verletzungen, die leichte, die schwere und die lebensgefährliche (§§ 152, 155, 411 St.-G.), und verpflichtet den ärztlichen Gutachter, jede concrete Verletzung in eine dieser Kategorien einzureihen (§ 132 St. P. O.).

Während es in der Regel keine Schwierigkeit bereitet, vom Anfang bestehende oder während der Wundbehandlung auftretende Lebensgefahr festzustellen, hat der Begriff der schweren Verletzung seit dem Bestande des gegenwärtigen

Strafgesetzes Aerzten und Richtern die größte Schwierigkeit bereitet und am häufigsten Anlaß zu Controversen unter Aerzten, sowie zwischen Aerzten und Richtern gegeben, so zwar, daß die Aerzte diese Wundqualification zu Zeiten ganz ablehnen zu können glaubten und die Entscheidung hierüber den Richtern zuschoben, — allerdings mit Unrecht, denn nach § 132 St. P. O. muß sich der Arzt unbedingt über die Schwere einer Verletzung äußern, und es liegt auf der Hand, daß auch nur er imstande ist, darüber ein maßgebendes Urtheil zu besitzen, wann einer Verletzung ein schwerer Charakter zukommt und wann nicht.

Die Schwierigkeit der ärztlichen Beurtheilung liegt darin begründet, daß die Grenze zwischen schwerer und leichter Verwundung wissenschaftlich nicht feststellbar ist. Schwer und leicht sind Bezeichnungen für graduelle Unterschiede ein und derselben Art, sei es einer Krankheit, sei es einer Verwundung. So sprechen die Aerzte von leichter und schwerer Lungenentzündung, leichtem und schwerem Typhus u. s. w. und bezeichnen damit eine bestimmte Gefahrengröße, die nach dem Fehlen oder Vorhandensein gewisser Symptome im Krankheitsbilde auf Grund von Erfahrungen eingeschätzt wird.

Nicht anders verhält es sich bei den Verletzungen; man bezeichnet eine Verletzung dann als schwere, wenn der Bestand eines höheren Grades von Gefährlichkeit zum Ausdrucke gebracht werden soll. Der Grad der Gefährdung ist vor allem von der physiologischen Werthigkeit des verletzten Theiles, dann von der Beschaffenheit der Wunde (Quetschung, Lappenbildung u. dgl.), dagegen im geringeren Maße von ihrer Ausdehnung abhängig. So ist unzweifelhaft eine nur 1—2 Cm. lange Stichwunde, durch die ein Nervensystem, ein größeres Blutgefäß oder eine Sehne durchtrennt wurde, eine ungleich schwerere Verletzung als eine 15—20 Cm. lange, scharfrandige Hautschnittwunde.

Von solchen Ueberlegungen ausgehend, werden unwidersprochen Verletzungen functionell wichtiger Körpertheile als schwer, functionell weniger wichtigere Theile als leicht bezeichnet.

Mit Recht und ausnahmslos gelten Verletzungen der inneren Organe, der wichtigeren Nerven, Blutgefäße und Muskel und Sehnen, sowie Knochenbrüche und Verletzungen der Gelenke als an sich, d. h. ihrer allgemeinen Natur nach, als schwer.

Alle Verwundungen, welchen ein schwerer Charakter nicht zugesprochen werden kann, sind als leichte zu bezeichnen. Bei den unzählbar mannigfachen Abstufungen, welche Verletzungen darbieten können, liegt es auf der Hand, daß es manche gibt, bezüglich welcher es schwer ist, zu entscheiden, ob sie in die eine Kategorie oder in die andere eingereiht werden sollen. Zu diesen von vorneherein zweifelhaften Beschädigungen gehören auch gewisse Arten der Schädelverletzungen, wie die der Facultät heute zur Beurtheilung vorliegende es ist.

Die Gerichtsärzte von R. haben ganz richtig betont, daß viele Aerzte die Durchtrennung aller Weichtheile des Schädels und die Bloßlegung des Knochens als an sich schwere Verletzung zu bezeichnen pflegen, wie es die ersten Gutachter thatsächlich gethan haben; sie führen aber weiter aus, daß es ihrer Meinung nach nicht genüge, wenn Knochen bloßgelegt würden, sondern es müßten noch andere Erscheinungen vorhanden sein, um den schweren Charakter der Verletzung zu begründen. — Und darin haben sie auch Recht! —

Die Schwere einer jeden Kopfverletzung hängt vor Allem von dem Grade der Mitbetheiligung des Gehirnes oder der Gefährdung dieses Binnenorganes der Schädelkapsel ab, während die bloße Durchtrennung der äußeren Weichgebilde — auch wenn der Knochen bloßgelegt würde —, an sich noch keine besondere Gefahr birgt. Es ist daher die mit einem scharfen Werkzeuge erfolgte Durchtrennung der weichen Schädeldecken und der Beinhaut in einer Länge von 4 Cm.

wenn andere Begleiterscheinungen nicht vorhanden wären, nicht als schwere Verletzung zu bezeichnen.

Dieselbe Wunde aber an gleicher Stelle und in gleicher Größe, durch Schlag mit einem stumpfen Werkzeuge gesetzt, würde, wie in solchem Falle wahrscheinlich, stark gequetschte Ränder, aufgewühlten, zertrümmerten Grund, umfängliche Abhebung vom Knochen durch extravasirtes Blut aufweisen und mit Ohnmacht, Gehirnerschütterung, Lähmungen, Sinnesstörungen u. dgl. verbunden sein, wäre daher unter die schweren einzureihen.

Da nun im vorliegenden Falle alle für die forensische Beurtheilung wichtigen Angaben fehlen, mit Ausnahme der bei der gerichtsarztlichen Untersuchung festgestellten Thatsache, daß die Aerzte mit der Sonde auf Knochen stießen, da ferner nicht festgestellt erscheint, mit welchem Werkzeug und in welcher Art die Verletzung beigebracht wurde und bezüglich des Verletzten nur die Volltrunkenheit und der Umstand hervorgehoben wird, daß er nach der Rauferei vom Zeugen N. heimgeführt wurde, da endlich auch keine ärztliche Behandlung stattfand, somit über den Verlauf der Wundheilung nichts vorliegt, — so kann die Facultät die Ueberzeugung nicht gewinnen, daß die Verletzung des A. P. eine schwere gewesen sei.

Zwar ist die Dauer der Gesundheitsstörung und Berufsunfähigkeit nicht maßgebend für das Urtheil, ob eine Verletzung an sich schwer oder leicht zu bezeichnen ist, — es muß aber doch auffallen, daß der Verletzte schon am 9. Tage, wenn auch noch mit verbundenem Kopfe, seine Arbeit wieder aufnahm und selbst nach dem Urtheile der ersten Gerichtsärzte die Gesundheitsstörung auf nur 14 Tage veranschlagt werden konnte.

Auf Grund des Vorstehenden fasst die Facultät ihr Gutachten dahin zusammen:

1. Die Verletzung des A. P. kann nicht an sich als **schwere** bezeichnet werden.

2. Die durch sie veranlaßte Gesundheitsstörung und Berufsunfähigkeit haben die Dauer von mindestens 20 Tagen nicht erreicht.

3. Die Thatsache, daß bei einer Schädeldwunde der Knochen bloßliegt, genügt für sich allein noch nicht, um die Verletzung als (an sich) schwer zu erklären, sondern es muß dies auf Grund der Gesamterscheinungen in jedem einzelnen Falle beurtheilt werden.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau. *)

(Fortsetzung.)

Die regionäre Cyanose.

Ich habe im vorigen eine Form der Kreislaufsstörung nur gestreift, welche der venösen Hyperämie bei behindertem Abfluß ähnelt; in ihren höchsten Graden kann man sie locale Asphyxie nennen (RAYNAUD), doch ist die Bezeichnung als regionäre Cyanose (nach WEISS) wohl mehr umfassend. Diese Form ist nicht nur praktisch wichtig, sondern es knüpfen sich auch gerade an den Versuch, das örtliche Auftreten dieser Cyanose zu erklären, die wichtigsten Fragen über den örtlichen Kreislauf. Eine ausführliche Erörterung ist daher nöthig, ja es erweitert sich auch das Verständnis für alle in dieser Arbeit geschilderten Störungen bei Darlegung dieser Verhältnisse.

Wir haben bisher nur diejenigen Hyperämien besprochen, bei welchen die Masse des in der Zeiteinheit das Gewebe passirenden Blutes vermehrt, seine Geschwindigkeit erhöht

ist. Es gibt aber — ohne jede grob anatomisch nachweisbare Stauungsursache — Zustände, bei welchen das mehr oder minder stark vermehrte Volumen und die Färbung einen übernormalen Gehalt von Blut, respective von Blut und Flüssigkeit im Gewebe anzeigt, während der dunkle Ton der Färbung, sowie die Kühle eine Verlangsamung der Strömung erschließen läßt.

Besonders an der Haut lassen sich diese Erscheinungen oft und mit Sicherheit beobachten. Häufig sind die peripheren Theile (Hände, Füße, oder gar nur einzelne Finger und Zehen; Ohren; Nase u. s. w.) befallen, doch können sie überall auftreten. Auch an der Rachen- und Mundschleimhaut kommt Gleiches vor (SOLIS-COHEN), was ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann; ebenso an der Nasenschleimhaut. Und es gibt zureichende Gründe, ähnliche Vorgänge in inneren Organen (Lunge, Leber, Uterus) bei unseren Kranken anzunehmen. Die Ausdehnung der Affection ist natürlich sehr verschieden, ebenso die Abgrenzung derselben. Meist geht der Herd allmählig in die Umgebung über; oft liegen benachbarte Zonen von localer Synkope oder (seltener) von arterieller Hyperämie auf der Haut, oder diese Gebiete schieben sich in ganz wunderlicher Abgrenzung ineinander. Es ist ferner bemerkenswerth, daß nicht selten die Attaquen dieser Cyanose — die übrigens auch gar nicht selten in constanter Form auftritt, s. u. — Folgen oder Vorläufer einer anderen der beiden oben besprochenen Kreislaufsstörungen sind, so daß sich ein enger Zusammenhang ergibt.

Bezüglich der Farbe hebe ich noch hervor, daß sie häufig nicht ganz der bei gewöhnlichen Stauungszuständen entspricht: sie hat bei der localen Cyanose sehr oft einen Stich ins Graue, manchmal ist auch eine zinnoberrothe Nuance beigemischt. Bei anhaltendem Druck wird die Haut weiß. Durch Temperatureize beider Richtungen treten oft Farbenveränderungen auf: normale, leichenblasse oder sehr hellrothe Farbentöne; ein bestimmtes Gesetz über den Modus dieser Umwandlung scheint nicht zu bestehen, sie ist individuell verschieden.

Wie kann ein solcher Zustand auf nervöser Basis, ohne manifeste Stauungsursache, zustande kommen? Warum fließt das Blut, ob es nun in verminderter, normaler oder vermehrter Menge zufließt, in so langsamer und ungenügender Weise ab?

RAYNAUD und nach ihm viele andere, unter denen ich nur v. RECKLINGHAUSEN (l. c.) erwähne, gehen von einer derartigen Sperrung der arteriellen Gefäßbahn aus, daß das Blut aus den zugehörigen oder benachbarten Venen oder Capillaren in das unter sehr vermindertem Druck stehende Capillarsystem einströmen muß; dann fehlt natürlich eine Kraft, die es wieder heraustreibt. Auf Unterfragen, ob z. B. die Venen oder die Capillaren das in den leeren Bezirk strömende Blut liefern, gehe ich gar nicht ein.

Dagegen läßt sich vielerlei einwenden. Zunächst könnte die Absperrung des Blutes in solchen Fällen nur in den großen Zuflußröhren geschehen, während das Gewebe dilatirt, für Blut aufnahmefähig bleibt. Nun haben wir oben die eigenthümliche Synergie zwischen Zuflußröhren und Gewebe in ihrer Aufnahmefähigkeit für Blut geschildert. Solange, wie das bei den Anämien auf nervöser Basis sonst der Fall ist, in den Geweben, id est den Capillaren und den ihnen nahestehenden Gefäßen der Widerstand ein großer bleibt, ist eine solche Füllung aus Venen und Capillaren, wie er bei einer Gefäßembolie vorkommen mag, unmöglich. Man müßte also zunächst die Hilfhypothese aufstellen, daß jene Synergie bei diesen Fällen gelitten hat, daß das Capillarsystem hier bei verschlossener Arterie keinen Widerstand bietet; und man könnte dies als Grund anführen, warum sonst so oft bei intensiver und langer Synkope keine Cyanose auftritt.

Wäre mit dieser Hilfhypothese die Theorie noch haltbar, so ist ferner einzuwenden, daß eine Sperrung der arteriellen Blutzufuhr bei diesen Störungen keineswegs nöthig ist. Synkope geht ja dem Anfall der Asphyxie öfter vorher, aber

*) Siehe Nr. 48.

doch lange nicht immer, ja es kann sich, wenn auch nicht so häufig, die Cyanose unmittelbar aus einem Zustande congestiver Hyperämie entwickeln. Dies, sowie die manchmal vorhandene zinnberrothe Nuance beweist, daß die Blutzufuhr durch die Arterien noch ganz reichlich sein kann. Und auch wo mangelhafte Zufuhr vorhanden erscheint, ist ein so völliges Stocken derselben, wie es die Theorie erfordert, als Regel höchst unwahrscheinlich. Es gibt Fälle von derartiger chronischer Cyanose, wo das Gewebe nach jahrelangem Bestehen keine nennenswerthe Ernährungsstörung zeigt, und jeder Lanzettstich beweist in diesen und den meisten leichteren und mittelschweren Fällen, daß noch genügend Blut fließt. Nur bei den allerschwersten Attaquen, die aber zu jenen alle Uebergänge bieten, besteht ein Zustand, der an Stase erinnert.

Endlich betrachte man die Gefäßvertheilung in der Haut, wo wir jene Symptome besonders beobachten können. Arterielle Anastomosen sind hier in genügender Zahl vorhanden. Ist in einer begrenzten Hautpartie das Zufuhrgefäß gesperrt, so können diese Anastomosen entweder sich normal verhalten, und dann müssen sie die Blutzufuhr des gefährdeten Gebietes übernehmen. Oder aber sie sind ebenfalls ganz oder zum größten Theile geschlossen, dann ist schwer verständlich, wo das Blut in der cyanotischen Partie herkommt. Besonders auffällig ist das Auftreten livider Flecke in einer ganz anämischen Körperregion; ist anzunehmen, daß diese fast blutleeren Gewebe noch Blut an die Nachbarschaft abgeben?

Plausibler klingt eine zweite Theorie, die WEISS vertreten hat: er führt die Asphyxie auf mangelnden Blutabfluß infolge nervös bedingter Venencontraction zurück. WEISS beobachtete in einem Falle wiederholt, wie einzelne Venen des Fußrückens sich allmählig bis zum Verschwinden ihres Lumens zusammenzogen, und wie in demselben Maße die vorher ganz normale Rückseite der Zehen cyanotisch wurde.

Es ist wohl zuzugeben, daß die Venen bei eintretender Anämisierung eines Bezirks sich dem verminderten Blutzufuß entsprechend verengern, und in der That sah BARLOW³⁶⁾ bei asphyktischen Anfällen an der Hand zugleich den Radialpuls unfühbar werden und die dorsalen Handvenen in charakteristischer Weise sich verengern; es ist auch zuzugeben, daß die übermäßige Erhöhung des auch normaler Weise vorhandenen Venentonus bei der Entstehung der localen Asphyxie in seltenen Fällen mitsprechen mag.

Zunächst ist aber gegen eine allgemeine und ausschlaggebende Rolle der Venencontraction einzuwenden, daß dieselbe an den sichtbaren Venen in der Regel vermißt wird. Ich selbst habe sie in meinen Fällen von localer Asphyxie nie gesehen, ja gewöhnlich waren sogar die abführenden Venen stärker, als normal, gefüllt, erhielten also das Blut des befallenen Gebietes, allerdings mit verminderter Triebkraft. Das eigenthümliche Anschwellen der Venen fällt oft den Kranken selbst auf.

Es muß überhaupt als sehr unwahrscheinlich betrachtet werden, daß das Venensystem mit seinen zahllosen Anastomosen und seinem immerhin schwachen Muskellager imstande sein soll, den Blutstrom, zuweilen sogar bei reichlicher Zufuhr (s. o.), derart zu hemmen. Besonders für cyanotische Flecke, die in normalem Gewebe auftreten, ist ein solcher Abschluß schwer verständlich. Noch weniger ist ein dauernder Krampfzustand als befriedigender Grund für das chronische Auftreten der Affection zu betrachten; lehrt doch auch der Thierversuch, daß die Contraction der Venen bei wiederholter Reizung der Nerven immer schwächer wird (THOMPSON).³⁷⁾

Daß die Färbung der regionären Cyanose in der Regel nicht ganz der bei sonstiger Venenstauung entspricht, wie erwähnt, mag als weiterer Beleg des Unzureichenden dieser Theorie dienen.

Es sei endlich daran erinnert, daß locale Asphyxie zuweilen auf Grund von Schädigungen eintritt, welche ganz evident eine Lähmung des gesammten Gewebes bewirken; ist es wahrscheinlich, daß starke Kältegrade, selbst in Fällen, wo sich der Kreislauf nicht wieder herstellt, sondern Nekrose eintritt, eine so hartnäckige Contraction der Venen hervorrufen? Dasselbe gilt von der Cyanose gelähmter Glieder.

Es ist also weder die Contraction der Arterien noch die der Venen, welche eine Erklärung des Phänomens gibt. Der Fehler muß im Gewebe selbst liegen.

SAHLI³⁸⁾ nimmt eine derartige Erweiterung des Strombettes (doch wohl besonders in den kleinen und kleinsten Gefäßchen) an, daß zwar auf den kürzesten Stromwegen eine noch ziemlich erhebliche Geschwindigkeit bestehen bleibt, in allen abseits liegenden Bahnen aber infolge unzureichender vis a tergo Stagnation eintritt: eine Art „Versumpfung“. Abgesehen davon, daß diese Theorie der Zusammengehörigkeit der localen Asphyxie mit der localen Synkope, wie sie uns klinisch oft entgegentritt, durchaus keine Rechnung trägt, zeigt der Versuch, daß auf engbegrenzten Gebieten eine enorme Erweiterung des Strombettes (siehe die oben erwähnte Chordareizung) immer eine Beschleunigung des Blutstroms bedingt.

Nicht die Erweiterung der Strombahn, wie SAHLI meint, sondern der Verlust an Contractionsfähigkeit ist der maßgebende Factor. Es ist dieser Theil der Triebkraft, der sonst den Transport des Blutes aus dem arteriellen in das venöse Stromsystem mit zu besorgen hat, der bei der örtlichen Cyanose insufficient geworden ist.

Die Thätigkeit der Gewebe, in welche die Capillaren und die ihnen nahestehenden Gefäßchen eingebettet sind, die Systole und Diastole der zum Organ zusammengefaßten Maschinen als höchst wichtiger Factor des Kreislaufs ist von O. ROSEN-BACH (l. c.) hervorgehoben worden, dem ich mich entschieden anschließe. Dieser Factor, gewöhnlich durchaus vernachlässigt, besonders wohl auch deshalb, weil er experimentell kaum zu fassen ist, spielt, wie in der Pathologie überhaupt, so auch bei den Störungen des örtlichen Kreislaufes eine ausschlaggebende Rolle. Die Erweiterung und Verengung der Blutbahn im Gewebe regulirt nicht nur, wie oben erörtert, die Masse des jeweilig zuströmenden Blutes, sondern, unter dem Reiz der vom Herzen zugesandten Wellen eintretend, ist diese protoplasmatische Thätigkeit, durch eine Art von Ansaugung und Fortstoßung, ein ungemein wichtiger Motor für den Blutstrom. Eine gewisse Zeit, bei ganz vorübergehender Anstrengung, kann das Herz auch ohne diese Mithilfe das Blut ins venöse Gebiet herüberschleudern, aber lange, möglicherweise schon mehrere Minuten lang, ist dies nicht mehr in genügender Weise möglich.

Die örtliche Cyanose kommt zustande, wenn bei normaler, verminderter oder seltener auch vermehrter Zufuhr (daher die bald mehr graue, bald mehr zinnberrothe Farbe) das Gewebe in seiner motorischen Thätigkeit theilweise oder ganz nachläßt. Es kann dies z. B. durch directe Lähmung der Zellen (Kälte, Vergiftungen, zu lange Absperrung des Blutes) geschehen, oder auch, wie in den uns beschäftigenden Fällen, infolge nervöser Lähmung; denn es ist nicht zweifelhaft, daß auch diese Thätigkeit des Gewebes von nervösen Elementen beherrscht wird.

Bei der ungemeinen Wichtigkeit dieser Verhältnisse auch für die von uns beschriebenen Krankheitszustände muß ich die Begründung der ROSEN-BACH'schen Lehren wenigstens kurz skizziren.

³⁸⁾ SAHLI, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig u. Wien 1899, pag. 27.

(Fortsetzung folgt.)

³⁶⁾ BARLOW, WEISS und RAYNAUD, citirt nach CASSIRER, l. c.

³⁷⁾ THOMPSON, Arch. f. Anat. u. Physiol., physiol. Abth., 1893.

Referate.

JULIUS BARTEL (Wien): Zur Aetiologie und Histologie der Endocarditis.

Jede verruköse Endocarditis ist mykotischen Ursprunges. Auch für jene Form, wie wir sie beim acuten Gelenksrheumatismus finden und wobei es zur Bildung von feinen Vegetationen, entlang dem ganzen Schließungsrand der Klappe, kommt, ist der Beweis des mykotischen Ursprunges als bereits erwiesen zu betrachten. Mit dem Eintritt von Organisationsvorgängen findet aber in der Regel ein Absterben der Mikroorganismen statt, so daß dann Fälle mit theilweise oder schon völlig organisirten Efflorescenzen, die ungleich häufiger am Leichentische zur Beobachtung kommen als acute Endocarditiden, steril gefunden werden. Höchstens noch in subacuten Fällen mag es mitunter gelingen, Mikroorganismen, die mit der Endocarditis in ursächlichem Zusammenhang stehen, nachzuweisen. Es ist daher ein selbstverständliches Gebot, daß man bei Untersuchungen über die Aetiologie von Endocarditiden nur ganz frische, d. i. acute Processe heranziehen darf, Fälle, bei denen also noch keine Organisationsvorgänge an den Vegetationen zu sehen sind. Urtheile hingegen, die sich auf solche Fälle stützen, in denen wir schon in Organisation begriffene oder bereits völlig organisirte Efflorescenzen vor uns haben, können demnach keinen Anspruch auf Anerkennung machen, da in derartigen Fällen in der Regel sich keine Bakterien mehr erhalten haben, während sie in acuten Fällen stets gefunden werden können („I. VIRCHOW-Nummer der Wr. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 41).

Ob sich in alten verkreideten, endocarditischen Producten nach schweren, ulcerösen Processen, in Analogie mit anderweitigen, veralteten mykotischen Processen, noch entwicklungsfähige Keime der ursprünglichen Erreger finden können, die ein Recidiviren und Aufflackern des endocarditischen Processes aus sich selbst, also auch ohne Annahme einer neuerlichen Infection, erklären können, will B. trotz seiner culturell positiven Befunde nicht in unzweifelhaft positivem Sinne entscheiden, nachdem er die Mikroorganismen wohl in der Cultur gefunden hat, aber sie nicht auch in Schnitten mit Bestimmtheit nachweisen konnte. Als nicht ganz unwahrscheinlich jedoch bezeichnet er es, daß thatsächlich Derartiges gelegentlich der Fall sein könne.

Streng zu unterscheiden von der Endocarditis verrucosa sind jene Vegetationen, die in geringer Zahl an den Klappen Tuberculöser und bei kachektischen Zuständen anderer Art sich vorfinden. Nicht nur ätiologisch sind sie verschieden von endocarditischen Producten, da sie nicht durch Mikroorganismen bedingt werden, sondern auch histologisch sind sie zu trennen von endocarditischen Vegetationen. Ob diese thrombotischen Auflagerungen, wie behauptet wird, durch Bacterientoxine entstehen können, muß wohl noch dahingestellt bleiben. Bisher hat man für diese Anschauung noch keinen Beweis erbracht. Da nun solche thrombotische Auflagerungen auch in Fällen sich vorfinden, bei denen infolge von Abwesenheit eines jeden bacteriellen Processes auch keine Gelegenheit zur Bildung von Toxinen gegeben ist, so ist es viel näherliegender, diese Thromben auf die schweren Kreislaufstörungen bei kachektischen Zuständen zurückzuführen. Findet man nur einzelne Vegetationen an einer Klappe, so ist dieser Umstand für die makroskopische Beurtheilung kein unbedingt sicherer Anhaltspunkt, eine Endocarditis auszuschließen, da ja auch die Endocarditis gelegentlich in Form nur einzelner Excrescenzen an der Klappe sich vorfindet. Umgekehrt jedoch kommt es nur sehr selten vor, daß sich Thromben unter dem typischen Bilde der verrukösen Endocarditis, entlang des ganzen Klappensaumes, entwickeln, und man wird daher ungleich seltener in Zweifel sein können über die Diagnose einer Endocarditis, wenn man Vegetationen entlang des ganzen Klappensaumes vorfindet. Da auch der culturelle Befund kein sichereres Unterscheidungsmerkmal ist zwischen Endocarditis und einfachen Thromben, verdient die histologische und die bacteriologische Untersuchung als zumeist ausschlaggebendes Kriterium in unklaren Fällen wohl mehr Beachtung als es bisher der Fall war.

Br.

ADOLF PAYER (Graz): Zur Lehre von der Selbstentwicklung.

Auf Grundlage einer eigenen Beobachtung, sowie der in der Literatur beschriebenen, einwandfreien Fälle gibt P. („Sammlung klin. Vorträge“, Nr. 314) eine erschöpfende Darstellung des heutigen Standes der Lehre von der Selbstentwicklung. Alle Beobachtungen stimmen zunächst darin überein, daß nach dem ungünstigen Abflusse des gesammten Fruchtwassers bei Querlagen infolge der nunmehr erwachenden kräftigen Wehentätigkeit die Schulter in die Beckenmitte tritt, um für den weiteren Geburtsverlauf nebst dem eventuell vorgefallenen Arme den Führungspunkt abzugeben. Die größte Anzahl betrifft hiebei die dorso-anterioren Querlagen. Es kommt nun zu einem immer stärkeren Aneinanderrücken der Endpunkte des Kindeskörpers; der Kopf bleibt an der Linea innominata oder am oberen Symphysenrande hängen und wird durch das Nachrücken des Fruchtkörpers gegen den Darmbeinteller gedrückt, während der Rumpf des Fötus nachgedrängt wird. Dem weiteren Nachabwärtsrücken setzt jetzt der Hals der Frucht ein Hinderniß entgegen; er wird gezerzt und durch das Streben der Schulter, unter den Arcus pubis zu kommen, wo möglich nach vorne gezogen. Unter starker Ueberbeugung nach der Seite — bei dorso-posterioren Lagen unter starker Umdrehung des Körpers um seine Längsachse — tritt die Frucht dann bis zum Beckenboden herab und es werden nach Austritt der vorliegenden Schulter erst die der vorgefallenen Schulter entsprechende Thoraxhälfte, dann das Beckenende und schließlich die Beine über den Damm durch die Schamspalte geboren. Der nun in die Beckenhöhle nachrückende Kopf entwickelt sich mit dem zweiten Arme entsprechend dem Mechanismus der Beckenendlagen.

Die Zeit, in welcher sich diese Vorgänge abspielen, ist meist eine sehr kurze, während der Zeitabschnitt, der zwischen dem Blasensprunge und der Selbstentwicklung verstreicht, von 1 Stunde bis zu 7 Tagen dauern kann.

Wenn auch Spontangeburt von lebenden Kindern beschrieben sind, so ist es doch nicht gestattet, sich auf das Eintreten der Spontangeburt zu verlassen. Zu den günstigen Umständen, welche diese erfordert, gehört vor allem: ein geräumiges Becken, das Verstrichensein des Muttermundes und kräftigste Wehentätigkeit. Diese letztere aber führt gerade in der größten Anzahl von verschleppten Querlagen zu der so sehr gefürchteten Dehnung des unteren Uterinsegmentes und damit zur Uterusruptur. Als weitere begünstigende Momente können die Unreife und Maceration der Frucht, sowie das Vorgefallensein eines Armes in Betracht kommen.

FISCHER.

CARL HIRSCH (Leipzig): Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogenannten Fettherzen.

Ein Fettherz als Krankheit sui generis gibt es nicht. H. stimmt v. LEYDEN vollständig bei, wenn er die Bezeichnung „Fettherz“ durch „Herzbeschwerden Fettleibiger“ ersetzt wissen will. Diese Herzbeschwerden sind verschiedener Art und haben verschiedene Ursachen. Treten bei einem jüngeren muskelschwachen Fettleibigen (etwa unter 40 Jahren) Erscheinungen von Herzschwäche auf, so müssen wir zunächst daran denken, daß dieselbe durch das Mißverhältniß zwischen Körpermasse und Herzkraft bedingt sein kann.

Dabei muß aber insbesondere durch eine genaue Anamnese festgestellt sein, daß keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Coronarsklerose oder einer schweren functionellen Schädigung bestehen. Bei muskelstarken Fettleibigen (auch jüngeren Individuen) mit Herzinsufficienz muß in erster Linie an das Vorhandensein anatomischer oder schwerer functioneller Schädigungen gedacht werden. Es sind vor allem die Arteriosklerose, insbesondere Coronarsklerose, Nierenveränderungen, Arteriosklerose der Splanchnicusgefäße und chronische Myocarditis in Betracht zu ziehen („Münch. med. Woch.“, 1901, Nr. 47). Unter diesen im Einzelfalle oft recht schwierigen und complicirten Verhältnissen wird die Prognose ein Prüfstein sein für das diagnostische und therapeutische Können des Arztes. Der Schematismus hat gerade bei der Behandlung des sogenannten Fettherzens oft recht großen Schaden angerichtet.

Beruhet die Störung der Herzthätigkeit ausschließlich auf einem Mißverhältniß zwischen Körpermasse und Herzkraft, dann wird in vielen Fällen bei geeigneter Behandlung eine Heilung möglich sein. Schwere Insufficienzerscheinungen müssen freilich auch hier mit großer Reserve beurtheilt werden.

Schwerere Anfälle von Angina pectoris geben bei Fettleibigen im Allgemeinen eine sehr ernste Prognose. Die Herzbeschwerden muskelstarker Fettleibiger müssen nach den jeweiligen Complicationen beurtheilt werden. In manchen Fällen von schwerer Herzinsufficienz ist eine genauere Diagnose anfangs nicht selten unmöglich. Br.

SACKUR (Breslau): **Gelatine und Blutgerinnung.**

Verf. hat die Thierversuche von DASTRE und FLORESCO nachgeprüft und fand im Gegensatze zu diesen Beobachtern, daß im Versuchsschälchen frisch entnommenes Blut bei Zusatz von Gelatine nicht früher gerinnt als ohne solche und daß weder intravenös noch subcutan injicirte Gelatine die Gerinnung des danach dem Thiere (Hund) entnommenen Blutes zu beschleunigen vermag. Hingegen constatirte Verf., daß die Injection von Gelatinelösungen in die Blutbahn intravitale Gefäßverlegungen und Blutungen in Lunge, Herz und Niere zur Folge hat, und daß unter dem Mikroskop sich constante Veränderungen des Blutes bei Zusatz von Gelatine finden. In diesem Sinne kann man daher von einer die Coagulation befördernden Wirkung der Gelatine sprechen; dieselbe ist jedoch nicht gefahrlos, weil sich Thromben auch an anderen Stellen des Gefäßsystems entwickeln können, als am Orte der Blutung.

Verf. tritt daher dafür ein („Mitth. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 8, H. 1 u. 2), daß die subcutanen Gelatineinjectionen nur bei schweren Lungenblutungen angewendet werden, die einen letalen Ausgang zu nehmen drohen. Hingegen würden sich die Gelatineinjectionen in sackförmige, blutgefüllte Räume (Blutergelenke) sehr empfehlen, und thatsächlich ist in der Literatur ein solcher geheilter Fall mitgetheilt.

ERDHEIM.

H. VIETH (Ludwigshafen a. Rh.): **Ueber ein synthetisch gewonnenes Abführmittel („Purgatin“).**

Bei den milden Abführmitteln: Frangula, Cascara sagrada, Rhabarber, Aloë, sind zur Gruppe der Oxymethylantrachinone gehörige Substanzen die Träger der Wirkung. Es ist aber ihre Wirkung im reinen Zustand erheblich schwächer als in Form der Drogen. Da die Oxymethylantrachinone in größeren Mengen schwer zu gewinnen und ihre Darstellung daher kostspielig ist, wurde nach anderen Quellen der Darstellung gesucht. Unter allen hier in Betracht kommenden Körpern erwies sich das Anthrapurpurindiacetat am geeignetsten („Münchn. med. Wochenschr.“ 27. August 1901).

Das Präparat hat den Namen Purgatin erhalten. Es ist ein gelbes, mikrokristallinisches Pulver, dessen Schmelzpunkt bei 175° liegt. Es ist in Wasser unlöslich, schwer löslich in Alkohol, leicht löslich in siedendem Eisessig und Xylol. Verdünnte (1procentige) Sodalösung färbt sich mit dem Präparat alsbald roth. Die am Menschen eben wirksame Dosis von Anthrapurpurindiacetat beträgt 0,5; der Harn ist nach Einnahme dieser Dosis meist schwach roth gefärbt. Verschiedene Personen besitzen verschiedene Empfindlichkeit gegen das Präparat, wie das auch bei anderen Darmreizmitteln der Fall ist. Der Grad der Rothfärbung des Harnes scheint unabhängig von dem Grade der Wirksamkeit. Klinisch hat sich das Purgatin als gutes Abführmittel bewährt, indem es ohne besondere Leibscherzen und Tenesmus einen ausgiebigen, breiigen, nicht wässerigen Stuhl hervorruft. Prompte und andauernde Erfolge wurden mit dem Mittel besonders bei habitueller Obstipation infolge primär-atonischer Zustände des Darmes, z. B. bei Neurasthenikern, erzielt. Der Stuhl tritt ca. 12 Stunden nach Einnahme von 0,5—1,0 ein. Das Mittel ist geschmacklos, es ruft keine unangenehmen Nachwirkungen hervor. Die Patienten sind auf die nach Gebrauch des Mittels auftretende Rothfärbung des Harnes aufmerksam zu machen. In Fällen hartnäckiger Obstipation ist eine Dosis von 0,5—1,0 oft unzureichend und man muß auf 2,0 Grm. steigen;

doch dürfte sich die chronische Obstipation als das eigentliche Anwendungsgebiet des Mittels erweisen. Im Uebrigen ergeben sich die Indicationen von selbst aus den Eigenschaften der Substanz als mildes Abführmittel nach Art des Rhabarbers.

M. K.

LINBERGER (Tübingen): **Ueber intermittirenden Gelenks-hydrops.**

Ueber die Ursachen des Hydrops intermittens ist bis nun keine Einigung erzielt worden, denn während die einen eine Infectionskrankheit als Ursache annehmen, glauben die anderen, dass es sich um einen acuten oder subacuten Gelenksrheumatismus handelt. Andere Beobachter nehmen wieder eine vasomotorische Neurose an. Verfasser hatte Gelegenheit, zwei Fälle dieser ziemlich seltenen Krankheit zu beobachten und hat sich der Mühe unterzogen, die bis jetzt veröffentlichten Krankengeschichten zu sichten.

Obwohl es dem Verfasser nicht gelang, in allen Fällen die Ursache des Leidens zu ergründen, glaubt er doch das Recht zur Annahme zu haben, daß der Hydrops intermittens in den meisten Fällen die Folge einer Gelenkentzündung sei und daß diese Annahme auch für die weniger aufgeklärten Fälle von Richtigkeit sein wird.

In therapeutischer Hinsicht schlägt Verfasser vor („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 30, Nr. 2), es mit der Stauungshyperämie zu versuchen und dieselbe längere Zeit (durch Monate) anzuwenden. Falls dies Verfahren nicht zum Ziele führen sollte, dann soll das Gelenk punktirt und mit einer antiseptischen Flüssigkeit (Carbol, Formalin, Jodverbindungen) ausgewaschen werden. Dieser Eingriff muß, wenn nöthig, wiederholt werden.

ERDHEIM.

F. AHLFELD (Marburg): **Die Desinfection der Hand des Geburtshelfers und Chirurgen.**

In ausführlicher Weise und unter Wiedergabe einer großen Zahl von Versuchsreihen setzt sich der Autor mit den vielen Gegnern, die seine Heißwasser-Alkoholmethode gefunden hat, auseinander. Er betont zunächst („Sammlung klinischer Vorträge“ Nr. 310/311) die desinficirende Kraft des Alkohols, die für alle im gewöhnlichen Krankenhausbetriebe vorkommenden pathogenen Bacterienarten ausreicht, wobei festzustellen ist, daß der Alkohol die im durchfeuchteten Zustande befindlichen Bacterien besser vernichtet, als die getrockneten. Bei der Händedesinfection verwendet A. jetzt Lappen von weichem Flanell, mittels derer jeder einzelne Finger gefaßt wird und durch deren stopfende und drehende Bewegungen der Alkohol nicht nur in den subungualen Raum, sondern auch unter die Falte des Nagelbettes gebracht wird, wie dies so gründlich mit der Bürste nicht geschehen kann. Die Resultate der unter allen Cautelen vorgenommenen Händepfahrungen lehren den Autor, daß es mit Uebung und Gewissenhaftigkeit gelingt, die Hand keimfrei zu machen, wobei nur ganz verwahrloste oder ungeeignete Hände eine Ausnahme machen.

In der Polemik mit seinen Widersachern wirft A. denselben vor, viel zu wenig eigene Versuche angestellt zu haben, ferner ein zu wenig geübtes und unterwiesenes Personale zu demselben verwendet zu haben. Den Vorwurf der „Scheindesinfection“, der dem Alkohol gemacht wurde, entkräftet er durch den Hinweis auf die Art der Controlprüfung; die Tiefenwirkung des Alkohols, sowie die längere Zeit andauernde Desinfectionskraft desselben beweist er aus neuen Versuchen mit Operationshandschuhen und aus Untersuchungen excidirter Hautstücke.

Er resumirt, daß von den bisher üblichen Desinfectionsmitteln, als Carbolsäure, Seifenkresol, Lysol, Sublimat keines bei der Händedesinfection auch nur annähernd soviel leiste, wie der Alkohol in Verbindung mit vorausgegangener Heißwasser-Seifenwaschung, daß man bei geeigneter Hand und verständnißvoller intensiver Anwendung des Alkohols von einer wirklichen Sterilisirung der Hand sprechen könne und der Alkohol auch in der Hebammenpraxis das officielle Lysol zu verdrängen bestimmt sei.

FISCHER.

**FELIX FRÄNKEL (Nürnberg): Ueber die subcutane Leber-
ruptur und deren Behandlung durch die primäre
Laparotomie.**

Unter die Complicationen, welche die Leberverletzungen so gefährlich machen, die aber — wie wir gleich vorweg nehmen wollen — durch die operative Behandlung rasch beseitigt werden können, gehört vor allem die Blutung aus dem zerrissenen Lebergewebe; dieselbe kann in directem Anschlusse an die Verletzung auftreten, oder später (sogar 2—3 Wochen nach der Verletzung) sich einstellen. Außerdem besteht die Gefahr der Infection der Blutmassen, die umso größer ist, als das Pfortaderblut mit Infectionskeimen vom Magendarmtractus überschwemmt ist. Der Ausfluß von Galle bildet eine weitere gefährdende Complication einerseits wegen der Möglichkeit der Cholämie, andererseits wegen der acuten oder der chronisch-fibrinösen Peritonitis, die sich an die Ueberschwemmung des Peritoneum mit Galle anzuschließen pflegt.

Alle diese Gefahren werden sicher durch die primäre Laparotomie und Naht oder die Tamponade der Leberwände geheilt. Die Bauchhöhle muß durch einen großen Schnitt eröffnet werden, um die Reinigung der Bauchhöhle und die Besichtigung der übrigen Organe vornehmen zu können. Zur Lebernaht sind dickere Catgut- oder Seidenfäden zu benützen. Die Stillung der Blutung aus dem Lebergewebe gelang zwar auch mit Thermocauter, heißem Dampf und heißer Luft, die Naht bleibt aber immer dort, wo sie ausführbar ist, das sicherste Mittel. Die anderen gleichzeitig bestehenden Verletzungen der Gallenblase und Gallenwege müssen auch entsprechend behandelt werden.

Verf. theilt 3 Fälle mit („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 30, H. 2), bei welchen er wegen Leberverletzung die Laparotomie vornahm. Im ersten Falle stand die Blutung nach der Naht der Leber sofort, der Blutverlust vor der Operation war aber ein so großer, daß Pat. einige Stunden nach der Operation an den Folgen der Anämie starb. Der 2. Fall, der 11 Stunden nach der Verletzung operirt wurde, genas nach der Operation, obwohl die Verletzung eine sehr schwere war; der Riß in der Leber war so tief, daß er den rechten Leberlappen fast in 2 Theile zerlegte, außerdem bestanden mehrere kleine Risse. Im 3. Falle handelte es sich um Verletzung der Leber, ohne daß die Leberkapsel einriß. Der Tod trat an den Nebenverletzungen ein.

Von größter Wichtigkeit erscheint natürlich die Möglichkeit, die Diagnose auf Verletzung der Leber möglichst frühzeitig zu stellen. Verf. weist darauf hin, daß bei Verletzungen der Leber eine straffe Contractur der Bauchdecken am Orte der Verletzung besteht, zum Unterschiede von Bauchcontusionen, welche diese Contractur nicht zeigen. Außerdem besteht bei Leberverletzungen ein irradiirter Schmerz in der Schulter. Um das Symptom der Bauchdeckenspannung nicht zum Verschwinden zu bringen, verwirft Verf. die Darreichung von Opium und Morphin, wiewohl letzteres er bloß bei hochgradiger Schmerzhaftigkeit gibt. Nur für den Fall, daß die Pat. in das Spital weit transportirt werden müssen, läßt Verf. eine einmalige größere Opiumdosis reichen.

Von den 31 Fällen von Leberverletzungen, die Verf. aus der Literatur zusammengestellt, sind 17 geheilt, was um so schwerwiegender ist, als die Verletzungen in mehreren Fällen so schwere waren, daß die Pat. ohne Operation sicher dem Verblutungsstode verfallen wären.

ERDHEIM.

**F. STOCKMANN (Königsberg i. Pr.): Ueber die Behandlung der
chronischen Cystitis (Cystite rebelle) mittels
Curettement der Harnblase.**

Von GUYON und seiner Schule in die Therapie der chronischen Cystitis eingeführt, vermag das Verfahren in Deutschland noch immer nicht so rechten Fuß zu fassen. Nach Besprechung der Methode, für welche die Sectio alta den besten Weg zur Eröffnung der Blase bietet, und der Vorschriften, welche für die Nachbehandlung Geltung haben, bringt der Autor („Monatsber. f. Urolog.“ VI, 4) das eigene casuistische Material vor. Dasselbe umfaßt 8 Fälle, von denen 6 durch den Eingriff geheilt, 1 gebessert

wurde, 1 ungeheilt blieb. Der letzte wäre aber aus der Beobachtungsreihe darum auszuschließen, weil bereits eine Erkrankung der höheren Harnwege (Nierenbecken) vorlag, die somit eine Contraindication für das Curettement abgibt, bezw. vorausgehende Behandlung verlangt. Behufs Eröffnung der Blase war in 5 Fällen die Sectio alta gemacht worden und viermal wurde versucht, die Blasenwände durch Naht primär zu vereinigen; nur in 2 Fällen trat der gewünschte Erfolg ein, derselbe scheint garantirt zu sein, wenn in der Blasenwand noch kein Schrumpfungsproceß eingetreten ist. In 3 Fällen (Frauen) wurde das Curettement mit gutem Resultat per urethram vorgenommen. Da es sich in allen angezogenen Fällen um Krankheitsbilder handelte, die Jahre lang jeder anderen Therapie getrotzt hatten, so ist das Curettement für schwere chronische Cystitiden dringend zu empfehlen.

DEUTSCH.

**ELOF FÖRBERG (Stockholm): Ist die systematische Extrac-
tion der ersten permanenten Molaren gerecht-
fertigt?**

Aus der Darstellung F.'s („Vierteljahrsh. f. Zahnheilkunde“, 1901, H. 4) ergibt sich die Hinfälligkeit der Behauptung, daß der erste Molar in so beträchtlich höherem Grade der Zerstörung durch Caries ausgesetzt wäre, als der zweite, daß er deshalb zu Gunsten des letzteren extrahirt werden müßte. Die Erwartung, durch Extraction des ersten Molaren Raum im Kiefer zu schaffen, ist illusorisch, und die Resultate fallen, wenn man Gelegenheit hat, die betreffenden Fälle längere Zeit hindurch zu verfolgen und zu beobachten, ganz anders aus, als man erwartet hatte und worauf die kurz nach der Operation erhaltenen Modelle zu weisen berechtigt schienen. Hiedurch sind die beiden Hauptargumente für die frühzeitige Extraction der ersten Molaren widerlegt. Nicht der Mangel an eigener Widerstandsfähigkeit ist es, der diesen ersten Molaren der Zerstörung aussetzt, sondern der Umstand, daß derselbe schwerere Angriffe und Prüfungen als irgend ein anderer Zahn aushalten muß. Durch frühzeitig begonnene Pflege der Zähne, frühe Füllung von entstandenen Defecten u. s. w. vermögen wir so günstig auf die Verhältnisse einzuwirken, daß der erste Molar das bleiben kann, wozu er bestimmt ist, der vorzüglichste unserer permanenten Zähne.

P.

**SOPHUS BANG (Kopenhagen): Eine Lampe für Lichtthera-
pie nach einem neuen Princip.**

Das für die FINSEN'sche Lichttherapie verwendete Bogenlicht hat den Nachtheil, daß die therapeutisch wirksamen Strahlen (die blauvioletten und ultravioletten) mit sehr vielen, theils unwirksamen, theils schädlichen Strahlen gemischt sind. Man muß eine energische Filtration des Lichtes durch Wasserschichten anbringen, wodurch von dem ursprünglich verwendeten Energiequantum nur ein ziemlich kleiner Bruchtheil zur Ausnützung kommt. Auch auf andere Weise hat man bis zu einem gewissen Grade diesen Uebelstand zu beseitigen versucht. Verf. stellte sich die Aufgabe („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 39), eine Bogenlampe zu construiren, die ein kaltes, an ultravioletten Strahlen möglichst reiches Licht aussendet. Es gelingt eine solche Lampe zu construiren, indem man Metalle mit passenden spectralen Eigenschaften, z. B. Eisen, dessen Spectrum sehr reich an den betreffenden Strahlen ist, als Elektroden verwendet und die Elektroden durch Wasser energisch abkühlt, entweder so, daß die Elektroden hohl sind und vom Wasser durchflossen werden, oder daß die Elektroden in ein passend construirtes Gefäß mit Wasser eintauchen. Während bei den gewöhnlichen Kohlenelektroden die größte Menge des Lichtes von den glühenden Kohlenspitzen ausgeht, bekommt man durch die neuen Elektroden ein wirkliches Bogenlicht, indem fast nur der Bogen zwischen den Elektroden die Strahlen aussendet. Die bacterientödtende Kraft dieses Lichtes ist sehr groß. Während eine gewöhnliche Bogenlampe mit 25 Ampères und 65 Volt in 60 Cm. Abstand im günstigsten Ausstrahlungswinkel den Staphylococcus pyogenes aureus in 4½ Minuten abtödtet, wird derselbe mit der Lampe mit Eisenelektroden bei derselben Stromstärke und auch sonst gleichen Versuchsbedingungen in etwas weniger als 4 Secunden getödtet; die bacterientödtende

Kraft wäre darnach etwa 60mal stärker als die des gewöhnlichen Bogenlichtes. 5 Minuten Aufenthalt in 1 Meter Entfernung von dieser Lampe genügt, um ein starkes Lichterhythem von mehreren Tagen Dauer im ganzen Gesicht hervorzubringen! Zur localen Behandlung hat B. eine ganz kleine Lampe construirt, die sammt Zubehör nicht viel größer als ein gewöhnlicher Esslöffel ist. Diese Lampe wird in toto auf die Haut applicirt, da der Lichtbogen so wenig warm ist, daß man ihn 1—1½ Cm. von der Haut entfernt halten kann. Mit 5 Ampères und 40 Volt bekommt man auf diese Weise in 3—5 Minuten eine circa 10 Cm. große Lichtreaction von derselben Stärke wie mit den bisher verwendeten Apparaten mit 60 Ampères und 50 Volt in 5/4 Stunden. Die bisherigen Apparate brauchten also, um diesen Effect hervorzubringen, 13500 Kilowattsecunden, die vier Patienten zugute kamen, also 3375 pro Pat., die neue Lampe braucht für denselben Zweck nur 60 Kilowattsecunden, also 1/50 der früher nöthigen Energiemenge. N.

CALMETTE et GUERIN (Lille): **Recherches sur la vaccine expérimentale.**

Die Verff. konnten im Thierversuche zeigen („Annales de l'Institut PASTEUR“, 1901, pag. 161), daß das Vaccin, wenn man es Kaninchen bloß auf die frisch rasirte Haut ausbreitet, also nicht etwa in die scarificirte Haut einreibt, bei diesen Thieren eine Eruption kleiner Pusteln hervorruft, die sehr reich an Lymphe sind. Das Kaninchen ist daher ein sehr geeignetes Versuchsthier, um die Virulenz der Lymphe zu controliren. Ein aseptisches, keimfreies Vaccin kann man erhalten, indem man das Vaccin einige Stunden im Peritoneum von Kaninchen verweilen läßt, die mit einer Injection von Bouillon vorbehandelt sind. Die Leukocyten lassen hiebei nämlich die beigemengten Bakterien verschwinden, während die virulenten Bestandtheile des Vaccins geschont werden. Dr. S.

SCHULTZ (Petersburg): **Ueber die Lebensdauer von Bacillus pestis hominis in Reinculturen.**

Die Versuche des Verf. führen ihn zu dem Schlusse („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 29, H. 5), daß der Pestbacillus bei geeigneten Bedingungen 4 Jahre hindurch lebensfähig und virulent bleibt. Die Erhaltung des Lebens wird nicht durch endogene Sporenbildung, sondern durch „eine Zusammenziehung, eine Einschrumpfung, eine Verdichtung des Protoplasmas begünstigt? Die Culturen waren verlöthet und wurden vor Sonnenstrahlen geschützt an einem kühlen Orte aufbewahrt. Dr. S.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der pathologischen Anatomie.

Von Obermedicinalrath Prof. Dr. O. Bollinger. Bd. I und II. Zweite, stark vermehrte Auflage. (Lehmann's medicin. Handatlanten, Bd. XI, XII.) München, J. F. Lehmann.

In relativ kurzer Zeit erwies sich die Herausgabe einer neuen Auflage dieses Atlases als nothwendig, ein Beweis dafür,

daß er sich rasch einen großen Leserkreis erworben hat. Die neue Auflage weist eine Vermehrung um 21 farbige und 25 schwarze Abbildungen auf, während mehrere weniger gelungene Tafeln der früheren Auflage durch neue ersetzt wurden. Auch im Text finden sich zahlreiche Aenderungen und Ergänzungen. Die Abbildungen dürften wohl fast durchwegs allgemeine Anerkennung finden, wenn gleich an manchen Stellen gelegentlich einer neuen Auflage Aenderungen oder Einführung neuer Abbildungen wünschenswerth wären. So verweisen wir z. B. auf Fig. 16, pag. 89, Bd. II, die einen Patienten mit einem Spindelzellensarkom der Dura mater vorstellt. Vielleicht wäre es instructiver, an Stelle dieses Bildes oder neben diesem Bilde die Abbildung eines typischen Duraltumors einzufügen, wie selber sich nach Abnahme des Schädeldaches und theilweiser Entfernung der Dura mater repräsentirt. Tab. 32, „Apoplexie des rechten Großhirns (Nucleus caudatus und lentiformis, Capsula interna)“ ist wohl etwas unklar gehalten, da der Leser hier den Sitz der Blutung in den Thalamus opticus verlegen dürfte. In Bd. I vermissen wir unter Tab. 27 a eine Abbildung einer typischen Indurativpneumonie etc. Vorstehende Bemerkungen sollen nur Wünsche bezüglich einer allfälligen Neuauflage darstellen und soll mit denselben keineswegs der Werth dieses Buches geschmälert werden, das jedem Arzte bestens empfohlen werden kann. Dr. S.

Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluß der Elektrolyse für Aerzte und Studierende.

Von Doc. Dr. R. Kafemann. Halle a. S. 1900, Carl Marhold.

Das Büchlein verdankt seine Entstehung dem Streben, nicht bloß die Untersuchungsmethoden in der Nase und im Rachen, sondern auch die behufs Behandlung nothwendigen Eingriffe in diesen Organen in immer weitere ärztliche Kreise zu tragen und zum Gemeingute der Aerzte zu machen.

Es behandelt in 6 Capiteln die Operationen bei den Erkrankungen des adenoiden Gewebes, die Operationen bei den krankhaft veränderten weichen Geweben in der Nase und im Epipharynx, die Operationen am Knochen und Knorpel, die operative Behandlung der Nebenhöhlen und endlich die Elektrolyse, alles in knapper übersichtlicher Weise, die nur das unbedingt Nothwendige und Wissenswerthe hervorhebt, das Minderwichtige jedoch absichtlich übergeht, wobei gute, theils die in Frage kommenden Instrumente, theils die Eingriffe selbst darstellende Zeichnungen das Verständniß wesentlich fördern.

Es läßt sich wohl nicht leugnen, daß Anfänger, und um solche handelt es sich ja in diesem Falle, durch wörtliche und bildliche Darstellung der operativen Eingriffe allein das Operiren nicht erlernen können und immer darauf angewiesen sein werden, die in Frage kommenden Eingriffe von einem bewährten Fachmanne zu sehen und dieselben dann unter seiner Leitung auszuführen; allein da derartige Unterrichtscurse nicht so lange dauern, daß das Gelernte auch in Fleisch und Blut übergehen könnte, wird ihnen ein Buch wie das vorliegende stets ein erwünschter Wegweiser und Rathgeber sein, sie werden beim Durchlesen der einzelnen Capitel sich wieder des lebendigen Wortes ihres Lehrers erinnern und danach ihr Handeln einrichten. ROTH.

Feuilleton.

Ein neues Werk über Tabes.

Einer der hervorragendsten Tabesforscher unserer Zeit hat die Früchte jahrzehntelanger, ernster Arbeit unter Dach gebracht. Sein soeben erschienenenes Buch*) ist für die so umstrittene Frage der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die Entwicklung der Rückenmarkschwindsucht von ganz enormer Bedeutung. Den Gegnern der von FOURNIER geschaffenen Theorie des syphilitischen Ursprungs der Tabes erwächst in der Arbeit M.'s, der ein gewaltiges Material von über 1600 sorgfältig durchforschten Fällen zugrunde liegt, eine

*) Rückenmarkschwindsucht (Tabes dorsalis). Von O. O. MOCZUTKOWSKI. Berlin 1900, Oscar Coblentz.

mächtige Stütze. MOCZUTKOWSKI ist durch und durch Gegner der Theorie des syphilitischen Ursprungs der Tabes, allerdings, wie er bei Gelegenheit einer persönlichen Unterhaltung mit dem Schreiber dieser Zeilen besonders hervorhob, insofern, als die Syphilis und die Tabes als Synonyme hingestellt werden. Er steht vielmehr auf dem Standpunkt, daß der Abusus in venere der mächtigste ätiologische Factor bei der Entstehung der Tabes ist. Vom Standpunkte der physiologischen Pathologie und der pathologischen Anatomie sprechen für den Einfluß des Abusus in venere auf die Entwicklung der Tabes folgende Momente:

1. Die Affection des gesammten peripherischen sensiblen Neurons einschließlich der centripetalen Venen im Rückenmark. Man sieht, daß fast sämtliche Sinnesorgane des Menschen bei der Tabes in Mitleidenschaft gezogen werden. Das seltene Erkranktsein des Geruchsinnens könnte als eine weitere Bestätigung angeführt werden, weil der Geruchsinns derjenige ist, der mit der Libido sexualis am

wenigsten zu thun hat. In den Fällen M.'s war der Geruchssinn nur in 0·3% der Fälle afficirt.

2. Die stärkste Entwicklung der pathologisch-anatomischen Veränderungen wird in der lumbalen Verdickung des Rückenmarks beobachtet, wo bekanntlich die Centren der sexuellen Function liegen.

3. Die Symmetrie der Erkrankung. Die Centren der sexuellen Function haben beim Menschen anscheinend eine zweiseitige Localisation. Im physiologischen Zustande vermag die Libido sexualis von allen Sinnesorganen auszugehen und von äußerst starker Erregung und Reizung des gesammten Nervensystems, hauptsächlich sämtlicher peripherischen Nervenendigungen begleitet zu werden.

Daß der Abusus in venere in der ätiologischen Entstehung der Tabes eine ätiologische Rolle spielen könnte, folgt klinisch erstens daraus, daß bei der weitaus größten Zahl der Tabiker sich dieser Abusus anamnestisch feststellen läßt, allerdings wenn man mit genügender Beharrlichkeit und Constanz zu Werke geht. Es unterliegt nämlich keinem Zweifel, daß vielen Kranken peinlicher ist, Abusus als Syphilis zuzugeben, und zwar aus leicht erklärbaren Gründen: Syphilis acquiriren, heißt Unglück haben, daß einem Jeden zustoßen kann; dagegen fühlt der Kranke, daß er sich durch das Gestehen eines Abusus in venere zum Ausschweifer stempelt. Verf. hat viele thatsächliche Beweise dafür, daß sowohl Männer, wie auch insbesondere Frauen Abusus in venere sorgfältig verschweigen. — Zweitens beginnt die Tabes bekanntlich weder im Kindes-, noch im Greisenalter, und das ist auch vollkommen verständlich: In der Kindheit kommt die Tabes noch nicht zur Entwicklung, weil für diese letztere ein Zeitraum von mehreren Jahren erforderlich ist, während sie in den älteren Jahren bereits vollständig entwickelt ist, nachdem sie ihren Anfang in den jungen Jahren genommen hat. Drittens wird die Krankheit im Zusammenhange mit dem vorhergehenden Punkte gerade zur Zeit der höchstens Entwicklung der sexuellen Potenz beobachtet, und zwar bei Individuen, welche im Alter zwischen 32—44 Jahren stehen. Auf dieses Alter entfällt die größte Zahl der Fälle M.'s; mit einem Worte, die Krankheit entspricht der Zeit der vollständigen Geschlechtsreife. Viertens wird die gleichzeitige Entstehung der Krankheit bei Mann und Frau dadurch zu erklären sein, daß sie beide in ihrem ehelichen Leben unter dem Einflusse derselben Verhältnisse stehen. Fünftens kommt das ungeheure Frequenzübergewicht der kranken Männer gegenüber den kranken Frauen in Betracht. In 92·5% sämtlicher Fälle M.'s handelte es sich um Männer, und nur in 7·4% um Frauen. Gerade dieses ungeheure Mißverhältniß der Erkrankung der beiden Geschlechter gibt darüber nachzudenken, warum Frauen verhältnißmäßig selten an Rückenmarksschwindsucht erkranken. Verf. glaubt nun, daß dieses Mißverhältniß durch die Verschiedenheit der physiologischen Rolle des Mannes und der Frau beim Coitus bedingt wird. Die Frau kann sich beim Coitus ganz theilnahmslos verhalten, sozusagen nur eine höchst passive Rolle spielen. Demgegenüber muß der Mann beim Ausüben des Coitus eine enorme Menge von Energie und Kraft verbrauchen. Sein gesammter sensibler Nervenapparat, seine gesammten peripherischen sensiblen Neurone werden dabei nicht nur in activen, sondern auch in erectiven Zustand versetzt, ohne den nicht nur der Coitus, sondern selbst die einfache Immissio membri unmöglich ist. Würde die Rückenmarksschwindsucht, führt ferner M. aus, durch Syphilis bedingt sein, so würde man unter den Prostituirten, die nach der Statistik WVEDENSKI'S durchwegs syphilitisch sind, nachdem sie fünf Jahre ihrem Gewerbe nachgegangen, mit Recht enorme Verbreitung der Rückenmarksschwindsucht zu erwarten haben. In der That befand sich unter den tabischen Patienten M.'s nur eine einzige, aber Prostituirte. Auch das Material ERB'S weist eine äußerst geringe Anzahl von Prostituirten auf, nämlich im ganzen 2 Fälle. Ferner ist M. in Uebereinstimmung mit anderen Autoren zu dem Schlusse gelangt, daß die Rückenmarksschwindsucht hauptsächlich eine Krankheit der gebildeten Stände ist und ausschließlich in den Städten beobachtet wird, was darauf zurückzuführen ist, daß Leute gebildeter Stände den sexuellen Genüssen mehr ergeben sind als die einfachen Leute auf dem Lande. Je größer die Stadt, desto häufiger sind die Tabesfälle. Betrachtet man die Rückenmarksschwindsucht von dem ätiologischen Standpunkte des Abusus in

venere, so ist diese Erscheinung vollkommen begreiflich. Bei dem Bauern auf dem Lande kann bei den schweren körperlichen Arbeiten, die er zu verrichten hat, von einem Abusus in venere nicht die Rede sein. Nach KASAKIEWITSCH unterdrückt die schwere körperliche Bauernarbeit die Libido sexualis in hohem Maße.

Immerhin leugnet MOCZUTKOWSKI nicht, daß die Syphilis bei der Entstehung der Tabes eine gewisse Rolle spielt, und zwar im Sinne eines Momentes, der die Constitution der Kranken schwächt. Aber die Bedeutung der Syphilis als einer unmittelbaren und ausschließlichen Erzeugerin der Tabes ist bis jetzt weder durch statistische Erhebungen noch durch verschiedene geistreiche Theorien erwiesen worden und wird durch die klinisch statistischen Untersuchungsmethoden niemals bewiesen werden können. Die Wahrheit ist nicht in der Statistik zu suchen, sondern im pathologisch-anatomischen und zuverlässigen experimentellen Material. Man muß stets dessen eingedenk sein, daß sowohl Abusus wie auch Syphilis im Coitus ihren Ausgangspunkt haben. Das ist die Ursache, welche es bewirkt, daß man sich in der Aetiologie der Rückenmarksschwindsucht so ungewöhnlich schwer zurechtfinden kann.

Wir haben das Capitel über die Aetiologie der Tabes, das im Original das vierte ist, wegen seiner Wichtigkeit an erster Stelle und etwas ausführlicher besprochen. — Bezüglich der Pathogenese der Syphilis stellt Verf. folgende Schlußsätze auf: 1. Es wird heutzutage niemand bestreiten wollen, daß die Rückenmarksschwindsucht vom peripherischen sensiblen Neuron beginnt. Anatomische Veränderungen in den Nervenendungen der Haut sind noch nicht erwiesen. 2. Die Rückenmarksschwindsucht kann sich verallgemeinern und fast das gesammte Nervensystem in Mitleidenschaft ziehen, denn es werden in späteren Krankheitsstadien die sensiblen, die motorischen, die peripherischen und die centralen Neurone afficirt. 3. Die hinteren Rückenmarksbündel erkranken secundär. 4. Wenn man heutzutage von der Rückenmarksschwindsucht als von einer Systemerkrankung sprechen kann, so kann es nur in dem Sinne geschehen, daß die Erkrankung vom sensiblen Neuron beginnt. 5. Bei der Rückenmarksschwindsucht hat man es wesentlich mit einer primären Neuritis zu thun, welche zu Degeneration und Atrophie führt und sich von anderen Neuritiden, mit Ausnahme der traumatischen Neuritis, durch nichts unterscheidet. 6. Die Affection verläuft centripetal. Entsprechend obigen pathologisch-anatomischen Thatsachen wäre man heutzutage berechtigt, auf die Bezeichnung Tabes dorsalis, welche aus dem vorigen Jahrhundert stammt, zu verzichten und die in Rede stehende Krankheit als Neuritis sensitiva multiplex ascendens degenerativa zu bezeichnen. Auf Grund der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Rückenmarks bei Tabes, sowie auf Grund der klinischen Thatsachen kann man 5 Arten von Tabes annehmen: 1. Tabes lumbo-dorsalis. Bei dieser Form sind hauptsächlich der Lumbal- und Brusttheil des Rückenmarks erkrankt. Sie charakterisirt sich durch Alteration des Kniereflexes, der sexuellen Functionen, sowie der Function der Harnblase und des Mastdarms. Das ist die häufigste klinische Tabesform. 2. Tabes cervicalis sive superior. Diese Form wird rein äußerst selten angetroffen. Hier ist das Gebiet der Halsverdickung afficirt; die vorwiegenden Symptome sind die von Seiten der Pupillen, sowie auch Störung der Sensibilität und Ataxie der oberen Extremitäten. 3. Tabes cerebrealis sive bulbaris. Bei dieser Form werden das Gehirn und seine Nerven afficirt. Der Kniereflex kann hier lange normal bleiben. 4. Tabes cerebro-spinalis. Das Wesen dieser Form folgt schon aus ihrer Bezeichnung. 5. Tabes disseminata. Bei dieser Form sind neben den tabischen Erscheinungen Anezichen dafür vorhanden, daß auch andere Abtheilungen des Rückenmarks, welche sonst bei Tabes nicht afficirt werden, wie z. B. die pyramidalen Bündel oder die Ganglienzellen der Vorderhörner, erkrankt sind.

Bezüglich der Diagnose hebt Verf. hervor, daß die Rückenmarksschwindsucht niemals auf Grund eines einzigen, selbst nicht auf Grund des am meisten charakteristischen Symptoms diagnostiziert werden darf; nur die Gesamtheit sämtlicher Symptome, die

heutzutage einem jeden praktischen Arzte gut bekannt sind, vermag der Diagnose eine sichere Basis zu geben.

Hinsichtlich des klinischen Verlaufs unterscheidet man in der Rückenmarksschwindsucht 3 Stadien. Verf. ist nun der Meinung, daß zur Grundlage dieser Eintheilung eine der am meisten charakteristischen Erscheinungen der Tabes, und zwar die Störung der Coordination (Incoordination) in den verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung, werden muß. Das erste Stadium möchte Verf. als voratactisches bezeichnen, weil es der motorische Ataxie vorangeht. In diesem Stadium ist stets eines der Hauptsymptome, aus denen sich die Ataxie zusammensetzt, sozusagen die Grundlage, welche die Ataxie charakterisirt, und zwar das BRACHT-ROMBERG'sche Symptom, vorhanden. Man könnte das erste Stadium auch ganz gut als neuralgische bezeichnen, weil in diesem Stadium Neuralgien in den Vordergrund treten, wenn sie auch in der Häufigkeit ihres Auftretens hinter dem BRACHT-ROMBERG'schen Symptom bleiben. Im 2. und 3. Stadium der Rückenmarksschwindsucht treten die Neuralgien bereits in den Hintergrund. Immerhin ist es richtiger, das erste Stadium als das voratactische zu bezeichnen. In dieses Stadium gehören: die Steigerung der Schmerzen bis zu Krisen, die Affection der Augenmuskeln und die Störungen der Blasenfunction. Die Dauer des ersten Stadiums beträgt im Durchschnitt 8 Jahre und 4 Monate. — Das zweite Stadium ist das eigentlich dystactische, in dem die motorische Ataxie in den Vordergrund tritt. In diesem Stadium beginnt der Kranke, seine Schritte mit den Augen zu überwachen und sich eines Stockes zu bedienen. Zur gleichen Zeit findet auch eine weitere Ausdehnung der bereits im ersten Stadium der Krankheit zur Entwicklung gelangten Symptome statt; nicht selten gesellen sich zu diesen Störungen der Pupillenreflexe Atrophie des Sehnerven und Affection der Gelenke hinzu. Die Dauer des zweiten Stadiums beträgt 5 Jahre. — Das dritte Stadium ist das atactische. Die Störungen der Coordination erreichen die höchsten Grade und die Kraft des Kranken sinkt dermaßen, daß er nicht mehr im Stande ist, sich selbst zu bewegen. Er wird geführt oder gefahren, oder aber er liegt im Bett. Es gesellen sich Katarrhe der Harnwege, äußerster Verfall der Ernährung und vollständige sexuelle Impotenz hinzu. Die durchschnittliche Dauer des dritten Stadiums beträgt 3 Jahre und 8 Monate.

Das Capitel über die Symptomatologie der Tabes faßt Verf. dahin zusammen, daß die klinischen Erscheinungen der Tabes in der weitaus größten Zahl der Fälle die sensiblen peripheren Bahnen betreffen und der Ausdruck verschiedener Entwicklungsstadien von Neuritiden, von dem frühesten einfachen Reiz bis zu vollständiger Depression sind. Man kann sich dabei der Erkenntniß nicht verschließen, daß sämtliche klinischen Erscheinungen vom Standpunkte der physiologischen Pathologie entweder durch Störung der sensiblen Nervenendungen in der Haut, in den Schleimhäuten, Muskeln und Sehnen, oder durch Affection der reflectorischen Bahnen, namentlich der sensiblen Hälfte derselben, zu erklären sind.

Mit der Prognose muß man bei der Tabes sehr zurückhaltend sein. In deutlich entwickelten und zweifellosen Fällen wird man die Kranken auf die Unheilbarkeit ihres Leidens aufmerksam machen müssen. Jedoch kann und muß man ihnen versprechen, den weiteren Verlauf der Krankheit aufzuhalten und ihre Beschwerden zu mildern, umso mehr, als im Verlaufe der Tabes auch spontaner Stillstand wie spontane vorübergehende Besserung beobachtet wird.

Die Behandlung der Tabes läßt sich in 3 Theile eintheilen: 1. Prophylaxe, 2. Behandlung der Grundkrankheit und 3. symptomatische Behandlung.

Hinsichtlich der Prophylaxe schließt sich Verf. den Worten ERB's an, welche lauten: „Lebe nach Väterart: still, ruhig, regelmäßig, ohne jegliche Ausschweifung, besonders ohne sexuelle, er gib dich viel geistiger Ruhe und schlafe viel. Mache ferner keine Besuche, rege dich nicht auf, spiele nicht Karten, betreibe keinen Sport, kümmerge dich nicht um politische Fragen und iß mäßig.“ Seinerseits fügt Verf. das Verbot des Rauchens und Genusses alkoholischer Getränke inclusive Bier hinzu. Im übrigen hat sich Verf. im Laufe der Zeit ein gewisses System für die Tabesbehandlung ausgearbeitet, an dem er nun stets festhält. Es besteht in Regulirung der Lebensweise des Kranken, in guter Ernährung desselben, sowie

in Anwendung von Arsenik und von Suspensionen. (Daß MOCZUTKOWSKI der Schöpfer der Suspensionsbehandlung ist, dürfte wohl hinreichend bekannt sein.) Im Sommer läßt Verf. die Kranken nach einem Sool- oder, was noch besser ist, nach einem Kohlensäurebad reisen. Gleichzeitig rath er den Kranken, körperliche und geistige Ueberanstrengung, sowie sexuelle Erregungen zu vermeiden und verbietet ihnen den Gebrauch von Alkohol in jeglicher Form und das Tabakrauchen. L—y.

Kleine Mittheilungen.

— Eine **Methode, Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen**, beschreibt ROSENBERG („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 11). Er kam zu der Ueberzeugung, daß bei Ausschluß seines Eigengeruches die Unannehmlichkeit des Einnehmens sich zum mindesten wesentlich würde verringern lassen. Er hielt sich also beim Schlucken die Nase fest zu, wischte die Lippen mit einem Stückchen Watte gründlich ab, spülte die auf der Zunge, am Gaumen und Pharynx hängenden Reste mit ein paar Schlucken Limonade hinunter und gab dann erst die Nase frei. Das Einnehmen hat — entsprechend der Voraussetzung — in dieser Form nicht die geringste Beschwerde gemacht. Seit jener Zeit hat er Ricinusöl in dieser Anwendungsform in vielen Dutzenden von Fällen verordnet, ohne daß durch die Einnahme des Medicamentes Widerwillen erzeugt worden wäre.

— Angeregt durch die Mittheilungen von STEINMANN, KARCHER, BENTRUP und FRIEDLÄNDER, hat MANASSE („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 7) das **Asterol als Antisepticum** in der Chirurgie angewendet und gefunden, daß dasselbe den meist üblichen Desinficienten (Sublimat, Carbol und Lysol) gleichwerthig zur Seite steht, aber vor jedem vor ihnen mannigfache Vorzüge besitzt, und zwar Geruchlosigkeit (gegenüber Carbol und Lysol), Mangel an Nebenwirkung auf die gesunde Haut (Carboleukzem), Fehlen von Trübung und Schlüpfrigkeit (Lysol), Mangel an schädigender Einwirkung auf Instrumente (Sublimat). Er empfiehlt daher das Asterol zur allgemeinen Verwendung als Desinficiens und als Antisepticum.

— Ueber die **Behandlung des Delirium tremens** mit intravenösen Kochsalzinjectionen berichtet WARBASSE („Med. News“, 1901, Nr. 9). W. erklärt das Delirium tremens für eine Toxämie, die dadurch hervorgerufen wird, daß gewisse, toxisch wirkende Producte nicht in gewöhnlicher Weise eliminirt, absorbirt oder neutralisirt werden. Die Erfahrung, daß bei Ueberladung des Blutes mit toxischen Substanzen intravenöse Kochsalzinfusionen die Ausscheidung des Giftes beschleunigen, veranlaßte W., auch beim Delirium tremens derartige Infusionen zu versuchen. Gleich in seinem ersten Falle bewährte sich das Mittel. Es handelte sich um einen 30jährigen starken Whiskysäufer, bei dem nach einem Unfälle ein langandauerndes, sehr heftiges Delirium mit Temperaturen über 40° aufgetreten war. Nach einer intravenösen Infusion von 1200 Ccm. einer auf circa 46° erwärmten Kochsalzlösung hörte nach wenigen Stunden das Delirium auf, die Temperatur fiel zur Norm ab, das Bewußtsein kehrte wieder, Puls und Athmung besserten sich, und der schon fast verloren gegebene Kranke wurde in kurzer Zeit völlig wieder hergestellt.

— Das **lösliche Eisenarseniat** von ZAMBELETTI in Mailand ist Eisen in Form einer labilen Zusammensetzung und ganz besonders geeignet, von dem Organismus mit Leichtigkeit assimilirt zu werden. Es enthält Eisen in dem Zustande eines Oxydulsalzes, während die Eisenoxydsalze Eiweiß fällen. Die therapeutischen Erfahrungen wiesen auf die Nothwendigkeit hin, das Eisen mit einem anderen Elemente zu verbinden, welches nicht nur für sich selbst ebenfalls eine blutbildende Wirkung hatte, sondern selbst auch die Eigenschaft besaß, die Eisenwirkung zu erhöhen. Z. wählte das Arsen. Die zuverlässige Wirksamkeit des Arseniks in der Behandlung der mannigfachen Arten der Anämie ist durch die tägliche Erfahrung sichergestellt, sein wohlthätiger Einfluß auf den Appetit, die Widerstandsfähigkeit des Körpers und dessen Leistungsvermögen anerkannt. Die erhöhte Wirksamkeit der Z.'schen Verbindung bestätigen Untersuchungen und Publicationen von RIVA,

CONSIGLI und APORTI. Das gewöhnliche arseniksaure Eisen ist unlöslich und enthält die beiden Elemente in solchen Verhältnissen, daß der Gebrauch des Mittels unzweckmäßig erscheint. Das lösliche Eisenarsenik („arseniato ferro solubile“) ZAMBELETTI'S wird in Form einer Lösung verkauft und in Lösung, in Tropfen, genau dosirten Granules, als Syrup und als Lösung zur subcutanen Injection ersten und zweiten Grades verabreicht. Die Tabelle, welche die Gebrauchsanweisung enthält, ist jedem Flacon beigelegt. Dadurch, daß man sich an kleine Dosen hält, wird die Cur erträglich und vortheilhaft; auch bei Kranken, welche die Medication im Beginne nicht vertragen, wird nach und nach Angewöhnung an das Medicament erzielt und stufenweise werden Dosen ermöglicht, die anfangs Erscheinungen von Unbekömmlichkeit zur Folge haben. Die subcutanen Injectionen von Eisenpräparaten werden in der großen Mehrzahl der Fälle gut vertragen und sind wirksam; ihre Anwendung empfiehlt sich, wenn das Einnehmen von Eisen per os nicht vertragen oder nicht vom erwarteten Effect begleitet wird. Die Injection wird abwechselnd in die rechte und linke Glutäalgegend vorgenommen. Man beginnt mit der Lösung ersten Grades mit nicht mehr als einer Viertelspritze ($\frac{1}{4}$ Ccm.) und steigt nach und nach bis zu einer ganzen Spritze voll in 4 oder 5 Einspritzungen. Die Spritze wird zuerst mit siedendem (heißen) Wasser und hierauf mit einer 0.50%igen Carbollösung gewaschen. Die Nadel ist zu desinficiren und durch 5%iges Carbol- und Vaselineöl schlüpfrig zu machen. Die Reinigung der Spritze mit heißem Wasser dient auch dazu, das Röhrchen genügend zu erwärmen, um die Injectionsflüssigkeit auf eine passende Temperatur zu bringen.

— Ueber **Anwendung subcutaner Gelatineinjectionen zur Blutstillung** berichtet GRUNOW („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 32). Es wurde eine Lösung von 2 Grm. Gelatine in 100 Grm. physiologischer Kochsalzlösung verwendet; eine solche Dosis wurde meist in jeden Oberschenkel injicirt, zur besseren Asepsis mit einem Gebläse, nicht mit der Spritze, so daß der Kranke jedesmal 4.0 Gelatine pro die erhielt. Außer dieser Behandlungsmethode wurden stets noch die schon früher gebräuchlichen inneren und diätetischen Mittel (wie Plumbum acetic., Secale etc.) angewendet. G. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Subcutane Gelatineinjectionen sind gegenüber Blutungen innerer Organe wirksam. Die subcutane Anwendung der Gelatine ist von einigen unbequemen Nebenwirkungen begleitet; dieselben contraindiciren jedoch die Anwendung nicht. G. legt auf eine protrahirte, über das Blutungsstadium hinausgehende Anwendung der Gelatine Gewicht. Die gerinnungsfördernde Wirkung der Gelatine genügt oft allein noch nicht, die Blutung zum Stillstand zu bringen; erst in der Combination mit anderen directen oder indirecten Hämostaticis wird der erwünschte Zweck erreicht. Außer bei Lungenblutungen war der Erfolg bei Magenblutungen recht gut, ebenso bei hämorrhagischer Nephritis. Bei einem Aneurysma der Art. pulmon. mit Perforation gelang es, Heilung herbeizuführen. Wichtig ist, daß die Gelatine nicht zu spät und häufig und reichlich genug injicirt wird. Lästige Nebensymptome sind Schmerz an der Injectionsstelle, Fieber, Ausschläge und manchmal tiefliegende Schwellungsherde in der Musculatur.

— Zur **Therapie der croupösen Pneumonie** betitelt sich eine Arbeit von STURSBURG („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 11), in welcher der Verf. zunächst darlegt, daß es ein „specifisches“ Mittel gegen die genuine Lungenentzündung noch nicht gibt, und daß alle bisher als solche angepriesenen Medicamente einer genaueren Prüfung durchweg nicht standgehalten haben. Sodann gibt er eine Darstellung des hauptsächlich diätetisch-symptomatischen Heilverfahrens, wie es an der Bonner Klinik seit einer Reihe von Jahren erprobt worden ist, und bespricht dabei auch die im Ganzen einfache medicamentöse Behandlung, zu der nur auf Grund bestimmter Indicationen, z. B. bei Schmerzen der Pleura, gegriffen wird. Die Bekämpfung derselben ist von Wichtigkeit, damit die durch Verminderung der respiratorischen Fläche ohnehin schon stark geschädigte Athmung nicht noch weiter herabgesetzt werde. Etwas größere Morphin- oder Cocaindosen, innerlich gegeben, 4—6 trockene Schröpfköpfe oder ein Sinapismus bringen meist ausreichende Linderung. „In den letzten Jahren wurde bei stärkerer Dyspnoe

öfters Heroin hydrochloric. (0.01 mehrmals) dargereicht, wie es scheint, mit gutem Erfolge. War die Athmung sehr oberflächlich und beschleunigt, so wurde in einer Anzahl von Fällen durch laue Bäder eine ausgiebige Vertiefung erzielt.“

— Das **Creosotal** verwendet PRITCHARD bei broncho-pneumonischer Phthisis, zumal des Kindes. Bei einer Dosis von 1 bis 5 Tropfen, alle 2—3 Stunden, regulirt es bald die Temperatur, den Puls und die toxische Vergiftung; mit einem Worte, es coupirt den ganzen Proceß auf eine sehr befriedigende Weise. Sobald die Zunge anfängt rein und der Appetit ein besserer zu werden, kann das Medicament in längeren Unterbrechungen gegeben werden. Bei einer großen Anzahl von Kindern gelingt es so, die Krankheit zum Stillstande zu bringen. Auch nach Eintritt der Genesung läßt P. 5—10 Tropfen des Medicamentes 3—4mal täglich noch durch lange Zeit verabreichen.

— In der **Therapie der Dysenterie** zieht KEMP („Brit. med. Journ.“, 1901, Aug.) nach seinen in Südafrika gesammelten Erfahrungen eine mehr diätetische Behandlung der Tropendysenterie der medicamentösen vor. Er verwendet weder stopfende, noch abführende Mittel und gebraucht nur gegen Erbrechen neben Verabreichung von Eisstückchen zum Schlucken, halbstündlich kleine Dosen von Ipecacuanha, vermischt mit Nux vomica und Chloroform in spirituöser Lösung. Als einziges Nahrungsmittel empfiehlt er in der ersten Zeit Eiweiß vermischt mit Sodawasser. Hat sich der Zustand gebessert, ist dieser Mischung etwas roher Fleischsaft und Portwein hinzuzusetzen. Später ist Citronenlimonade als Getränk zu empfehlen, besonders bei Trockenheit im Mund und Foetor ex ore. Genügen gegen heftige Tenesmen warme Kataplasmen nicht, so kann Pinselung des Rectum bis zum Sphincter internus mit leichten Cocainlösungen angewandt werden.

— Die günstige Gesamtwirkung des „**Syrupus Colae compositus Hell**“ bei gewissen Formen von Nervenerkrankungen wird von mehreren Autoren bestätigt. Während einzelne Mittel vermöge ihrer specifischen Wirkungsweise auf das eine oder auf das andere Symptom der neurasthenisch-hysterischen Erkrankung günstig einwirken, vermag das Präparat zufolge seiner guten Zusammensetzung die Gesamtsymptome zu beeinflussen. Die Cola als Stimulans mit ihrer deutlichen Wirkung auf das Centralorgan, das Strychnin auf das periphere Nervensystem, das Glycerinphosphat auf den Stoffwechsel, das Chin. ferrocitricum als Roborans auf die Verdauung und Blutbildung. Dabei ist weder eine toxische, noch eine cumulative Wirkung zu befürchten, und namentlich letzteres ist besonders hervorzuheben. Der „Syrupus Colae compositus Hell“ erweist sich vermöge seiner rationalen und gelungenen Herstellung aus anerkannt wirksamen Bestandtheilen als ein vorzügliches Tonicum, welches bei der Behandlung functioneller Nervenerkrankungen sehr schätzenswerthe Dienste leistet.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“)

XI.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

A. MARTIN: Ueber Myomenucleation.

Die radical-operative Behandlung der Myome hat heute eine weit breitere Basis gewonnen; es ist aber zweckmäßig, die conservativen Methoden bei der Myombehandlung wieder mehr zu pflegen; die Enucleation der Myome, welche ein functionsfähiges Organ erhält, trat mehr in den Hintergrund, wenn auch eine Reihe günstiger Beobachtungen über dieses conservative Verfahren vorliegen. Nachdem M. 1893 schon über 139 Enucleationsfälle berichtete, hat er von 1892 bis Ostern 1899 über 140 Enucleationen bei Myomen ausgeführt. Seine

heutigen Bemerkungen sollen sich bezüglich der Operationsresultate auf 50 in 2¹/₂ Jahren in Greifswald operirte Fälle basiren, 40 Fälle sind vaginal operirt, alle sind genesen, 10 abdominal ausgeführt, von denen 3 starben, welche unter ungünstigen Verhältnissen operirt wurden (bei eitrigen, resp. infectiösen anderweitigen Erkrankungen). 2mal traten Blasenverletzungen ein bei atypischer Lagerung der Blase. Das spätere Verhalten der operirten Frauen ist als durchaus befriedigend zu bezeichnen. Die Reconstruction des Uterus ergab bei multipler Enucleation günstige Verhältnisse. Recidive sah M. unter ca. 260 bis Ostern 1899 enucleirten Fällen nur 7mal. Die Möglichkeit der Conceptionsfähigkeit ist aber besonders wichtig. Schwangerschaften sind allerdings nicht viel beobachtet. M. kam über 5 neue Fälle, von denen in 3 auch das Cavum uteri eröffnet werden mußte, berichten. Aber auch im Climacterium sucht M. den Uterus zu erhalten. Was soll operirt werden? Erst bei der Operation läßt sich entscheiden, ob genügend functionfähiges Gewebe für Erhaltung des Uterus vorhanden ist. Im Allgemeinen wird man sehr umfangreiche, fest verwachsene Myome nicht von der Scheide operiren, desgleichen bei ungünstigen Scheidenverhältnissen. Anämie (Myomherz) und chronischer Bronchialkatarrh lassen, wenn irgend möglich, eine vaginale Operation wünschenswerth erscheinen. In allen Fällen ist eine vollkommene Freilegung des Uterus nothwendig, die eventuell eröffnete Uterushöhle muß selbstverständlich für sich vernäht werden; wichtig ist, daß die Serosa genau zum Abschluß kommt. Ob die vordere oder hintere Colpocöliotomie ausgeführt wird, hängt vollkommen von dem Sitz der Myome ab, im Allgemeinen bevorzugt M. den vorderen Scheidenschnitt. Die Vortheile der Enucleation sind so groß, daß sie mehr wie bisher angewendet werden sollte; man kann mit der Enucleation früher vorgehen als bei einer Totalexstirpation.

Hofmeier: Die Frage, ob Enucleation vorzunehmen, hängt davon ab, wie weit man die Indication für den operativen Eingriff ausdehnt. Bei kleineren Myomen ist die Technik einfach, bei größeren häufig recht schwierig. Wer also der Ansicht ist, daß kleinere Myome im Allgemeinen nicht operirt werden müssen, wird seltener die Indication für die Enucleation finden; bei großen Myomen können unangenehme Blutungen bei der Enucleation eintreten. Vor Allem kommt die Enucleation bei jugendlichen Individuen in Betracht, bei denen die Möglichkeit vorhanden ist, eine Conceptionsfähigkeit zu erhalten. Die Gefahr eines Recidivs besteht naturgemäß immer. Daß man sich erst bei der Operation über die Art der Operation entscheiden muß, ist ein Nachtheil, da die Operation hiedurch viel blutiger wird. Die Indication zur Enucleation von Myomen von der Scheide findet Hofmeier nur in wenigen Fällen.

Thorn (Magdeburg) ist immer mehr von der Enucleation abgekommen; zu beobachten sind weiter die Gefahren, falls später eine Geburt eintrat. So beobachtete Th. eine sehr schwere Frühgeburt bei einer Frau, bei der er während des 4. Monats der Gravidität einen größeren Myomknoten enucleirt hatte. Th. hatte unter 28 vaginalen Myomenucleationen 8 Recidive; abdominal liegt es allerdings anders, bei der abdominalen Operation kann man leicht subseröse Myome enucleiren, jedoch wird stets die Zahl für die Indication der Enucleation klein sein.

Küstner befürwortet dringend die Enucleation der Myome; er hat vielfach wegen Sterilität die Enucleation ausgeführt, um Conceptionsfähigkeit zu erzielen. Die Operation muß unter der größten Asepsie durchgeführt werden.

Fränkel (Breslau) sah stets günstige Erfolge von der Myomenucleation, nie sah er Recidive, einmal trat in der Folge Gravidität ein! Eine Kranke verlor er allerdings an einer Nachblutung, da er das Myombett nicht tief und fest genug vernähte, es handelte sich aber um eine schwer anämische Person. Auch bei submucösen Myomen hat er die vaginale Myomenucleation mit Erfolg ausgeführt. In 2 Fällen hat er retrocervicale Myome zurückgelassen, nur einzelne leicht enucleirbare Myomknoten entfernt und die Castration angeschlossen, in beiden Fällen mit günstigem Erfolg.

Bröse befürwortet die vaginale Myomenucleation, selbst größere Myome kann man, wenn man den Uterus spaltet und das Myom morcellirt, vaginal entfernen.

v. Guérard sah nach Myomenucleation gleichfalls bei einer Frau, welche längere Zeit steril verheiratet war, in der Folge Gravidität eintreten; in einem anderen Falle trat schon 4 Monate nach der Enucleation multipler Myome eine Gravidität ein.

W. A. Freund: Das Martin'sche Verfahren schien hier immer als das ideale. Bei jugendlichen Personen, bei denen es aber vor Allem auf die Erhaltung des Uterus ankam, sah er fast stets Recidive eintreten, hingegen sah er sehr günstige Resultate bei Frauen, welche in der Nähe des Climacterium standen. Er weist darauf hin, daß Adenomyome sich nicht enucleiren lassen.

A. Martin: So lange Myome keine Beschwerden machen, operirt er dieselben auch nicht; machen dieselben aber Beschwerden, so hält er die Operation auch von kleinen Geschwülsten indicirt, falls durch interne oder Bäderbehandlung keine Besserung eintritt. Thom mußte Recidive erleben, da er nur durch die Austastung die Myome feststellte. Die vollständige Frei-

legung entweder durch Uterusspaltung oder durch Eröffnung des Peritoneums ist nothwendig, wenn man Recidive vermeiden will. Die Castration paßt nur für Frauen im Climax, nicht aber für jugendliche Personen, bei denen man die conservative Methode anwendet, um die Hoffnung auf Conception zu erhalten.

Abtheilung für innere Medicin.

FRANCKE (München): Die Algeoskopie.

Jede Entzündung verändert die Empfindlichkeit des befallenen Gebietes gegen Druck. Die Empfindlichkeit wird erhöht und sie ändert sich der Art nach, kurz es tritt krankhafter Druckschmerz ein. Die Untersuchung auf krankhaften Druckschmerz nennt der Redner Algeoskopie, Schmerzschau. Vortragender sucht nachzuweisen, daß wir in dieser Methode auch bei den Erkrankungen in der Brusthöhle ein wichtiges diagnostisches Mittel haben, das mit Unrecht bisher vernachlässigt wurde. An der Hand von Projectionsbildern werden die anatomischen Verhältnisse des Brustkorbes erörtert, insbesondere die Elasticität der Knorpel, der langen, schmalen und dünnen spongiösen Rippen und des spongiösen Brustbeines. Es wird die Länge der Knorpel, die Breite der Rippenzwischenräume und der oberen Brustkorböffnung in Zahlen angegeben. Es sind also besonders zugänglich für die Methode: die Lungenspitzen, das Herz und die unteren Pleura- und Lungenheile. Der Druck wird nicht mit einem Instrument, sondern mit der Beere eines Fingers ausgeübt. Die Stellen des krankhaften Druckschmerzes wurden mit Jodtinctur gefärbt und der Körper dann photographirt. Wir haben in der Algeoskopie eine brauchbare diagnostische Methode für Pleura-, Lungen- und Herzleiden, die unsere übrigen Untersuchungsmethoden vortheilhaft ergänzt.

EDEL (Würzburg): Neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien.

In dem Bestreben, die Therapie der chronischen Nephritiden zu fördern, geht Verf. von dem Studium der cyclischen Albuminurie aus. Dasselbe ergab:

1. Die meist bei der cyclischen Albuminurie zu beobachtende deutliche Abnahme des Eiweißgehaltes wird durch Aufnahme des Mittagessens veranlaßt.

2. Der günstige Einfluß des Mittagessens steht mit der Steigerung der Diurese in Zusammenhang.

3. Der wahre therapeutische Werth des geprüften Diuretins: Kali aceticum und Harnstoff, ist also in unmittelbarer Herabsetzung der Eiweißausscheidung zu suchen.

4. Heiße Bäder veranlassen vom Momente ihrer Einwirkung an die Abscheidung eines reichlicheren, helleren und beträchtlich eiweißärmeren Harnes.

5. Die bekannte Abnahme des Eiweißgehaltes in der Horizontallage geht ebenfalls mit Vermehrung der Harnmenge einher.

6. Die günstige Wirkung der üblichen diabetischen Maßnahmen findet nunmehr wohl die ungezwungenste Erklärung in der zweifellosen Anregung der Diurese (Milch, die vegetabilische Nahrung mit ihrem hohen Kaligehalt, die alkalischen Wasser etc.).

Weiterhin führt Votr. aus, daß ein günstiger Einfluß auf die Albuminurie nicht nur durch locale Erhöhung der Stromgeschwindigkeit infolge Ausscheidung diuretisch wirkender Stoffe veranlaßt wird, sondern daß in noch höherem Maße das Verhalten des Pulses, resp. des Herzens ausschlaggebend ist. Eine mit unzulänglichem Pulse einhergehende Albuminurie wird vermindert, resp. unterbrochen, wenn eine Verstärkung der Herzthätigkeit durch Bergsteigen erzielt wird.

Für die Therapie der cyclischen Albuminurie ergeben sich also folgende Aufgaben:

1. systematische Kräftigung des Herzens,
2. reichliche, häufige Nahrungszufuhr am Vormittag.

Die bisher bei einer Versuchsperson ausgeführte Behandlung hat nach 8 Wochen zu völligem und andauerndem Schwinden des Albumens geführt.

An 15 chronischen Nephritiden ohne Herzveränderungen zeigte sich, daß dem „Cyklus“ der cyclischen Albuminurie entsprechende Schwankungen des Eiweißgehaltes auch bei Nephritis erkennbar sind. Zur Erzielung momentaner Erfolge durch Muskelbewegung

scheint eine die tiefe Athmung und gleichmäßige Belebung des Pulses bewirkende Gymnastik in der Horizontallage geeignet zu sein. Die Uebung des Herzens bei Nephritis bedarf ebenso der Vorsicht wie bei Herzkranken.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Ber. der „Wiener Mediz. Presse“.)

Clinical Society of London.

BERRY: Ueber den Wurmfortsatz.

Das Bestreben des Vortr. geht dahin, zu beweisen, daß der Wurmfortsatz ein echtes Lymphoidgebilde, analog der Tonsille und nicht, wie behauptet wird, ein atavistischer Ueberrest ist. Im Cöcum von verschiedenen Thierspecies — Kaninchen, Katze, Taube — fand sich reichlich lymphoides Gewebe, entweder in Plaques angeordnet oder diffus über das ganze Cöcum vertheilt. Am stärksten war die Anhäufung des lymphoiden Gewebes am Ende des Blinddarms oder in unmittelbarer Nähe davon. Bei der Mehrzahl der untersuchten Thiere fand sich im Cöcum weit mehr Lymphoidgewebe als im ganzen übrigen Dickdarm. Der Wurmfortsatz stellt beim Menschen das wahre Ende des Blinddarmes dar und ist mit Rücksicht auf seinen großen Reichthum an Lymphoidgewebe wahrscheinlich dem Cöcum der niedereren Thiere in histologischer Hinsicht gleichzustellen. Bei den höheren Thieren ist das Lymphoidgewebe des Blinddarmes in einem speciell differenzirten Abschnitt des Darmtractes — dem Wurmfortsatz — vereinigt. Der Wurmfortsatz des Menschen ist daher kein atavistisches Ueberbleibsel, sondern ein differenzirter Theil des Darmes.

SEYMOUR TAYLOR: Congenitales Fehlen beider Schlüsselbeine.

Unvollkommene Entwicklung beider Schlüsselbeine bei einem 20jährigen Commis. Die sternalen Enden und die Ansätze der Sternocleidomastoidei sind deutlich fühlbar, ebenso sind am acromialen Ende die Spuren von Knochen tastbar; alles übrige ist fibröses Gewebe. Die oberen Extremitäten sind vollkommen bewegungsfähig; der Kranke kann Ball und Cricket spielen. Die Schultern lassen sich der Medianlinie so sehr nähern, daß die beiden Deltoidei aneinandergedrückt werden können.

H. BETHAM ROBINSON: Leontiasis ossea.

26jähriger Mann mit ganz harten Schwellungen der Nasalknochen und der angrenzenden Theile des Oberkiefers; die Haut ist nicht afficirt. Die Nasenhöhlen sind fast vollständig verschlossen, die Nasenflügel an das Septum gedrängt. Die Schwellung trat 1897 links zuerst auf und entwickelte sich langsam weiter. Keine Schmerzen, kein Thränenröufen. Syphilis nicht nachweisbar. Zur Zeit des Entstehens der Krankheit lebte der Patient in Südafrika. Die Krankheit ist in der Capcolonie als „Henpuye“ oder „Hundsnase“ bekannt.

Charters Symonds sah einen ähnlichen Fall, der bereits 8 oder 9 Jahre dauerte. Er meißelte den oberflächlichen Knochen weg, und die bloßliegenden Knochenflächen überzogen sich mit einer Art Mucosa, so daß Pat. sich nach der Operation bedeutend gebessert fühlte. Auch im zweiten ähnlichen Falle sah er einen Erfolg, nachdem operativ eingegriffen worden war.

Keetley operirte 2 Fälle von bloß einseitiger Erkrankung. Beide Fälle blieben geheilt. Die Schwierigkeit der Operation liegt nur darin, daß es schwer zu bestimmen ist, wie viel Knochen entfernt werden soll. Beide Fälle waren frei von congenitaler oder erworbener Syphilis.

Royal Medical and Surgical Society.

THOMAS BRYAUT: Darmverschluß durch Druck eines Blasen-divertikels.

Es handelte sich um einen 67jähr. Mann, der seit 5 Tagen keinen Stuhl hatte und seit 12 Stunden Koth erbrach. Seit zwei Jahren hatte ein Tumor der rechten unteren Abdomepartie bestanden, ohne je Unannehmlichkeiten verursacht zu haben.

Bei der Untersuchung ist der Bauch vergrößert, nicht straff gespannt, im rechten unteren Abdomen eine harte, wurstförmige Geschwulst, darüber dumpfer Schall. Urin normal, nach dem Urinieren keine Veränderung des Tumors. Bei der Laparotomie zeigte es sich, daß ein Blasendivertikel im Darmstück gegen die Lumbarwirbel preßte. Die Communication zwischen Blase und

Divertikel war so eng, daß derselbe sich beim Katheterisiren der Blase nicht entleerte.

Trotz der Behebung der Verstopfung starb der Pat. 22 Stunden nach der Operation. Die Section konnte nicht gemacht werden.

Notizen.

Wien, 14. December 1901.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstirte zunächst Dr. SCHICKELBERGER einen Sterilisirapparat für Jodoformgaze. Derselbe besteht aus einem Blechkasten mit einem Einsatze, in welchem sich Glas-cylinder zur Aufnahme der Jodoformverbandstoffe befinden. Die Sterilisation erfolgt im strömenden Wasserdampfe. — Hierauf zeigte Dr. SIEGFR. SPIEGEL einen Apparat für die Nahrungsaufnahme bei impermeablen Oesophagusstricturen. Er besteht aus einem Schlauche, dessen eines Ende tagsüber in der Oesophagotomie wunde, das andere in der Gastrostomie wunde befestigt wird. Der Apparat wird unter den Kleidern getragen; eine über ihm gleitende Rolle befördert die gekauten und geschluckten Speisen in den Magen. In der Discussion bemerkte Prof. Freih. v. EISELSBERG, daß man sich wohl nicht leicht dazu entschließen dürfte, bei Carcinomkranken neben einer Magenfistel noch eine Oesophagusfistel anzulegen. — Die DDr. HALBAN und LANDSTEINER erstatteten sodann eine vorläufige Mittheilung über das Verhältniß des normalen Serums im fötalen und mütterlichen Blute. — Schließlich wurde die Discussion über den GRUBER'schen Vortrag „Theoretisches über die Antikörper im Blute“ zu Ende geführt. Hofr. Prof. Dr. GRUBER berichtete über Versuche, welche beweisen, daß in den Antibacterienseren neben dem Präparator, welcher die Bacterien der Einwirkung des Alexins zugänglich macht, noch Stoffe vorhanden sind, welche der Alexinwirkung entgegenwirken. — Prof. Dr. PALTAUF trat neuerdings in nachdrücklicher Weise für die Richtigkeit und den Werth der EHRlich'schen Theorie ein. — Dr. WECHSBERG verwies darauf, daß die Specificität der Sera bewiesen und es bisher nicht gelungen sei, in Bacillen ein Complement nachzuweisen. — Hofr. Prof. GRUBER erwiderte, die Specificität der Sera komme als überaus gering gar nicht in Betracht, die Lehre von den Anticomplementen aber sei einer der dunkelsten Punkte der EHRlich'schen Theorie.

(Gegen die neue Rigorosen-Ordnung.) Unmittelbar nach Erscheinen der neuen medicinischen Studien- und Prüfungsordnung wurde von mehreren Seiten auf Härten hingewiesen, welche dem neuen, mit dem laufenden Wintersemester ins Leben tretenden Gesetze anhaften. Wir erinnern an die autoritativen Bemerkungen eines Lehrers vom Range weil. ALBERT'S in der „Gesellschaft der Aerzte“, sowie an die Aeußerungen der Fachpresse. So wurde von uns als Achillesferse der Verordnung die Zusammendrängung der beiden letzten Rigorosen in den Zeitraum von wenigen Wochen bezeichnet und auf das Ergebnis der 1895 im Unterrichtsministerium zusammengetretenen Enquête hingewiesen, welche als oberste Grenze des Spatiums zwischen 2. und 3. Rigorosum ein Jahr empfohlen hatte. — In den letzten Wochen macht sich unter der akademischen Jugend eine lebhaftere, leider zuweilen ausartende Bewegung gegen die neue Rigorosenordnung geltend, eine Bewegung, die in erster Reihe gleichfalls die von uns und Anderen incriminirten Bestimmungen bekämpft. Seitens der Prager medicinischen Studentenschaft wurde ein diesbezügliches Memorandum dem Decanate unterbreitet; die Wiener Mediciner haben jüngst eine Versammlung abgehalten, welcher auch der derzeitige Decan und mehrere Professoren beiwohnten, und in welcher eine gegen mehrfache, schwer empfundene Schäden der neuen Prüfungsordnung gerichtete Resolution beschlossen worden ist. Die Studirenden der beiden Prager, sowie der Grazer Facultät haben Zustimmungskundgebungen übersandt. Man wird sich einzelnen der von den Studirenden hervorgehobenen Recriminationen auf die Dauer nicht verschließen können; zu diesen gehört wohl vor Allem der allzu eng bemessene Termin für die Ablegung der einzelnen Theilprüfungen jedes Rigorosums, sowie des gesetzlichen Spatiums zwischen dem 2. und 3. Rigorosum.

(Auszeichnungen.) Prof. Dr. THEODOR ESCHERICH in Graz hat den Medjidie-Orden II. Cl. und das Großoffizierskreuz des bulgarischen Civil-Verdienst-Ordens, der praktische Arzt in Marienbad Dr. HUGO SCHLESINGER das Ritterkreuz des päpstlichen St. Gregor-Ordens, der Badearzt ebendasselbst Dr. HANS KOPF den württembergischen Olga-Orden erhalten.

(NOBEL-Preise.) Am 10. December fand zu Stockholm die erste Vertheilung der NOBEL-Preise zu je 208.000 Fres. für Wissenschaft und Literatur statt. Den Preis für Medicin erhielt BEHRING (Halle), für Chemie VAN-T'HOFF (Berlin) und für Physik ROENTGEN (München).

(CARL V. VOIT), einer der größten Chemiker, Physiologen und Hygieniker unserer Zeit, der langjährige Mitarbeiter PETTENKOFER'S, hat vor Kurzem in voller geistiger Frische seinen 70. Geburtstag gefeiert.

(Wiener Aerztekammer.) Dienstag den 17. d. M. findet eine Vollversammlung dieser Kammer statt. Auf der Tagesordnung stehen u. a. folgende Gegenstände: Beschlußfassung über das Präliminare und Festsetzung des Kammerbeitrages pro 1902; Antrag des Comités zur Ausarbeitung eines neuen Kammergesetzes betreffend die Aufnahme einer „Aerzteordnung“ in das Gesetz; Bericht des Vorstandes über einen Antrag auf Abänderung des Kammerbeschlusses betreffend die ärztliche Reclame.

(Das Wiener sero-therapeutische Institut) hat die Einrichtung getroffen, daß die Serumfläschchen auf der Etikette den auf mehrjähriger Erfahrung begründeten Termin der Verwendbarkeit tragen, und daß ferner innerhalb dieses Zeitraumes das Serum in zurückbehaltenen Probefläschchen auf seine Verwendbarkeit geprüft werde. Sollte sich innerhalb des garantierten Zeitraumes eine Abschwächung ergeben, so wird durch Mittheilung an die Abnehmer und durch eine Mittheilung in der Wochenschrift „Das österreichische Sanitätswesen“ die betreffende Serie bekanntgegeben werden, um den kostenlosen Umtausch derselben vornehmen zu können. Am Ende des garantierten Verwendbarkeitstermines erfolgt der Umtausch gratis, auch wird derselbe in der Uebergangsperiode gratis vorgenommen werden.

(Was versteht man unter „Krankheit“?) Eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes in einem in letzter Zeit vorgekommenen Streitfalle, in dem es sich darum gehandelt hatte, den Begriff „Krankheit“ festzustellen, interpretirt diesen Begriff dahin, daß unter Krankheit nicht schon ein innerer pathologischer Zustand anzusehen ist, sofern er nicht äußerlich derart in Erscheinung tritt, daß der damit behaftete Arbeiter nach den Regeln der medicinischen Wissenschaft einer ärztlichen Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln bedürftig erscheint. Wann dies der Fall ist, kann nur nach der Lage des concreten Falles beurtheilt werden.

(Aerzte-Genossenschaft zu kaufmännischen Zwecken.) In Belgien haben — wie uns aus Brüssel berichtet wird — hundert Aerzte eine Genossenschaft zur Herstellung pharmaceutischer Erzeugnisse gebildet und zu diesem Zwecke je 5000 Fres. beigesteuert.

(Statistik.) Vom 1. bis inclusive 7. December 1901 wurden in den Civilspitalern Wiens 7088 Personen behandelt. Hievon wurden 1501 entlassen; 113 sind gestorben (7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 70, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 102, Scharlach 85, Masern 153, Keuchhusten 12, Rothlauf 31, Wochenbettfieber 3, Rötheln 1, Mumps 3, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 566 Personen gestorben (— 23 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. D. BISENZ, in Hradzen bei Staab Dr. ANTON LINHART, 51 Jahre alt; in Graz der Generalstabsarzt Dr. HLAVAČ V. RECHTWALL im 71. Lebensjahre; in Budapest der praktische Arzt Dr. SAMUEL EGERER im Alter von 85 Jahren; in Mostar der Stadtarzt Dr. ANTON FOJAREWICZ im 49. Lebensjahre; in Unter-Břežan Dr. FRANZ TESAR, 83 Jahre alt; in Prag Dr. GUSTAV MORGENSTERN, im jugendlichen Alter von 29 Jahren; in Rom der Professor der propädeutischen Klinik Dr. E. DE ROSSI.

C. Haubner's Engelpothek in Wien befindet sich während des Umbaus I., Goldschmiedgasse 10, und wird nach circa einem Jahre ihr eigenes Heim in der Bognergasse wieder beziehen. Seit Jahren zu den leistungsfähigsten Apotheken Wiens zählend, wird sie zur Versorgung der ärztlichen Hausapotheken bestens empfohlen und führt ein Lager sämmtlicher englischer, französischer und amerikanischer Specialitäten. Als Erzeugniß dieser Firma und viel verlangt sind Bernatzik's sterilisirte, medicamentöse Lösungen für subcutane Injectionen zu erwähnen, die bei den Aerzten rasch Eingang gefunden haben. Als Neuestes hat die Engelpothek das Fermentum cerevisiae sicc. gegen Furunculosis in Verkehr gebracht, welches dem französischen Präparate an Wirkung ebenbürtig, jedoch im Preise bedeutend billiger ist.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 16. December 1901, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

Stabsarzt Doc. Dr. A. PICK: Ueber Magenatonie.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Die nächste Sitzung (Plenarversammlung) findet Donnerstag den 19. December 1901, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL statt.

Vorsitz: Hofrath Prof. NOTHNAGEL.

Programm:

Administrative Sitzung.

1. Rechenschaftsbericht über das Vereinsjahr 1901.
2. Anträge und Mittheilungen des Vorstandes.
3. Wahl neuer Mitglieder.

I. Demonstrationen (angemeldet): Hofr. Prof. NOTHNAGEL, Dr. HOCHSINGER, Dr. BREUER und Prof. Dr. ALBRECHT.

II. Schluß der Discussion über das Thema: Myiasis intestinalis. (Zum Worte gemeldet: Reg.-R. Dr. GERSUNY, Prof. Dr. GÄRTNER, Doc. Dr. H. SCHLESINGER, Hofr. Prof. WEICHELBAUM.) Weitere Anmeldungen werden für diese Sitzung nicht mehr angenommen.
Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Meran
Obermais

Sanatorium „HYGIEA“
für Nerven-Magenleidende, Rheumatische, Reconval-
scenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER. — (Während des
Sommers in seiner Heilanst. „Alpenheim“ in Aussee, Steierm.)

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfang von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein-sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Caries des Felsenbeins bei einem Diabetiker. Freilegung der Mittelohrräume. — Tod durch Leptomeningitis tuberculosa basilaris. Von Dr. A. EITELBERG in Wien. — Die chemische Zusammensetzung des Neugeborenen. Von Dr. W. CAMERER jun. in Stuttgart, mit analytischen Beiträgen von Dr. SÖLDNER und Dr. HERZOG in Stuttgart. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** DIKULAFÖY (Paris): Wann ist eine ganz acute serofibrinöse Pleuritis tuberculösen, wann nichttuberculösen Ursprungs? — ZIEGLER (München): Ueber das mikroskopische Verhalten subcutaner Brüche langer Röhrenknochen. — DIEUDONNÉ (Würzburg): Experimentelle Untersuchungen über die Tuberculose-Infektion im Kindesalter. — PASSOW (Heidelberg): Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränennasencanals. — BLUM (Frankfurt a. M.): Ueber Nebennierendiabetes. — GEORG KÖSTER (Leipzig): Ueber den Ursprung des N. depressor. (Vorläufige Mittheilung.) — SACQUÉRIE (Rennes): Variabilité de l'aplitude agglutinative du bacille d'EBERTH. — C. HÜBSCHER (Basel): Weitere Mittheilungen über die Perimetrie der Gelenke. — JOHN THOMPSON SHIRLAW: Congenitale Hydronephrose, Nephrotomie und Drainage. Heilung. — KUKULA (Prag): Die Blasennaht beim hohen Steinschnitt auf Grund bacteriologischer Untersuchungen des Harnes. — R. WINTERNITZ (Prag): Ueber die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Oele. — **Literarische Anzeigen.** Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose. Von Dr. PAUL JACOB und Dr. GOTTHOLD PANNWITZ. — Allgemeine und specielle Arzneiverordnungslehre für Studierende und Aerzte. Bearbeitet von Dr. JOSEF NEVINNY, o. ö. Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Universität Innsbruck. — Augenärztliche Unterrichtstafeln. Herausgegeben von Prof. H. MAGNUS. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Ber.) XII. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. — Jodipin. — Ueber die Wirkung der Alkoholklysmen auf die Magensaftsecretion beim Menschen. — Acoïn als Localanästheticum in der zahnärztlichen Praxis. — Wirkungen der elektrischen Lichtkastenbäder. — Bismutose und ihre Anwendung. — Alopecia. — Dionin. — Gurgelwässer. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Caries des Felsenbeins bei einem Diabetiker.

Freilegung der Mittelohrräume. — Tod durch Leptomeningitis tuberculosa basilaris.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

Der sofort zu besprechende Fall bedeutet keinen Triumph der ärztlichen Kunst; er kann im Gegentheile viel eher als Beweis unserer diagnostischen Unzulänglichkeit gelten. Aber gerade wegen seiner negativen Eigenschaften halte ich ihn der Veröffentlichung werth. Denn Mängel, einmal als solche erkannt, bergen in sich einen ungeheuren Vorzug: sie wecken den Forschungstrieb, welcher in der Menschenbrust schlummert, und welchem allein alles Wissen zu danken ist. Freilich, gar hohe Bahnen der Vervollkommnung wird die Medicin schon beschritten haben müssen, wenn es ihr gelingen soll, in das Wesen der Krankheit so tief einzudringen, daß sie selbst ihre zartesten Aeußerungen noch wahrzunehmen und stets auch richtig zu erklären vermöchte. Und auch dann noch wird es nicht Jedermanns Sache sein, die zahlreichen Details eines bunten Complexes auseinanderzuhalten und an die gehörige Stelle zu setzen. Bisnun indeß sind unsere Sinne noch zu grob, um so feine Arbeit jedesmal verrichten zu können, wenngleich wir aus dem bereits Erreichten die Hoffnung auf weitere Erfolge zu schöpfen berechtigt sind.

Der Mann, um dessen Krankengeschichte es sich hier handelt, war sozusagen ein wandelndes pathologisches Museum, in das allerdings erst der Tod vollen Einblick ermöglichte. Darauf sei

hiemit aufmerksam gemacht, weil die Ueberschrift, welche sich auf die Zusammenfassung der Hauptmomente zu beschränken hat, naturgemäß nicht den ganzen Inhalt widerspiegelt. Die nöthigen Ergänzungen werden die nachstehenden Zeilen bringen.

Die anamnesticen Daten, wie sie vom 54jähr. Patienten nur mit Mühe zu erheben waren, verlieren sich gewissermaßen ins Dunkel. Gegen Ende Mai 1901 sollen ohne bekannte Veranlassung heftige Schmerzen im linken Ohre aufgetreten sein, weswegen er eine ohrenärztliche Abtheilung aufsuchte. Dasselbst wurde er eine Woche lang täglich catheterisirt, worauf dann ein Furunkel im linken äußeren Gehörgang durch Incision eröffnet worden sein soll. Jetzt kommt nochmals der Katheterismus Tub. Eust. an die Reihe, bis etwa 14 Tage später ein Recidiv der linksseitigen Otitis ext. circumscripta eine neuerliche Incision erheischte. Von da ab scheinen die Schmerzen sich bis zur Unerträglichkeit gesteigert zu haben. Der Mann wurde so schwach, daß er auf der betreffenden Abtheilung Unterkunft suchen mußte. In der Schnittwunde dürften mittlerweile Granulationen aufgeschossen sein, welche nach Angabe des Patienten zweimal mittels des scharfen Löffels ausgekratzt wurden.

Als die Abtheilung wegen Reinigung der Zimmer geräumt werden mußte, fand der Kranke im Spitale der Barmherzigen Brüder Aufnahme, und ich wurde vom Physicus und med. Ordin. des Spitals, Herrn kaiserl. Rath Dr. LERCH eingeladen, die ohrenärztliche Behandlung zu führen. Herr Dr. LERCH hatte meningale Reizerscheinungen und Arteriosklerose diagnosticirt. Ueberdies wurde im Harn Zucker constatirt, und gab auch der Patient an, früher eine Diabetescur durchgemacht zu haben. Eiweiß wurde nicht nachgewiesen. Ich sah ihn zum erstenmale am 14. September. Er machte den Eindruck eines Schwerkranken und klagte über rasende Schmerzen, namentlich am Scheitel, von wo sie gegen die linksseitige Kopfhälfte ausstrahlten. Die schmerzenden Stellen waren

schon gegen die bloße Berührung, besonders jedoch gegen die Percussion. ungemein empfindlich. Auch der linke äußere Gehörgang war der Sitz erheblicher Schmerzen, die durch Druck auf den Tragus und die Umrandung des Gehörganges beträchtlich gesteigert wurden. Nur wenig druckempfindlich war der Warzenfortsatz. Da sämtliche Wände des Ohranals geschwollen waren und fast gar kein Lumen bestand, mußte erst ein solches geschaffen werden, bevor zur Paukenhöhle vorgeedrungen werden konnte.

Das suchte ich durch Einlegen von, an ihrem inneren Drittel mit 5%igem Carbolglycerin getränkten Wattetampons, sowie durch Umschläge mit Liquor Burow. (1:5 Aqu. dest.) zu erreichen. Die eingeführten Tampons waren keilförmig und consistent, damit durch andauernden Druck auf die Gehörgangswände die Anschwellung befördert werde. Es sei noch hinzugefügt, daß man im Gehörgang auf kleine Granulationen stieß. Die Secretion war am Beginne der Beobachtung eine minimale. Von einer Hörprüfung wurde mit Rücksicht auf die große Schwäche und Uebellaunigkeit des Patienten — er behauptete, mit dem linken Ohre nichts zu hören, und mehr wäre aus ihm auch nicht herauszubringen gewesen — Umgang genommen.

Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes sei noch erwähnt, daß bloß einigemale des Abends eine mäßige Temperatursteigerung — ein einzigesmal betrug sie in der Zeit vor der Operation 38.8° — vermerkt wurde. Der Puls hielt sich so ziemlich innerhalb der normalen Grenzen. Die Obstipation, aus der seit Wochen mangelnden Bewegung resultirend, wurde jedesmal mit milden Abführmitteln erfolgreich bekämpft. Und sobald Erbrechen sich einstellte, konnte man es zumeist auf Rechnung eines Diätfehlers setzen, den der etwas schwer tractable Patient gerne zu begehen pflegte. Am ersten Abend des Spitalsaufenthaltes soll er übrigens auch einen Schüttelfrost gehabt haben.

Nach einer 10tägigen Behandlung in der oben geschilderten Weise hatte sich der Gehörgang bis zu dem Grade erweitert, daß ein Ohrtrichter bequem vorgeschoben werden konnte, ohne daß der Patient dabei einen beträchtlicheren Schmerz empfunden hätte. Jetzt konnte man wahrnehmen, daß das Trommelfell schier in toto zerstört und die Paukenschleimhaut stark geschwollen war. In dem Maße, als das Lumen des Ohranals sich freier zeigte, wurde die Secretion profuser, zeitweilig auch übelriechend.

In dem Allgemeinbefinden aber hatte sich nichts geändert. Der Kopfschmerz tobte ununterbrochen fort, die Prostration blieb die gleiche, fast allabendlich stieg die Körpertemperatur über das Normale (38.1°), und als eines Nachmittags der Patient auch eine Weile delirirt hatte, schritt ich am folgenden Tage (24. September) zur Operation, wobei mir die Herren DDr. Ordin. GLEICH, HERZIG und SOUČEK in liebenswürdiger und sachkundiger Weise assistirten.

Ueber die Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume will ich mich hier nicht verbreiten; ich setze sie bei meinen Lesern als bekannt voraus. Dies umsomehr, als ich selbst bei anderer Gelegenheit die Art der Ausführung in diesen Blättern eingehender erörtert habe und Abweichungen von der Norm nicht platzgegriffen hatten. Daß die Schnittwunde auch nicht in ihren beiden Winkeln genäht wurde, ist durchaus keine von mir inaugurierte Neuerung, da dieser Vorgang von einigen Operateuren, unter anderen von DENCH, schon früher beobachtet worden war. Notirt jedoch muß werden, daß die Corticalis des Warzenfortsatzes sich normal erwies, und daß im Atticus und im Antrum, weniger in der Paukenhöhle, Granulationen sich vorfanden, die mittels des scharfen Löffels beseitigt wurden. Die Gehörknöchelchen habe ich in diesem Falle nicht entfernt, sie zeigten auch bei der nachträglichen Besichtigung, wenigstens makroskopisch, keine pathologischen Merkmale.

Der Erfolg der Operation war insofern ein äußerst günstiger, als der Patient wie mit einem Schlage von der Qual der Schmerzen sich erlöst fühlte und es auch in Worten tiefempfundenen Dankes zum Ausdruck brachte. Auch hatten die abendlichen Temperaturerhebungen sistirt. Ebenso war die Nahrungsaufnahme eine genügende. Der erste Verbandwechsel hatte am 28. September statt und die Wunde war von so gutem Aussehen und die ein-

geführten Jodoformgazestreifen so wenig mit Secret imbibirt, daß, da der Zustand in der Richtung nicht wechselte, der Verband auch später nur alle 2—3 Tage erneuert wurde. Und das kam sehr à propos. Um streng aseptisch vorgehen zu können, mußte im Operationssaal verbunden werden. Und der Transport vom Krankenzimmer dorthin, obwohl er mit möglichster Sorgfalt bewerkstelligt wurde und bloß ein geschlossener Corridor die beiden Räume von einander trennt, übte doch auf die knappen Kräfte des Patienten, mit denen hausgehalten werden mußte, einen nachtheiligen Eindruck. Denn trotz des relativen Wohlbefindens und der besten Pflege erhielt sich die Schwäche auf dem nämlichen Niveau wie vor der Operation. Der Mann war so schwach, daß er es nicht vermochte, sich halb aufzurichten und allein die Nahrung zu sich zu nehmen: er wurde jedesmal — es ging eben nicht anders — gestützt und gefüttert.

Diese durch kein Mittel zu bannende Schwäche aber war es, welche die Aussicht auf einen guten Verlauf ganz bedeutend trübte. Unbedingt spielte da ein ernsterer Proceß mit, dessen Natur sich nicht leicht enthüllen ließ. Ich vermuthete einen Augenblick einen Gehirnsabsceß. Weil jedoch kein untrügerisches Symptom den Schleier zu lüften verhalf, mochte ich mich nicht zu einem explorativen Eingriff entschließen, und nachher war ich meiner Zurückhaltung froh.

Doch, ich will die weiteren Ereignisse erzählen. Die Wunde — das sei vorweg genommen — blieb bis ans Lebensende des Patienten schön granulirend und verkleinerte sich bereits. Auch die Secretion der Paukenhöhle war keine abundantere geworden. Am 30. September, also eine Woche nach der vollzogenen Operation, klagte Patient zum erstenmale über Schmerzen, insbesondere im rechten, der operirten Seite nicht correspondirenden Auge und in dessen Umgebung. Auch schlief er mehr als sonst. Nach weiteren 3 Tagen bestand rechterseits Ptosis, war der R. internus gelähmt und wurde Doppeltsehen angegeben. Die Schwäche hat noch zugenommen. Das Sensorium scheint nicht mehr ganz frei zu sein; die Antworten erfolgen träge, wie mühselig herausgearbeitet; fortwährend ist der Pat. von Schlaf umfungen; der Puls ist klein und werden 110 Schläge in der Minute gezählt. Bei genügender Nahrungsaufnahme kein Erbrechen, zwei spontane Stühle. Normale Temperatur. Weder Kopf-, noch Ohrschmerz, nur in der linken Ohrmuschel hin und wieder ein unbehagliches Gefühl.

Der Augenhintergrund (Ord. Dr. WITTNER) bot außer der Ueberfüllung der Retinalvenen beiderseits nichts Abnormes dar. Chorioidealtuberkel wurden nicht gesehen.

Von da an geht es rapid abwärts. Zwar wird noch 3 Tage vor dem Exitus letalis das Sensorium freier befunden als an den unmittelbar vorangegangenen Tagen. Aber der Verfall der Kräfte ist ein enormer. Der Mann ist nicht imstande, auf Geheiß die Zunge vorzustrecken, es kommt bloß zu zitternden Bewegungen des Mundes. Auch die Hände vermag er nicht zu heben, ohne daß Lähmungserscheinungen oder krampfartige Bewegungen sicherzustellen wären. Apathisch liegt er dahin, das linke Auge halb geöffnet, das er indeß über laute Aufforderung vollkommen zu schließen vermag. Spricht in letzter Zeit mit heiserer, müder Stimme, jedoch vernehmbar und richtig articulirend. In diesem, dem Ende zueilenden Stadium empfindet der Pat. gar keinen Schmerz, auch der in den Augen ist geschwunden. Bei nicht beschleunigtem Athmen sind leichte Rasselgeräusche hörbar. Jetzt werden wieder mäßige abendliche Temperaturerhebungen — bis 38.2° , am letzten Abende bis 38.8° — notirt. Der Puls ist klein und sehr frequent — 130 Schläge in der Minute.

Zwei Tage dauerte die Agonie. Sie spielte sich ohne äußerlich wahrnehmbaren Kampf ab. Am 10. October Vormittags hatte der Mann ausgerungen.

Zu vermerken wäre noch, daß jedesmal nach dem Verbandwechsel, sobald der Pat. auf die Tragbahre gehoben wurde, um in sein Zimmer zurücktransportirt zu werden, Erbrechen schleimiger Massen erfolgte, denen niemals Speisereste beigemischt waren.

Der Sectionsbefund (Dr. C. STERNBERG) lautet:

Leptomeningitis tuberculosa basilaris e carie tbc. ossis petrosi sinistri. Perineuritis tuberculosa et Neuritis nervi acustici sinistri.

Tbc. obsoleta apicis pulmonis utriusque. Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque. Residua endocarditis valvularum aortae et mitralium.

Die weichen Hirnhäute an der Hirnbasis, namentlich entsprechend dem Chiasma und den SYLVI'schen Gruben, sowie über dem linken Schläfelappen sulzig infiltrirt und reichlich dicht gedrängte, grauweiße, miliare Tuberkelknötchen aufweisend. Die Substanz des Großhirnes stark durchfeuchtet, die Seitenventrikel erweitert, enthalten eine beträchtliche Menge leicht getrübtter Flüssigkeit, ihre Auskleidung zart.

Entsprechend dem Meatus auditorius internus des linken Felsenbeines findet sich eine der Dura mater anhaftende, etwa kirschgroße, weiche, höckerige Geschwulst, die aus einem graugelben, von käsigen Knötchen durchsetzten Gewebe besteht. Die Nn. acusticus und facialis senken sich durch diese Gewebsmasse in das Felsenbein ein und sind innig mit derselben verwachsen.

Nach Ablösung der Dura mater erscheint der Knochen an dieser Stelle morsch, grauschwarz verfärbt, stellenweise nekrotisch, und dringt die Sonde leicht in das Innere des Felsenbeines ein. Nach Aufmeißelung des Mittelohres finden sich in demselben schlaffe, mit miliaren Knötchen besetzte Granulationen, sowie ein mißfärbiger, eiteriger Inhalt; von einer parallel dem unteren Rande der Ohrmuschel verlaufenden Operationswunde führt ein Gazestreifen in das Mittelohr.

Bei mikroskopischer Untersuchung des N. acusticus vor seinem Eintritte in den M. audit. intern. erweist sich derselbe eingebettet in ein tuberculöses, größtentheils verkästes Granulationsgewebe, in dem sich typische LANGHANS'sche Riesenzellen finden. Die zwischen den Nervenbündeln verlaufenden Capillaren sind erweitert und mit Blut gefüllt; in deren Umgebung finden sich dichte, streifenförmige, die Nervenfasern auseinander drängende Anhäufungen ein- und mehrkerniger Leukocyten. (Schluß folgt.)

Die chemische Zusammensetzung des Neugeborenen.

Von **Dr. W. Camerer** jun. in Stuttgart, mit analytischen Beiträgen von **Dr. Söldner** und **Dr. Herzog** in Stuttgart. *)

Die Untersuchung, über welche ich schon zweimal in der Gesellschaft für Kinderheilkunde berichtet habe, ist zu Ende geführt. Konnte man früher das Bedenken haben, daß die bearbeiteten 4 Körper bei unternormalem Geburtsgewicht der Kinder (im Mittel 2630 Grm.) etwas anders zusammengesetzt sein möchten, als die von Kindern mit normalem Geburtsgewicht, so ist dies Bedenken durch die Untersuchungen an weiteren 2 Kindern Nr. 5 und 6 hinfällig geworden. Diese Kinder hatten ein Geburtsgewicht von 3048 Grm. und 3348 Grm.; die Befunde bei ihnen stehen in der Mitte zwischen denen bei Nr. 1 und 2, den etwas fetteren Kindern, und 3 und 4, den etwas magereren Kindern, ohne daß die Unterschiede unter allen sechs überhaupt von großem Belange wären.

Auch ein Unterschied der Geschlechter ist nicht hervorgetreten — wir verfügen über 3 Knaben und 3 Mädchen. Eine Aenderung der Mittelwerthe durch Hinzufügung neuer Fälle (an normalen Neugeborenen) ist nach Allem nicht in Aussicht zu nehmen. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen, bezüglich deren ich auf die ausführliche, demnächst erscheinende Veröffentlichung in der „Zeitschrift für Biologie“ verweise, gebe ich nur die Mittelwerthe und benütze dieselben nunmehr zu einigen Folgerungen, die mir für die Kindesphysiologie und Kinderheilkunde wichtig erscheinen.

Tabelle I.

	Körpergewicht	Wasser	Fixa	Fett	Asche	Eiweiß u. Leim	Extractivstoffe	C	H	N	O
Absolute mittlere Werthe für 1 Kind	2820	2026	795	348	75	330	42	449.6	67.15	55.8	147.45
Auf 100 Grm. Leibessubstanz kommen	—	71.8	28.2	12.3	2.7	11.7	1.5	15.9	2.38	1.98	5.36
Auf 100 Grm. Trockensubstanz kommen	—	—	—	43.8	9.4	41.5	5.3	56.5	8.4	7.0	18.7
100 Grm. Erwachsener nach VOLKMANN	—	66	34	—	4.7	—	—	18.5	2.7	2.6	6.5

Tabelle II.

Ascheverhältnisse im Mittel aller Kinder.

	K ₂ O	Na ₂ O	CaO	MgO	F ₂ O ₃	P ₂ O ₅	Cl	Summe	ob O für Cl	Rest	Aschenach Tabelle I
Das Durchschnittskind (2820 Grm.) enthält	5.4	6.5	28.6	0.8	0.4	28.8	5.0	75.5	1.1	74.4	75
100 Grm. Leibessubstanz enthalten	0.19	0.23	1.01	0.03	0.016	1.02	0.18	2.68	—	—	2.7
100 Grm. Asche vom Kind enthalten	7.1	8.6	37.9	1.0	0.6	38.2	6.6	—	—	—	—
100 Grm. Asche von Frauenmilch enthalten	31.4	11.9	16.4	2.6	0.16	13.5	20.0	—	—	—	—

Außerdem fanden sich auf 100 Grm. Kindskörper berechnet rund 45 Mgrm. Harnstoff, 7 Mgrm. Ammoniak und 0.6 Grm. Lecithin.

Unter Benützung anderer Arbeiten und auf Grund von Erwägungen, welche ich hier übergehen kann, kam ich zu dem sicheren Schluß, daß man keinen merklichen Fehler mit der Annahme begeht, es sei der tägliche Anwuchs des Säuglings von gleicher Zusammensetzung wie die Leibessubstanz des Neugeborenen. Damit besitzt man nunmehr alle für die 24stündige Stoffwechselbilanz des Säuglings nothwendigen Mittelwerthe; man kennt nämlich die Muttermilchmenge und deren chemische Zusammensetzung (auch die Elementarzusammensetzung derselben), man kennt Größe und Beschaffenheit des Anwachses, Menge und Beschaffenheit von Urin und Koth. Daraus ergeben sich ohneweiters die Zahlen für die direct schwer zu beobachtenden Respiationsgrößen.

Tabelle III.

24stündige Bilanz eines Muttermilchsäuglings in der 10. Woche, Gewicht 5.00 Kgrm.; tägliche Zunahme 25 Grm.; Muttermilch 800 Grm.; Urin 520 Grm.; Koth 20 Grm. mit 20% Trockensubstanz.

a) Zufuhr.

	Nahrung	Anwuchs	Bleibt für Ausscheidung	
C	45.4	3.9	41.5	41.5
H	6.8	0.6	6.2	6.2
N	1.3	0.5	0.8	0.8
O	37.1	1.3	35.8	149.7
			{ hiezu aus Atmosphäre }	
			113.9	
Asche	1.4	0.7	0.7	0.7
Wasser	708.0	18.0	690.0	690.0
Summe	800.0	25.0	775.0	888.9

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung f. Kinderheilkunde der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

b) Ausfuhr.

	Urin	Koth	Respiration		Summe
			CO ₂	H ₂ O	
C	0.9	2.2	38.4	—	41.5
H	0.2	0.3	—	5.7	6.2
N	0.6	0.2	—	—	0.8
O	0.8	0.9	102.4	45.6	149.7
Asche	0.5	0.2	—	—	0.7
Wasser	517.0	16.2	—	—	690.0
Summe	520.0	20.0	140.8	—	888.9

Der respiratorische Quotient ist $\frac{102.4}{113.9} = 0.89$

Der Verlust beim gasförmigen Stoffwechsel
 perspir. insensib. 348.9—113.9 = 235 Grm.
 Calorienwerth der Zufuhr (Urin und Koth ab) circa . . . 480
 Calorienwerth des Anwuchses circa 60
 Energieausgabe . 420

Es werden also reichlich 50% der zugeführten Mineralbestandtheile und 40% des zugeführten Stickstoffes im Körper angesetzt, dagegen nur etwa 10% des Kohlenstoffes und Wasserstoffes. Die Erfahrungsthat, daß man einen Säugling auf sehr verschiedene Weise groß ziehen kann, wird durch Tabelle III in helle Beleuchtung gestellt. Wenn nur die Verdauungsorgane die dargebotene Kost ohne allzugroße Verdauungsarbeit bewältigen können, zum mindesten durch dieselbe nicht beschädigt werden, wenn nur die kleine notwendige Menge derjenigen Stoffe resorbirt wird, die der Körper nicht selbst synthetisch aufbauen kann und zu seinem Wachsthum oder zu seiner Erhaltung nöthig hat — es mag sich täglich um reichlich 10 Grm. meist stickstoffhaltiger organischer Bestandtheile und etwa 1.2 Grm. Mineralbestandtheile der Frauenmilch handeln —, so scheint schon beim Muttermilchkind, noch mehr beim künstlich Ernährten, nicht viel darauf anzukommen, ob das Energiebedürfniß des Körpers mehr mit Fett oder mehr mit Milchzucker gedeckt wird, ob man (innerhalb gewisser Grenzen) überschüssiges Nahrungseiweiß (d. h. eine über die Zufuhr der Frauenmilch hinausgehende Menge) oder Milchzucker, Maltose, Dextrin als Energiespender bevorzugt.

Noch möchte ich besonders darauf aufmerksam machen, daß man die Zahlen der Tabelle III nicht als eine Schablone zu betrachten hat, in welche alle Einzelfälle hineinzupressen wären, sondern als diejenigen Größen, in deren Nähe sich die Vorgänge bei gesunden Kindern abspielen.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Die Größe der Herzarbeit hat von jeher die Autoren in Erstaunen gesetzt. Immer wieder haben sich dieselben bemühen müssen, diese erstaunliche Dauerleistung eines mäßig voluminösen Muskels plausibel zu machen. Ich erinnere nur an die älteren, viel citirten Darlegungen von VOLKMANN (l. c.) und die jüngeren von B. LEWY³⁹⁾, der sich mit viel Geschick bemüht hat, durch Ansetzung der niedrigsten Werthe und mancherlei Analogien die ungeheure Thätigkeit dem Verständniß näher zu bringen. Alles, was man diesen Autoren zugeben kann, ist, daß das Herz dieselbe auf eine nicht näher zu bestimmende Zeit vielleicht wirklich leisten kann, und daß sie natürlich ohne Herz sehr bald überhaupt nicht mehr geleistet wird. Aber daß ein so wichtiger Apparat diese

³⁹⁾ B. LEWY, Die Arbeit des gesunden und des kranken Herzens. „Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. XXXI, 1897.

Arbeit in der That allein, ohne daß sie ihm zeitweise zum großen Theil abgenommen werden kann, leistet, unaufhörlich, auch enorm gesteigerten Ansprüchen gegenüber; daß das Blut vom Herzen nicht nur an die Capillaren herangebracht, sondern auch von ihm durch ein zweifaches, ja (bei Thieren) dreifaches Capillarsystem hindurchgepreßt wird; daß das ganze übrige, complicirt gebaute Gefäßsystem und seine Umgebung höchstens eine Kraft aufspeichernde und regulirende Function hat: das wird immer wieder den Widerspruch herausfordern. Jedenfalls muß die Aufdeckung eines anderen die Blutbewegung direct fördernden Factors unser Verständniß sehr erleichtern. Dieser Factor liegt in den peripheren Kreislaufsapparaten. Wenn der Blutstrom beim Embryo zustande kommt, ehe noch eine contractile Faser im ganzen Gefäßsystem nachweisbar ist, ja wenn zuweilen die Blutbewegung im Gefäßhof früher beginnt, als der Herzschlag; wenn bei niederen Thieren das Blut ohne Herz fortbewegt werden kann, wenn selbst bei den höchsten eigenthümliche Pulsationserscheinungen unabhängig vom Herzen vor sich gehen, so müssen hier Kräfte thätig sein, deren völliger Verlust beim ausgebildeten Menschen nicht bewiesen, glücklicherweise auch wohl nicht eingetreten ist. Und wenn endlich — last not least — der wichtigste Theil des Kreislaufs, die Aufnahme des Lymphstroms in das Gewebe und zum Theil auch seine Abgabe, nur durch bewegende Kräfte irgendwelcher Art im Protoplasma bewerkstelligt sein kann, so sollte man es nicht so erstaunlich finden, daß auch das Blut, wenn es sich in die Gewebe ergießt, obgleich noch von dünnsten Membranen (der Capillarwand) umspannt, unter der Einwirkung dieser bedeutenden Kraft steht, die arterielles Blut anzuziehen, venöses abzustößen vermag. Ich verweise auf die oben schon erwähnte Arbeit von BIER, welcher auch experimentell diese — nach BIER allerdings nur von den Gefäßwänden abhängige — Anziehungs- und Abstoßungskraft der Gewebe zu demonstrieren vermochte. Allerdings erlischt diese Kraft recht bald, wenn nicht vom Herzen her das Material und die nöthigen Reize geliefert werden.

Zwingender noch sind die aus der Pathologie hergenommenen Beweise für unsere Anschauung. Die Bedeutung dieser Lehre für das Verständniß der Herzkrankheiten ist von ROSENBAACH in ausführlichster Weise dargelegt worden, auf dessen Lectüre ich nochmals verweise. Zahlreiche Compensationsvorgänge sind gar nicht zu verstehen, wenn man nicht zugibt, daß das Gewebe selbst beim Kreislauf mithilft. Hervorheben möchte ich auch besonders die relative Selbstständigkeit, welche die einzelnen Kreislaufsgebiete gerade bei Herzkranken in ihrem Verhalten zeigen, wie ich das für den Verdauungsapparat a. a. O. ausgeführt habe. Die Vertheilung der Stauungszustände, das Auftreten oder Ausbleiben und die Stärke der Oedeme sind ohne Zuhilfenahme örtlicher Mechanismen nicht zu verstehen: jedes Organ besorgt eben selbst seinen Kreislauf, nicht nur regulirend, sondern auch mitarbeitend, jedes kann sich daher bei einer allgemeinen Kreislaufsstörung nach seinen individuellen Verhältnissen verschieden verhalten.⁴⁰⁾

⁴⁰⁾ Als Beispiel möchte ich die Stauungsleber erwähnen, die bei manchen Herzkranken auftritt, ohne daß sonst irgendwo Stauungen existiren. E. GRAWITZ (Ueber das Zustandekommen von venösen Stauungen bei völlig compensirter Insufficienz der Aortenklappen. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1899, Nr. 20) hat dies bei Aortenfehlern beobachtet. Es scheint ihm unbekannt, daß dasselbe bei ROSENBAACH und bei mir (Die Störungen des Verdauungsapparates u. s. w., pag. 334 f.) bereits beschrieben ist. Ein Druck auf die untere Hohlvene, wie ihn GRAWITZ dabei annimmt, ist höchst unwahrscheinlich, da alle anderen Symptome derartiger Stauung fehlen. Vielmehr habe ich bereits ausgeführt, daß es sich um einen örtlichen Funktionsausfall, um Störung der mechanischen Leberthätigkeit, meist bei zu sehr in Anspruch genomener chemischer Leistung, handelt, so daß an diesem Organ gerade in sehr ominöser Weise die allgemeine Insufficienz sich zuerst geltend macht. Daß diese Leberschwelung gerade bei Aortenfehlern besonders auffällt, ist verständlich, da hier Stauungen öfter erst spät entstehen. Sie entspricht aber durchaus der frühzeitigen Leberhyperämie, wie man sie nach unseren Erfahrungen bei allen möglichen Herzleiden vor anderen Stauungen gelegentlich beobachtet.

ASPIRIN.

FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & CO.
ELBERFELD.

Bei allen Krankheiten, bei welchen bisher Salicylsäure und salicylsaures Natron in Anwendung kamen, also insbesondere bei acuter und subchronischer Polyarthrit, Pleuritis sicca, Synovitis, Torticollis rheumaticus, Rheumatismus muscularis, Arthritis nodosa, etc., hat sich das Aspirin infolge seiner vielen Vorzüge als ein vollwertiger Ersatz für die genannten Salicylate erwiesen. Auch bei einer Reihe specieller Indicationen hat es sich — z. T. besser als Natriumsalicylat — bewährt, so bei *Ischias in frischen Fällen* (Lehmann, Dengel, Rölig, Valentin), bei *Lumbago* (Piotrowski) bei *Chorea* (Bésançon u. Paulesco) bei *Angina, Tonsillitis, Influenza und anderen sogenannten „Erkältungskrankheiten“* (Habermann, Grawitz, Weiss, Witthauer, Valentin, Brunner) ferner bei *rheumatischen Augenaffectionen*, wie Glaukoma, Scleritis, Iritis rheumatica, Blepharospasmus (Wolffberg, Schmeichler, Wicherkiewicz), u. s. f.

Vermöge seiner stark diaphoretischen Wirkung lässt sich das Aspirin bei *exsudativer Pleuritis und Ascites*, zur Einleitung der Resorption seröser Exsudate, mit Vorteil verwenden (Grawitz, Friedeberg), desgl. bei *seröser Gelenkentzündung nach Scharlach*, wobei dem Mittel überdies das Fehlen jeder üblen Wirkung auf Herz und Nierenthätigkeit zu statten kommt (Valentin).

Bei *Cystitis* mit alkalischer Harnreaction zeigt es prompte Wirkung (Rénon, Müller) und kann, vermöge seiner Eigenschaft, dem Urin stark saure Reaction zu erteilen, auch als vorzügliches Prophylacticum gegen das Zustandekommen einer Cystitis bei *Urethritis posterior* empfohlen werden. (Finger, Loetsch).

Auf die hervorragend *analgetische Wirkung* des Aspirins macht insbesondere Weil aufmerksam, der in einer Reihe von Fällen **nicht** rheumatischer Natur (Uteruscarcinom, Mastdarmkrebs, Tabes) mit demselben die unerträglichen Schmerzen lindern konnte. Gleiche Beobachtungen machte auch Witthauer (bei Carcinom), Dengel (bei Ulcus ventriculi), Rybiczka (bei Myelitis), Valentin (bei tuberculöser Schultergelenkentzündung, Abscess der Glutäalgegend, Thrombose der Vena femoralis, Sarcom), Toepfer (bei Darmkolik).

Speciell in der Nervenpraxis bei *Trigeminus-, Supraorbital-Neuralgien u. a.* bediente sich Goldberg des Aspirins mit eclatantem Erfolge. Gleich gute Wirkung sahen Habermann, Valentin, Witthauer u. A. bei *Schmerzen der Kopf- und Intercostalnerven* und bei *Migräne*, H. Kohn bei alkoholischen Neuralgien, Ritter bei Kopfschmerzen nach der Narkose in der zahnärztlichen Praxis. Bei einer *Neurasthenie* im vorgeschrittenen Stadium, mit hochgradiger

Unruhe, Beängstigungen, Kopfschmerzen, Blutwellungen und Schlaflosigkeit erzielte *Dengel* mit Aspirin jedesmaliges promptes Schwinden der Erscheinungen und erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes. Auch ein gewisser hypnotischer Effect wurde bei der klinischen Prüfung constatirt (*Habermann, Prausnitz*).

Nach den Beobachtungen *v. Noordens* wirkt die für die meisten **Diabetiker** so ausserordentlich günstige Einschaltung von 2—3 wöchentlichen Perioden strenger Diät energischer und nachhaltiger auf die Erhöhung der Toleranz Kohlehydraten gegenüber, wenn die Patienten in jenen Perioden gleichzeitig Aspirin (2—3 g.) am Tage nehmen.

Schliesslich lässt sich Aspirin auch bei gewissen **Hautaffectionen** mit Vorteil verwenden. *Brunner* gab es mit Erfolg bei Erythema nodosum, *Hewitt* bei Ekzema papulos. chronic.

Das Aspirin (Essigsäureester der Salicylsäure bildet weisse Krystallnadelchen vom Schmelzpunkte 135°, welche sich in Wasser von 37° zu 1% lösen.

„Es wird durch Säuren nicht zersetzt, dagegen löst es sich leicht in verdünnten Alkalien und zerfällt darin nach kurzer Zeit in seine beiden Componenten. Der wichtigste Unterschied des Aspirins gegenüber der gewöhnlichen Salicylsäure wäre also der, dass es den Magen nicht angreift, denselben nahezu unverändert passiert und erst im alkalischen Darmsaft, im Blut und in den Gewebslymphnen zur Spaltung gelangt“ (*Witthauer*). Daher erklärt denn auch *Wohlgemuth* das Aspirin insofern als ein „verbessertes Ersatzmittel“ für das salicylsaure Natrium, als es, **bei gleicher Heilkraft, die unangenehmen Nebenwirkungen, wie Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, nicht zur Folge hat und fast niemals Intoxicationserscheinungen hervorruft.**

Die Ausscheidung des per os gereichten Aspirins erfolgt langsamer als die des Natrium salicylic., und zwar sowohl durch den Harn, wie durch die Synovia. Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch darin, dass die Ausscheidung durch die Synovia sehr viel länger dauert und intensiver ist, als die durch den Harn (*Filippi*).

Als ganz besonders interessant ist noch hervorzuheben, dass Aspirin und Salicylsäure, in gleichwertigen Concentrationen am isolierten Froschherz geprüft, entgegengesetzt wirken. Während nämlich, wie physiologische Beobachtungen lehren, Salicylate die Arbeitsleistung des Herzens herabdrücken, **wird die Herzarbeit durch Aspirin direct gesteigert** (*Dresler, Impens; — Lengyel, v. Kétly, Liesau*).

Ein nicht zu unterschätzender Vorzug des Aspirins ist schliesslich auch sein **angenehm schwach säuerlicher Geschmack**, gegenüber dem widerlich süss schmeckenden Natrium salicylicum. —

Alle bislang bekannt gewordenen Urteile stimmen darin überein, dass im Aspirin ein Mittel vorliegt, „das von den Patienten gut genommen wird und die volle Salicylwirkung besitzt“; ein Mittel, das die guten erprobten, gewissermassen spezifischen Eigenschaften des Salicyls in sich vereinigt, ohne jedoch dessen bekannte, oft sehr unangenehme und störende Nebenerscheinungen zu zeigen“.

„Die Gunst der Aerzte“ — schreibt Dr. *Rölig* am Schlusse seiner Arbeit, (*D. M. W. No. 5, 1900*) — „wird es sich um so leichter erobern, als es weder durch den Geschmack, noch durch den Namen sich bei den Patienten als Abkömmling des von ihnen so perhorrescierten Salicyls verrät“.

Dosierung und Darreichung. Als Einzeldosis wird Erwachsenen 1 g. 4–5mal täglich verordnet; Kindern, dem Alter entsprechend 0,3 bis 0,5 g. pro dosi, 3–4mal täglich.

Speziell beim acuten Gelenkrheumatismus möchte *Grawitz* jede längere Pause in der Darreichung des Mittels vermieden sehen und hält es für zweckmässiger, die 5 g. nicht auf die Tagesstunden allein, sondern auf die ganzen 24 Stunden zu verteilen. Sind, meist nach 2×24 Stunden bei dieser Dosierung, Fieber, Schmerzen, Schwellungen und Allgemeinbefinden gebessert, so folgen dann Tagesdosen von 4, 3, 2 g., welche mehr prophylaktisch noch einige Tage weiter gegeben werden.

Sofern eine „concentrierte“ Salicylwirkung beabsichtigt wird, und zur Förderung der Schweisssecretion empfohlen, v. *Kély*, *Liesau*, u. A. die Darreichung während des Spätnachmittags in stündlichen Intervallen. Durch diese kurze Aufeinanderfolge der Dosen innerhalb der späteren Nachmittagsstunden wird auch am besten die Nachtruhe gesichert.

Zur Bekämpfung höherer Temperaturen, namentlich bei Phthisikern, ist in der Dosierung Vorsicht geboten, da hier schon kleine Gaben (0,2 g.) Aspirin stark antipyretisch wirken. (*Rénon*, *Gazert*, *Nusch*).

Rp. Aspirin 1,0 g.
d. t. dos. X.

S.: Nach Vorschrift zu nehmen.

Man gibt das Aspirin gewöhnlich trocken als Pulver, (event. in Oblaten oder in Form leicht zerfallbarer Tabletten) und lässt etwas Wasser nachtrinken; oder man reicht es, sofern der im allgemeinen nicht unangenehme Geschmack ein Hindernis bieten sollte, in wenig zuckerhaltiges Wasser eingerührt, unter Zusatz von etwas Citronensaft, in Gestalt eines limonadeartigen Getränkes.

Die gleichzeitige Ordination von Alkalien (*Natr. bicarbon.*, etc.), welche die Spaltung der Verbindung schon vorher einleiten würden, ist zu vermeiden; im Gegenteil wäre, bei bestehender Anacidität des Magens, die Darreichung des Aspirin in etwas salzsäurehaltigem Wasser anzuraten. Empfehlenswert, namentlich bei Neigung zu Magenbeschwerden, ist auch die Verabreichung in kalter Milch.

Ueber ASPIRIN liegen bereits etwa 100 Original-Publicationen vor, die sich durchweg in günstigem Sinne äussern, u. a. aus folgenden grösseren **Krankenanstalten**:

- aus der I. med. Universitätsklinik (Geh. Rat Prof. Dr. *v. Leyden*) in Berlin, von Volontärarzt Dr. *Wohlgemuth* (Therap. Monatsh. No. 5, 1899);
- „ dem Diakonissenhause in Halle a. d. S., von Oberarzt Dr. *Witthauer*, (Heilkunde No. 7, 1899 und Therap. Monatsh. No. 10, 1900);
- „ der II. med. Universitätsklinik (Prof. Dr. *v. Kéty*) in Budapest, von Assistenzarzt Dr. *v. Kéty* (Heilkunde No. 1, 1899);
- „ der inneren Abt. des städtischen Krankenhauses in Charlottenburg, von dirig. Arzt Prof. Dr. *Grawitz* (Deutsch. Aerzte-Ztg. No. 6, 1900);
- „ der Universitäts-Poliklinik in Freiburg i. B. (Prof. Dr. *Thomas*), von appr. Arzt Dr. *Masur* (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1900);
- „ der allg. Krankenanstalt in Bremen (Dir. Dr. *Stoevesandt*), von Assistenzarzt Dr. *Liesau* (Deutsch. Med. Wochenschr. No. 21, 1900);
- „ der inneren Abt. des Augusta-Hospitals (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Ewald*) in Berlin, von Assistenzarzt Dr. *Zimmermann* (Berl. Klin. Wochenschr. No. 27, 1900);
- „ der I. med. Abt. des Krankenhauses l./l. (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *v. Ziemssen*) in München, von Assistenzarzt Dr. *Gazert* (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII, H. 2, 1900);
- „ der II. med. Abt. des k. k. Krankenhauses Wieden (Prim. Dr. *Frhr. v. Pfungen*) in Wien, von Secundararzt Dr. *Pahr* (Wien. Klin. Rundschau No. 39, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause Moabit (Abt. v. Prof. Dr. *Goldscheider*) in Berlin, v. Assistenzarzt Dr. *Kindler* (Fortsch. d. Medic. No. 39, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause am Urban (Hofrat Dr. *Stadelmann*) in Berlin, v. Assistenzarzt Dr. *Valentin* (Deutsche Aerzte-Ztg. No. 20, 1900);
- „ dem städtischen Krankenhause (Abt. v. Prim. Dr. *Liebmann*) in Triest, von Dr. *Brunner*. (Klin.therap. Wochenschr. No. 44, 1900);
- „ dem allg. Krankenhause (Oberarzt Dr. *Neukirch*) in Nürnberg, v. Assistenzarzt Dr. *Nusch*. (Münch. Med. Wochenschr. No. 12, 1901);
- „ dem Stadtkrankenhause in Dresden, v. Dr. *Schlesier*. (Münch. Med. Wochenschr. No. 23, 1901);
- „ der Diakonissenanstalt in Dresden, v. Hofrat Dr. *Buch* und Dr. *Heyde* (Bericht über das Krankenhaus für 1900).
- „ der Kinderpoliklinik des Privatdocent Dr. *H. Neumann* in Berlin, von Dr. *Gottschalk*. (Aerztl. Rundschau No. 31, 1901).

Ferner haben über Erfahrungen in der **Privatpraxis**: *Lengyel, Weil, Rölig, Habermann, Ruhemann, Goldberg, Lehmann, Friedeberg, Manasse, Weiss, Dengel, Wicherkievicz, Müller, Tausig, Ssaweljew* u. A. Arbeiten veröffentlicht.

Ausführliche Litteratur und Proben stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.

Mindestens ebenso wichtig ist die Kenntniß dieser mechanischen Thätigkeit des Gewebes für den Kreislauf bei allen örtlichen Circulationsstörungen. Hier hat man z. B. vielfach Störungen der Gefäßwand herangezogen, um unerklärliche Geschehnisse: die Verlangsamung des Blutstromes in den erweiterten Gefäßen bei der Entzündung, das Ausbleiben der Regeneration nach zu langer Blutabsperzung, das Verhalten des Blutes bei der Stase zu erklären. Ohne die Wichtigkeit der Gefäßwand zu übersehen, können wir von unserem Standpunkt aus den Ausfall der bewegenden Kraft des ganzen gelähmten Gewebes als einen Factor in Rechnung setzen, der oft gerade für die wichtigsten Punkte ausschlaggebend ist. Auf die Wichtigkeit dieser Lehre für die Entstehung der Arteriosklerose kommen wir noch zurück. Die Entstehung des Collateralkreislaufs (s. BIER, l. c.) gewinnt dadurch ganz neue Gesichtspunkte. Das Absterben der Gewebe in manchen Fällen von Altersbrand, von RAYNAUD'scher Krankheit, bei offenen oder nur wenig veränderten Gefäßen, bei nicht veränderten Nervensystem mag oft auf der Unfähigkeit der Gewebe beruhen, ihren eigenen Kreislauf (in allen seinen Unterabtheilungen) zu erhalten, einer Unfähigkeit, die theils im Alter, theils in allgemeinen Stoffwechselstörungen — übrigens auch in Giftwirkung (Ergotin) — begründet sein kann. Endlich kann auch durch nervöse Störungen der Kreislauf leiden: hieher gehört das Oedem bei Hemiplegien, das den Autoren viel Schwierigkeit bereitet hat; dabei ist durch nervöse Parese des Protoplasmas der Kreislauf in den befallenen Körpertheilen zerstört, andere Factoren (geringe Beweglichkeit u. s. w.) kommen nur unterstützend hinzu.

Damit gewinnen wir ein viel tieferes Verständniß aller örtlichen Kreislaufstörungen. Bei der Synkope finden sehr geringe Volumenschwankungen statt, während bei der Congestion die Differenz zwischen Systole und Diastole sehr groß ist, wie dies u. U. der Capillarpuls anzeigt. Bei der örtlichen Cyanose leidet die Fortbewegung durch die Insufficienz der peripheren Apparate, der Blutstrom ist verlangsamt. Es wird jetzt auch verständlich, warum z. B. in Fällen sogenannter RAYNAUD'scher Krankheit so oft erst Synkope, dann Asphyxie eintritt: die Gewebe beschränken sich erst auf möglichst geringe Thätigkeit mit sehr kleinen Schwankungen, bei weiter wirkender Schädigung können sie aber auch so die Entleerung nicht mehr genügend bewerkstelligen. Seltener ist es, daß ein kräftig von Blut durchströmtes, in Congestion befindliches Organ schließlich erlahmt, so lange es sich um vorübergehende Störungen handelt. Beide Formen unterscheiden sich, wie erwähnt, durch die Färbung, ferner auch dadurch, daß bei der zuletzt geschilderten die Schwellung schneller und reichlicher eintritt.

Bei den chronischen Formen der nervösen örtlichen Kreislaufstörungen werden wir der regionären Cyanose nochmals begegnen: theils als selbstständigem Symptom, theils als Ausgang anhaltender Congestion eines Körpertheiles. Nach Obigem wird es verständlich sein, daß bei den großen Schwankungen nach einiger Zeit ein Erlahmen des Gewebes eintritt.

Der Austritt von Blut und Lymphe aus den Gefäßen.

Daß die Lymphbewegung bei den geschilderten Kreislaufstörungen nicht unverändert bleibt, ist erwähnt. Es tritt zweifellos eine vermehrte Füllung der Interstitien mit Lymphe bei congestiver Hyperämie sowohl, wie bei der venösen Form auf, besonders stark dort, wo bei reichlicher Blutzufuhr zu einem Gewebe die Fähigkeit desselben, sich zu entleeren, gelitten hat. Es entspricht das den Vorgängen, die wir auch sonst bei Hyperämien kennen. Außerdem aber kommen Lymphanhäufungen vor, welche nur als Folge einer nervösen Störung des peripheren Lymphapparates aufgefaßt werden können. Hieher gehört die sehr häufige Urticaria, über die gilt, was wir oben von den vasomotorischen Störungen der Haut gesagt haben. Hieher das angioneurotische

Oedem der Haut und Schleimhäute: gerade diese Affection ist sehr häufig, und ist in der Regel mit allgemeinen Zeichen vasomotorischer Labilität verbunden. Hieher zähle ich ferner gewisse flüchtige, seltener anhaltende Oedemformen bei nervösen, besonders bei weiblichen Kranken; da meist leichte Cyanose dabei besteht, das Oedem auch selten so stark ist, daß man deutliche Dellen bekommt, so erinnert es sehr an die o. e. Schwellung bei der regionären Cyanose; aber es kommt auch in solcher Stärke vor, daß es als selbstständig imponirt, und ist, was bei regionärer Cyanose nicht vorkommt, zuweilen mit einem fast schmerzhaften Spannungsgefühl verbunden, z. B. über den Gelenken. Wenn ich endlich hier den intermittirenden Gelenkhydrops erwähne, so verfüge ich zwar bezüglich desselben nicht über eigene Beobachtungen, die Angaben aus der Literatur, das Abwechseln der Anfälle mit Gesichtsröthung, Polyurie, Hyperidrosis (OPPENHEIM⁴¹), die Combination mit Angina pectoris, mit Morbus Basedowii legen aber den Gedanken sehr nahe, daß es sich um eine Combination der vasomotorischen Ataxie handelt.

Die Erklärung dieser Lymphanhäufungen ist nicht ganz einfach. Eine Venenstauung, wie behauptet worden, kann derartig umschriebene Herde schon aus oben besprochenen Gründen nicht zustande bringen, ebensowenig wohl eine Stauung in den größeren Lymphgefäßröhren. Auch daß die Blutcapillaren mehr Lymphe secerniren, als sonst, ist nicht als allein zureichender Grund zu betrachten. Wahrscheinlich erweitern sich unter Nerven einfluß die Gewebsinterstitien, welche auch sonst Lymphe aufnehmen; es strömt mehr Lymphe hinein und, bei mangelnder Energie der peripheren motorischen Apparate, nicht entsprechend genug ab (es wäre also der Zustand ein Analogon der regionären Cyanose mit gut erhaltenem Blutzufuß).

Eine fast noch auffälligere Kreislaufstörung, als dieser Austritt von großen Lymphmengen, ist der Austritt von Blut aus den Gefäßen, ins Gewebe oder nach außen. Es läßt sich im Allgemeinen sagen, daß die Kranken mit vasomotorischer Ataxie eine große Neigung dazu haben. Ob die Blutungen diapedetisch oder durch Rhexis zustande kommen, ist ja im Einzelfalle kaum zu entscheiden, zumal auch dort, wo eine kleine anatomische Läsion zu finden ist, diese eventuell die Folge, nicht die Ursache, des Blutaustrittes sein kann. Vielleicht handelt es sich oft um einen zweckmäßigen Vorgang, eine Entlastung des örtlichen Kreislaufsapparates, der die großen ihm zugeführten Blutmengen nicht mehr oder nur unter zu großer Anstrengung weitertreiben kann; so erklärt sich die zweifellos günstige Wirkung dieser Hämorrhagien auf die Beschwerden der Kranken. Wir haben dies bei dem Nasenbluten oben schon besprochen. Dasselbe gilt von den ebenfalls schon berührten Menorrhagien und den Hämorrhoidalblutungen. Ich will hier auf die Genese der Hämorrhoiden nicht eingehen; daß sie bei unseren Kranken enorm zu Blutungen neigen, und daß diese Blutungen, wenn sie sich in mäßigen Grenzen halten, die Kranken sehr erleichtern, halte ich für sicher.

Von Blutungen anderer Localisation sind Hautblutungen, und zwar von sehr verschiedener Tiefen- und Flächenausdehnung, bereits erwähnt. Auch der Rachenblutungen ist gedacht, in einem Falle sah ich Blutung in das Zahnfleisch. Magen-, Lungen- und nennenswerthe Nierenblutungen „hysterischer“ Art habe ich bei meinen Kranken mit Gefäßneurosen nicht beobachtet; immerhin ist es nach den Angaben in der Literatur nicht unmöglich, daß mancher derartige Fall hierher gehört. SOLIS-COHEN will mehrfach unklare Lungen- und Magenblutungen bei seinen Fällen gesehen haben. Er macht auch auf das Vorkommen von rothen Blutkörperchen im Urin dabei aufmerksam; und diese Beobachtung wenigstens konnte ich in zwei Fällen bestätigen, wo kein anderer Grund des minimalen und sonst ganz symptomlosen Blutaustrittes

⁴¹) H. OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, S. Karger.

zu eruiren war. Auf Gehirnblutungen komme ich unten noch zurück, wenn ich von den Ausgängen des Processes spreche.

Schließlich erwähne ich noch, daß manche meiner Kranken nach Verletzungen zu reichlichen Blutverlusten neigten: soweit ich durch Anamnese eruiren konnte, erfolgt meist sehr schnell ein bedeutender Erguß, doch sind die Blutungen leicht zu beherrschen. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

DIEULAFOY (Paris): Wann ist eine ganz acute serofibrinöse Pleuritis tuberculösen, wann nichttuberculösen Ursprungs?

D. untersucht an der Hand von 7 Fällen die Frage, ob die an einem gesunden Individuum plötzlich auftretende acute Pleuritis (a frigore) tuberculös ist oder nicht. („Semaine méd.“, 1901, Nr. 48.) Früher theilte man die Pleuritiden in idiopathische und secundäre ein. Unter diesen letzteren, im Gefolge einer anderen Krankheit (Pneumonie, Rheumatismus, Morbus Brighti etc.) entstehenden nahm die tuberculöse Pleuritis einen hervorragenden Platz ein. Tritt eine Pleuritis bei einem Individuum auf, dessen Lungen angegriffen sind, in dessen Sputum sich Bacillen finden, dann sagen wir, dieser Pleuritiker ist ein Tuberculöser. Bei einer zweiten Kategorie von Pleuritiden ist der Kranke tuberculöseverdächtig, trotzdem die Lungen intact sind. Von den Kranken sind die einen hereditär belastet, die anderen hatten früher eine hartnäckige Bronchitis, eine Hämoptöe, oder zeigen Spuren von vereiterten Cervicallymphdrüsen u. s. w. Ganz anders verhalten sich die Patienten, mit denen wir uns hauptsächlich beschäftigen wollen. Die Pleuritis tritt bei einem ganz gesunden Individuum als reine idiopathische Krankheit auf. Und doch sind derartige Pleuritiden sehr häufig die Anfangsstadien der Tuberculose.

Die pathologische Anatomie zeigt, daß typisch unter dem Bilde der Pleuritis a frigore verlaufende Erkrankungen plötzlich zum Tode führten, und daß bei der Section Tuberculose der Pleura constatirt werden konnte (DUJARDIN-BEAUMETZ, LANDOUZY, KELSCH und PAILLARD, WIDAL). PÉROU schließt aus seinen anatomischen und experimentellen Arbeiten über die Tuberculose der Pleura: „Die sogenannte acute Pleuritis ist in der überwiegenden Majorität der Fälle tuberculösen Ursprungs.“

Die klinische Beobachtung lehrt, daß eine große Anzahl der an anscheinend idiopathischer Pleuritis Erkrankten geheilt wird, aber bald mit tuberculösen Affectionen der Lungen, der Meningen oder des Peritoneums wiederkehrt; andererseits aber gibt es unzweifelhaft ganz gesund gewordene Kranke (DIEULAFOY, LAMARRE). Auch bei den Hausthieren (Pferd, Hund, Schaf) kommt die nicht tuberculöse Pleuritis sehr häufig vor (TRAXBOT, DURIEU-SART, ROUSSEAU).

Impfversuche ergeben ein sehr beachtenswerthes Resultat. Von den Meerschweinchen, denen das Exsudat anscheinend idiopathischer Pleuritis injicirt wurde, erkrankten 40—50% an Tuberculose.

Tuberculininjectionen liefern oft den Beweis der tuberculösen Natur einer für idiopathisch gehaltenen Pleuritis, da nach den Berichten der deutschen Kliniken die anscheinend bloß pleuritischen Kranken ebenso empfindlich reagiren wie die rein tuberculösen.

Oft ergeben Culturversuche auf Serumglycerinagar positive Resultate.

ARLOING und COURMONT hatten oft in Fällen, bei denen eine klinische Diagnose unmöglich war, mit Serodiagnose (Agglutination) Erfolg. Die agglutinirende Kraft des Blutes ist oft von der des Exsudates verschieden. Die positive Reaction des pleuralen Serums ist bei den gutartigen, heilbaren Fällen häufiger als bei den schweren Fällen; oft fehlt die Seroreaction im Anfange der Krankheit, tritt aber nach Verlauf einer gewissen Zeit, gewöhnlich zur Zeit der Heilung, auf.

Die EHRlich'sche Diazoreaction ist unverläßlich.

Die Cytodiagnose (WIDAL und RAVAUT) zeigt bei den pleuralen Ergüssen der Herzkranken, Brightiker, Krebskranken,

bei den Ergüssen infolge Reizung oder Compression der Nachbarorgane (den Transsudaten) fast ausschließliches Vorkommen von Endothelialzellen. Dies ist für die Differentialdiagnose bei einem Herz- oder Nierenkranken, der Blut gespuckt hat und infolgedessen tuberculöseverdächtig ist, wichtig.

Bei den infectiösen (Streptococcus-, Pneumococcus-, Typhusbacillus-) Pleuritiden finden sich hauptsächlich polynucleäre Leukocyten und große mononucleäre Zellen; die Lymphocyten und die Endothelialzellen sind selten.

Bei der dritten Art von Pleuritis (acute Pleuritis a frigore) finden sich massenhaft Lymphocyten und relativ viel rothe Blutkörperchen, aber keine polynucleären und keine endothelialen Zellen.

Pleurale Lymphocytose mit rothen Blutkörperchen erlaubt die Diagnose der tuberculösen Natur der Pleuritis.

Die Cytodiagnose enthüllt uns also immer den wahren Charakter einer sogenannten idiopathischen Pleuritis.

Die tuberculöse Pleuritis ist heilbar; besonders gutartig sind die Fälle, die anscheinend idiopathisch auftreten. Schwer zu beurtheilen ist allerdings, ob nicht daneben bereits ein, wenn auch minimaler tuberculöser Herd in den Lungen existirt, der die Prognose erheblich verschlechtert.

Die Therapie besteht in rechtzeitiger Punction (wenn das Exsudat 1500 Grm. übersteigt). Man entferne in einer Sitzung nur circa 1 Liter Flüssigkeit. In der Reconvalescenz sorgfältige Ernährung, ferner Leberthran in steigender Dosis (40·0—200·0 Grm. pro die). Personen, die den Leberthran nicht vertragen, erhalten Obers, Butterbrot. Außerdem Austern, Caviar, Oelsardinen, Thunfisch, geräucherte Fische und Rauchfleisch. Vor der Mahlzeit 30 Tropfen einer Mischung von Kola-, China- und Cocactinctur zu gleichen Theilen. Gute Dienste leisten auch Injectionen von 0·05 Natr. kakodyl. fünf Tage hintereinander in jedem Monat. J. B.

ZIEGLER (München): Ueber das mikroskopische Verhalten subcutaner Brüche langer Röhrenknochen.

An einer größeren Reihe von Knochenbrüchen bei Thieren untersuchte ZIEGLER („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 60, H. 2/3) das mikroskopische Verhalten subcutaner Brüche langer Röhrenknochen. Entkalkt wurden sie mit schwefliger Säure, wie sie in Wasser gelöst in den Handel kommt, nach vorheriger Fixation in Sublimat oder CARNOY'scher Lösung, gefärbt in Hämatoxylin, nach HANSEN-GIESEN oder in Boraxcarmin. Es stellt sich danach die Knochenheilung als Wucherung der inneren Schicht des Periostes dar und nebenbei, fast damit einhergehend und nur wenig geringfügiger, als Wucherung und Trübung der inneren Markschichten, namentlich nahe der Corticalis, und des Endothels der HAVERS'schen Canäle. Schon am 5. Tage trat bei Meerschweinchen sowohl inner- als außerhalb der Corticalis eine Ausscheidung von osteoide Substanz ein, die zu wirklichen Knochenbälkchen wird und die primären Markräume umschließt. Gleichzeitig beginnen sich an anderen Stellen Zellen von Knorpelsubstanz auszuschleiden; der neugebildete Knorpel liegt stets nur unter dem Periost und setzt sich gegen das Nachbargewebe nicht scharf ab. Dieser Knorpel verknöchert direct und wird spongioser Knochen; es ziehen in den fertigen Knorpel vom Periost her allenthalben leimhaltende Fasern und lösen sich, die einzelnen Zellen umgebend, in feine Netze auf. Die Knorpelzellen vergrößern sich, ihr Protoplasma körnt sich, und in den Knorpel wachsen nun vom Rand her Gefäße mit spärlichem Granulationsgewebe und zerlegen ihn in Bälkchen. Gefäße und Granulationsgewebe erfüllen die primären Markräume. Ob sich Zellkerne zu Markzellen umbilden, ließ sich nicht sicher erweisen. Die Osteoblasten spielen sowohl bei der endochondralen Ossification, als bei der Parostose vom Periost her eine untergeordnete Rolle, wenn auch die knochenbildende Kraft des Marks unzweifelhaft vorhanden ist. Das Blut theiligt sich nicht am Knochenneubau. Vielleicht tragen die umgebenden Weichtheile durch stärkere Bindegewebswucherung zur Verdickung des Periostes bei. Sobald aller Knorpel verschwunden und ossificirt ist, hört die Beweglichkeit der Bruchenden auf.

R. L.

DIEUDONNÉ (Würzburg): Experimentelle Untersuchungen über die Tuberculose-Infektion im Kindesalter.

Von den verschiedensten Seiten wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Häufigkeit der Tuberculose im Kindesalter nach den verschiedenen Lebensaltern eine verschiedene ist. In den ersten Lebensmonaten kommen nur äußerst selten Fälle von Tuberculose zur Beobachtung, während am Ende des ersten und im zweiten Lebensjahre die Frequenz ihr Maximum erreicht, um schon im dritten Jahre stark abzufallen. Diese Unterschiede in der Häufigkeit der Kindertuberculose haben offenbar in den verschiedenen Lebensbedingungen der Kinder in verschiedenen Lebensaltern ihren Grund („Münch. med. Woch.“, 10. September 1901). Die Infektionsgefahr bei den auf dem Arm getragenen Säuglingen ist gering, sie wächst aber ins Ungemessene, sobald die Kinder greifen, sitzen und kriechen gelernt haben, vornehmlich deshalb, weil dann die Kinder auf dem Fußboden herumkriechen, dabei viel Staub einathmen oder den Staub und Schmutz an ihre Hände bringen und verschlucken. In der Kindheit kommt der Mensch am häufigsten und innigsten mit dem Boden in eine solche Berührung, daß unter für den Tuberkelbacillus entsprechend günstigen Eingangsverhältnissen dessen Eintritt in den Körper erfolgen kann. Besonders groß ist die Infektionsgefahr bei den Kindern ärmerer Leute, welche sich auf dem meist von Schmutz starrenden Boden herumwälzen, und es sind Fälle von Bodeninfektion mit Sicherheit nachgewiesen. Verf. hat an 15 Kindern von $\frac{3}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ Jahren, deren Vater oder Mutter erwiesenermaßen an Tuberculose litten, die Hände und die Nase auf das Vorhandensein von Tuberkelbacillen und von pyogenen Kokken untersucht und mit dem gewonnenen Material im Ganzen 83 Meerschweinchen geimpft. Von diesen starben 20 schon 2—3 Tage nach der Impfung an Peritonitis, die durch Streptokokken oder andere Bakterienarten bedingt war. An Tuberculose gingen im Ganzen 5 Thiere zugrunde, welche mit dem von den Händen von zwei Kindern gewonnenen Material, in welchem sich virulente Tuberkelbacillen nachweisen ließen, geimpft worden waren. Zur Verhütung der Bodeninfektionen ist ein Schutzpferch empfohlen worden. Es ist dies eine allseitig abgeschlossene Holzhecke, am Boden mit Matratze und reinem Leintuch belegt, um auf diese Weise Hände, Kleider und Spielzeug der Kinder rein zu erhalten. Dabei müssen auch von Seite des Pflegepersonals und der Eltern die sonstigen Vorsichtsmaßregeln (größte Reinlichkeit, Benützung eines Spucknapfes) eingehalten werden. M. K.

PASSOW (Heidelberg): Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränennasencanals.

Die Krankheiten des Ohres stehen in innigem Zusammenhange mit den Krankheiten der Nase; pathologische Veränderungen der Nase greifen auf den Thränennasencanal über. So ist es erklärlich, daß man bei einem und demselben Patienten gleichzeitig die verschiedensten Formen von Otitis und Rhinitis und Epiphora beobachtet, mit oder ohne Betheiligung der Nebenhöhlen der Nase. Die Exstirpation des Thränensackes beseitigt zwar die durch die Stenose verursachten Beschwerden, nicht aber das Thränenträufeln, und hinterläßt auch eine entstellende Narbe. Verf. verfolgte daher den Plan, durch Spaltung des Thränennasencanals von innen, von der Nase aus, dauernde Heilung zu erzielen. Es ist bekannt, daß manchmal schon die Entfernung der unteren Nasenmuschel von günstigem Einfluß ist („Münch. med. Woch.“, 3. September 1901). Die Operation wurde in drei Fällen, davon einem mit doppelseitiger Stricture, vorgenommen. Zunächst wird unter Cocainanästhesie das vordere Ende der unteren Muschel mit der COOPER'schen Scheere entfernt. Einige Tage später, nachdem die Reaction abgelaufen, wird in Narkose nach Einlegung einer BOWMAN'schen Sonde mit dem Hohlmeißel soviel von der Crista turbinalis des Oberkiefers und vom Thränenbein fortgenommen, daß der häutige Canal bis zum Thränensack hinauf freiliegt. Im weiteren wird nun der häutige Canal der Sonde entlang mit einem feinen geknüpften Sichelmesser bis oben hinauf gespaltet. Ist dieses geglückt, so kann man die durch die Thränenanälchen eingeführte Sonde in der Nase frei bewegen. Man kann auch einseitig operiren, d. h. in der Narkose

an die Entfernung des vorderen Endes der unteren Muschel sogleich die Spaltung des Canals anschließen. Die beobachteten Fälle zeigen, daß es thatsächlich gelingt, auf diesem Wege Stricturen des Thränennasencanals zu beseitigen, bei zwei Fällen ist das Thränenträufeln vollständig verschwunden, im dritten Fall ließ sich das Resultat noch nicht endgiltig feststellen. Ob man einzeitig oder zweizeitig operiren soll, müssen weitere Versuche lehren. Hat ersteres den Vortheil, daß der Kranke schneller aus der Behandlung entlassen werden kann, so ist letzteres vielleicht deshalb vorzuziehen, weil die Spaltung des Thränennasencanals in den Fällen nicht notwendig ist, in denen die Entfernung des vorderen Endes der unteren Muschel den Canal wieder wegsam macht. M. K.

BLUM (Frankfurt a. M.): Ueber Nebennierendiabetes.

In den Nebennieren ist eine Substanz enthalten, die, in den Kreislauf gelangt, Glykosurie hervorzurufen vermag. Wenn man Thieren subcutan oder intravenös Nebennierensaft einverleibt, erscheint jedesmal, auch bei dauernd kohlehydratfreier Ernährung der Thiere, in beträchtlichen Mengen Zucker im Harn. B. hat seine Versuche mit Nebennieren verschiedener Thiere, einmal auch mit solchen von Menschen ausgeführt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 2 u. 3). Versuchsthiere waren Hunde und Hasen. Bei allen Thieren war der Harn vor dem Versuche zuckerfrei befunden worden. Bei allen Versuchsthiere, bis auf eines, trat Glykosurie ein. Man kann annehmen, daß alle Säugethiere gegen die Glykosurie erzeugende Nebennierensubstanz empfindlich sind. Durch Nebennierensaft kann nicht nur bei kohlehydratfreier Nahrung, sondern auch im Hunger, und sogar im Hunger zu Zeiten, in denen längst alles Glykogen aus der Leber verschwunden ist, recht beträchtliche Glykosurie erzeugt werden. Diese Glykosurie ist offenbar bedingt durch eine toxische Einwirkung auf ein oder mehrere, dem Kohlehydratstoffwechsel vorstehende Organe. Wo der Angriffspunkt für die zuckertreibende Substanz ist, sollen weitere Untersuchungen des Verf. entscheiden. Am wahrscheinlichsten kommt das Pankreas in Betracht. B.

GEORG KÖSTER (Leipzig): Ueber den Ursprung des N. depressor. (Vorläufige Mittheilung.)

KÖSTER berichtet („Neurol. Centr.“, 1901, Nr. 22) über Versuche, die er mit A. THERMAK in HERING's Laboratorium an Kaninchen angestellt hat. Durchschneidung, Marchifärbung. Ergebnisse: Der N. depressor entspringt aus dem oberen Pol des Ganglion jugulare, das (ein vollkommenes Analogon zu den gewöhnlichen sensiblen Spinalganglien) auch den sensiblen Portionen des N. vagus und N. laryngeus superior zum Ursprung dient; endet mit seinem peripheren Ende in der Aorta. Er ist aber nicht der sensible oder Reflexnerv des Herzmuskels, sondern der sensible Nerv der Aorta. INFELD.

SACQUÉRIÉE (Rennes): Variabilité de l'aptitude agglutinative du bacille d'Eberth.

Verf. zeigt („Annales de l'institut PASTEUR“, 1901, pag. 249), daß die Agglutinirbarkeit des Typhusbacillus sehr schwankend ist, indem man mehr oder weniger agglutinirbare Arten findet. Von praktischer Bedeutung (in Hinsicht auf die Typhusdiagnose) sind die weniger agglutinirbaren, die man auch unter natürlichen Bedingungen finden soll, selten im Wasser, häufig bei Typhuskranken. Es handelt sich hiebei um Bacillen, die in ihren übrigen Eigenschaften vollkommen dem echten Bacillus entsprechen, aber durch Typhusserum wenig oder gar nicht agglutiniert werden. Verf. nennt diese Bacillen „bacilles éberthiformes“ und gibt an, daß sie sich bei längerer Aufbewahrung in echte, sehr agglutinirbare Typhusbacillen umwandeln können. Andererseits läßt ein typischer Typhusbacillus, wenn er lange Zeit hindurch mit einem immunisirten Organismus in Contact belassen wird, sich durch Typhusserum immer weniger und weniger agglutiniren und verhält sich schließlich wie ein bacille éberthiforme. Es würden demnach die bacilles éberthiformes eine Art des Typhusbacillus darstellen, die durch langen

Aufenthalt in einem inficirten oder immunisirten Organismus verändert wurden. Diese Veränderung ist als Anpassungserscheinung zu deuten.
Dr. S.

C. HÜBSCHER (Basel): Weitere Mittheilungen über die Perimetrie der Gelenke.

Seinen früheren Mittheilungen über Versuche, Bewegungsstörungen des Handgelenkes mit Hilfe des Perimeters zu messen und als sogenannte Bewegungsfelder auf die Gesichtsfelderschemata der Augenärzte aufzuzeichnen, fügt HÜBSCHER („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 59, H. 5/6) neue, mit einem verbesserten Instrument auch an anderen Gelenken gewonnene hinzu. Er kommt zum Schluß, daß die Perimetrie der Gelenke gleich der der Augenbewegungen an den Augen die Excursionen an den wichtigsten Gelenken zu messen erlaubt. Die gewonnenen Bewegungsfelder klären über die Sachlage sofort auf, dienen bei Unfallbegutachtungen zur Controle und ersparen langathmige Beschreibungen. Die durch faradische Reizung der einzelnen Muskeln erhaltenen Bewegungsfelder normaler Gelenke lassen uns die Actionsbezirke der entsprechenden Muskeln und der sie versorgenden Nerven genau begrenzen. Bei paralytischen Deformitäten hilft die Perimetrie rasch die gelähmten Muskeln erkennen und liefert für die Therapie wichtige Aufschlüsse. Plattfüße können schon im sogenannten Latenzstadium aus der durch die Perimetrie nachzuweisenden Insufficienz der Supinatoren erkannt werden.
R. L.

JOHN THOMPSON SHIRLAW: Congenitale Hydronephrose, Nephrotomie und Drainage. Heilung.

Verf. sah das Kind (Knabe), als es sechs Wochen alt war, zum erstenmale. Tumor, der die ganze linke Hälfte des Bauches ausfüllt. Der Tumor soll nach Angabe der Hebamme schon bei der Geburt bestanden und die Entwicklung des Rumpfes nach Austritt des Kopfes verzögert haben. Verf. („British Medical Journal“, Nr. 2133, 1901) entschließt sich zur Nephrotomie, da er mit THOWTON der Meinung ist, daß die Entleerung durch Punction keine günstigen Resultate gibt. Die Operation wird an dem nunmehr neun Wochen alten Kinde ausgeführt, der Sack durch drei Wochen drainirt; die übrigbleibende Fistel heilte 5½ Monate nach der Operation.
—1.

KUKULA (Prag): Die Blasennaht beim hohen Steinschnitt auf Grund bacteriologischer Untersuchungen des Harnes.

Mehrjährige Beobachtungen auf der Klinik MAYDL haben ergeben, daß der Verlauf der Blasennaht nach Sectio alta von dem Bacteriengehalt des Urins abhängig ist; dementsprechend wurde auf der Klinik MAYDL zum Principe erhoben, die Entscheidung für diese oder jene Blasenversorgung auf Grund des bacteriologischen Befundes des Urins zu treffen. Bei vollkommen sterilem Harn wird die complete Blasennaht ausgeführt; bei Kindern wird die Infection der Blasennaht am sichersten vermieden, wenn man auch die Haut vollständig schließt; bei älteren Individuen erwies sich jedoch als viel sicherer, die Hautwunde nicht vollständig zu nähen und den prävesicalen Raum mit einem Dochte zu drainiren. K. theilt eine Reihe von Krankengeschichten mit („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 64, Nr. 1), die beweisen, daß die Heilung in sehr kurzer Zeit erfolgte. Bei all diesen Fällen von primärer vollständiger Blasennaht wurde der Verweilkatheter nach Möglichkeit vermieden und die Patienten wurden angewiesen, den Urin spontan zu entleeren; wenn die Pat. nicht uriniren konnte, wurde der Harn mehrmals täglich mittels sterilen Katheters entleert.

War der Blasenstein mit Cystitis complicirt und ergab die bacteriologische Untersuchung eine Monoinfection des Urins mit nichtpathogenen oder nichtvirulenten Bacterien, wurde die vollständige Blasennaht ebenfalls ausgeführt. Obwohl die Naht am 5.—10. Tage theilweise nachließ und manchmal eine Eiterung im Cavum Retzii eintrat, war der weitere Verlauf gewöhnlich günstig.

Hingegen wurde bei Monoinfectionen mit stark virulenten Bacterien, sowie bei Mischinfectionen die zweizeitige Eröffnung der Blase combinirt mit Fixirung der Blasenwand an der Musculatur (Cystopexie nach RASUMOFSKI) mit gutem Erfolge angewendet.
ERDHEIM.

R. WINTERNITZ (Prag): Ueber die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Oele.

Das Urtheil über den Nutzen und die Zweckmäßigkeit der Anwendung ätherischer Oele bei Erkrankung des Urogenital- (und Respirations-) Tractes ist durchaus nicht einheitlich, auch die Wirkungsweise derselben ist noch lange nicht vollständig erklärt, wenn gleich die antiseptische (antifermentative), sowie die local reizende Wirksamkeit außer Zweifel steht. Um nun den Einfluß zu bestimmen, welchen diese Oele (Ol. Santal., Bals. Copaiv., Ol. Cubeb., Ol. Terebinth. Citrae) auf Entzündungsvorgänge nehmen, erzeugte der Autor („Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmacol.“, 46 Bd.) an Thieren, die mit ätherischen Oelen gefüttert wurden, Entzündungen; zur Erzeugung derselben wurden wässrige Emulsionen von Aleuronat gewählt, die steril Kaninchen oder Hunden in die Pleurahöhle injicirt wurden (bacterielle Entzündungen wurden vermieden). Zu jedem Versuche wurden zwei Thiere verwendet, von denen das eine das ätherische Oel einigemal während der Versuchsdauer mit der Schlundsonde und weiters die Aleuronatinjection, das Controlthier nur letztere erhielt. Nach 9 Stunden bis 3 Tagen wurden die Thiere getödtet und das vorhandene Exsudat aufgesaugt und gemessen. Die ganze Reihe der Versuche ergab, daß bei Verfütterung ätherischer Oele die künstlich hervorgerufene Entzündung geringere Eitermengen hervorrief als bei den Controlthieren. Weitere Versuche mit heftiger reizenden Substanzen (Bienengift) ergaben, daß sich hier die entzündungshemmende Wirkung der ätherischen Oele nicht zur Anschauung bringen läßt; wiederum eine dritte Versuchsreihe zeigte, daß die Resorption des entzündlichen Exsudates unter dem Einfluß der Oelfütterung rascher vor sich gehe und daß nicht die Steigerung der Diuresis (zumindest nicht hauptsächlich) dies herbeiführe, sondern daß die lymphagoge Wirkung der Terpene, sowie die Beschleunigung der Blutcirculation in Betracht komme.

Eine Uebertragung der gewonnenen Resultate von der künstlich entzündeten Pleura auf die erkrankte Schleimhaut erscheint gestattet, da der entzündungswidrige Effect der ätherischen Oele bei Entfernung des Exsudates von der Schleimhautoberfläche direct an der Schleimhaut einsetzen kann. Allerdings vergißt der Autor, daß wir vielleicht das Virus der Gonorrhoe (oder einer anderen bacteriellen Entzündung) in Bezug auf locale Reizwirkung ganz gut dem Bienengiftversuche an die Seite stellen können.

DEUTSCH.

Literarische Anzeigen.

Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose.
Von Dr. Paul Jacob und Dr. Gotthold Pannwitz. Bd. I. Leipzig 1901, Georg Thieme.

Die beiden Hauptfragen der Tuberculoseforschung, die Entstehung und die Bekämpfung dieser Geißel der Menschheit, finden in dem vorliegenden Werke eine ausführliche Erörterung. Fast alle leitenden Aerzte der deutschen Lungenheilstätten und auch die in diesen Heilstätten weilenden Kranken haben daran mitgearbeitet, die Kranken, indem sie durch Schilderung der eigenen Krankengeschichte zum Wohle ihrer Mitmenschen beitragen, die Aerzte, indem sie die gewonnenen Directiven zu weiteren Gesichtspunkten und allgemeineren Regeln zusammenfaßten. Der I. Band enthält zwei Abschnitte. Der erste umfaßt die Einleitung und Tabellen; im zweiten Abschnitte werden Heredität und Disposition, die Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberculose, die Entstehung der Tuberculose beim Menschen durch den Genuß tuberkelbacillenhaltiger Nahrung, die Entstehung und Uebertragung der Tuberculose in geschlossenen Räumlichkeiten, Ehe, Schwangerschaft

und Lungentuberculose, die Beziehungen der Lungentuberculose zu anderen Krankheiten, Trauma und Lungentuberculose, schließlich die anderen Ursachen für die Entstehung der Lungentuberculose eingehend und trefflich dargestellt. NG.

Allgemeine und specielle Arzneiverordnungslehre für Studierende und Aerzte. Bearbeitet von **Dr. Josef Nevinny**, o. ö. Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Universität in Innsbruck. Leipzig und Wien 1900, Franz Deuticke.

Neben dem ausgezeichneten, in Oesterreich allorts verbreiteten großen Lehrbuche der Arzneimittellehre von BERNATZIK-VOGL wird sich das vorliegende Buch infolge seiner praktischen Anlage und Durchführung bald einen ehrenvollen Platz erwerben. Es zerfällt in drei Abschnitte, in einen allgemeinen Theil, welcher die Receptur im allgemeinen, sowie die Applicationsmethoden und Arzneiformen bespricht, in einen speciellen Theil, der die officinellen Mittel in kurzer, zum Studium und zur raschen Orientirung gleich geeigneter Weise aufführt und in einen für das Bedürfniß des praktischen Arztes berechneten dritten Abschnitt, welcher die Arzneisubstanzen in alphabetischer Reihenfolge bringt, ihren Indicationen möglichst erschöpfend nachkommt und in der Dosirung detaillirte Angaben bezüglich der Gefahren bei Erwachsenen und bei Kindern, sowie über die Verunreinigungen und Verfälschungen der Arzneisubstanzen, über deren Aufbewahrungsweise und die Synonyma macht.

Bei der Wichtigkeit, welche dieser dritte Theil für den Arzt hat, wäre es sicherlich zweckmäßig gewesen, ihn von den beiden ersten Theilen loszulösen und in entsprechender Erweiterung als selbständigen, mit Receptformeln illustrierten Band dem ärztlichen Leserkreise vorzulegen; die beiden ersten Theile gehören für den Studierenden, der dritte Theil für den Arzt; in einer nächsten Auflage mögen diese beiden Interessenkreise von einander getrennt berücksichtigt werden. Fc.

Augenärztliche Unterrichtstafeln. Herausgegeben von **Prof. H. Magnus**. Heft XXIII: Anatomie der Hornhautentzündung und des Hornhautgeschwürs. Von Prof. Dr. KARL BAAS, Assistenten der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. Br. 12 Tafeln in Lichtdruck mit Text. Breslau 1900, J. M. Kern's Verlag (Max Müller).

Die erste Tafel bringt 7 Bilder über die Phlyktäne, und zwar über den Beginn, über die entwickelte Phlyktäne und über die Phlyktänennarbe. Die folgenden drei Tafeln zeigen das mikroskopische Bild des Pannus scrophulosus und degenerativus. Tafel 5 gibt die Zeichnung der Keratitis parenchymatosa; die folgenden Tafeln sind Bilder nach mikroskopischen Durchschnitten der verschiedenen Formen von Hornhautgeschwüren und deren Folgezuständen, als Cicatrix epithelialis, Leukoma corneae, Prolapsus iridis, Synechia anterior und Staphyloma corneae. Die Bilder sind schön in Lichtdruck aufgenommen, klar und übersichtlich. KÖNIGSTEIN.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Corresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

XII.

Ein stattlicher Band von hundert Druckbogen, der unter dem vielsagenden Titel: „Bericht der königl. ungar. Regierung über ihre Thätigkeit im Jahre 1900 und die öffentlichen Zustände des Landes sammt dem statistischen Jahrbuche“ erschienen ist, liegt vor uns. Wenn wir auch mit einem hohen Grade von Optimismus an das Studium dieses umfang- und inhaltsreichen Werkes gegangen sind, haben wir beim Lesen jener Capitel, die für die Aerzteschaft von Interesse sind, nichts Tröstliches entdecken können. Die öffentlichen Zustände, soweit sie für Aerzte in Betracht kommen, haben sich im Berichtsjahre durchaus nicht gebessert; es ist sogar allenthalben ein nicht unbedeutender Rückschritt zu verzeichnen. Selbstredend ist auch die Nothlage der ungarländischen Aerzteschaft viel schärfer hervorgetreten. Und doch sah sich die ungarische Regierung keineswegs veranlaßt, der 5000 Mann starken Aerzteschaft einigen Trost zu bieten. Im Capitel über die Codification neuer Gesetzartikel vermissen wir jenen Gesetzentwurf, der nach den von uns mehr als einmal als landesüblicher Korteschkniff bezeichneten Berichten das Heil der Aerzteschaft und des öffentlichen Sanitätswesens, die Verstaatlichung, bringen sollte. Der fragliche Entwurf und alle in dieser Angelegenheit eingereichten Gesuche und Bittschriften scheinen vom Orkus des Archivs verschlungen worden zu sein, ohne je Aussicht zu haben, eine Auferstehung feiern zu können. Auch der Umstand muß der obersten Sanitätsbehörde zur Last gelegt werden, daß gerade in den Comitaten mit wohlhabender Einwohnerchaft die Zahl der Aerzte abnimmt. Hätten wir einen öffentlichen Sanitätsdienst, wären die gut dotirten Stellen in den Comitaten Pest, Temesch, Hevesch, Csongrád etc. nicht unbesetzt, dann wären auch nicht solche Fälle möglich, wie sie auf Schritt und Tritt beobachtet werden. Einerseits kennt man im Kampfe gegen die infectiösen Krankheiten in manchen Gegenden noch gar nicht die Desinfectionsapparate — in der Zipser Stadt Kirchdrauf wollte man durch Aushängen rother Zettel und reinigen der stinkenden Canäle Herr der seit einem Jahre herrschenden Scharlachepidemie werden —, andererseits gibt es Gegenden, wo mit Ach und Krach ein Apparat angeschafft worden ist, ohne daß aber für das nöthige Personal gesorgt worden wäre. (In der Stadt Trentschin

soll ein Kind dank dem Uebereifer des mit der Desinfection betrauten Hundeschlägers bei lebendigem Leibe „desinficirt“ worden sein.) Selbstredend können auch die Daten über die Einzelheiten des Sanitätsdienstes nicht besonders günstig sein. Das Hebammenwesen, die Leichenbeschau u. s. w. existirt in vielen Theilen des Landes kaum dem Namen nach. Mehr als zwanzigtausend Frauen leisten den Wöchnerinnen Hebammendienste, ohne entweder durch ein Diplom oder einen sogenannten „Zettel“ zur Hebammenpraxis berechtigt zu sein, und mehr als zehntausend Nichtärzte sind als Todtenbeschauer thätig. Neben diesen düsteren Schattenbildern wirkt umso wohlthuernder der erfreuliche Bericht über das Spitalwesen Ungarns, dessen stetige Entwicklung wieder nicht der staatlichen Fürsorge, sondern einzig und allein der Privatwohlthätigkeit zuzuschreiben ist. Von den 395 Krankenhäusern des Landes werden 82 von Communen, 192 von Vereinen und Privaten und 9 (Augen- und Trachomspitäler) vom Staate erhalten. Das Pasteurinstitut, das noch immer nicht sein eigenes Heim hat, ist im Berichtsjahre von 2153 Personen aufgesucht worden, von denen 10% Ausländer (aus Serbien, Bosnien, Oesterreich etc.) waren. Der Bericht über das Irrenwesen, die Heimstätte für verlassene Kinder, die Studienforschungen über Malaria, Pellagra u. s. w. enthält nichts Wesentliches, was wir in unseren Briefen noch nicht besprochen hätten. Der Bericht des Cultus- und Unterrichtsministeriums ist der einzige Lichtpunkt des starken Bandes. Seine Verfügungen im Interesse der zielbewußten Entwicklung der Schuljugend und im Allgemeinen die Reform des Schulsanitätswesens verdienen nur Lob und Anerkennung. Die in Aussicht genommene Neugestaltung des hygienischen Unterrichts wird nach Erledigung der Fachberathungen ins Leben treten. Ein nicht zu unterschätzendes Verdienst des Cultus- und Unterrichtsministeriums ist auch die moderne Ausgestaltung der Universitätsklinik, die wohl langsam, aber doch vor sich geht. Eine Musterklinik im strengsten Sinne des Wortes ist auch die neue chirurgische Klinik, die erst vor Kurzem ihrer Bestimmung übergeben worden ist. Die Errichtung dieser Anstalt, deren Besichtigung wir allen Lesern dieser Zeitschrift empfehlen können, darf umso höher angeschlagen werden, als dadurch das baufällige Rochusspital entlastet wurde.

Dank den eifrigen Bemühungen des Prof. Dr. F. KORÁNYI ist auch das Elisabethsanatorium für arme Lungenkranke seiner Bestimmung übergeben worden. Und somit ist auch Ungarn in die Reihe jener Länder getreten, die den Kampf gegen die Tuberculose aufgenommen haben. Auf Anregung des Stadtrepräsentanten Doctor J. HUDOMEL dürfte auch die Hauptstadt, deren Sanitätswesen

auf einem unvergleichlich höheren Niveau steht als das des Staates, in Bälde im Anschlusse an die Krankenhäuser Sonderpavillons für Lungenkranke errichten, um eine vollständige Isolirung derselben herbeiführen zu können. Ein ohne Zweifel lobenswerthes Unterfangen. Bl.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie** berichtet BOAS („Berliner Klinik“, 1901, Nr. 161). Es gibt — sagt B. — bei der nervösen Dyspepsie streng genommen keine eigentlich causale Therapie. Wo eine primäre, idiopathische, nervöse Dyspepsie besteht oder wo keine mit den heutigen Mitteln der Diagnostik erkennbare Ursache auffindbar ist, wird der Schwerpunkt der Behandlung in der Kräftigung und Schonung des Nervensystems im Allgemeinen, der Verdauungsfunktionen im Besonderen zu liegen haben. Die moderne Therapie der nervösen Dyspepsie ist eine Combinationstherapie. Man versucht, den Feind von allen Seiten anzugreifen. Diät, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Aëro- und Thalassotherapie sollen sich zu einem Gesamteffekte vereinigen. Neben der Ruhecur kommt eine passende Ernährung wesentlich in Betracht. B. hat seit Jahren eine Diät zur Anwendung gebracht, die sich den Normalmahlzeiten (5 pro Tag) anschließt, und die sich auch quantitativ und qualitativ von den Lebensgewohnheiten des Kranken möglichst wenig entfernt. Als Fettbildner figuriren gute Butter, Sahne (750 Grm. bis 1000 Grm. pro die auf 4 Mahlzeiten vertheilt), die v. MERING'sche Kraftchocolade und reichliche Kohlehydrate (Weißbrot, Zwieback, Zucker, Mehlspeisen, Gemüse), als Eiweißbildner kommen Fleisch, Fisch, Eier in Betracht. Als natürliche Stuhlbewirker kommen Honig, Milchzucker, Marmeladen, Salate, Grahambrot, Buttermilch, Kefir, Apfelwein, alles in geeigneter Weise combinirt, zur Verwendung. Faradisation, die in der MITCHELL'schen Methode eine Hauptrolle spielt, hält B. für vollkommen entbehrlich und wendet sie daher seit Jahren nicht mehr an, Massage nur aus kosmetischen Gründen, um eine gleichmäßigere Fettvertheilung anzustreben, aber auch dann nur ganz vereinzelt. In glatten Fällen kommt man so zum Ziele, die Kranken nehmen im Verlaufe einer 4—6wöchentlichen Cur in der Regel um 5—10 Kgrm. zu, gewinnen an Körperkraft und Selbstvertrauen. Die Darmthätigkeit beginnt sich zu regeln, Schlaf und Stimmung werden besser. Anderen Fällen ist schwerer beizukommen, Fälle von unzweifelhaft nervöser Dyspepsie können sich auch therapeutisch refractär verhalten. Für Fälle, bei denen Aufbesserung des Körpergewichtes zustande kommt, die localen Beschwerden aber fortbestehen, kommen klimatische Curen, Aufenthalt im Hochgebirge, mit gleichzeitiger hydropathischer Behandlung, auch Seereisen therapeutisch in Betracht. Der Werth von Medicamenten ist ein symptomatischer. B. hat hin und wieder von Validol (3mal täglich 8—10 Tropfen) günstige Erfolge beobachtet. Wichtig ist die Sorge für den Schlaf. In ausgeprägten Krankheitszuständen ist eine Anstaltsbehandlung unausbleiblich. Wartet hypochondrische Gemüthsstimmung vor, dann sind Nervenheilstätten am Platze, bei Prävalenz der Magenerscheinungen und der Darmsymptome Magenheilstätten.

— Ueber das **Jodipin** liegt eine Reihe bemerkenswerther Publicationen vor. HÖNIGSCHMIED („Aerztl. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 41) verwendete es bei Emphysema pulmonum und Scrophulosis. Bei allen Patienten besserte sich das Aussehen; Appetit und Körpergewicht nahmen zu. An das Einnehmen des Oeles und den reinen Fettgeschmack gewöhnten sich die Kranken bald. Bei einigen stellte sich in den ersten Tagen nach dem Einnehmen öliges Aufstoßen ein, doch war dasselbe nach 4—5 Tagen gänzlich behoben. Zweckmäßig ist es, nach dem Einnehmen von Jodipin eine kleine Mahlzeit einzunehmen, weil dadurch der ölige Nachgeschmack sofort beseitigt wird. In der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck berichtete RILLE über seine günstigen Erfahrungen mit Jodipin bei tertiärer Syphilis und bei Psoriasis vulgaris. Das Princip der Jodipinbehandlung der Psoriasis erblickt Votr. darin, daß erstens große Mengen Jod dem Organismus einverleibt werden,

zwar nicht so viel wie bei der für die Kranken immerhin ziemlich lästigen und gewiß nicht in allen Fällen durchführbaren Behandlung mit großen Jodkaliumdosen, aber doch weit mehr als bei der Jodipintherapie der Syphilis, welche aus 10 täglichen Injectionen à 20 Grm. besteht; zweitens in der cumulativen Wirkung, da das Jod, welches als Jodipin dem Organismus einverleibt wurde, lange Zeit, selbst Monate hindurch im Körper verbleibt.

— Ueber die **Wirkung der Alkoholklysmen auf die Magensaftsecretion beim Menschen** hat SPIRO Untersuchungen angestellt („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 47). Er fand: Alkohol absolut. und alkoholhaltige Getränke wirken bei rectaler Anwendung magensafttreibend. Die Wirkung tritt meistens bereits nach Verabreichung von 7—10 Ccm. Alkohol absolut., resp. nach alkoholischen Getränken auf, die einem Alkoholgehalt von 7—10% entsprechen. Die höchsten Säurewerthe sind beiläufig eine Stunde nach den Klysmen zu bemerken; danach nehmen sie gradatim wieder ab. Bei Achylien, sowie bei einem Falle von Carcinoma ventriculi konnte nach Verabreichung von Alkoholklysmen keine Wirkung bemerkt werden.

— Ueber **Acoïn als Localanestheticum in der zahnärztlichen Praxis** berichtet SENN („Schweizer Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“, X, 15). Bezüglich der Injectionstechnik (zur Verwendung kommt eine 1—2%ige Lösung mit Zusatz von 0·8 Grm. Kochsalz) verfährt S. wie bei Cocain; er wählt für einen Zahn mehrere Injectionstellen, meistens drei labial, resp. buccal und drei lingual, resp. palatinal, injicirt in jede nur einige Tropfen und wartet höchstens 2—3 Minuten bis zur Extraction. Von einer gegenüber dem Cocain länger anhaltenden Analgesie hat Verf. nichts bemerken können. Vor Cocain hat das Acoïn den Vortheil viel geringerer Giftigkeit und besserer Haltbarkeit der Lösung. S. hält sich folgende Lösung vorrätzig:

Rp. Acoïn	1·0—2·0
Natr. chlorat.	0·8
Aq. dest.	100·0

— Die **Wirkungen der elektrischen Lichtkastenbäder** und der Heißluftkästen hat KREBS („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 40) an der neuen hydrotherapeutischen Anstalt der Berliner Universität studirt. Seine Untersuchungen betrafen die Temperatur an den verschiedenen Stellen des Schwitzkastens, die Temperatur, bei der das Schwitzen beginnt, außerdem die Beeinflussung von Puls, Athmung, Blutdruck und Körpertemperatur durch die Bäder. Er fand: 1. In elektrischen (weißen) Glühlichtbädern schwitzen die meisten Pat. unter gleichen Verhältnissen eher und bei niedrigerer Temperatur als bei anderen Schwitzproceduren. 2. Diesen Erfolg verdanken diese Bäder vor Allem den Wärmestrahlen des elektrischen Glühlichts. 3. Elektrische Bogenlichtbäder in Kästen erscheinen zu einer Schwitzcur weniger geeignet. 4. Bei längerem Verweilen (20—25 Minuten) in den Glühlichtbädern und nach energischem Schwitzen in ihnen steigt die Pulsfrequenz ziemlich bedeutend und sinkt der Blutdruck in den meisten Fällen — gleichwie in den Heißluftkästen. 5. Für Kranke mit organischen Herzfehlern u. s. w. sind die elektrischen Glühlichtbäder keine gefahrlosen Schwitzbäder. 6. Die Construction der meisten Glühlicht- und Heißluftkästen erscheint wegen der ungleichmäßigen Erwärmung und fehlerhaften Thermometrie keineswegs einwandfrei und bedarf zu einer genaueren Beobachtung ihrer Wirkung der Verbesserung.

— Ueber **Bismutose und ihre Anwendung** berichtet KUCK („Therapie d. Gegenwart“, 1901, Nr. 11). Bismutose ist ein unschädliches, sicheres Adstringens und Tonicum; es wird in seiner Wirkung durch Resorption oder Bindung im Magen nicht erschöpft, sondern gelangt erst im Darm zur vollen Wirkung. Nebenwirkungen in Form von ungünstiger Beeinflussung von Appetit und Nahrungsaufnahme oder sonstige Erscheinungen waren niemals zu beobachten. Man wird Bismutose in jedem Falle von Magendarm-erkrankung von Säuglingen und Kindern als willkommene Hilfe neben Diät und Evacuation mit Erfolg anwenden können. Mit der Dosis soll man im Beginne der Erkrankung dreist vorgehen, bei Kindern unter 1/2 Jahr 1—2 Grm. stündlich, bei älteren Kindern theelöffelweise. Als Klystier und Magenausspülungen sind 10%ige und 20%ige Stärkeaufschwemmungen mehrmals täglich indicirt.

In der Reconvalescenz sind die halben Dosen fortzugeben. Für die Darreichung empfiehlt es sich, der entsprechenden Menge Bismutose die doppelte Menge von warmem Wasser oder dünnem Reisschleim hinzuzusetzen; durch Umrühren entsteht rasch Brei-consistenz.

— Bei **Alopecia** ist folgende Medication empfehlenswerth („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 11):

Rp. Formol. 0·50
 Philocarp. mur. 2·0
 Tinct. cantharid.,
 Tinct. jaborand.,
 Tinct. nuc. vomic. aa. 30·0
 Bals. vitae Hofmann.
 Spir. arom.,
 Spir. citr. aa. 40·0
 D. S. Zum Einreiben des Haarbodens.

— Aus dem Berichte SCHMIDT'S über Wirkung und Anwendung des **Dionin** bei Erkrankungen der Athmungsorgane („Aerztl. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 31) geht hervor, daß wir im Dionin ein Morphinumderivat besitzen, welches im Allgemeinen die narkotischen und sedativen Eigenschaften des Morphiums hat, ohne dessen nachtheilige Nebenwirkungen zu theilen und in jedem Stadium der Bronchitis und Pneumonie ohne Schaden für den Kranken verabreicht werden kann, da es weder die Athmung herabsetzt, noch die Herzaction beeinträchtigt und endlich die Expectoration nicht behindert, vielmehr befördert.

— Gute **Gurgelwässer** sind die folgenden:

Rp. Chloroformii,
 Spir. vin. rect. aa. 45·0
 Tinct. laud. spl. 5·0
 D. S. Ein Kaffeelöffel auf 1 Glas Wasser zum Gurgeln.
 Rp. Tinct. laud. simpl. gtt. XV
 Syr. diacodii 25·0
 Spir. vin. dil. 45·0
 Aq. font. ad 300·0
 D. S. Gurgelwasser.
 Rp. Jod. trichlor. 5·0
 Saccharini 0·5
 Aq. destill. ad 500·0
 D. S. Mit der zehnfachen Menge Wasser verdünnt zum Gurgeln.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XII.

Abtheilung für Chirurgie.

ZUCKERKANDL (Wien): Ueber Blasensteinoperationen.

Z. bespricht die Erfahrungen, die er an 150 Operationen des Blasensteines zu machen Gelegenheit hatte. Es wurden die Lithotripsie 109 mal, die perineale Lithotripsie einmal, der hohe Blasenschnitt 37 mal ausgeführt. Nachdem die moderne Technik dieser Operationen, namentlich die aseptische Ausführung der Lithotripsie, eingehend besprochen wurden, zählt Z. seine Resultate auf; die Mortalität bei der Lithotripsie betrug 3·6%, bei dem hohen Blasenschnitt 13·3%. Recidiven wurden in beiden Methoden annähernd in der gleichen Anzahl beobachtet. Mit Rücksicht auf die auch an der Hand von Literaturangaben erwiesene größere Gefahr des hohen Blasenschnittes, die längere Heilungsdauer, die möglichen Complicationen während des Wundverlaufes und nach abgeschlossener Heilung hält Z. die Bestrebungen für berechtigt, die Uebung des hohen Blasenschnittes zu Gunsten der Steinzertrümmerungsmethoden möglichst einzuschränken. In diesem Sinne bedeutet die Einführung der perinealen Lithotripsie einen wesentlichen Fort-

schritt, indem mit Hilfe dieser Methode eine Anzahl von Fällen, in denen nach den bisherigen Anschauungen der hohe Blasenschnitt angezeigt war, nunmehr der Lithotripsie zufallen. Die Zertrümmerung von der eröffneten Harnröhre aus liefert durch die Kürze und Weite des Weges besonders günstige Bedingungen für die Evacuation und für eine eventuelle Blasendrainage.

Mit Rücksicht darauf, daß der Steinschnitt in vieler Beziehung ein schwererer Eingriff als die Lithotripsie genannt werden muß, können die beiden Operationen nicht als rivalisirende Methoden gelten. Aus diesem Grunde hält Z. die subjective Entscheidung bei der Wahl der Operationen für einen nicht zulässigen Vorgang. Er verlangt eine Diagnosenstellung mit allen möglichen Details und eine dem Einzelfall angepaßte Operationsmethode.

Die Lithotripsie ist die Operation der Wahl und überall auszuführen, wo der Stein nicht zu groß und den Instrumenten zugänglich ist. Die perineale Lithotripsie ist dort angezeigt, wo die Harnröhre für die starren Instrumente unwegsam ist, also bei Prostatahypertrophie, Stricturen oder Steinen der Harnröhre. Zur Vollendung der Operation ist die perineale Lithotripsie angezeigt, wenn während der gewöhnlichen Steinzertrümmerung die Harnröhre durch Prostataanschwellung oder Steineinklemmung unwegsam geworden ist, und in der Blase noch größere Fragmente vorhanden sind.

Der hohe Blasenschnitt ist angezeigt bei Steinen, welche die ganze Blase ausfüllen oder vermöge der Größe auch nur eines ihrer Durchmesser in einer Lage festgeklemmt sind, ferner bei Steinen in Divertikeln, im tiefen Fundus, bei eingekapselten Steinen, Ureterblasensteinen oder wandständigen und angewachsenen Steinen, ferner bei Fremdkörpersteinen, bei Complication von Stein und Neoplasmen der Blase und endlich, wenn eine Fistel angelegt werden soll.

Abtheilung für innere Medicin.

V. POEHL (Petersburg): Die Nervenüberreizungen als Ursache von Autointoxicationen.

Die mannigfaltigsten Uebermüdungen, wie geistige, geschlechtliche, körperliche, geben übereinstimmend in allen Fällen nachstehende Abweichungen von der Norm des Stoffumsatzes.

1. Die Alkalescenz der Gewebssäfte wird herabgesetzt. Die bei der Reizung der Nerven- und Muskelgewebe sich bildenden sauren Producte, hauptsächlich Milchsäure, vermögen locale oder allgemeine Säureintoxicationen hervorzurufen.

2. Die Energie der Oxydationsprocesses wird herabgesetzt, hauptsächlich diejenige der Gewebsathmung, welche die Aufgabe hat, die bei Reizung der Nerven auftretende Milchsäure zu zerstören, resp. zu Kohlensäure zu verbrennen.

3. Auch sogenannte indifferente intermediäre Stoffwechselproducte wie die Harnsäure können als schwerlösliche Körper bei Anhäufung in den Geweben als Fremdkörper die Functionen derselben stören.

4. Die osmotischen Spannungen der Gewebssäfte werden herabgesetzt, was eine Beeinträchtigung der Herzthätigkeit zur Folge hat.

5. Die Strömungsgeschwindigkeit des Harncanälcheninhalts nimmt wesentlich ab, was auf Nierenstauung hinweist.

6. Das elektrische Leitungsvermögen der Gewebssäfte wird herabgesetzt.

Alle oben erwähnten Stoffumsatzabweichungen beweisen uns, daß wir es bei Uebermüdungen mit Autointoxicationen infolge herabgesetzter Gewebsathmung, resp. Blutalkalescenz zu thun haben.

Dies erklärt uns, daß trotz der Gleichartigkeit der physiologisch-chemischen Alteration die Uebermüdungserkrankungen (Neurasthenie, verschiedene Nervenleiden, Diathesen etc.) so mannigfaltig sind. Andererseits finden wir darin eine Erklärung dafür, daß alle diese verschiedenen Erkrankungen durch eine und dieselbe therapeutische Methode günstig beeinflußt werden, sobald die herabgesetzte Gewebsathmung zur Norm gelangt. Dazu gehören die Sauerstofftherapie, frische Luft, Spermintherapie, alkalische Mineralwässer, Gymnastik, Bäder etc., welche direct oder indirect die Oxydationsvorgänge im Organismus fördern, gleichzeitig die Al-

kalescenz der Gewebssäfte steigern und dadurch die schädigenden Momente der Uebermüdung eliminieren.

EULENBURG (Berlin): Gehirnerkrankungen nach elektrischem Trauma.

Vortr. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Nervenerkrankungen als Folge der elektrischen Straßenbahnunfälle durch Reißen und Herabfallen der Oberleitungsdrähte. Diese Erkrankungen kommen in sehr wechselnder Intensität zur Beobachtung vom leichten, rasch vorübergehenden Shok bis zum tödtlichen Ausgang. In ganz seltenen Fällen entwickelt sich erst allmählig ein Krankheitsbild als Folge chronischer Veränderungen im Centralnervensystem. Vortr. berichtet einen Fall, über den er ein gerichtliches Obergutachten zu erstatten hatte. Ein 48jähriger, vorher gesunder Mann brach beim Unfall ohnmächtig zusammen, klagte nach dem Erwachen bald über Kopfschmerzen und hatte einen taumeligen Gang. In den nächsten Stunden nahmen die Beschwerden noch zu, es stellten sich epileptische Krämpfe im rechten Arm und Bein ein, die beide dann gelähmt wurden, dazu gesellte sich linksseitige Erblindung und rechts Herabsetzung des Sehvermögens. Die Zuckungen traten in den nächsten Tagen, dann auch an den linksseitigen Extremitäten auf und führten zur Lähmung derselben. Allmählig waren sämtliche Sinnesorgane außer Function gesetzt, es trat eine sichtliche Verblödung ein. Vortr. berichtet noch eine zweite, aber weniger intensive und ausgebreitete Erkrankung gleichen Ursprungs. Die Wirkungen des Hochspannungsstromes sind im Wesentlichen mechanische Momente: Lockerung des Zusammenhanges der Nervenfasern ohne nachweisbare anatomische Veränderungen, wie Blutungen u. dgl., aber auch schwere Reizung des Nervensystems und Wärmeerzeugung innerhalb der Schädelhöhle kommen in Betracht.

GUMPRECHT (Weimar): Ein Handgriff zur Mastdarmbehandlung.

Im Anschluß an die jüngste Publication von EBSTEIN über Mastdarpalpation und -Massage empfiehlt Vortr. eine Art „Dammenschutz“ zur Erleichterung der Defäcation bei Hämorrhoidariern u. dergl. Wenn das Rectum mit der linken Hand vom Steißbein weg in die Höhe gedrückt wird, tritt der Koth leichter aus.

BIAL (Kissingen): Versuche zum Mechanismus der antiseptischen Wirkung.

Für die bekannte Thatsache, daß die Magensäure ihre antiseptische Wirkung dem Hefepilz gegenüber nicht zur Geltung zu bringen vermag, fehlte es bisher an einer plausiblen Erklärung. Dieselbe wird jetzt anscheinend durch die Ionentheorie geliefert, welche nachgewiesen hat, daß die chemischen Wirkungen der Säuren auf ihren Gehalt an freien H-Ionen beruhen, nicht auf den ungespaltenen Molekülen. Diese freie Ione muß man deshalb wegschaffen, wenn man der Salzsäure die fäulnißhemmende Eigenschaft nehmen will: durch Zusatz von Kochsalz gelingt es in der That, den Gehalt an freien H-Ionen herabzudrücken, die aus der Salzsäure entstehen. So erklärt sich die schon lange bekannte Wechselbeziehung zwischen Salzsäure und Kochsalz. Ein Uebermaß des letzteren beeinträchtigt allerdings nicht nur die gährungswidrige Eigenschaft der Salzsäure, sondern verstärkt sie sogar, wofür es uns bisher noch an Verständniß mangelt. Essigsäure, Ameisensäure u. a. erzeugen wenige freie H-Ione, haben daher nur geringe desinficirende Kraft. Im menschlichen Magen handelt es sich um verdünnte Lösungen, auf welche die obigen Gesetze auch vollkommen zutreffen. Auch hier verhindert das Kochsalz die Zahl der freien H-Ione in der Salzsäure.

BURWINKEL (Nauheim): Zur therapeutischen Verwendung des Aderlasses.

Vortr. hält die praktisch erprobte günstige Wirkung der Venesection bei chronischen Herzleiden und Circulationsstörungen für physiologisch begründet.

KUET (Wien): Ueber eine natürliche Schutzmitteltherapie bei zwei Infectionskrankheiten.

Die Anregung der Speichelsecretion durch Kauen, Schlucken und Saugen stellt eine praktische Ausnutzung der Chemotaxis dar, die sich dem Vortr. bei Diphtherie und Scharlatina bewährt hat.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

WINTERNITZ (Tübingen) demonstriert das Präparat eines carcinomatösen Uterus sammt dem ausgedehnt erkrankten und bei der Operation mitentfernten linken Parametrium. Es handelte sich um eine 56jähr. Frau, welche von Prof. DÖDERLEIN nach der WERTHEIM'schen Methode operirt wurde. Beim Freipräpariren des linken Ureter zeigte es sich, daß derselbe mitten durch das carcinomatös infiltrirte Parametrium hindurch verlief. Der Ureter wurde absichtlich durchschnitten, um das Parametrium möglichst radical entfernen zu können. Die linke Niere wurde herausgenommen. An der Theilungsstelle der Aorta waren zwei Drüsen von Bohnengröße nachweisbar, welche exstirpirt und später in Serienschnitte zerlegt wurden. Eine derselben erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als carcinomatös. (Die mikroskopischen Präparate der Drüse und des Portiocarcinoms werden demonstriert.) Pat. ist von der Operation genesen. In den anderen von Prof. DÖDERLEIN nach WERTHEIM operirten Fällen von Carcinom waren die Drüsen nicht carcinomatös.

GELLHORN (St. Louis) demonstriert einen Fall von Vaginitis exfoliativa, über den er im Amer. Journal of Obstetrics in extenso berichtet hat. Die 50jährige Patientin, die an Menorrhagien bei großen Uterusmyomen litt, wandte ein Geheimmittel an, und zwar Scheidensuppositorien, die ihr gegen Fibrome angepriesen wurden. Darauf erfolgte 9mal in 6 Wochen Ausstoßung der Scheidenschleimhaut in Form unversehrter, birnenförmiger Säcke, die mikroskopisch nur aus verhornten Plattenepithelien bestehen. Trotzdem keine Alteration der Scheide. Wegen andauernder Blutungen begab sich Pat. endlich in ärztliche Behandlung und GELLHORN führte die supravaginale Amputation aus. Völlige Genesung.

JUNG demonstriert zwei Teratome, welche in der Greifswalder Klinik entfernt wurden, und welche sich durch die Mannigfaltigkeit der in denselben enthaltenen Gewebe auszeichnen. In dem einen Falle fanden sich schwere Veränderungen scheinbar maligner Natur am Netz und an den retroperitonealen Drüsen; die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um eine Erkrankung der Gefäße handelte, welche diese Veränderungen hervorriefe, diese Dissemination auf dem Peritoneum war also gutartig, und es ist wahrscheinlich in gleicher Weise die Heilung der Fälle zu erklären, welche in der Literatur beschrieben sind, bei denen trotz Dissemination auf das Peritoneum kein Recidiv eintrat. Natürlich kann auch ein Teratom Sitz einer sarcomatösen Degeneration werden und alsdann Metastasen machen; dieselben sind dann aber sarcomatöser Natur.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 5. December 1901.

V. FRANKL-HOCHWART und **A. FRÖHLICH** erstatten eine vorläufige Mittheilung über die corticale Innervation der Rectalsphincteren. Die Autoren haben ihre Versuche im Laboratorium v. BASCH's angestellt. Für den Verschuß des Mastdarmendes kommen der glatte Sphincter int. und der quergestreifte Sphincter ext. in Betracht. Die Bauchpresse spielt bei der Defäcation eine untergeordnete Rolle. Verschuß und Erschlaffung der Sphincteren können auch vom Gehirn aus erfolgen. Das Centrum für den Analverschuß liegt auf einem ca. 1 Qcm. großen Territorium in der Gegend der hinteren Fissura cruciata und des G. sigmoideus, und zwar nur auf einer Seite. Mit diesem Felde fällt meist auch das corticale Gebiet für die Dilatation der Sphincteren zusammen.

L. BUXBAUM stellt ein Kind mit Hydrocephalus chronicus, beiderseitiger orbitaler Hirnhernie und Usur des Supraorbitaldaches aus dem Ambulatorium des I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes vor. Das Kind machte bis zum 7. Monate vorübergehend einen Darmkatarrh und Otorrhoe durch, der Kopfumfang war normal, die Fontanellen waren ein wenig vergrößert. Im 7. Monate erkrankte das Kind plötzlich

unter Convulsionen und Apathie. Seit dieser Zeit nahm der Kopfumfang stetig zu; gegenwärtig mißt er 46 Cm. Status: Schwächliches, rachitisches Kind, Muskelstarre an den oberen Extremitäten in Extension, Faustphänomen, Nackensteifigkeit, zeitweise spontane tonische Krämpfe, Schädel groß, weich, nur an den Ossificationspunkten verknöchert, über den Gesichtsschädel weit überwiegend, Stirnbein nicht gespalten, Augenbrauenbogen sehr hoch, Lidhöhe links um ca. 1.5 Cm. kleiner, Lidschluß mangelhaft, Bulbi nach abwärts verdrängt, ihre Beweglichkeit in verticaler Richtung aufgehoben, in horizontaler stark eingeschränkt, oberhalb der Bulbi eine die Orbita ausfüllende und sich in die Schädelhöhle durch eine große Lücke fortsetzende, nicht pulsirende weiche Geschwulst (Hirnprolaps), beginnende Sehnervenatrophie. Offenbar besteht chronischer Hydrocephalus, der secundär die genannten Erscheinungen producirt hat.

K. Hochsinger bemerkt, daß die Anamnese (Abortus, Todtgeburten) und die Erfahrung, daß bei hereditärer Lues Hydrocephalus vorkomme, dafür sprechen, daß dieser hier eine ätiologische Rolle spielen dürfte, wenn auch der Beweis nicht zu erbringen sei. Es wird eine antiluetische Therapie eingeleitet werden.

L. Königstein hat bei Untersuchungen hydrocephalischer Schädel constatiren können, daß die Orbitalhöhle durch Hereinrücken ihrer oberen und inneren Wand bis auf die Hälfte verengt werden kann, wobei der Bulbus verdrängt wird. Weil die sie begrenzenden Knochen papierdünn sind, kommt leicht eine Communication der Orbitalhöhle mit der Schädelhöhle zustande.

W. TÜRK stellt einen Fall von Concretio pericardii mit Leber- und Milzschwellung vor. Die Anamnese weist auf Ueberstehen von Pericarditis hin. Jedweder locale Herzbefund fehlt derzeit. Die Untersuchung ergibt einen schmerzlosen Milztumor, welcher 4 Querfinger über der Symphyse steht, einen druckschmerzhaften großen Lebertumor, Hochstand des Zwerchfells und des Herzens. Herz-, Lungen- und Blutbefund normal. Vor einiger Zeit bestanden beim Pat. Stauungserscheinungen und Verdoppelung des ersten Herztones.

R. SCHMIDT demonstriert einen Fall von Hirntumor. Der 23jährige Pat. war vor einem Jahre nach einem Falle auf das Hinterhaupt durch eine halbe Stunde bewußtlos und hatte seither Kopfschmerzen, zuerst in der Stirne, dann im Hinterhaupte. Jetzt bestehen: Schwindel beim Aufrichten, breitspuriger, schwankender Gang, Tendenz nach rückwärts zu fallen, Nystagmus beim Blick nach rechts, zeitweise Unvermögen, den Kopf wegen großer Schmerzen zu bewegen, und klonischer Krampf der Extremitäten bei brusken Bewegungen, seit zwei Monaten Amaurose, Stauungspapille mit Hämorrhagien, leichte Störungen im Gebiete der übrigen Sinnesnerven, Empfindlichkeit beim Beklopfen der schmerzenden Stelle auf der rechten Seite der Hinterhauptschuppe, sehr seltener Lidschlag, Steigerung der Sehnenreflexe, Herabsetzung der Respirationsfrequenz, selten Erbrechen, Schwankungen der Pulsfrequenz, manchmal subnormale Temperatur und Retentio urinae. Alle Symptome sprechen für einen Tumor, wahrscheinlich ein Gliom, im hinteren unteren Theile des Wurmes.

H. Nothnagel bemerkt, der Fall sei diagnostisch nicht ganz klar; es käme noch ein Tumor der Vierhügel mit Compression der Vena magna Galeni in Betracht.

L. HOFBAUER stellt einen Fall tabischer Spondylolisthesis vor, welche ohne Trauma schmerzlos entstanden ist. Es besteht starke Lordose; die RÖNTGEN-Untersuchung ergibt, daß der letzte Lendenwirbel über das Kreuzbein nach vorne gerutscht ist. Die Hüftgelenke zeigen ebenfalls tabische Arthropathie.

W. PAULI berichtet über das Ergebnis der chemischen Untersuchung der in der vorigen Sitzung demonstrierten schiefergrau verfärbten Tänie. Im grau verfärbten Hintertheile des Bandwurmes wurde Blei nachgewiesen, der vordere weiße Theil war frei von Blei.

Discussion über das Thema Myiasis intestinalis.

L. Freund (Wien) berichtet über einen Fall von Dermatomyiasis bei einem 9jährigen Kinde. Neben einem impetiginösen Ekzeme am Scheitel des Kopfes bestanden zwei große Abscesshöhlen, welche von großen, dicken Fliegenlarven wimmelten. Dieselben erwiesen sich als von Sarkophila Wohlfahti herrührend. Der Fall bietet dadurch Interesse, daß in Wien hier zum erstenmale das Auftreten eines sonst nur im russischen Gouvernement Mohilew vorkommenden Thieres constatirt wurde. Das Kind wurde im Wiener Angarten von dem Insecte befallen.

F. Pollak bemerkt, daß in dem besprochenen Falle schon im Beginne der Krankheit Blut im Stuhle zu finden war, was für das Bestehen von Darmgeschwüren schon zu dieser Zeit spricht. Es entsteht daher die Frage, ob primär die Myiasis oder die Darmgeschwüre da waren. **Личинным** erklärte, daß zweifellos viele Menschen Fliegenmaden schlucken, diese gehen aber ab, ohne Beschwerden zu verursachen; wenn sie im Darmcanale haften bleiben, müssen wir wohl eine besondere Disposition des Trägers annehmen.

J. Csokor bespricht die Myiasis bei den Hausthieren. Die Myiasis der Thiere ist entweder eine obligate, bei welcher die Larven nur im Darmcanale leben können (bei Herbivoren) oder eine zufällige, wie auch beim Menschen. Obligate Thierparasiten bewirken eine Myiasis nasopharyngealis, cutanea oder intestinalis. Die erste Form wird bei Pferden durch den Oestrus nasalis, dessen Fliege wahrscheinlich der Oestrus purpureus ist, hervorgerufen. Diese Larve entwickelt sich in der Rachenhöhle der Pferde und dringt durch das Foramen lacerum manchmal bis ins Gehirn vor, wo sie einigemale beim Dummkoller bei der Section gefunden wurde. Bei den Schafen verursacht der Oestrus ovis den Bremsenschwindel. Das Weibchen legt die Eier auf die Nase und die Maden kriechen in die Nasen- und Stirnhöhle. Auch beim Reh kommt eine ähnliche Krankheit vor, bei welcher die Larven auch auf die Stimmbänder gelangen und durch Verlegen der Glottis die Erstickung des Thieres herbeiführen können. Die cutane Myiasis wird bei den Wiederkäuern durch Hypoderma bovis und H. cilia (beim Reh) hervorgerufen. Die Fliege deponirt die Eier auf die Haare, von wo die Larven entweder direct oder auf dem Umwege über den Darmcanal in die Haarbälge gelangen und daselbst die „Dasselbeule“ erzeugen. Die intestinale Myiasis wird durch vier Gattungen von Bremsenfliegen hervorgerufen; sie kommt speciell bei Thieren des Pferdgeschlechtes vor. Der häufigste Parasit ist der Gastrophilus equi; die Eier werden im Juli und August auf die Langhaare der Pferde gelegt, gelangen durch Abschlecken in den Magen und entwickeln sich dort zu Larven, welche bis einige Centimeter groß werden. Sie sitzen in der Schleimhaut oft in kolossaler Menge, ohne besondere Krankheitserscheinungen hervorzurufen, gehen nach 6 Monaten ab, verpuppen sich in der Erde und kommen nach weiteren 2 Monaten wieder als Fliegen hervor. Denselben Entwicklungsgang hat Gastrus duodenalis, dessen Made im Duodenum der Pferde lebt und welcher wahrscheinlich mit dem Gastrophilus pecudis identisch ist. Ein anderer Erreger der Myiasis intestinalis ist Gastrus haemorrhoidalis. Die intestinal lebenden Fliegen legen Eier. In der Magenschleimhaut des Pferdes entstehen bei der Heilung im ösophagealen Theile leichte Narben, im gastrischen Antheile polypöse Wucherungen, in sehr seltenen Fällen dringen die Larven auch in die Schleimhaut ein, so daß es sogar zur Magenperforation gekommen ist. Bei den besprochenen Fliegengattungen ist eine Pädogenese nicht bekannt. Cs. hat 5 Fälle von Myiasis intestinalis beim Menschen beobachtet, welche stets durch Homalomyia alaris (Lusterfliege) hervorgerufen waren. Diese Fliege legt die Eier auf Nahrungsmittel, die Larven werden bis zu 1 Cm. groß und heften sich oft in großen Mengen im Darm an. Pädogenese kommt bei diesen intestinalen Schmarotzern nicht vor; es ist wahrscheinlich, daß die in den Darmcanal in dem von dem Vortr. besprochenen Falle hineingelangten Maden bald abgegangen sind, und daß die durch sie hervorgerufenen Verletzungen eine Quelle der Infection abgegeben haben.

Prof. Brauer, Director des naturhistorischen Museums, betont den Unterschied zwischen jenen Fliegenlarven, welche nur hie und da parasitisch leben, z. B. die Sarkophagen und wirklichen Parasiten, so Oestrus, welche sich von ihrem Wirth nicht trennen können, ohne zugrunde zu gehen. Epidemien von Myiasis beim Menschen, welche durch facultative Parasiten hervorgerufen werden, müssen besondere Verhältnisse zugrunde liegen. In Rußland tritt die von Dr. L. Freund erwähnte Sarkophyla epidemisch auf, in unseren Gegenden tritt sie sehr selten und nur unter abnormen Verhältnissen auf, sie soll hauptsächlich syphilitische Kranke befallen. Merkwürdigerweise werden bei uns häufig vorkommende Fliegen im Menschen selten gefunden. Eine Art Sarkophyla kommt auf dem Bisamberg vor, welche mit todtten Schnecken aufgezogen werden kann; ihre Made ist im freien Zustande noch nicht gefunden worden. Die gewöhnliche blaue Fleischfliege wird durch Fleisch angelockt, die graue Sarkophaga nicht; die Gattungen Lucilia und Sarkophaga kommen auf Excrementen vor, was darauf hindeutet, daß sie sich von Zersetzungsproducten nähren. Manche dieser Darmparasiten entwickeln sich zuerst sehr langsam, dann wachsen sie sehr rasch in den letzten 2 Monaten vor der Verpuppung. Maden von Hautbremsen sind bereits im Oesophagus nachgewiesen worden, was dafür spricht, daß sie von innen heraus nach Durchbohrung des Oesophagus secundär in die Haut gelangen, zu welcher Wanderung sie ihr starrer, nadelförmiger Leib besonders befähigt macht. Eine Pädogenese ist bei den in Thieren lebenden Fliegen nicht anzunehmen, weil sonst die befallenen Thiere unfehlbar zugrunde gehen müßten; außerdem wurden bei den untersuchten Larven keine entwickelten Generationsorgane gefunden. Der periodenweise Abgang der Larven ist in dem von dem Vortr. besprochenen Falle schwer zu erklären.

RA. Dr. Flix stellt einen Soldaten vor, welcher nach Genuß von „Grammeln“ noch an demselben Tage mit kolikartigen Schmerzen im Unterleibe und Diarrhoe erkrankte. Die Krankheit imponirte anfangs als einfacher Darmkatarrh; Calomel 0.3. In zweien der nun folgenden Stuhlentleerungen wurde eine Menge von Fliegenlarven entleert. Nach Application einer hohen Irrigation kamen keine Maden mehr zum Vorschein. Der Mann fühlt sich seit einem halben Jahre vollkommen wohl.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse“.)

Sitzung vom 20. December 1901.

A. Freih. v. EISELSBERG stellt einen 52jährigen Kranken vor, bei dem er die Totalexstirpation eines Aneurysma der A. femoralis ausgeführt hat. Dasselbe war angeblich spontan in der Höhe des linken Adductorenschlitzes aufgetreten und erreichte mehr als Mannsfaustgröße. Die Exstirpation des Aneurysma wurde in Aethernarkose vorgenommen, wobei das Vorhandensein zweier längsovaler Schlitzes in der Arterienintima unterhalb des Aneurysma zu constatiren war. Drei Wochen nach der Operation stellte sich vorübergehend eine blaue Verfärbung der großen Zehe ein. Vortragender hat im ganzen 11 Fälle von Aneurysma operirt. Davon saßen die meisten an der A. poplitea und femoralis; 9mal war ätiologisch ein Trauma nachzuweisen. Auch in dem vorgestellten Falle ist diese Aetiologie wahrscheinlich, da das Aneurysma das Bild eines Haematoma arteriosum traumaticum darbietet. Die Totalexstirpation des Aneurysma verdient den Vorzug vor den unblutigen Operationen und der Ligatur.

R. GRASSBERGER und **F. PASSINI** erörtern die Bedeutung der Jodreaction für die bakteriologische Diagnose. Die Vortr. haben in den Buttersäurebacillen das Vorkommen von Granulose nachgewiesen, welche sich mit Jod roth bis blau färbt. Granulose bilden die Bacillen aus zuckerhaltigem Nährboden; sie sammelt sich bei einem sporulirenden Bacillus an dem keimfreien Ende an und erfüllt schließlich die ganze Zelle (Clostridiumform) mit Ausnahme des Keimes, in welchem nur selten Granulose nachweisbar ist; der Zelleib löst sich schließlich auf. Dies spricht dafür, daß die Granulosebildung ein degenerativer Vorgang ist. Durch Züchtung auf zuckerfreiem Agar entstehen aus granulosehaltigen Keimen und Bacillen granulosefreie, bewegliche Bacillen, welche auf sterilem Fleisch ohne Granuloseproduction Sporen bilden. Unter dem Einflusse gewisser Salze entstehen aus den Bacillen Kokkenformen. Die Buttersäurebacillen können auch Rechtsmilchsäure produciren. Im Stuhle kommen mehrere mit Jod färbbare Mikroorganismen vor. Von älteren, auf zuckerfreiem Nährboden gezüchteten Culturen entnommene Bact. coli, Staphylokokken und Milzbrandbacillen bilden bei der Züchtung auf zuckerhaltigen Nährböden ebenfalls Granulose. Bei verschiedenen Spirillen färben sich die unter Carminfärbung als Vacuolen imponirenden hellen Stellen intensiv mit Jod.

J. REINPRECHT demonstrirt aus der CHROBAK'schen Klinik das Präparat einer Dermoidcyste in einem Netzstrang, welche mit dem Peritoneum in der Ileocöcalgegend verwachsen war und mit dem Ovarium in keiner Verbindung stand. Die walnußgroße Cyste war von Bindegewebe eingekapselt und enthielt Haare, Knochen- und Kalkstückchen, sowie Dermoidbrei. Das Fehlen des linken Ovariums und vor 16 Jahren aufgetretene, äußerst heftige und langandauernde Schmerzattacken sprechen dafür, dass die Cyste aus dem abgeschnürten linken Ovarium entstanden ist. Das Präparat zeigt außerdem Myomatosis uteri und Atrésie der linken Tube.

ARTH. KLEIN erstattet eine vorläufige Mittheilung über die Wirkung von Organextracten. Das Kochsalzextract aus verriebenem Pankreas löst constant rothe Blutkörperchen und hebt die hämolytische Wirkung des Hühnerserums auf Kaninchen-Blutkörperchen auf. Ein Gemisch aus gleichen Theilen von Hühnerserum und Pankreasextract ist völlig inactiv. Ferner zeigt das Extract aus der Darmschleimhaut eine agglutinationshemmende Wirkung. Diese Versuchsergebnisse bieten vielleicht eine Erklärung für die Eigenschaft des Organismus, gewisse Toxine zu verdauen oder abzuwehren.

K. ULLMANN stellt einen Patienten mit extragenitalem Ulcus venereum vor. Das Geschwür sitzt am Nagelgliede des linken Daumens und ist durch Autoinoculation von einem Geschwür am Penis entstanden. Im Ausstrichpräparate wurden DUCREUX'sche Bacillen gefunden. Das extragenitale Vorkommen des weichen Schankers ist äußerst selten.

V. EISENMENGER: Ueber Cirrhose cardiaque.

Viele Autoren meinen, daß sich durch lange andauernde Blutstauung in der Leber der Cirrhose analoge Veränderungen entwickeln; andere wieder beschreiben eine Bindegewebswucherung und Schrumpfung in der Leber, ohne dieselben der Cirrhose zuzurechnen. Die Bindegewebswucherung ist nur selten eine Folge der Stauung, denn letztere führt nur zur Atrophie. Nach den Untersuchungen des Vortragenden ist die fehlerhafte Diagnose einer Cirrhose cardiaque auf zweierlei Weise zu erklären:

1. Die Stauungsleber hat eine gewisse Aehnlichkeit mit der cirrhotischen Leber: Kleinheit infolge der Atrophie der Acini, eine höckerige Oberfläche wegen der ungleichen Vertheilung der Atrophie und der Regenerationsprocesse im Leberparenchym, bei denen die Leberzellen durch Anlagerung an die Acini diese um ein Vielfaches vergrößern, schließlich eine zähe Consistenz.

2. In vielen Fällen liegt eine Combination der Stauungsleber mit anderen pathologischen Processen vor, so mit multiplen Embolien der feineren Aeste der A. hepatica, welche die Atrophie der von ihr versorgten Acini verursacht, oder die Combination mit echter Cirrhose in ihrem Frühstadium oder mit perivasculären, manchenmal auch pericholangitischen Processen, die sämmtlich mit Bindegewebswucherung einhergehen. Die Ausdrücke „Stauungscirrhose“ und „Cirrhose cardiaque“ können deshalb zu Mißverständnissen Anlaß geben und wären besser durch den Terminus „Stauungsin-duration“ zu ersetzen.

Notizen.

Wien, 21. December 1901.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 17. December d. J. stattgefundenen Vollversammlung wurde vom Kammervorstande das Präliminare für das Jahr 1902 vorgelegt. Dasselbe veranschlagt das Erforderniß mit K 16.940, die Bedeckung mit K 17.180 unter Festsetzung des Kammerbeitrages in der bisherigen Höhe von 10 K. Das Präliminare wurde genehmigt. Nach einem Referate des Cassendirectors Dr. KORN-FELD wurde ein Antrag des Dr. PUPINI, nach welchem der Aerztekammerbeitrag nach der Erwerbs-, bezw. Einkommensteuer der einzelnen Kammerangehörigen bemessen werden solle, mit Rücksicht auf die bei den bestehenden Steuergesetzen vorhandenen Schwierigkeiten zurückgestellt, bis eine gesetzliche Grundlage für eine progressive Bemessung des Kammerbeitrages gefunden sein wird. Aus demselben Grunde wurde ein Antrag des Dr. KOSEL, wonach diejenigen kammerangehörigen Aerzte, welche eine den Betrag von 20 K nicht übersteigende Personaleinkommensteuer zahlen, von der Entrichtung des Kammerbeitrages zu befreien wären, vertagt. Weiters wurde nach einem Antrage des Dr. KORN-FELD über einen Antrag des Dr. MAX STRANSKY beschlossen, den Kammerbeschluß vom 29. December 1894, wonach bei Gesuchen um Nachsicht des Kammerbeitrages von den in subalternärztlichen Stellungen befindlichen Anstalts- und Spitalsärzten das Visum des betreffenden Directors oder Anstaltsleiters als Bestätigung der Zahlungsunfähigkeit zu dienen hätte, aufzuheben und es dem Vorstande zu überlassen, über Gesuche von solchen Aerzten unter Berücksichtigung der vorgebrachten rücksichtswürdigen Gründe in jedem einzelnen Falle zu entscheiden. — Nach Reassumirung des bezüglichen Kammerbeschlusses vom 15. October 1901 wurde folgende Abänderung, bezw. Ergänzung des § 6 der Geschäftsordnung für den Kammervorstand als Ehrenrath beschlossen:

„§ 6. Ist Einleitung des weiteren Verfahrens beschlossen, schreibt der Präsident eine neue Sitzung des Ehrenrathes unter Einladung des Beschuldigten und der Zeugen binnen 14 Tagen aus.

Der Beschuldigte hat vor dem Ehrenrath persönlich zu erscheinen, widrigenfalls der Ehrenrath berechtigt ist, die Verhandlung in Abwesenheit des Beschuldigten durchzuführen.

Wenn es vom Ehrenrath für nöthig erkannt oder von dem Kläger oder dem Beschuldigten verlangt wird, ist auch der Kläger der Verhandlung zuzuziehen.

Die Zuziehung eines Rechtsbeistandes oder eines sonstigen Vertreters im ehrenrätlichen Verfahren ist weder dem Kläger, noch dem Beschuldigten gestattet.“ —

Einem von Dr. HEINRICH ADLER namens des Aerztekammergesetz-Comités vorgelegten Antrage, wonach in den in Berathung stehenden Entwurf eines Aerztekammergesetzes auch eine die Rechte und Pflichten der Aerzte in Bezug auf die Praxisausübung feststellende „Aezteordnung“ einbezogen werden soll, wurde zugestimmt und beschlossen, die Schwesterkammern im Wege der geschäftsführenden Kammer einzuladen, sich über diese Anregung zu äußern. — Dr. UHLIK erstattete namens des Comités für Standesfragen ein Referat über einen von Dr. E. B. gestellten Antrag, wonach die Standesordnung dahin abgeändert werden möge, daß die „einfache bescheidene“ Annonce als nicht standesunwürdig erklärt werden soll. Referent beantragte in eingehender Begründung die Abweisung dieses Antrages. In der sich an dieses Referat knüpfenden Debatte wurde auf die Unzulänglichkeit der dem Ehrenrathe der Kammer zu Gebote stehenden Disciplinarmittel hingewiesen, auf welche es zurückzuführen sei, daß es bisher nicht gelungen ist, das standesunwürdige Annonciren einer kleinen Anzahl von Aerzten hintanzuhalten. Von mehreren Rednern wurde auch betont, daß die Gestattung einer einfachen Annonce nur die Folge hätte, daß in kürzester Zeit mehrere hundert Aerzte in dieser Weise zu annonciren beginnen würden, und daß ein Theil der annoncirenden Aerzte, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, sich dann erst recht auf marktschreierische Annoncen verlegen würde. Der Antrag des Ref. wurde hierauf einstimmig angenommen, ferner wurde ein Antrag des Dr. HEINRICH ADLER angenommen, der Vorstand wolle in einer Eingabe an die Stathalterei unter Hinweis auf die nicht ausreichende Disciplinargewalt der Aerztekammer die Stathalterei ersuchen, sie möge die zur Unterdrückung des ärztlichen Annoncenwesens geeigneten Maßregeln ergreifen. Ferner wurde nach dem Antrage des Dr. STRICKER folgender Beschluß gefaßt: „Die Kammer erklärt die von Aerzten veranlaßten Reproduktionen von medicinischen Fachvorträgen in den Tagesblättern für unzulässig und ersucht den Vorstand, diesem Abusus nach Kräften zu steuern.“ — Die vom Vorstande genehmigte Instruction für die Untersuchungsärzte bei der Volksversicherungsabtheilung der „Allianz“ wurde zur Kenntniß genommen (dieselbe wird in den nächsten Mittheilungen der Kammer den kammerangehörigen Aerzten im Wortlaut bekannt gegeben werden).

(Zahnärzte und Zahntechniker.) In dem immer erbitterter geführten Kampfe der Zahntechniker gegen die Zahnärzte ist von ersteren neuerdings ein Vorstoß gewagt worden. Eine Versammlung der Techniker, welche dieser Tage in Wien abgehalten worden ist, protestirte dagegen, daß das Zahntechniker-gewerbe für die Aerzte als freies Gewerbe erklärt werde; die Techniker verlangen entweder das alleinige und ausschließliche Recht zur Anfertigung künstlicher Ersatzstücke etc. oder eine Erweiterung ihrer Befugnisse, welche ihnen gestattet, ihr Gewerbe uneingeschränkt auszuüben. — Die Zahnärzte können der Entscheidung der Sanitätsbehörden bezüglich der Berechtigung der Techniker, im Munde der Kranken zu manipuliren, auch fernerhin mit einiger Beruhigung entgegensehen. Verbitten müssen sie sich jedoch Aeußerungen, wie die vom Vorsitzenden dieser Protestversammlung beliebte, nach welchen die Führung des Titels „Zahnarzt“ ungesetzlich sei und die Zahnärzte mit wenigen Ausnahmen Zahnheilkunde und Zahntechnik nicht gelernt, sondern den Technikern sozusagen in praxi abgelauseht hätten. Das sind infaire Waffen.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 14. December gelangten nachstehende Referate zur Berathung und Beschlußfassung: Referat betreffend das Verbot des Gebrauches von Namensbezeichnungen natürlicher Heilquellen beim Vertriebe künstlicher Mineralwässer. Initiativantrag betreffend die Berücksichtigung der Verhältnisse des Mineralwasserhandels bei Verfassung eines neuen Zolltarifes. Gutachten über die Zulässigkeit der Errichtung einer Bleiche und Färberei mit Rücksicht auf die unschädliche Beseitigung der Betriebsabwässer. Schließlich wurde die Wiederaufnahme der Vorarbeiten zum Zwecke der Schaffung eines Epi-

demie- und Impfgesetzes beschlossen. Nach Schluß der Sitzung trat das Specialcomité des Obersten Sanitätsrathes zur Fortsetzung der Berathung über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberculose zusammen.

(Wiener med. Doctoren-Collegium.) In den drei letzten wissenschaftlichen Versammlungen dieses Collegiums vor den Weihnachtsferien haben Dir. R. GERSUNY, „Alltägliches in der kleinen Chirurgie“, Prof. W. WINTERNITZ, „Hydrotherapie und Tuberculose“ und Stabsarzt Doc. Dr. A. PICK „Ueber Magenatonie“ vorgetragen. Die genannten Vorträge werden in diesen Blättern in extenso zur Publication gelangen. — Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet am 13. Januar 1902 statt.

(Auszeichnungen.) Der a. o. Professor der Zahnheilkunde und Vorstand des zahnärztlichen Institutes an der Universität in Wien Dr. JULIUS SCHEFF ist zum Regierungsrathe, die Universitätsprofessoren THEODOR VON KÉZMÁRSZKY, KARL VON KÉTYL in Budapest und SIGMUND PURGESZ in Klausenburg sind zu Hofräthen ernannt worden. — Der Oberdirector-Stellvertreter des Heilinstitutes für arme blinde Kinder und Augenranke Dr. KARL SCHERKS in Prag hat den Franz Joseph-Orden erhalten.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. EMIL LUGO ist mit Wartegeld auf die Dauer eines Jahres beurlaubt; Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. KARL VREČER in den Ruhestand versetzt worden; Stabsarzt Dr. KARL PAVLEČKA, ordinirender Arzt im österreichisch-ungarischen Nationalspitale in Constantinopel, ist von diesem Posten enthoben und zum Garnisonsspitale Nr. 9 in Triest, Reg.-A. I. Cl. Dr. JOACHIM SPERBER in den Ruhestand versetzt worden.

(Theoretiker und Aerztekammer-Beitrag.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Mehrere Professoren und Docenten unserer medicinischen Facultät sind beim Cultusministerium um Beseitigung der ihnen zwangsweise von der Aerztekammer auferlegten Besteuerung vorstellig geworden; sie machten den Einwand geltend, daß sie als Theoretiker mit Standesinteressen direct nichts zu thun hätten. Die Aerztekammer aber wies darauf hin, daß die Beschwerdeführer der Aerzteschaft angehören, weil sie die ärztliche Approbation nachgesucht hätten: „Wer die Befugniß zu practiciren erlangt hat, ist dem ärztlichen Innungszwang verfallen, gleichviel, ob er von dieser Befugniß Gebrauch macht oder nicht. Die ärztliche Innung entläßt Niemanden aus ihrem Zwangspferch, auch wenn er seinen Betrieb längst aufgegeben und diesen seinen Entschluß den Innungsoberrathen angezeigt hat.“

(Die mährischen Advocaten und die mährische Aerztekammer.) In dem vor Kurzem „einstweilen“ vom Vorstande der mährischen Aerztekammer gefaßten Beschlusse, ehrenrätliche Angelegenheiten ohne Zuziehung von Advocaten zu verhandeln, erblickt die mährische Advocatenkammer eine solche Beleidigung, daß sie deshalb beim Ministerium des Innern Einsprache erhoben hat.

(Verurtheilung eines Arztes.) Der praktische Arzt Dr. MORIZ OPPENAUER ist in einer gegen ihn durchgeführten Strafverhandlung wegen Mitschuld an der Uebertretung der Curpfuscherei schuldig erkannt und zu vier Wochen Arrest verurtheilt worden. Er hatte in Gemeinschaft mit einem Laien in seinem Ordinationslocale magnetische Curen durchgeführt und zu denselben theilweise auch den bekannten Sonnenstrahlen-Aetherapparat verwendet. — Wenn sich ein Arzt so sehr der Würde seines Standes entkleidet, dann ist seine Bestrafung nicht nur eine Warnung für Gleichgesinnte, sondern auch eine Genugthuung für jeden anderen Arzt, der eine derartige Entweihung des ärztlichen Berufes nicht zu begreifen vermag.

(Aerztekammer für Böhmen.) In der Sitzung vom 26. November der genannten Kammer beantragte Dr. HAŠKOVEC die Einberufung einer Enquête behufs Ausarbeitung einer Petition an die staatlichen Sanitätsbehörden und an die gesetzgebenden Körperschaften, damit ein Gesetz verfaßt werde, daß jeder, der die kirchliche oder Civilehe einzugehen beabsichtigt, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und vor der Eheschließung ein ärztliches Zeugniß über seinen körperlichen und geistigen Gesundheitszustand vorzulegen habe.

(Aus St. Petersburg) schreibt uns ein dortiger College: Den russischen Aerzten bietet sich in den nächsten Tagen die Gelegenheit, die zweite Wiederkehr eines Centennariums zu feiern. Vor zweihundert Jahren nämlich wurde dem ersten russischen Arzte NIKOLAI WASSILIEWITSCH-POSSNIKOW von der russischen Regierung gestattet, im Kaiserreiche seine Praxis auszuüben und, wie es in dem Erlasse hieß, „Privatpersonen zu curiren“.

(Statistik.) Vom 8. bis inclusive 14. December 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7143 Personen behandelt. Hievon wurden 1478 entlassen; 142 sind gestorben (8,8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, egypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 152, Scharlach 110, Masern 250, Keuchhusten 22, Rothlauf 37, Wochenbettfieber 1, Rötheln 3, Mumps 3, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 529 Personen gestorben (— 37 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Neutitschein der k. k. Oberbezirksarzt Dr. MORIZ HOCHGEMUTH im 58. Lebensjahre; in London SIR WILLIAM CORMAC, einer der größten englischen Chirurgen, 65 Jahre alt, als Opfer des südafrikanischen Krieges; in Manila der Professor der medicinischen Pathologie daselbst, Doctor A. MASERAS.

(EICHHOLZ' und SONNENBERGER'S Kalender für Frauen- und Kinderärzte), VI. Jahrgang, 1902, ist im Verlage von Ferd. Harrach in Kreuznach erschienen.

Niederösterreichischer Amtskalender 1902. Dieses auf Grund authentischer Quellen vorzüglich redigirte und soeben im Verlage der k. k. Hof- und Staatsdruckerei zum 37. Male erschienene Jahrbuch enthält nebst dem für alle Confessionen berechneten Kalendarium einen ausführlichen Schematismus des Allerhöchsten Hofstaates, der legislativen Körperschaften, der Civil-, Militär- und kirchlichen Behörden der Monarchie etc. etc. Von besonderem Interesse für Sanitätspersonen sind eine Uebersicht sämtlicher öffentlichen Humanitäts-, Kranken- und Irrenanstalten Oesterreichs, sowie der Bade- und Curorte Europas, ferner speciell von Niederösterreich, der vollständige Status der Sanitätsbehörden, der Ärztekammern, der Humanitäts-, Kranken-, Irren- und Wasserheilanstalten, sowie Kranken-Ordinations-Institute, Uebersichten sämtlicher Sanitätspersonen, endlich eine Zusammenstellung sämtlicher ärztlichen Vereine und Rettungsanstalten in Wien mit ihren Functionären. Durch seine Reichhaltigkeit wird der Amtskalender auch in der vorliegenden, wesentlich vermehrten Ausgabe in den weitesten Kreisen verdienten Anwerth finden.

Bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose und Tuberculose ist der Gebrauch von „Jahr's zus. Jod-Ferratin-Pastillen“ besonders angezeigt. Sie wirken nicht nur appetitanregend, sondern auch vermöge ihrer Zusammensetzung (organisches Eisen gebunden an Jod, Duotal und phosphorsaures Calcium) blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend. Man verordnet Kindern 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen zu vermeiden sind.

Literatur.

(Der Redaction eingesendete Recensions-Exemplare.)

Petit Paul, *Éléments d'anatomie gynécologique clinique et opératoire* (avec 32 Figures originales). Paris 1901, Carré & Naud.

Escat E., *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx*. Paris 1901, Carré & Naud.

Fränkel Max, *Die Samenblasen des Menschen*. Mit 4 lithographirten Tafeln. Berlin 1901, A. Hirschwald.

Dürk H., *Atlas und Grundriß der spec. path. Histologie*. Bd. VI. München 1901, J. F. Lehmann. — M. 11.—

Brouardel P., *L'avortement*. Paris 1901, Baillière et fils. — Frs. 7.50.

Biernacki E., *Die moderne Heilwissenschaft*. Autorisirte Uebersetzung von Dr. S. EBEL. Leipzig 1901, B. H. Teubner. — M. 2.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der **Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co., Elberfeld über Aspirin**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

Wir empfehlen diese Rubrik der speciellen Beachtung unserer geehrten Leser; in derselben werden öfters — neben der Publication von Vakanzen — Anfragen gestellt und Ideen angeregt, die auch für diejenigen Herren Aerzte von Interesse oder Werth sein können, welche an eine Aenderung des Domicils oder ihrer Verhältnisse nicht gedacht haben.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Drogenhandlungen und direct durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

Somnal- Radlauer, vorzügl. Schlafmittel, ohne schädliche Nebenwirkung. Dosis 2—4 Gr. in Milch oder Bier. 10 Gr. = 60 Pf.
Radlauer's Bandwurmmittel rühmlichst tausendfach anerkannt, bestehend aus 18 Capsules mit Extract. tiliacis, aeth. Kussin und Ol. Ricin., sichere Wirkung in 1/2 St. Schachtel 3 M. Kronen-Apothek. Berlin W., Friedrichstr. 160.

Hauptdepôt in Wien in der k. u. k. Feldapotheke, I., Stefansplatz 8.
En gros bei G. & R. Fritz, Wien, in Budapest bei Apotheker Josef v. Török.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
&
Dr. Sachsse

Alboferin

WIEN

XX/1, Jägerstrasse 58^e.

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Nähr- und Kräftigungsmittel**, welches Eisen und Phosphor organisch in hochmolecularer Form an Eiweiss gebunden enthält.

90·14⁰/₀ Eiweiss, 0·68⁰/₀ Eisen, 0·324⁰/₀ Phosphor.

Alboferin-Pulver, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, Alboferin-Chocolade-Tabletten.

Alboferin wurde von **Klinikern und Privatärzten** mit **vorzüglichem Erfolge angewendet** bei: **Anämie, Chlorose, Rhachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberculose, Blutverlusten, Nierenkrankheiten, Reconvalescenten und stillenden Frauen.**

Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an, erhöht das Körpergewicht und stärkt die Nerven. Bakterienfrei, unbegrenzt haltbar.

Den Herren Aerzten stehen Litteratur und Gratisproben zur Verfügung.

Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaction bestimmte Zuschriften sind zu adressiren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halb. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halb. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halb. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonnirt im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Ein- sendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der internen Abtheilung (Prim. Dr. MAGER) der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn. Ein Fall von acuter gelber Leberatrophy. Von Dr. BERTHOLD SCHWEINBURG, Secundararzt. — Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Caries des Felsenbeins bei einem Diabetiker. Freilegung der Mittelohrräume. Tod durch Leptomeningitis tuberculosa basilaris. Von Dr. A. EITELBERG in Wien. — **Referate.** F. ROTH (Mainz): Ueber die Beziehungen des Lupus erythematoses zur Tuberculose. — W. HIS D. J. (Dresden): Die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zu ihrer Lösung. — KUKULA (Prag): Ueber Autointoxicationen bei Darmocclusionen. — AUGUST LUXENBURGER (München): Ueber zwei Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung. — E. BENDER, M. BOCKHART und V. GERLACH (Wiesbaden): Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Ekzems. — HEINRICH EMBDEN (Hamburg): Ueber die chronische Manganvergiftung der Braunsteinmüller. — TAVEL (Bern): Ueber Wunddiphtherie. — Aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Stadt- krankenhaus zu Chemnitz. KARL DOHRN: Zur pathologischen Anatomie des Frühodes nach Hautverbrennungen. — SCHÜDDER (Posen): Zur Aus- scheidung der Typhusbacillen durch den Harn. — OTTO AICHELE (Erlangen): Die Beurtheilung des Wochenbettes nach der Pulszahl. — P. HORTON- SMITH (London): Ueber die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung. — **Literarische Anzeigen.** KROLL's stereoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende. Von Dr. R. PERLIA, Augenarzt in Krefeld. — Die Kohlenoxydvergiftungen in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsarztlichen Bedeutung. Von Dr. WILLY SACHS (Mühlhausen). — Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose. Anleitung zur rationellen anatomischen Analyse. Von Dr. OSKAR ISRAEL, a. o. Professor in Berlin. — **Kleine Mittheilungen.** Verhalten der Leukocyten bei localen Hautreizen. — Puro- form. — Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungscur. — Kufeke-Kindernährmehl. — Extraction eines Eisensplitters aus dem Glaskörper. — Behandlung der Sepsis mit Unguentum Crèdè. — Brausende Leberthran und Phosphoröl. — Alboferin. — Hämoptoe. — Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.* Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XIII. — **Notizen.** — **Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Dieser Nummer liegen Titelblatt, Autoren-Verzeichniß und Sachregister für den Jahrgang 1901 bei.

Nachdruck von Artikeln dieses Blattes ist nur unter vollständiger Angabe der Quelle „Wiener Medizinische Presse“ gestattet.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der internen Abtheilung (Prim. Dr. Mager) der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn.

Ein Fall von acuter gelber Leberatrophy.

Von **Dr. Berthold Schweinburg**, Secundararzt.

Die acute gelbe Leberatrophy ist eine sehr selten auf- tretende Krankheit, bei der fast jeder einzelne Fall seine eigenen, wenn auch mitunter kleinen Verschiedenheiten zeigt. Es lohnt sich daher, jeden zur Beobachtung gelangenden Fall zur allgemeinen Kenntniß zu bringen.

Ich will in meiner Ausführung nicht eine allgemeine Beschreibung der Krankheit überhaupt bringen, wie dies von dazu berufener Seite bereits wiederholt geschehen ist, sondern nur den Fall schildern, den ich in der Zeit vom 7. Januar bis 11. Januar 1901 auf der Abtheilung des Herrn Primarius Dr. MAGER in der Brünnener Landeskrankenanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Patientin A. K., in der Häuslichkeit beschäftigte Tochter eines Schlossers, früher stets gesund, hatte am 24. December 1900 vier Viertelliter Rothwein getrunken. Gleich hernach und an den folgenden 2 Tagen trat mehrmaliges Erbrechen auf. Seitdem besteht Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerz und allmähig, vom 2. Tage an, wurde Patientin icterisch. Der bestehende Icterus ist angeblich seit dem 10. Tage gleich stark geblieben. Stuhl angehalten. Seit 2 Tagen reichliche Menses. Blut, oder kaffeesatzartige Massen hat Patientin nie erbrochen, auch macht sie keine Angaben, welche darauf schließen lassen, daß eine Darmblutung stattgefunden habe. Fieber trat nie auf. Die Untersuchung ergab: Kein Fieber (36.7° C.);

freies Sensorium; die Haut, die sichtbaren Schleimhäute und die Skleren stark icterisch verfärbt; die Thoraxorgane normal; Puls kräftig, rhythmisch, 60 Schläge in der Minute. Abdomen im Niveau des Thorax. Die Leberdämpfung reicht in der Mamillarlinie, an der 6. Rippe beginnend, bis an den Rippenbogen, der Lebertrand nicht palpabel; die Milzdämpfung etwas vergrößert. Im Harne Biliverdin, sonst keine abnormen Bestandtheile.

Patientin, die am 7. Januar Abends in Spitalpflege kam, verlangte am 8. früh stürmisch die Entlassung und mußte ihren Angehörigen übergeben werden. Am 9. Januar Abends kam Patientin wieder zur Aufnahme und bot jetzt ein ganz anderes Bild als am vorigen Tage. Sie schrie, lärmte, war sehr aufgeregt, antwortete auf alle an sie gestellten Fragen schreiend mit: „Ja“, doch war zu sehen, daß sie dieselben nicht percipirte. Nach ungefähr vier Stunden wurde Patientin allmähig ruhiger, verfiel darauf in Coma.

Der Status praesens war nun folgender:

Die Kranke ist vollkommen benommen, die Augen geschlossen, die Pupillen weit, reagiren prompt auf Licht. Die Athmung tief stertorös mit einer Art von CHEYNE-STOKES'schem Typus, derart, daß sich die Athemzüge tief und hörbar steigern, dann wieder abnehmen und einer ruhigen Athmung Platz machen, ohne daß dabei die Frequenz in bedeutender Weise verändert würde. Starker Trismus, zeitweise Zähneknirschen. Sonstige Krämpfe bestehen nicht. Auf stärkere Berührung mit der Nadel ist zwar eine schwache reflectorische Zuckung der Muskeln auszulösen, doch bringen die Muskeln nicht mehr die Kraft auf, dabei die Extremitäten zu bewegen. Patellarreflexe stark gesteigert. Stark dunkel icterische Verfärbung der allgemeinen Hautdecke, der Skleren und der sichtbaren Schleimhäute. Temperatur 35.6° C., Puls 102 in der Minute, klein, kaum fühlbar; Lungenbefund normal. Herzdämpfung in normalen Grenzen, Töne rein.

Die Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der 5. Rippe und reicht in der Parasternallinie knapp bis zum Rippenbogen, so daß im epigastrischen Winkel tympanitischer Schall vorhanden ist.

In der Mammillarlinie reicht die Dämpfung vom oberen Rande der 6. Rippe bis nicht ganz an den Rippenbogen, in der inneren Axillarlinie vom 7. Intercostalraume bis zur 10. Rippe.

Milzdämpfung vom 7. Intercostalraume bis an den Rippenbogen in der Mammillarlinie.

Der Harn enthält reichlich Biliverdin und etwas Eiweiß. Im Sedimente fanden sich granulirte, mit braunen Pigmentkörnchen besetzte Cylinder, außerdem als besonders bemerkenswerth Schollen von Leucin und drusenförmige Krystalle von Tyrosin.

Im Blute wurden 6,500.000 Erythrocyten gezählt, die Zahl der Leukocyten war nicht vermehrt.

Aus ihrem Coma erwachte Patientin nicht mehr, und es erfolgte am 11. Januar um 3 Uhr Früh der Exitus.

Klinische Diagnose: *Atrophia hepatis flava acuta*.

Die von Prof. Dr. HAMMER, Prosector der Krankenanstalt, vorgenommene Section ergab folgenden Befund: Der Körper klein, von gracilem Knochenbau und ziemlich gutem Ernährungszustande. Die allgemeine Körperdecke und die Skleren stark icterisch, auf der Rückseite des Körpers dunkle Todtenflecke. Die weichen Schädeldecken icterisch, das Schädeldach von mittleren Dimensionen, die Knochen fest, in den Sinus durae matris nur frische Gerinnsel. Das Gehirn und die weichen Hirnhäute 1500 Grm. schwer, von mittlerem Blutgehalte, frei von Blutungen. Die Schleimhaut der Halsorgane geröthet, die Lungen frei, lufthaltig, im hinteren Mediastinum streifenförmige Blutung an der Pleura. Das Herz sehr schlaff, der Klappenapparat unverändert, das Herzfleisch von blassem Aussehen. An der Schleimhaut des Oesophagus streifenförmige Blutung. In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt; am Peritoneum und in der Darmserosa vielfache bis linsengroße Hämorrhagien. Die Leber sehr klein, ganz hinter den Rippenbogen zurückgesunken, 750 Grm. schwer, am Schnitte die meisten Antheile eingesunken, von blasser rother Farbe, nur einzelne Antheile der Leber vortretend, icterisch und fetthaltig. Die Milz klein. Beide Nieren gewöhnlich groß, die Kapsel nicht adhären, die Rinde von blaßgelber Farbe. Die Harnblase klein, die Vagina mittelweit, der Uterus infantil, im Cervix die Schleimhaut gewuchert. Die Adnexa uteri frei, die Ovarien gewöhnlich groß, von einzelnen Blutcysten durchsetzt. Der Magen gewöhnlich ausgedehnt, an seiner Schleimhaut theerfarbiger Schleim, die Schleimhaut gelockert. Im Darne lichter Stuhl, die Schleimhaut von gewöhnlichem Blutgehalte, frei von Blutung. Pankreas blaß.

Mikroskopisch zeigen Schnitte von der Leber Nekrose und Schwund der Leberzellen, wo die Leberzeichnung noch erkennbar ist, leichten Fettgehalt des Gewebes. Zupfpräparate des Herzfleisches ergaben keine fettige Degeneration. An den Nieren auch nach Osmiumfärbung keine Fettdegeneration nachweisbar. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete demnach: *Atrophia hepatis acuta flava et rubra. Icterus universalis. Haemorrhagiae multiplices*.

Es konnte in unserem Falle differentialdiagnostisch nur die acute gelbe Leberatrophie und die Phosphorvergiftung in Betracht kommen. Doch fiel für die acute gelbe Leberatrophie besonders ins Gewicht die Intensität des Icterus, die Kleinheit der Leberdämpfung, der fieberlose Verlauf, die Schwere der plötzlich entstandenen cerebralen Symptome und besonders auch das Auftreten von Leucin und Tyrosin im Harn.

Ueber die Aetiologie dieser schweren und fast stets letal verlaufenden Krankheit bestehen eine Reihe von Hypothesen, von welchen jedoch keine in dem beschriebenen Falle eine directe Stütze findet, da sich bis auf den etwas übermäßigen Genuß von Rothwein keine veranlassende Schädlichkeit eruiren ließ, und man wohl kaum diesen geringen Alkoholexcess für die Entstehung der Krankheit verantwortlich machen kann. Experimentell durch Fütterungs-

versuche ist, wie WIRSING in seiner Abhandlung erwähnt, von ZENON, PUIPIER an Kaninchen und Hühnern nachgewiesen worden, daß der Rothwein nur eine Fettinfiltration der Leber hervorruft, während durch Weißwein eine Atrophie der Leber erzeugt werden konnte. Viel mehr Ueberzeugungskraft als diese Versuche, oder die von verschiedener Seite angeführten Ursachen, wie starke Gemüthsbewegungen oder, wie besonders BLÖDAU betont, chemische Gifte, hat die Ansicht WIRSING's über die Ursache der acuten gelben Leberatrophie. Danach ist diese Krankheit eine Allgemeinerkrankung, und zwar eine Infectionskrankheit. Die Art der Infection ist keine einheitliche, wofür schon das Auftreten der acuten gelben Leberatrophie im Gefolge der verschiedensten Krankheiten spricht, außerdem der Umstand, daß auch die verschiedensten Mikroorganismen gleich oder sehr ähnlich wirkende Stoffwechselproducte erzeugen, welche im Organismus eine gleiche Wirkung ausüben können. Umso leichtere Erklärung findet das Auftreten der acuten gelben Leberatrophie, wenn den bereits inficirten Körper noch die Schädlichkeit einer chemischen Intoxication trifft, wie dies z. B. für den an Alkohol nicht gewöhnten Organismus ein einmaliger excessiver Alkoholgenuß darstellt.

Was den klinischen Verlauf anbelangt, so kam der Fall am Ende des Prodromalstadiums zur Beobachtung, so daß ich bezüglich des Verlaufes in diesem Stadium nur auf die angeführten Angaben der Patientin angewiesen war, welche so ziemlich mit den bekannten Fällen übereinstimmen. Jedenfalls konnte jedoch von dem Momente an, wo die Patientin zur Beobachtung kam, keine Vergrößerung der Leber constatirt werden, wie dies WIRSING im Anfange eines in Heilung übergegangenen Falles von acuter gelber Leberatrophie fand. Auch QUINCKE hält eine Vergrößerung der Leber im Beginne der Krankheit für wahrscheinlich, bedingt durch Schwellung der Drüsenzellen oder durch Gallenstauung, doch ist diese Vergrößerung klinisch nicht oder nur unsicher nachweisbar. Auch das Endstadium der Krankheit bot in meinem Falle bis auf das Fehlen der häufig angeführten Convulsionen und des Erbrechens nichts Besonderes.

Größere Abweichungen von den bekannten Fällen zeigte der pathologisch-anatomische Befund, wobei zunächst hervorzuheben ist das Fehlen von Fettinfiltration und -Degeneration in Herz und Niere. Mikroskopische Schnitte von der Niere zeigten an einzelnen Stellen das Gewebe vollständig unverändert. Mit diesen Stellen wechselten solche, wo in den Glomerulis kleinzellige Infiltration und theilweise Nekrose des Glomerulusepithels vorhanden, war und in den Nieren-canalchen die Zellen Schwellung zeigten, so daß das Lumen aufgehoben war, keine Kerne erkennen ließ und ein körniges Gefüge zur Schau trug. Daneben fanden sich sowohl Querals Längsschnitte von Canälchen, in welchen diese Degeneration noch nicht ganz ausgebildet war, so daß einzelne Zellen vollkommen intact erschienen, während andere beginnende und wieder andere vollkommene Nekrose zeigten. Bemerkenswerth war der Befund an der Leber. Schon makroskopisch interessant war, daß die Leber nicht wie gewöhnlich bei dieser Krankheit eine gefleckte Zeichnung zur Schau trug, indem Stellen von eingesunkenen rothen Partien mit vorquellenden gelben Stellen wechseln. Die Leber war vielmehr am Schnitte fast vollständig von blaßrother Farbe und zeigte nur ganz vereinzelte gelbe, etwas hervorquellende Theile. Dementsprechend war auch der mikroskopische Befund von den sonstigen Befunden etwas abweichend.

Eine deutlich erhaltene Structur der Leber war nirgends mehr wahrzunehmen. Von einem Läppchenbau konnte nur insoferne gesprochen werden, als stellenweise Nester von Detritus, in deren Mitte das Lumen eines Gefäßes (*Vena centralis*) lag, von Bindegewebe umgeben waren, Detritus und Bindegewebe durchsetzt von Leukocyten. Den gelben Antheilen der Leber entsprechend, waren noch einzelne Leberzellbalken zu sehen, doch zeigten auch hier die Leberzellen

in ihrem Inneren Fetttröpfchen angesammelt, sowie Schwund der Kerne und körnigen Zerfall des Protoplasma. Demgemäß konnte auch nirgends beobachtet werden, daß der Zerfall der Leberzellbalken von der Peripherie gegen das Centrum der Läppchen fortschreite.

Bei dem Fehlen einer Vermehrung der Bindegewebszellen gewinnt die Ansicht HIRSCHBERG'S sehr viel an Wahrscheinlichkeit, daß es sich bei der Verbreiterung der Bindegewebszüge nicht so sehr um eine Wucherung des Bindegewebes handle, sondern daß dies nur eine Folge des Kleinerwerdens der Leber sei. Es degenerirt und zertfällt das Parenchym, und so erschaffen die Bindegewebszüge und werden deshalb breiter.

Was die fast stets erwähnten Zellschläuche anbelangt, die lumenlos in die degenerirte Lebermasse hineinwuchern und Regenerationsvorgänge darstellen, so waren auch diese in meinen Präparaten nirgend zu finden. Es waren zwar mit kubischem Epithel ausgekleidete, jedoch nicht lumenlose Schläuche zu sehen, aber nicht in auffallend vermehrter Anzahl, so daß ich in meinem Falle nicht von einer Wucherung sprechen kann. Es liegt vielmehr die Vermuthung nahe, daß die kleinen Gallenwege nach der Nekrose der Leberzellen aneinanderrückten. Ich kann also in meinem Falle nur von Degeneration, nicht aber auch von Regenerationsprocessen sprechen.

Mikroorganismen konnten in den mit Methylenblau und nach Gram gefärbten Schnitten nicht gefunden werden. Ueberall in den Schnitten zerstreut lagen Schollen und Körner eines gelben Pigmentes.

Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Caries des Felsenbeins bei einem Diabetiker.

Freilegung der Mittelohrräume. — Tod durch Leptomeningitis tuberculosa basilaris.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

(Schluß.)

Daß die Terminalaffection eine Meningitis sei, stand außer Zweifel; nur daß sie tuberculöser Natur war, konnte aus den während des Lebens sich darbietenden Symptomen nicht erschlossen werden. Vielleicht hätte uns, wenn wir den Mann in seinen gesunden Tagen gekannt haben würden, ein Symptom: die Aenderung des Charakters, treffliche Dienste geleistet. Wir haben ihn oben als „schwer traktabel“ bezeichnet. Er war, was man einen „seccanten Patienten“ zu nennen pflegt. Man konnte es ihm in nichts recht thun, immer steckte er voller Klagen und Beschwerden. War es bloß eine durch die Erkrankung hervorgerufene Charakterumstimmung? Oder lag der Grund zu diesem Querulantenhumor wo anders? Der Mann war nämlich ursprünglich Mediciner, gar stolze Träume mag damals seine jugendliche Seele geträumt haben. Da faßte ihn das Schicksal mit derber Faust an und rüttelte ihn gewaltig. Durch aller Herren Länder hat es ihn gepeitscht, zuletzt war er auch unter die Buren gerathen. Und als er endlich nach langer Irrfahrt wieder am heimatlichen Gestade gelandet war, fand er, der fast ein Greis geworden, in einem Bureau als Hilfsarbeiter einen Unterschlupf — man darf wohl vermuthen: keine Sinecure. Geknickt, verwelkt waren die einst so schmeichelnden Hoffnungsblüten, und der aus ihnen aufsteigende Modergeruch hat vielleicht das Gemüth des Mannes verdüstert und es herbe gestimmt. Außer seiner Kunst mußte der Arzt die weiche Seele eines Dichters besitzen, um alles mitempfinden, und den scharfen Geist eines Philosophen, um alles verstehen zu können.

Man weiß, daß die Ansichten über Zulässigkeit oder unbedingte Vermeidung operativer Eingriffe bei Diabetikern

noch sehr getheilt sind. Aber medicinische Fragen werden weder durch Abstimmungen, noch mittelst statistischer Tabellen gelöst. Vielmehr erfordert jeder einzelne Fall eine specielle Entscheidung, welche aus der Gesamtsumme aller den Fall begleitenden Umstände geschöpft werden muß. Deshalb soll ja nicht geleugnet werden, daß die Chancen für einen günstigen operativen Erfolg bei, mit der gedachten Diathese Behafteten im Allgemeinen bedenklich herabgemindert sind. Doch ist die Literatur nicht arm an ermunternden Beispielen. Ich will bloß die jüngst publicirten heranziehen. So wurden bei Diabetikern Trepanationen des Warzenfortsatzes von KÖRNER, MUCK und FRIEDRICH zum Theile mit vollem gewünschten Erfolge ausgeführt. Der interessanteste derartige Fall dünkt mich jedoch der von URBANTSCHITSCH unter den Zusätzen zur 4. Auflage seines Lehrbuches mitgetheilte zu sein. Zwei Momente sind es zumal, die ihm diese Auszeichnung verschaffen: das hohe Alter des Patienten und der ungemein reiche Zuckergehalt. Denn der Fall betrifft einen 60jährigen Mann, dessen Diabetes während der Ohrerkrankung oft die enorme Höhe von 6—8% erreichte. Der Wundverlauf war ein vollkommen normaler und sank der Zuckergehalt bald nach der Operation auf 4%, dann auf 3%, bis er binnen etwa 10 Wochen unter 1% herabgefallen war. Der Mann wurde von seinem Ohrleiden dauernd geheilt, was eine jahrelange Controlle sicherzustellen vermochte. Auch BARTH hat einen 64jährigen Diabetiker (4% Zucker) wegen einer eiterigen Mastoiditis mit Erfolg operirt. Doch machten sich 4—5 Monate nach der Operation Gleichgewichtsstörungen bemerkbar, die noch nach 8monatlichem Bestande nur wenig von ihrer Intensität verloren hatten.

So günstige Erfahrungen waren mir bei meinen Diabetikern nicht beschieden. Der Fall, welchen ich vor Kurzem („Klinisch-Therap. Wschr.“, 1901, Nr. 6) publicirte, war gleichfalls letal verlaufen, wenn auch ohne vorausgegangene Operation. Diese hatte unterbleiben müssen, weil die Einwilligung zu dem Eingriffe weder von dem Pat., noch von dessen Angehörigen zu erlangen war. Daß dem 57jährigen Manne die Operation keine Rettung gebracht, ja, daß er sie bei der enormen Herzschwäche und dem allgemeinen Verfall der Kräfte gar nicht überstanden hätte, war für mich eine unabänderliche Thatsache. Und daher rührte es auch, warum ich mich für den operativen Eingriff nicht recht erwärmen konnte und ihn an competentem Orte nur schwach vertreten hatte.

In dem uns gegenwärtig beschäftigenden Falle jedoch war es meine feste Ueberzeugung, daß die Unterlassung der Operation direct als ein Kunstfehler getadelt zu werden verdient hätte. Ich baue auf die Heilkraft der Natur viel mehr als so mancher Arzt, und wenn ich nur im entferntesten ihre Absicht merke, helfend einzugreifen, hüte ich mich, ihr in den Arm zu fallen. Aber nicht die Liebe waltet als oberstes Gesetz in der Natur. Kalt und nüchtern dröhnt ihr eherner Tritt. Sie gewährt und versagt nach Laune und kennt kein Erbarmen. Und so ist es unsere, ihrer Priester, Pflicht, sie in jene Bahnen zurückzulenken, welche zur Menschlichkeit hinan führen. Darin fußt die gottähnliche Erhabenheit des ärztlichen Berufes, welche nichts von ihrem edlen Gehalte einbüßt, wenn auch häufig dem ehrlichen Mühen der Lohn verweigert wird. Die Natur hatte sich nicht angeschiedt, das durch sie gesetzte Uebel aus Eigenem zu repariren. So wollten wir denn, unserer Bestimmung gemäß, dem hart bedrängten Individuum beispringen. Freilich, hätte ich geahnt, daß eine tuberculöse Meningitis bereits in vollster Blüte steht, so wäre die Operation als unbedingt aussichtslos unterblieben. Wollten wir auch zugestehen, daß durch unsere Intervention die rasche Entfaltung dieser ominösen Complication befördert wurde, so läßt sich andererseits kaum bestreiten, daß sie im Keime bereits vorhanden war. Aber daß sie sich unserer Erkenntniß zu entziehen vermochte, haben wir als einen noch immer waltenden Rückstand der dia-

gnostischen Kunst beklagt. Zwar sind uns die Gehirnreizerscheinungen nicht entgangen. Wir vermeinten jedoch im Gegentheile aus ihnen das Alarmsignal herauszuhören, das zu unverzögertem Vorgehen aufforderte. Nur die Zeichen einer herannahenden Gefahr waren am düsteren Horizonte aufgetaucht. Wir hatten die Zeichen falsch gedeutet. Sie verkündeten vielmehr die stattgehabte Besitzergreifung durch die einer jeden Therapie unzugängliche Mitaffection.

In der Krankenaufnahme wird man einen relativ wichtigen Passus, die Hörprüfung, vermissen. Von sehr präzisen Forschern wird uns der Vorwurf kaum erspart werden, daß wir mit der laienhaften Bezeichnung: „Der Pat. behauptet, auf dem linken Ohre nichts zu hören“, uns zufriedene gaben. Als Milderungsgrund haben wir schon oben die außerordentliche Schwäche des Kranken angeführt. Oder hätten wir wirklich eine weitere, geradezu riskante Ermüdung provociren sollen, um nur ja zu erfahren, ob der Weber lateralisirt wird, und auf welche Distanz noch Uhr und Sprache vernommen werden? Ohne Frage ist die Hörfunctio für das Fortkommen im Leben von höchster Bedeutung, und gelingt es uns, einen Patienten von einer lebensgefährlichen eiterigen Mittelohrentzündung endgiltig zu befreien und gleichzeitig sein Hörvermögen erheblich zu bessern, so ist die Freude des Erfolges eine doppelt große. Auch das wissenschaftliche Interesse, zu ermitteln, wie oft nach der Radicaloperation das Gehör sich gebessert, wie oft verschlimmert erweist, läßt die jeder Operation vorzuschickende Hörprüfung rationell erscheinen. Und gar wenn die Hörfunctio beiderseits bedroht ist, wächst dieses Interesse in entsprechendem Maße. Ganz in den Hintergrund jedoch tritt die Sorge um Erhaltung des Hörvermögens, wo das Individuum in Lebensgefahr schwebt. Was nun den diagnostischen Werth speciell der Stimmgabeluntersuchung bei der eiterigen Mittelohrentzündung anbetrifft, so ist er — immer das operative Verfahren im Auge behalten — durchaus nicht hoch zu veranschlagen, oder, wahrer gesprochen — wenn es auch weniger conciliant klingt — er ist gleich Null. Ob ein Fall operativ angegangen werden muß, darüber belehrt uns einzig und allein die directe Besichtigung des Gehörorganes in Verbindung mit den theils localen, theils allgemeinen Symptomen, selbstredend soweit sie mit der Ohraffection in einen Causalnexus zu bringen sind. Ueber das Wie der Ausführung aber können wir uns erst entscheiden, wenn wir bereits mitten in der Arbeit stehen. Es gibt keinen im vorhinein zu entwerfenden Operationsplan, man muß schon mit einer Operationsskizze vorlieb nehmen. Und dem ist gut so. Denn Pläne können bekanntlich auch scheitern. Auf einem Wege jedoch, den man unter aller gebotenen Vorsicht nur Schritt für Schritt begeht, wird man nicht leicht straucheln.

Ein Punkt wäre noch zu erörtern: Können wir durch die Technik der Operation in jedem einzelnen Falle einen relevanten Einfluß auf die nachträgliche Beschaffenheit des Hörvermögens ausüben? Wir antworten: „Nur sehr bedingungsweise.“ Es hängt nämlich mehr von den Umständen als von unserem Ermessen ab, ob wir die für den Höraact wichtigsten Organe schonen dürfen, oder ob wir sie, weil dem cariösen Processe gleichfalls verfallen, dem Gesamtwohle des Individuums opfern müssen. Im Großen und Ganzen dreht sich die Sache um den Steigbügel, und den ist man nur in den seltensten Fällen zu entfernen genöthigt. Hammer und Ambos, die viel häufiger carios erkranken, sind für Conservirung, bezw. für Steigerung des jeweiligen Hörvermögens von geringem oder gar keinem Belange. Ich muß bei dieser Gelegenheit kurz der geistreichen Arbeit ZIMMERMANN'S (Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen) Erwähnung thun, in welcher der Beweis erbracht wird, daß der Gehörknöchelchenkette (also Hammer, Ambos und Steigbügel) gar nicht die ihr bisher zugeschriebene Rolle zufällt, den Schall zum Labyrinth zu leiten und ihn so erst zur Empfindung zu bringen, sondern daß die Gehörknöchelchenkette

nur die Aufgabe zu erfüllen hat, „allzu starke oder nachhaltige Schwingungen der resonirenden Fasern einzuhalten und zu dämpfen. Sie ist gewissermaßen das Sicherheitsventil, welches jeder, auch der gewöhnlichste Dampfkessel erfordert“.

Genug an dem, wir unternehmen die Freilegung der Mittelohrräume niemals zum Zwecke einer Gehörsverbesserung, weil wir diese unter gar keiner Bedingung voraus berechnen können, obwohl wir uns gewiß freuen, wenn sie der Patient neben der Sistirung der Mittelohreiterung — dem zunächst erstrebten Ziele — als kaum mehr erwarteten Uebergewinn einheimst. Allerdings schlägt MATTE im 53., RUDOLF VIRCHOW gewidmeten Bande des „Arch. f. O.“ vor, bei der Operation auch eine Gehörsverbesserung dadurch anzustreben, daß das Trommelfell möglichst geschont und eine Verwachsung desselben mit dem Steigbügelköpfchen, soweit es in unseren Kräften liegt, erzielt werde. MATTE theilt auch einige Fälle mit, in denen diese Absicht sich realisiren ließ. Doch ist er sich dessen vollkommen bewußt, daß oft nicht hinwegzuräumende Hindernisse den guten Vorsatz vereiteln. Denn um das Trommelfell zu schonen, muß es vor Allem da sein, und dann darf die Labyrinthwand nicht an dem Erkrankungsprocesse participiren, weil sonst auch ein vorhandenes Trommelfell nicht geschont werden könnte. Zudem muß der Steigbügel in der Nische des ovalen Fensters frei beweglich sein. Ist er dort fixirt, so war unsere Mühe wieder umsonst. Was nützt es, daß seinem Köpfchen sich das Trommelfell noch so innig anschmiegt, wenn er in toto festgemauert und starr ist? Handelt es sich bloß um eine membranöse Fixation, so kann immerhin durch deren Umschneidung die Starrheit gebrochen werden. Mit der Losmeißelung eines knöchern fixirten Steigbügels jedoch hat es noch seine guten Wege. Geübt wurde sie ja schon, aber besonders ermunternd waren die Erfolge nicht, wenn man sie als nüchterner Beobachter unter die Lupe nimmt. Und endlich — es braucht ja kaum ausdrücklich gesagt zu werden — soll eine Gehörsverbesserung möglich sein, muß als *Conditio sine qua non* die Intactheit der labyrinthären Gebilde bestehen. Darüber gibt uns indeß auch eine genaue Prüfung mittelst Stimmgabeln, Uhr und Sprache nur einen einseitig verlässlichen Aufschluß. Ist das Ergebnis der Prüfung ein positives, dann dürfen wir ihm trauen; ist es hingegen ein negatives, so ist damit noch keineswegs festgestellt, daß das Gehör nach erreichter Heilung der Mittelohreiterung sich nicht dennoch ganz erheblich bessern könnte.

Wenn ich meine Ueberzeugung frei aussprechen soll, so glaube ich gar nicht daran, daß wir durch die Operationsmethode den späteren Grad des Hörvermögens irgendwie günstig zu beeinflussen imstande sind, allerdings schädigen können wir es durch eine allzu liberale Anwendung des Meißels. Sowohl in operativ als in medicamentös geheilten Fällen von chronischer Paukenentzündung zeigt sich das Gehör bald besser, bald schlechter als vor der eingeleiteten Behandlung. Ich führe als eclatantes Beispiel den ersten, conservativ behandelten Fall aus meiner im vorigen Jahre publicirten Arbeit (Zur conservativen und operativen Behandlung der chronischen eiterigen Mittelohrentzündung, „Wiener Med. Presse“, 1900, Nr. 52 u. 53) an. Die Paukeneiterung hatte ununterbrochen fast 20 Jahre gewährt und, wie in der Krankengeschichte nachzulesen ist, große Verheerungen angerichtet. Nichtsdestoweniger hob sich das Hörvermögen, als es zur Heilung kam, ganz beträchtlich und hat seitdem noch weitere Fortschritte gemacht. Ich habe auf meinem Feldzuge gegen diese langwierige und hartnäckige Tympanitis nicht eine einzige strategische Wendung, welche geradeaus auf die Kräftigung der Hörfunctio hätte lossteuern sollen, bewußt vollzogen. Quoad Gehör hat sich eben alles ohne meine Intervention abgewickelt. Nach Sanirung des kranken Terrains hat der zwar verwundete, aber nicht verdorbene Hörnerv sich allmählig erholt und ist zu seiner gewohnten und nur lange Zeit sistirt gewesenen Thätigkeit

zurückgekehrt. Dasselbe Verhalten legt er in operativ genesenen Fällen an den Tag, vorausgesetzt, daß er sich auch in der gleichen Verfassung befindet.

Allein, in Bezug auf unseren Patienten ist die zuletzt ventilirte Frage eine rein akademische; sie tangirte ihn gar nicht. Den Verlust des Hörvermögens auf der einen Seite hätte er bald verschmerzt. Aber ich möchte, an diesen Fall anknüpfend, einen anderen Gegenstand zur Sprache bringen. Ich habe schon oben angedeutet, dass ich auf die Heilkraft der Natur viel baue, und daß ich die Aufgabe des Arztes darin erblicke, sich stets mit der Natur ins Einvernehmen zu setzen, sie jedoch, wo sie zu irren im Begriffe ist, auf die richtige Bahn zurückzuführen. Man ist heute bereits vielfältig nicht mehr der Ansicht, daß das Messer Alles, was ihm zugänglich sei, allein curiren kann, und wird jetzt die Unterstützung eines medicamentös-diätetischen Verfahrens weit häufiger gesucht, als es noch vor Kurzem der Fall war. So sonderbar es klingen mag, man muß sich nicht jedesmal darauf capriciren, nur ja alles Krankhafte mittels Hammers und Meißels auszurotten. Einmal gelingt es beim besten Willen nicht immer, und unter Umständen kann diese Gründlichkeit dem Patienten theuer zu stehen kommen. Ich möchte nicht mißverstanden werden: ich spreche ausschließlich von operativen Eingriffen in der kranken Paukenhöhle und ihrer Nachbarschaft. Wir sehen nicht gar so selten den cariösen Proceß unter unseren Augen auf Partien übergreifen, die wir bei der Operation anscheinend gesund befunden haben, und ein anderemal verdächtig gewesene Stellen während einer rationellen Nachbehandlung ausheilen, sobald ein hygienisches Regime die Triebkraft des Gesamtorganismus zu heben vermocht hat.

Wir lesen im Sectionsbefunde, daß in unserem Falle das Paukendach morsch und cariös war, und so beschaffen war fast der ganze Felsentheil. Die Wegnahme alles Krankhaften war hier eine Sache der Unmöglichkeit, und zu retten war der Patient schon wegen der complicirenden Meningitis tuberculosa nicht. Aber wir dürfen nach den Sectionsergebnissen und den Befunden bei der Operation die Grenze der Heilbarkeit pathologischer Processe im Schläfenbeine nicht stricte abstecken. Die ausgeheilten Fälle gelangen eben nicht zur Section. Wir können uns recht lebhaft denken, daß, wenn wir in dem oben citirten Falle einer schier 20jährigen eitrigen Mittelohrentzündung operirt hätten, wir gewiß Veränderungen begegnet wären, welche die Vornahme der Operation vollauf motivirt haben würden. Und unter welchen miserablen Verhältnissen kam da ohne Hilfe von Messer und Meißel die Heilung zustande! Der knöcherne Gehörgang bis auf einen schmalen Schlitz durch eine Exostose verlegt, die sich auch in der Paukenhöhle ausbreitete, und dieser enge Spalt noch dazu oft durch Granulationen versperrt; kann man sich einen ungeschickteren Abzugscanal für den in der Paukenhöhle angesammelten Eiter denken? Und es ist nicht der einzige derartige Fall, über den ich verfüge.

Unser durch die glänzenden operativen Erfolge genährtes Hochgefühl schrumpft um ein Erkleckliches ein, wenn man plötzlich von einem Wunder geblendet wird, das sich die Natur aus freien Stücken geleistet hat. Und wahrhaftig, wie Wunder muthen die drei, auf nicht operativem Wege geheilten Fälle otitischer Pyämie an, über welche WALTHER SCHULZE in dem bereits erwähnten 53. Bande des „Arch. f. O.“ referirt. Die Fälle entstammen der SCHWARTZE'schen Ohrenklinik und wurden nicht operirt, weil sie als rettungslos verloren galten. SCHWARTZE und seine Schüler pflegen nicht leicht die Flinte ins Korn zu werfen, und wenn sie lieber auf die Operation verzichten, so mag der Patient alle Hoffnung lassen. Und in der That — ich kann hier auf die Fälle nicht des Näheren eingehen — die Krankengeschichten führen geraden Weges zu dem Todesurtheile ohne Milderungsgründe. Aber die Natur wollte einmal Gnade üben, und sie schenkte allen dreien die Gesundheit wieder. Ja, man hat bei aufmerksamer Lectüre dieser Krankengeschichten die Empfin-

dung, daß bei vorgenommenem operativen Eingriffe der Gnadenact der Natur nicht erflossen wäre. Jede Operation setzt eben ein gewisses Maß von Kraft bei dem zu Operirenden voraus, unter das nicht heruntergegangen werden darf.

Sind indeß die Patienten auch nicht operirt worden, behandelt wurden sie doch, und die Natur wird sich schon die kleine Einschränkung ihres Lobes gefallen lassen müssen, daß sie bei ihrem Werke von sehr klugen Aerzten berathen war.

Ich schmeichle mir, gegen den Vorwurf gefeit zu sein, als hätte ich mit letzteren Betrachtungen den Werth operativen Vorgehens irgendwie verkleinern wollen. Sie sollten nur das alte Wahrheit variiren: erst wägen, dann wagen.

Mitunter jedoch geräth man in eine sonderbare Situation, die einen Aufschub der Operation und zumindest einen länger fortgesetzten conservativen Versuch heischt. Einen solchen Fall will ich noch erzählen. Derselbe ist nachher aus Gründen, welche wohl mit meinen Ansichten über ärztliche Ethik, nicht aber mit meinen therapeutischen Principien zusammenhängen, in andere Hände übergegangen. Und da dieser College, welcher die Radicaloperation ausführte, in einer Mittheilung über den Fall vor einer Vereinigung von Fachmännern es nicht an einem Seitenhiebe auf seinen Vorgänger fehlen ließ, so nehme ich die Gelegenheit wahr, auch ihm hiemit zu erwidern. Er hat meinen Namen damals nicht genannt. Ich bin es nicht gewohnt, mich an Edelmuth überbieten zu lassen: wir bleiben also weiter anonym.

Mit dem betreffenden Falle nun verhielt es sich wie folgt: Ein 6jähriges Mädchen erkrankt im Verlauf einer Scarlatina an beiderseitiger Tympanitis purulenta und wird nach 3 Tagen absolut taub. Die Eltern, insbesondere die Mutter, sind in hellster Verzweiflung. Denn auch der gebildete Laie weiß, daß in diesem Alter Taubheit fast gleichbedeutend mit Taubstummheit sei. Und welche Zukunft schon einem bloß tauben, nicht auch noch taubstummen Mädchen in der Regel beschieden ist, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Es war überhaupt ein Fall, an dem sich die Tragik des menschlichen Daseins voll documentirte. Die Mutter, welche von dem Krankenbette ihres Kindes nicht einen Augenblick gewichen war, acquirirte selbst den Scharlach, welchem die junge, blühende Frau nach 3 Tagen erlag. Noch am Sterbebette, als der Tod sie bereits gezeichnet hatte, bildete die Taubheit der Kleinen ihre schwerste Sorge, die ich mir alle Mühe gab von der Sterbenden zu verschleuchen.

Weder über die Krankengeschichte, noch über die Behandlung, welche durchaus nicht so primitiv war, wie sie der Herr College hinstellen beliebte — er hatte sie ja nicht controlirt — will ich mich ausführlicher verbreiten; es wäre hier nicht der richtige Ort hiefür. Es sei bloß kurz erwähnt, daß im weiteren Verlaufe eine rechtsseitige Facialisparesie und eine Lähmung des weichen Gaumens, die übrigens nach einiger Zeit zurückgingen, das Krankheitsbild in unerwünschter Weise vervollständigten. Als das Kind später aus dem Bette kam, schwellen ihm anfangs jedesmal nach längerem Aufbleiben die Beine an, ohne daß im Harne Eiweiß gefunden wurde. Auch der Warzenfortsatz war ein paarmal vorübergehend geschwollen. Doch das Punctum saliens des Ganzen! Die kleine Patientin, früher selbst für die stärksten Geräusche stocktaub und geneigt, mehr durch Zeichen als durch die Sprache sich zu äußern, fing nach und nach an, auch minder intensive Schallquellen zu percipiren, laut und dann mittel-laut gesprochene Worte und Sätze zu verstehen. Sie schien auf dem besten Wege zu einem wenigstens leidlichen Sprachverständnis begriffen.

Unterdessen waren in den Paukenhöhlen beträchtliche Wucherungen aufgeschossen, welche die Passage für den Eiter zu verlegen drohten und daher mittelst der Schlinge abgetragen werden mußten. Und siehe da! sofort sank das mit so großer Mühe zurückeroberte, wenn auch noch sehr bescheidene Perceptionsvermögen wieder erschreckend tief. Das machte mich stutzig, und ich befürchtete von einer eingreifenden

Operation den Verlust auch des noch vorhandenen geringen Restes. In dieser Erwägung schlug ich vor, der auch von mir in Aussicht genommenen Freilegung der Mittelohrräume, mit deren Indicationen und technischer Ausführung ich einigermaßen gleichfalls vertraut bin, einen 4—6wöchentlichen Aufenthalt im Jodbade Hall voranzuschicken. Hiebei habe ich mich nicht etwa auf ein bloßes Raisonement, sondern auf eine gewisse Erfahrung gestützt. Hätte ich dann eine Tendenz zur Besserung des Eiterungsprocesses bemerkt, so wäre ich in diesem Falle auch weiter conservativ verfahren. Bei negativem Ergebnisse wäre der Jodcur die Operation auf dem Fuß gefolgt. Das Kind wurde ohne diese Verzögerung von anderer Seite operirt und ist, wie mir der Vater gelegentlich berichtete, stocktaub und auf das Ablesen von den Lippen angewiesen.

Wie es ein geschriebenes und ein ungeschriebenes Gesetz gibt, von denen das letztere bekanntlich höhere Anforderungen stellt, so gibt es auch eine codificirte und eine nicht codificirte Therapie. Ich gestehe, daß ich zuweilen von ketzerischen Anwendungen heimgesucht werde und in diesem Zustande die regelrecht begangenen Geleise verfehle. — —

So herrlich stolz der Prachtbau der medicinischen Wissenschaft bereits heute gen Himmel ragt, die Grundmauer, auf welcher das Gebäude sicher ruht, wird jederzeit die Erfahrung sein. Und jeder Fall, dem sich einiges Interesse abgewinnen läßt, ist ein Stein zu dieser Grundmauer. Sie immer von Neuem zu festigen, ist von der Art, daß dadurch auch die einfache Arbeit des Kärrners geadelt wird.

Referate.

F. ROTH (Mainz): Ueber die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberculose.

Von französischen Forschern war bereits frühzeitig die Ansicht ausgesprochen worden, daß zwischen Lupus erythemat. und der Tuberculose ein ausgesprochener Zusammenhang vorhanden sei, von anderen Autoren fand diese Lehre insbesondere durch C. BOECK bedeutende Förderung. Da der oft und oft angestrebte Nachweis von Tuberkelbacillen in dem Gewebe des Lupus erythemat. mißlang, so lag es nahe, für diese Erkrankungsform nicht die Bacillen als solche, sondern vielmehr die von ihnen gebildeten Toxine verantwortlich zu machen. Immerhin schien es aber auch nothwendig, den Nachweis zu erbringen, daß die größere Zahl der an Lupus erythemat. Erkrankten entweder an nachweisbar tuberculösen Affectionen litt oder doch gelitten hatte oder endlich im späteren Verlaufe derartige Erscheinungen aufwies.

Diesen Nachweis sucht der Autor an der Hand eines überaus sorgsam und reichlich zusammengestellten, statistischen Materials („Archiv f. Derm. und Syph.“, 1900, Bd. 51) zu erbringen. Das Material ist zum Theil der Literatur entnommen, wengleich zahlreiche literarische Fälle wegen mangelnder anamnestischer Angaben, Tuberculose betreffend, hier nicht zu verwerthen waren; das übrige Material entstammt der HERXHEIMER'schen Abtheilung des Frankfurter Krankenhauses, zum Theil auch der Privatpraxis von S. und K. HERXHEIMER. Von den so gesammelten 250 Fällen ergeben 185 irgend einen Anhaltspunkt für Tuberculose oder Scrophulose. Tadelt der Autor, daß sich in der Literatur eine so große Zahl von Fällen ohne jede anamnestische Notiz oder genaue klinische Untersuchung (auf Tuberculose) findet, so möchten wir im Gegentheile hervorheben, daß lange nicht jede anamnestisch erhobene, in der Jugend vorhanden gewesene Drüsenschwellung oder auch „wehe Augen“ sofort auf Scrophulose oder Conjunctivitis lymphatica hinweisen. So wird der hohe Percentsatz von 185:250 leicht verständlich.

Auf die behauptete und manchmal thatsächlich vorhandene Aehnlichkeit zwischen Lupus erythemat. und vulgaris, sowie auf den (sehr seltenen) Uebergang des einen Krankheitsbildes ins andere legt der Autor wohl selbst kein hervorragendes Gewicht; dagegen ist die Erklärung, die er für solche Uebergangsformen

gibt, nicht uninteressant. „Man muß annehmen, daß verschiedene Qualitäten oder Formen desselben Giftes an diversen, geeigneten Punkten des Körpers auch verschiedenartige Läsionen setzen können“ und weiters: „In einem Falle kann die Wirkung der Tuberkeltoxine sich in den Efflorescenzen des Lupus erythemat. manifestiren, im anderen Falle ist dieser durch Toxinwirkung provocirte Lupus erythemat. Herd die Stelle, wo unter besonderen, allerdings noch unbekanntem Umständen eine Ansiedlung des Tuberkelbacillus stattfindet.“

Daß man mit solchen hypothetischen Erklärungsgründen auch ganz gut dahin gelangen kann, die Entstehung von Carcinom auf lupösem Boden in gleicher Weise zu erklären, liegt auf der Hand. Am Schlusse der Arbeit sucht nun der Autor alle bisher bekannt gewordenen, als ursächliche Momente für Lupus erythemat. angesehenen Schädlichkeiten unter einen Hut zu bringen; es gelingt ihm dies auch in durchaus ungezwungener Weise, wenn auch da und dort das Hypothetische der Annahme allzusehr in den Vordergrund tritt. Als Grundlage für diese Erklärungen gilt die Annahme, die aus den vorausgegangenen Krankengeschichten abgeleitet wird, daß die tuberculöse Natur des Lupus erythemat. kaum noch zweifelhaft sein dürfte. Sowie nun das künstlich hergestellte Tuberkeltoxin, das Tuberculin, nach der Injection Erytheme hervorrufen kann, so vermögen dies in gleicher Weise die von einem bekannten oder occulten Tuberculoseherd in die Blutbahn gelangenden Toxine; auch die hektische Röthe der Phthisiker sei ein Beweis hiefür. Hier wird insbesondere auf sechs von K. HERXHEIMER beobachtete Fälle von flüchtigem (ephemerem) Erythem hingewiesen. Die Reizung durch die Toxine bewirkt Gefäßdilatation; die gleiche Schädlichkeit, welche die Gefäße lähmt, sorgt aber auch gerade durch das reichere Blutzuströmen für die rasche Wegschaffung der toxischen Stoffe, natürlich nur insoweit, als die Reaction der Gefäße intact und die Toxinschübe nicht allzurasch aufeinander folgen. Ist das letztere der Fall, so setzen organische Störungen und Veränderungen ein, die eine Restitutio ad integrum nicht mehr zulassen; für den Lupus erythemat. im Speciellen gilt nun, daß der specifische Reiz der Tuberkeltoxine sich insbesondere an bereits anderweitig geschwächten Stellen merkbar macht, daher das häufigere Vorkommen nach Seborrhoea congestiva, Aknerosacea oder nach Erysipel, Scarlatina oder endlich nach nervösen Schädlichkeiten oder bei herabgekommenen Individuen überhaupt (Chlorose, Anämie). Hier treten alle Veränderungen, wie sie den Lupus erythemat. charakterisiren, in successiver Steigerung auf, der ursprünglichen Gefäßerweiterung folgt später die Obliteration, diese setzt ein Hinderniß für die Blutcirculation, es kommt zur Stauung und Dilatation, durch Diffusion der Toxine in die umgebenden Gewebe werden auch diese in Mitleidenschaft gezogen, es kommt zu Degenerationen im Stratum Malpighi, zur Stauung in den Talgdrüsen und Dehnung derselben, andererseits auch zu stärkerem, compensatorischen Wachstum in denselben. So lassen sich alle Formen des Lupus erythemat. sowie die auftretenden pathologischen Veränderungen insgesamt unter der Supposition der Tuberkeltoxine leicht erklären.

DEUTSCH.

W. HIS D. J. (Dresden): Die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zu ihrer Lösung.

Bei dem Bestreben, harnsaure Ablagerungen im Körper oder im Harn in Lösung zu bringen, leisten die Methoden und Anschauungen der physikalischen Chemie gute Dienste dadurch, daß sie den Weg schärfer bezeichnen, auf dem wir weiter zu suchen haben („Die Therapie d. Gegenw.“, 1901, Nr. 10).

Sie zeigen, daß die Alkalisalze, sowie die Diamine: Lysidin, Lycetol, Piperazin u. s. w. zur Lösung dieser Ablagerungen untauglich sind. Wohl aber erscheint diese erreichbar durch Anwendung von Substanzen, welche mit der Harnsäure leicht lösliche chemische Verbindungen eingehen.

Die beschriebenen Verbindungen mit Harnstoff (RÜDEL) und Glycocoll (HORSFORD) existiren nicht, wohl aber diejenigen mit Nucleinsäuren resp. Thymussäure (KOSSEL und GOTO, MINKOWSKI) und mit Formaldehyd (TOLLENS, POTT und WEBER). Die letzteren

sind weit leichter löslich als die Harnsäure und ihre Salze; sie passiren den Körper zum Theil unzersetzt und erscheinen im Harn.

Zur Lösung gichtiger Tophen und Gelenkherde ist weder Nucleinsäure resp. Thyminsäure, noch das Formaldehyd praktisch erprobt, noch erscheint die Probe aussichtsvoll. Neben den bekannten diätetischen und physikalischen Maßnahmen ist die Erhöhung des Blutzufflusses durch locale Applicationen am meisten empfehlenswerth. Die Lösung von Harnconcrementen ist (abgesehen von den Mineralwässern, deren Wirkung noch unerklärt ist) weder durch Alkalien, noch durch die Diamine zu erreichen. Sie ist aber erreichbar durch Anwendung von Mitteln, welche im Harn chemische Verbindungen mit der Harnsäure eingehen. Von diesen ist das Urotropin bisher untersucht, es scheidet im Harn Formaldehyd ab. Seine harnsäurelösende Wirkung ist unzweifelhaft und von der Acidität des Harnes unabhängig, jedoch für praktische Zwecke zu gering. Es ist wünschenswerth, daß die Chemiker ihr Augenmerk auf andere wirksamere Stoffe richten, welche mit der Harnsäure chemische Verbindungen eingehen.

Die Harnsäure ist im Harn als solche, nicht als chemische Verbindung (BUNGE) vorhanden. Beim Ansäuern des Harnes fällt sie unvollständig aus, weil sie in übersättigter Lösung verbleibt. Verhindert man eine Uebersättigung durch anhaltende Bewegung bei Gegenwart fein vertheilter fester Harnsäure, so fällt sie vollständig aus. Die Menge der in festem Zustand zugesetzten Harnsäure braucht noch nicht 1 Milligramm zu betragen, kann also bei der Wägung vernachlässigt werden. Zur handlichen Anwendung wird sie in Milhzucker fein vertheilt und der damit versetzte, angesäuerte Harn 48 Stunden durch einen Motor in Bewegung erhalten. Die nach dieser Methode erhaltenen Harnsäurewerthe stimmen mit den durch Silberfällung erhaltenen innerhalb gewisser Grenzen überein.

B.

KUKULA (Prag): Ueber Autointoxicationen bei Darmocclusionen.

Verf. befaßt sich mit der Frage („Časopis čes. lék.“, 1901, H. 29, 30), ob die bei Darmocclusion auftretenden Allgemeinerscheinungen (Erbrechen, kalter Schweiß, Collapse, Respirationsstörungen und nervöse Symptome) durch Selbstvergiftung hervorgerufen seien. Auf Grund seiner zahlreichen Experimente glaubt Verf. die Frage bejahen zu können, denn der von Menschen mit natürlich und Thieren mit künstlich erzeugtem Ileus gewonnene Darminhalt, wenn er filtrirt und keimfrei verschiedenen Thieren subcutan, intravascular oder intraperitoneal injicirt wurde, rief Intoxicationssymptome hervor, die jenen beim Ileus beobachteten Vergiftungserscheinungen ähnlich, ja gleich waren. Es ist zwar bisher ein Geheimniß, um welche toxische Stoffe es sich bei der Selbstvergiftung eigentlich handelt, so viel aber ist heute schon gewiß, daß in dem stagnirenden Darminhalt beim Ileus unbekannte toxische Stoffe vorhanden sind, die Erbrechen und verschiedene andere Allgemeinerscheinungen hervorrufen. Auf Grund von mehr als 200 Thierexperimenten kam Verf. zur Ueberzeugung, daß wirklich bei den Darmocclusionen unbekannte toxische Stoffe zugegen sind, die augenscheinlich eine sehr combinirte Autointoxication verursachen; allem nach ist diese Autointoxication der Ausdruck einer gleichzeitigen und cumulirten Vergiftung, durch Darmgase (hauptsächlich durch den Schwefelwasserstoff und den Aethylmercaptan) sowie durch toxische, im Wasser lösliche Stoffe, die von der Darmschleimhaut resorbirt werden.

STOCK.

AUGUST LUXENBURGER (München): Ueber zwei Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung.

Bisher sind in der Literatur 125—130 Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva zusammengestellt, welchen Verf. zwei eigene Beobachtungen hinzufügt. Beide Fälle betrafen 19jährige, hereditär nicht belastete Mädchen. Beidemal handelte es sich um eine halbseitige Atrophie des Unterhautzellgewebes. Daneben ein nur unbedeutender Muskel- und Knochen-, resp. Kuorpelschwund. In der Aetiologie der erworbenen Hemiatrophia facialis finden

sich Traumen, Trigeminusneuralgien, Zahncaries, Halsdrüsenentzündungen, infectiöse Anginen etc. verzeichnet („Münch. med. Woch.“, 3. September 1901). Halbseitige Zungen- und Gaumenatrophie, narbige Beschaffenheit der Haut ist in den beiden mitgetheilten Fällen nicht vorhanden. Therapeutisch wurden die von GERSUNY angegebenen subcutanen Vaselineinjectionen versucht. Es wurde die Nadel einer PRAVAZ'schen Spritze unter die Haut der atrophischen Partie eingestochen, mit der Spitze angesaugt, um festzustellen, ob die Cantilenspritze in einer Vene liegt; dann wurden einige Tropfen 3%iger Nirvaninlösung injicirt, um die nachfolgenden Proceduren schmerzlos zu gestalten. Nach einer kleinen Pause wurde die Spritze mit dem längere Zeit auf dem Wasserbad erhitzten, geschmolzenen, weißen amerikanischen Vaseline gefüllt, aufgesetzt und in dem Moment in das subcutane Gewebe theilweise entleert, in welchen eine auftretende weißliche Färbung im Vaseline die beginnende Erstarrung anzeigte. Der so entstandene flache Hügel mußte nun mit mäßigem Fingerdruck auf das gehörige Niveau zu recht modellirt werden, u. zw. unter controlirendem Vergleich mit der anderen Seite. Die jeweilig injicirten Mengen richteten sich nach der Größe des auszufüllenden Raumes, und zwar wurden sie in Portionen von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Ccm. eingespritzt. Die nächsten Folgen der Injection waren gewöhnlich unbedeutendes Brennen, geringe Röthung und das Gefühl eines Fremdkörpers in der Wange. Diese geringfügigen Belästigungen verschwanden im Verlaufe eines halben Tages. Der kosmetische Effect war in beiden Fällen ein sehr guter, doch mußte nach 6 Wochen wegen leichter Schrumpfung des Vaseline-depots eine Nachcorrectur vorgenommen werden. Es wurde auf die Gefahr der Intoxication hingewiesen, doch scheint diese namentlich bei Anwendung kleinerer Mengen nicht groß zu sein. Entschieden größere Beachtung verdient die Gefahr der Embolien infolge von Paraffin- oder Vaselininjection. Man muß daher stricte vermeiden, in eine Vene einzuspritzen und in sehr venenreiche Gebiete darf man keine derartigen Injectionen vornehmen. Die localen subjectiven Störungen nach den Injectionen sind unbedeutend und von kurzer Dauer.

M. K.

E. BENDER, M. BOCKHART und V. GERLACH (Wiesbaden): Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Ekzems.

Es ist nicht Gegenstand der Untersuchung, festzustellen, ob es spezifische Ekzemorganismen gibt oder nicht, sondern es sollen die Experimente bloß die Beziehungen zwischen bestimmten Mikroorganismen (*Staphylococcus pyogenes aureus, albus*) und dem Ekzem aufdecken. Dabei unterscheiden die Experimentatoren genau zwischen den Wirkungen der Staphylokokken selbst oder vielmehr des in den lebenden Staphylokokkenleibern enthaltenen Giftes und den Wirkungen des Staphylokokkentoxins, womit das in den Filtraten der Bacillenculturen vorhandene Staphylokokkengift gemeint ist. Es gliedern sich daher ihre Impfungen („Monatshefte f. prakt. Derm. u. Syph.“ XXXIII, 4) in solche 1. mit Agarreinculturen, die wenig Staphylokokkentoxin enthalten, 2. mit aus Bouillonculturen isolirten reinen Staphylokokkenleibern, denen also kein Staphylokokkentoxin beigemischt ist, 3. mit dem Filtrat der Bouillonculturen, also mit Staphylokokkentoxin, und endlich 4. mit Bouillonculturen, d. h. dem Gemisch von Staphylokokken und Staphylokokkentoxin. Die Impfungen mit dem sub 1. und 2. genannten Material wurden so gemacht, daß 2 bis 3 Platinösen mittels Glasstab kräftig in die Haut verrieben, die Impfstelle mit trockenem Mull bedeckt und mit Zinkpflastermull verbunden wurde. Mit den Bouillonculturen oder dem Filtrat wurden Mullstückchen getränkt, auf die zu impfende Stelle gelegt und mit Guttapercha gedeckt. Um zu erweisen, daß Wasser, beziehungsweise feuchte Wärme und sterile Nährbouillon an dem Ausgange der Versuche nicht theilhatten, wurden Controlversuche mit diesen Medien vorausgeschickt. Allen Impfungen ging auch eine Reizung der zu impfenden Hautstelle voraus, bestehend in oberflächlicher Läsion des Epithels, sei es durch Schaben mittels Scalpell oder durch 24stündige Einwirkung eines Heftpflasters und darauffolgender kräftiger Waschung mit Seifenspiritus.

Die Impfungen mit Agarreinculturen und isolirten, reinen Staphylokokkenleibern riefen nie Ekzem, sondern immer nur typische Pusteln

2*

der Impetigo staphylogenes hervor. Dagegen erzeugten die Impfungen mit dem Culturfiltrat typisches papulöses oder vesiculöses (papulo-vesiculöses) Ekzem; das Filtrat muß älteren Culturen entstammen, eine nur vier Tage alte Bouilloncultur ergab ein negatives Resultat. Die Ekzembläschen sind ursprünglich sterilen Inhaltes, erst die älteren Bläschen lassen im serös-eitrigen Inhalte Staphylokokken nachweisen. Die Impfung der IV. Kategorie, die im Ganzen und Großen eine Bestätigung der Untersuchungen von SCHOLTZ und RAAB ist, brachte gleichfalls typisches Ekzem hervor.

Zu den Experimenten dienten nicht Reinculturen von Staphylokokken aus ekzemkranker Haut (die nach Prüfung durch die genannten Autoren offenbar wenig giftig sind), sondern solche, die aus dem Eiter von Furunkeln oder aus den Pusteln der Impetigo staphylogenes gewonnen worden waren. DEUTSCH.

HEINRICH EMBDEN (Hamburg): Ueber die chronische Manganvergiftung der Braunsteinmüller.

Bei gutem körperlichen Allgemeinbefinden sind die Kranken zu jeder schwereren Arbeit unfähig. Es bestehen Paresen in verschiedenen Gebieten der Musculatur. Keine eigentlichen Atrophien, keine E. A. R. Erhebliche Spannungen, die bei wiederholten activen und passiven Bewegungen zuweilen ab-, gewöhnlich aber zunehmen. Auch in der Gesichtsmusculatur vermehrter Tonus, maskenartiger Ausdruck. Unfähigkeit zu pfeifen. Der Gang ist mehr oder weniger schwer gestört, unsicher, besonders bei Wendungen und bei gleichzeitigen Verrichtungen mit den Armen. Beim Treppenabwärtssteigen ist nach Bewältigung etlicher Stufen der Kranke gezwungen, zwei oder drei Stufen vorwärtsstürzend auf einmal zu nehmen. Bei verwickelten Verrichtungen tritt Retropulsion ein, ebenso beim Versuch, spontan rückwärts zu gehen. Dabei fallen die Kranken sehr leicht um. Augenschluß ist ohne Einfluß, ROMBERG'sches Symptom besteht nicht. Die Sehnenreflexe sind lebhaft. In einem Falle besteht BABINSKI's Zehenphänomen; sonst keine Anomalien der Hautreflexe. Bei etwas gespannter körperlicher Haltung tritt ein grobschlägiger Tremor des Rumpfes, der Extremitäten, des Kopfes auf. Kein eigentlicher Intentionstremor, keine Ataxie. Dagegen tritt bei solchen Verrichtungen der oberen Extremitäten, welche gleichzeitig genaue Coordination und einen gewissen Kraftaufwand (Druck) erfordern, ein starker „Actionstremor“ sehr störend in die Erscheinung. Er ist zu beobachten beim Zündholzanstreichen, Stiefelputzen, Kämmen, Butterbrotstreichen etc. Schwer gestört ist in einigen Fällen das Schreiben, dabei ebenfalls Tremor, sowie — durch die im Laufe der Action zunehmende Spannung der beteiligten Muskeln bedingt — ein continuirliches Kleinerwerden der Buchstaben, bis nach einigen Worten oder Zeilen völlige Unmöglichkeit des Schreibens eintritt. Die Störung in der Beherrschung der Musculatur tritt bei denjenigen Kranken, deren obere Extremitäten überhaupt schwerer gestört sind, auch in der Unmöglichkeit zutage, einen Gegenstand im Schwunge von sich zu werfen. Die Stimme ist leise, unsicher und monoton. Die Articulation ist undeutlich, „bulbär“; kein eigentliches Silbenstolpern. Dagegen ist bei einem Kranken, der früher durchaus normal gesprochen hat, neben und gleichzeitig mit den übrigen Erscheinungen sehr starkes Stottern zur Entwicklung gekommen. (Psellismus manganalis, analog dem Psellismus mercurialis.) Die Augenmuskeln sind intact, nur gibt ein Kranker an, zu Beginn seiner Erkrankung Ptosis gehabt zu haben. Kein Nystagmus. Pupillenreactionen, Augenhintergrund und Gesichtsfeld normal. Ebenso die übrigen Sinnesfunctionen. Die Sensibilität ist ungestört; nur bestehen, besonders im Beginn der Erkrankung, leichte Parästhesien und Schmerzen im Kreuz und in den Oberschenkeln. Die psychischen Functionen sind völlig intact. Dagegen zeigen alle vier von EMBDEN beobachteten Fälle ausgesprochen das Symptom des Zwangslachens. Dies in Verbindung mit dem starren maskenartigen Gesichtsausdruck läßt bei flüchtiger Betrachtung der Kranken fälschlich an psychische Alteration denken. Die Sphinkterenfunctionen, bis auf etwas imperiösen Harndrang, ungestört; Potenz und Libido erhalten.

Das Bild des chronischen Manganismus läßt ebenfalls an multiple Veränderungen im Gehirn und Rückenmark denken, ist aber von

der multiplen Sklerose wohl zu unterscheiden. Indessen sind zahlreiche Berührungspunkte vorhanden.

Die Therapie muß natürlich vor allem in der Entfernung der Kranken aus ihrer Beschäftigung mit Braunstein bestehen. Die Prognose ist nicht ungünstig. Den Hauptwerth besitzt die Prophylaxe. G.

TAVEL (Bern): Ueber Wunddiphtherie.

TAVEL („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 60, Heft 5/6) veröffentlicht drei Fälle von subcutanen Eiterungen, bei denen sich im Eiter echte Diphtheriebacillen fanden ohne sonstige Diphtherieerkrankung. Auch die Incisionswunden zeigten kein diphtheroides Aussehen. In einem Falle complicirter heftiger Lymphgefäßentzündung wies das Panaritium, in einem andern wies gar nichts auf einen besonderen Bacillenbefund hin. Im dritten Falle handelte es sich bei einem an Pleuritis serosa Erkrankten um einen Absceß zwischen Scapula und Mittellinie. Umgekehrt hat T. Fälle gesehen, die klinisch als Diphtherie imponirten und keinen Diphtheriebacillus finden ließen (Augenlididiphtherie). Es können also dieselben Krankheitsformen von sehr verschiedenen Bakterien hervorgerufen werden, und dieselben Bakterien können sehr verschiedene Krankheitsformen erzeugen. R. L.

Aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz.

KARL DOHRN: Zur pathologischen Anatomie des Früh-todes nach Hautverbrennungen.

Frühtod nach Hautverbrennungen führt nach vielen neueren Autoren den Shok herbei. An neun Fällen, die NAUWERCK secirte, sucht DOHRN („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 60, Heft 5/6) den Nachweis zu erbringen, daß es verfehlt ist, den Shok durchwegs in den Vordergrund zu stellen, daß vielmehr eine einheitliche, ursächliche Auffassung nicht zulässig ist, ja daß nicht einmal die bisher erkannten anatomischen Veränderungen aus gleicher Ursache hervorgehen. Wenn auch der Verbrennungsact an sich die immer wieder gefundene und bedeutungsvolle Zerstörung an den rothen Blutkörpern erzeugt, so ist doch die Theorie von der mit dem Leben unverträglichen Gerinnung in den Organen nicht allgemein stichhaltig. Degenerationen und Entzündungen an verschiedenen Organen (Nieren, Centralnervensystem, lymphadenoidem Gewebe) lassen sich von der Hämoglobinämie nicht ableiten, setzen vielmehr auch pathologisch vom anatomischem Standpunkte eine weithin im Körper wirksame toxische Schädlichkeit als Todesursache voraus.

Die interessanten Organbefunde in den einzelnen Fällen sind im Original nachzusehen. R. L.

SCHÜDER (Posen): Zur Ausscheidung der Typhusbacillen durch den Harn.

Verfasser hatte als Vorstand der hygienisch-chemischen Untersuchungsstation des 5. Armeecorps Gelegenheit, bei den vorkommenden Typhusfällen auf die Ausscheidung von Typhusbacillen durch den Harn zu fahnden. Er legte vor Allem Werth darauf, bei allen Kranken bis zu ihrem Ausscheiden aus den Lazarethen, also nicht nur während der eigentlichen Erkrankung, sondern auch während der Reconvalescenz, täglich Harnproben zu untersuchen („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 44).

In Kürze zusammengefaßt, ergab sich als Resultat der Untersuchungen: 1. Typhusbacillen sind in fünf unter 22 Fällen (= 22·7%) im Harn nachgewiesen. 2. Typhusbacillen können mit dem Harn in ganz enormen Mengen ausgeschieden werden. 3. Es scheint sich dabei meist um schwerere Fälle mit gleichzeitiger Störung der Nierenthätigkeit (Albuminurie) zu handeln, jedoch können sich auch in leichteren Fällen und ohne gleichzeitige Eiweißausscheidung Typhusbacillen im Harn finden. 4. Die Ausscheidung der Typhusbacillen kann sowohl während der Erkrankung selbst, als auch während der Reconvalescenz stattfinden. Letzteres scheint das häufigere zu sein, und die Typhusbacillen können noch wochenlang nach der dauernden Entfieberung im Harn erscheinen. L.

OTTO AICHEL (Erlangen): Die Beurtheilung des Wochenbettes nach der Pulszahl.

Der bis jetzt vorgeschlagene Weg zur Beurtheilung des Wochenbettes nach der Pulszahl — der Weg der Statistik — ist nicht der richtige. Gleichgiltig, ob es sich um statistische Feststellung einer Durchschnittszahl für den regelrechten Puls des Wochenbettes oder um das Verhältniß der Pulszahlen zur Körperwärme handelt.

In der Pulszahl besitzen wir allerdings ein vorzügliches Mittel zur Beurtheilung der Wöchnerinnen, wir müssen aber die Schablone der Statistik verlassen und jeden Fall für sich betrachten. Sehen wir bei einer Wöchnerin den Puls der Schwangerschaft neben dem Puls im Wochenbett vor uns, dann sind wir in der Lage, ein klares Bild über den Zustand der Wöchnerin zu erhalten. Manche Frauen werden wir auf diesem Wege vor Späterkrankungen im Wochenbette, vor Rückfällen und vor plötzlichem Tod (Lungenembolie) schützen können („Münchener med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 47).

Ein hoher Puls im Wochenbett braucht durchaus nicht ein Zeichen einer Erkrankung zu sein. Auch ist zu beachten, daß ein verhältnißmäßig niedriger Puls kein Beweis für das Fehlen einer Erkrankung oder für die Genesung einer Wöchnerin sein muß. Ist eine Wöchnerin erkrankt, so haben wir in dem Vergleich der Pulszahl der Schwangerschaft mit dem Puls der Wöchnerin zur Beurtheilung der Krankheit selbst und vor Allem zur Feststellung der völligen Genesung der Kranken ein nicht zu unterschätzendes Mittel. Zur Feststellung der völligen Genesung gibt der Vergleich der Pulszahlen sogar eine feinere Probe ab, als der Abfall der Körperwärme. G.

P. HORTON-SMITH (London): Ueber die echte typhöse Cystitis und ihre Behandlung.

Während das Auftreten von Typhusbacillen im Harn im Verlaufe des Typhus kein seltenes Vorkommniß bildet, ist die Tatsache, daß die Anwesenheit von Typhusbacillen im Harn keineswegs selten mit gleichzeitigem Auftreten von Eiter im Harn verbunden ist, weniger bekannt. Der Autor gibt die detaillirte Beschreibung einer Reihe solcher Fälle („Monatsber. f. Urol.“, VI, 5), die er in zwei Gruppen theilt, je nach dem Zeitpunkt, in welcher es zur Entwicklung dieser Cystitis leichten Grades kommt. Die weitaus größere Gruppe bilden jene Fälle, in denen die Cystitis fast am Ende des typhösen Krankheitsprocesses zum Ausbruch kam, nachdem die Temperatur einige Tage lang permanent subnormale Grenzen gezeigt hatte. Der Urin zeigt hiebei saure oder neutrale Reaction und sedimentirt einen mäßigen Eiterniederschlag, die mikroskopische Untersuchung zeigt Eiterzellen, Bacillen, keine Cylinder, das Culturverfahren ergibt Typhusbacillen in Reincultur. Cystitis-symptome sind manchmal vorhanden, zumeist aber fehlen sie. Daß der Eiter nicht etwa aus den Nieren stammt, darauf weist das Fehlen anderer Nierenelemente, das Fehlen von Cylindern und der geringe (dem Eiter entsprechende) Eiweißgehalt hin. Das Urotropin erweist sich in der Behandlung dieser Cystitis als ein geradezu souveränes Mittel, denn subjective und objective Erscheinungen gehen bei Gebrauch desselben in prompter und rascher Weise zurück. Es ist jedoch nach den Ausführungen des Autors nothwendig, die Verabreichung des Urotropins noch durch einige Zeit fortzusetzen, um einer Neuinfection vorzubeugen. Schließlich findet noch der Umstand Erwähnung, daß nicht jede bei Typhus auftretende Pyurie auf Typhusbacillen zurückzuführen ist, sondern daß auch andere Mikroorganismen den gleichen Zustand hervorrufen können, so der Bacillus coli communis und der Staphylococcus pyogenes albus.

Literarische Anzeigen.

KROLL'S stereoskopische Bilder zum Gebrauche für Schielende. Achtundzwanzig farbige Tafeln. Fünfte, verbesserte und vermehrte Auflage. Von Dr. R. Perlia, Augenarzt in Krefeld. Leopold Voss.

Die KROLL'schen stereoskopischen Bilder sind bereits in fünfter Auflage erschienen; ein Zeichen, daß sie den an sie

gestellten Anforderungen vollkommen genügen. Die neue Auflage bringt wiederum eine wesentliche Vermehrung der Tafeln mit congruenten Hauptfiguren und incongruenten Nebenfiguren, so daß im Ganzen 28 farbige Tafeln vorhanden sind. Von diesen enthalten die ersten 10 Tafeln ungleichartige Figuren, z. B. Vogel und Käfig, Maus und Falle, die übrigen 18 Tafeln zeigen gleichartige Figuren. Zwei von diesen letzteren Tafeln gestatten eine Verschiebung, d. h. eine Annäherung oder Entfernung der beiden Theile des Bildes.

Die Ausstattung ist die bekannte, tadellose.

Dr. BONDI (Iglau).

Die Kohlenoxydvergiftungen in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsarztlichen Bedeutung.

Von Dr. Willy Sachs (Mühlhausen). Mit einer Spectraltafel. Braunschweig 1900, Friedrich Vieweg & Sohn.

Die in der Literatur zerstreute Darstellung der Kohlenoxydvergiftung wird hier in einheitlicher Weise vorgeführt; der Verf. bemühte sich, eine vollständige Bearbeitung des klinischen Bildes der Vergiftung und der Toxikologie des Kohlenoxydes zu geben; von besonderem Interesse sind die Ausführungen des Verf. über die prophylaktischen Maßnahmen und über die ins Gebiet der Kohlenoxydvergiftung gehörende Minenkrankheit, sowie die auf die forensische Seite bezughabenden Bemerkungen; bei genauerer Kenntniß dieser Verhältnisse wird gar mancher Fall der Mortalitätsstatistik, welcher als Schlagfluß in ihr erscheint, in seiner wahren Bedeutung erkannt werden. lr.

Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose.

Anleitung zur rationellen anatomischen Analyse. Von Dr. Oskar Israel, a. o. Professor in Berlin. Zweite Auflage mit 21 Figuren im Text. Berlin 1900, August Hirschwald.

In kurzer Folge ist eine Neuauflage dieses Büchleins nothwendig geworden, das durch Inhalt und durch Anordnung des Stoffes sich wesentlich von anderen Lehrbüchern gleicher Richtung unterscheidet. Wie schon der Titel anzeigt, und wie Verf. auch in seiner Vorrede ausführlich auseinandersetzt, war es nicht seine Absicht, dem Studierenden ein Compendium der pathologischen Anatomie in die Hand zu geben, sondern im Gegentheil demselben zu zeigen, auf welche Weise es gelingt, durch methodische Untersuchung der Objecte die jeweilig vorliegende pathologische Veränderung zu entfernen. Nur auf diesem Wege wird der Schüler zu einem wirklichen Verständniß der pathologischen Anatomie gelangen, nicht aber dadurch, daß er gedankenlos eine kleinere oder größere Zahl von Bildern seinem Gedächtnisse einprägt. In dieser Absicht zeigt Verf., auf welche Eigenschaften der Objecte besonders zu achten ist, wodurch die Verschiedenheiten derselben bedingt sind, und wie sich aus der Verwerthung aller Untersuchungsergebnisse die Diagnose ergibt. — Es wäre nur aufrichtig zu wünschen, daß das dem Verf. vorschwebende Ziel auch thatsächlich erreicht werde und die Studierenden aufhören würden, sich das Diagnosticiren aneignen zu wollen, ehe sie untersuchen gelernt haben. Es gilt dies wohl in ebenso hohem Grade von der hier in Betracht kommenden pathologischen Anatomie als den übrigen Zweigen der Medicin. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber das Verhalten der Leukocyten bei localen Hautreizen berichtet ZOLLIKOFER („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, B. 69). Locale thermische Einflüsse und subcutane Injection von Senföl und Crotonöl vermehren die Zahl der Leukocyten. ZOLLIKOFER verwendete als Hautreize Jodanstrich mit 10%iger Jodtinctur, Sinapismus, Vesicatores in Form des Cantharidenpflasters und den sogenannten Baunscheidtismus (Stichelung der Haut und leichtes Einreiben mit Crotonöl). Die Tagesschwankungen in der Zahl der Leukocyten ließen es rathsam erscheinen, den Hautreiz 12 Stunden vor der frühmorgens nüchtern stattfindenden Zählung vorzunehmen. Die Versuche mit Jodanstrich ergaben keine bemerkenswerthen Resultate. Sinapismen bewirkten eine geringe Vermehrung der weißen Blutkörperchen; dagegen kam nach Vesicatores eine deutliche Ver-

mehring der Leukocyten, und zwar besonders der polynucleären, nebst starken Schwankungen des Hämoglobingehalts zum Vorschein. Das BAUNSCHEIDT'sche Verfahren rief keine constante erhebliche Leukocytose hervor. Was das Verhalten der Leukocyten in den durch den Hautreiz unmittelbar getroffenen Gefäßgebieten anbetrifft, so ergaben die zahlreichen Versuche bisweilen sogar eine Verminderung in der Zahl, keineswegs aber einwandfreie Vermehrung; nur die eosinophilen Zellen wurden durch den Jodanstrich oft bedeutend vermehrt. Das Princip localer Hautreize ist also nicht in der Bewegung der Leukocyten, sondern in der Phlogogenetik zu suchen.

— Ueber das **Puroform**, Zink-Formaldehyd mit Thymol-Menthol-Eucalyptol, hat AUFRECHT in Berlin eingehende Untersuchungen angestellt. Er verwendete zu seinen Bestimmungen Culturen von Streptococcus pyog., Staphylococc. aur., Typhus abdom., Bacill. anthracis. Zum Vergleiche zog er erprobte Mittel, das Lysol und die Carbolsäure, heran. Als Nährboden benützt er eine schwach alkalische, 10%ige Nährgelatine, von deren guter Beschaffenheit er sich vor jedesmaliger Ausführung der Versuche überzeugte. A. fand, daß das Puroform hohe bactericide Kraft besitzt und das Lysol und die Carbolsäure an antiseptischer Wirkung übertrifft. Erwähnenswerth ist besonders, daß das Puroform einen angenehmen, erfrischenden Geruch hat und absolut ungiftig ist.

— Ueber die **Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungscure** berichtet KREIS („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1901, H. 6). Schon bei Zimmertemperatur, noch reichlicher zwischen 35 und 38° C. verdampfen nicht unbedeutende Mengen Quecksilber sowohl vom reinen Metall wie aus verschiedenen Salbengemischen. Die quantitative Bestimmung nahm K. durch Wägen des Goldamalgams vor, indem die Quecksilberdämpfe von reinem Blattgold aufgefangen wurden und sich mit ihm quantitativ zu dem Amalgam umsetzten. Die Verdunstungsfähigkeit der Salben wird durch Sättigen der Luft mit Wasserdampf erhöht und ist auch von dem Salbenvehikel abhängig; so z. B. scheint sie bei Unguentum cinereum officinale am erheblichsten zu sein. Neuere Versuche bestätigen die Thatsache, daß unter dem Einfluß der Feuchtigkeit sowohl aus dem regulinischen Metall, wie aus seinen Salbencompositionen eine größere Menge Quecksilber verdunstet als in (durch Chlorcalcium) getrockneter Luft. Bei gleicher Versuchsanordnung verdunstet aus dem metallischen Quecksilber mehr als aus einer Salbe. Trotz der günstigsten Bedingungen ist allerdings, wie aus den Versuchsprotokollen hervorgeht, die absolute Menge des verdunsteten Quecksilbers nicht sehr groß; sie beträgt nach einer Reihe von Tagen immer nur einige Milligramm, höchstens wenige Centigramm. Die Anweisung der Praktiker, die Schmiercure selbst nur in warmen, ziemlich feuchten Zimmern vorzunehmen, erfährt also durch die Versuche von K. eine werthvolle Bestätigung.

— Seine Erfahrungen über das **Kufek-Kindernährmehl** theilt EPSTEIN mit („D. prakt. Arzt“, X, 16). Das Mehl wird von Säuglingen sowohl, als auch von größeren Kindern gern genommen, wenn es dem Alter und der Individualität entsprechend mit sterilisirter Milch (gut aufgeköcht) gemischt wird. Die Einzeldosis ist $\frac{1}{3}$ —1 Kaffeelöffel Mehles, wovon die Suppe, resp. Milch immer frisch bereitet werden soll, wenn dies die Verhältnisse erlauben. Im Falle sich Kinder weigern sollten, die reine Suppe oder die Mischung mit Milch anzunehmen, so ist es sehr rathsam, die Flüssigkeit etwas zu zuckern. In keinem einzigen Falle zeigte sich Darmkatarrh. Den Hauptwerth dieses Mehles glaubt E. darin zu finden, daß seit langer Zeit bestehende Darmkatarrhe, welche den verschiedensten Medicationen trotzten, nach Anwendung des Kufekmehles in kurzer Zeit gebessert und sogar gänzlich geheilt wurden. Bei Sommerkatarrhen (Magen- und Darm-) hat sich Kufek's Mehl ausgezeichnet bewährt und kann in den meisten Fällen als wirkliches Medicament betrachtet werden. Das Körpergewicht erfährt eine Zunahme.

— Ueber einen Fall von **Extraction eines Eisensplitters aus dem Glaskörper** berichtet NATANSON („Wratsch“, 1901, Nr. 30). Einem 22jährigen Kesselschmied flog ein Eisensplitter in das rechte Auge. Bei der am zweiten Tage nach der Verletzung vorgenommenen Untersuchung fand man eine lineare Narbe in der Cornea,

die in schiefer Richtung von außen und oben nach unten und innen verlief. Vordere Augenkammer am rechten Auge kleiner als links; Iris normal; Pupillen etwas verengt. Entsprechend der Irisgegend befindet sich ein breiter, 3·5 Mm. langer Riß der vorderen Kapsel. Unregelmäßige, theils invertirte Ränder. Ein Fremdkörper ist nicht zu sehen; bei Hebung und Senkung des Auges leuchtet aber aus der Tiefe des fast in seiner ganzen Ausdehnung getrübtten Glaskörpers ein Stückchen Metall durch, das in schiefer Richtung im Glaskörper sitzt. Projection regelmäßig. Mäßige Reizerscheinungen, heftige Schmerzen. Nach wiederholter Atropineinträufelung trat ziemlich ausgiebige Erweiterung der Pupille ein. Entfernung des Fremdkörpers durch einen großen unteren Schnitt der Hornhaut. Unmittelbar nach dem Schnitt entleerte sich ein Theil der trüben Massen und aus dem Riß der Kapsel des Glaskörpers zeigte sich der Rand des Metallsplitters, der nun mittels der FÖRSTER'schen Zahnpinzette ohne Elektromagneten herausgezogen wurde. Der Splitter war 2 Mm. lang und 1·5 breit. Postoperatorischer Verlauf glatt.

— Die **Behandlung der Sepsis mit Unguentum Credé** erörtert GOLDMANN in Brennbere („Centrabl. f. d. ges. Therapie“, 1901, H. 10), der etliche Fälle mit Unguentum Credé behandelt hat. G. hat die Salbe auch vielfach local bei inficirten Verletzungen und Panaritien mit sichtlichem Erfolge angewendet. Besonders gute Dienste hat sie ihm bei phlegmonösen Entzündungen des Armes nach dem Impfen, wo sie direct aufgestrichen und mit Guttaperchapapier bedeckt wurde, geleistet. Verf. empfiehlt weitere Versuche mit Unguentum Credé.

— Ueber **brausende Leberthran** und **Phosphoröle** berichtet AUFRECHT („Pharmaceut. Ztg.“, 1901, Nr. 3). Der „brausende Leberthran“ ist nahezu geruchlos, von hellblinker Beschaffenheit, frei von kratzendem Geschmack, moussirt stark, wobei infolge Prickelns der dem Thrane eigenthümliche Geschmack zunächst ganz in den Hintergrund tritt. Erst hintennach kommt der eigenthümliche, aber nicht unangenehme Beigeschmack (wenn auch fast unmerkbar) zur Geltung. Hierauf sowohl, als auch auf die größere Haltbarkeit der mittelst Kohlensäure imprägnirten Thrane begründet sich — abgesehen von den sonstigen, allen Thranen innewohnenden guten Eigenschaften — der therapeutische Werth der Waare. In chemischer Hinsicht unterscheidet sich der brausende Leberthran nur unwesentlich von den gewöhnlichen Medicinalleberthranen, wie aus den von Verf. ermittelten Zahlen hervorgeht. Außer dem gewöhnlichen Leberthran werden auch folgende medicamentöse Zusammensetzungen in „brausender Form“ hergestellt:

Eisenleberthran	0·01 Fe	in 15 Grm.
Jodeisenleberthran	0·01 Fe J ₂	„ 15 „
Phosphoreisenmanganleberthran	{ 0·01 Fe 0·0015 Mn 0·0015 P }	„ 15 „
Jodeisenmanganleberthran	0·01 Fe—Mn J ₂	„ 15 „
Jodschwefelleberthran	0·01 J ₂ S ₂	„ 15 „
Phosphorleberthran	0·0015 P	„ 15 „

— Zur **Bewerthung des Alboferin** berichtet MEITNER („Arztl. Monatsschr.“, II., 1901). Das Alboferin ist ausgezeichnet durch Resorbirbarkeit, Bekömmlichkeit und den vollständigen Mangel jeder schädlichen Nebenwirkung auf Magen und Darm. M. hat bei allen seinen Kranken — zur Behandlung kamen die schwersten Formen von Unterernährung der verschiedensten Provenienz — mittelst der Alboferinmedication die befriedigendsten Resultate erreicht. Die gewöhnliche Dosis ist 3—5 Kaffeelöffel im Tage vom Pulver, oder 3mal täglich 4—5 Pastillen, bei Kindern die Hälfte.

— Bei **Hämoptöe** im Verlaufe der Lungentuberculose empfiehlt HECHT folgende Rezeptformel („Therap. Monatsh.“):

Rp. Ergotini,	
Chinini sulf.	aa. 2·0
Pulv. fol. Digit.	
Extr. Hyoseyami	aa 0·2
Mf. pil. Nr. XX Consp.	
D. S. 5—8—10 Pillen täglich zu nehmen.	

— Ueber die **Behandlung von Hautkrankheiten mit Kälte** spricht SAALFELD („Therapeut. Monatsh.“, 1901, Nr. 7). In 5 Fällen wandte S. Kälteeinwirkung durch Betupfen mit flüssiger Luft an. Die betupfte Stelle schwillt an, es bildet sich eine weiße Quaddel

mit erythematös gerötheter Umgebung, woraus nach einigen Stunden eine akantholitische Blase und schließlich nach ein bis drei Wochen normale weiche Haut resultirt. Von der Anwendung der flüssigen Luft ging Verf. bald zu der bequemeren und billigeren des Metäthyls (Mischung von Chloräthyl mit Chlormethyl) über, welches bei Fällen, in denen chronische Hautinfiltrationen durch acute Entzündung zur Resorption gebracht werden sollten, sich gut bewährte. Die Zeit des Besprayens, vom Erscheinen der Eiskruste an gerechnet, variierte von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Minuten. Das Verfahren kam hauptsächlich zur Anwendung bei Lichen planus, Ekzema lichenoides, Tylositas, Herpes tonsurans. Bei einigen Fällen von Leukoplakie der Zunge wurden die Flecke durch Chloräthyl, resp. Metäthyl vereist und dann mit dem Messer platt abgetragen. Das Verfahren war schmerzlos und der Erfolg vorzüglich.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XIII.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

M. PFAUNDLER (Graz): Ueber Spätstörungen nach Intubation und Tracheotomie.

Von mancher Seite wurde der Verdacht geäußert, daß die wegen bestehender Larynxstenose vorgenommene operative Behandlung, als Tracheotomie und Intubation, Monate und Jahre nach überstandenen Eingriffe noch persistirende Gesundheitsstörungen und eine Neigung zu gewissen Krankheitszuständen zur Folge haben könne. Vortragender forschte daher dem Schicksale der im Decennium 1890—1899 auf der Klinik ESCHERICH'S nach Tracheotomie und Intubation entlassenen, insgesamt 262 seinerzeit wegen Rachendiphtherie aufgenommenen Kinder nach. Ueber das Befinden von 173 dieser ehemaligen Patienten konnte er durch persönliche Untersuchung oder zuverlässigem Bericht Kunde erhalten. Das Ergebniß der Erhebungen ist folgendes:

8 der Patienten starben bald nach Entlassung noch an den Folgen des diphtherischen Processes selbst. Von den übrigen 165 waren: 137 (83·03%) seit langem vollständig beschwerdefrei, 16 (9·70%) Kinder boten Beschwerden leichtester Art, die zu meist nur von den Begleitpersonen angegeben, ein objectives Zeichen bei der Untersuchung gar nicht erkennen ließen und deren Zusammenhang mit dem stattgehabten Eingriffe zum mindesten sehr fraglich erscheinen mußte.

Leichte Athmungsbeschwerden beim Laufen 5mal
angeblich zeitweise belegte Stimme 5mal
Zurückgebliebenheit im Sprechen, leichtes Stottern je 3mal

12 Patienten (7·27%) wiesen folgende Erkrankungszustände auf:
dauernde Heiserkeit 3mal
narbige Trachealstenose geringen Grades 3mal
chronische Pneumonie, bezw. Bronchitis und Bronchiektasie 3mal
Lungentuberculose 3mal

Die besagten Gesundheitsstörungen vertheilen sich auf Intubation und Tracheotomie wie folgt:

Die angeblichen Beschwerden leichtester Art fanden sich unter:

7·8% der Intubirten,
12·5% „ Tracheotomirten,
18·8% jener Kinder, bei denen Intubation und Tracheotomie hatten ausgeführt werden müssen.

Die ernsteren Erkrankungen boten

3·5% der Intubirten,
12·5% „ Tracheotomirten,
31·3% „ Intubirten und Tracheotomirten.

Was die Tracheotomie betrifft, so läßt sich in einigen Fällen die Neigung zu recidivirenden Bronchitiden und die Erkrankung an chronischen Lungeninfiltraten zu dem überstandenen Eingriffe mit großer Wahrscheinlichkeit in Beziehung bringen. Von ernstesten Spätstörungen nach Intubation hingegen läßt sich aus dem verarbeiteten Materiale, wenn man die spontane Erkrankungswahrscheinlichkeit in Rechnung zieht, nichts eruiren.

Rauchfuß (Petersburg) macht ganz besonders darauf aufmerksam, daß bei den sonst so vortrefflichen Präparaten ein Moment außer Acht gelassen wurde. Bei Betrachtung seines eigenen Materials findet R., daß die Sterblichkeit der Croupfälle genau parallel geht der Sterblichkeit der ohne Stenose verlaufenden Fälle. Steigt diese, d. h. haben wir eine hohe Welle toxischer Fälle, dann starben auch mehr Fälle mit Stenose, sowohl unoperirte als operirte. Sie starben alle durch die durch den Genius epidemicus bedingte höhere Toxicität. Somit läßt sich auch ein Vergleich der einzelnen Statistiken gar kein Urtheil zu, so lange nicht der Coefficient der Toxicität für die einzelnen Fälle bestimmt wird.

Besonders erfreut hat R. indessen das Eintreten für die Tracheotomie allein schon aus dem Grunde, damit diese Operation erlernt und geübt werde. R. verwendet Tuben mit drei verschiedenen Anschwellungen und vermeidet dadurch eher Decubitus.

Ganghofner (Prag) intubirt und tracheotomirt mit Auswahl der Fälle. Bezüglich der Beweiskraft der SIEGERT'schen Statistik weist er darauf hin, daß das Alter der Operirten bei SIEGERT nicht berücksichtigt wurde, und zeigt an den Zahlen aus seiner Anstalt, wie sehr dieser Factor auf die Mortalität von Einfluß ist.

Förster (Dresden) hebt hervor, daß man daran arbeiten müsse, eine strengere Indication für die eine oder die andere beider Operationen zu geben. Die Frage, daß die Tracheotomie die schwerere Operation sei, dürfe niemals entscheiden. Gegen die Intubation spreche für gewisse Fälle, daß nach Ausführung dieser die Expectoration, das so wichtige Moment zur Erleichterung, vollkommen ausfalle; hieraus erklärt sich auch die häufige Beobachtung von Aspirationspneumonien nach der Intubation.

Baginsky (Berlin) hat in 244 Fällen nur die Intubation ausgeführt; davon starben 22, also nur eine Mortalität von 10%. Bei der Intubation mit secundärer Tracheotomie (370 Fälle) starben 95 Kinder. Seine Meinung geht dahin, daß bei Larynxstenosen zuerst die Intubation vorgenommen werden solle. Contraindicirt ist die Operation eigentlich nur bei Kindern unter 1 Jahr und bei ausgesprochenem descendirendem Croup. Benutzt wurden die echten O'DWYER'schen Tuben aus Gummi mit Metalleinlagen.

Soltmann (Breslau) hebt als wichtigstes Moment für die Frage — ob Intubation, ob Tracheotomie — die Dauer der Erkrankung und damit zusammenhängend die Verfassung, den Kräftezustand des Patienten hervor, außer den septischen von RAUCHFUSS erwähnten Fällen, die immer gleich schlechte Resultate bedingen. Ist der Fall frisch, so ist die Intubation am Platze, ist bereits Herzschwäche, Kräfteverfall da, wirkt allein noch die Tracheotomie segensreich. Bei letzterer ist die Athmung und Expectoration freier, während nach der Intubation die Expectoration, worauf schon FRISTEN hinwies, beinahe vollkommen aufgehoben ist. S. weist noch darauf hin, daß trotz schwerer Diphtherie im Krankenhaus die Mortalität nach Einführung der Tracheotomie besser geworden sei, doch seien die Erfahrungen von 2 Jahren noch nicht groß genug, um im Sinne SIEGERT's zu sprechen.

Trumpp (München) spricht sich für alle Fälle für möglichst frühzeitige Intubation aus. Man solle dieselbe auch dem praktischen Arzte überlassen, aber auch dafür sorgen, daß er sowohl diese wie auch die Tracheotomie erlerne.

v. Szontagh (Budapest) ist principiell für primäre Intubation, allerdings mit Auswahl der Fälle zur Tracheotomie. Unter 230 Diphtheriefällen bekamen 119 Stenosen; 54 davon heilten ohne chirurgischen Eingriff (45%), bei 65 wurde ein Eingriff gemacht, darunter heilten 33, d. h. 52%. Sz. theilt die Sectionsbefunde mit.

Selter (Solingen) findet, daß der Genius epidemicus diphth. im Sinken ist. Er macht mit gutem Erfolg die Intubation gerade bei Kindern unter einem Jahre. Er benützt als Wache für die Intubirten seine unterrichteten Krankenhausschwernern.

Siegert (Straßburg): Die Forderung des Herrn RAUCHFUSS nach Berücksichtigung der Natur des Einzelfalles entspricht dem ersten Punkt meiner drei Forderungen am Schluß. Die vorzüglichen Erfolge des Herrn BAGINSKY bezeugen in schönster Weise die hohe Bedeutung der primären und secundären Tracheotomie im intubirenden Spital. Auch die Ausführungen des Herrn SOLTSMANN unterstützen meine Schlüsse. Was die Privatpraxis anbelangt, so weise ich nochmals darauf hin, daß die Tracheotomie hier fast nie nöthig wird, die elegante, lucrative Intubation aber immer leicht zur Anwendung gelangen wird. Herrn SZONTAGH gegenüber weise ich auf BOKAR's Erfahrung hin, der auch Fälle von Membranen bis in die feinsten Bronchien mit der Intubation geheilt hat, was ich für die Tracheotomie von mehreren Fällen behaupten darf. So hoffe ich, die allgemeine Einführung der Intubation durch mein Referat nach Kräften gefördert zu haben, und schließe: Nur Intubation und Tracheotomie vereint und am rechten Platze versprechen uns den besten Erfolg bei der Diphtherie des Kehlkopfs im Kindesalter.

Notizen.

Wien, 28. December 1901.

(Die landesfürstlichen Amtsärzte und die cassenärztliche Praxis.) Ein Ansuchen der mährischen Aerztekammer, es möge den landesfürstlichen Amtsärzten die Uebernahme von cassenärztlichen Stellen untersagt werden, wurde von der politischen Landesbehörde mit der Motivierung abgewiesen, daß die Krankencassen nicht zu jenen Einrichtungen gehören, welche eine besondere sanitätspolizeiliche Ueberwachung erfordern, und daher ein parteiisches Vorgehen der als Cassenärzte fungirenden Amtsärzte in keiner Weise zu besorgen sei. Das Ministerium des Innern hat dem gegen diese Entscheidung eingebrachten Recurse der Aerztekammer aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung keine Folge gegeben.

(Aus Berlin) schreibt uns unser dortiger Correspondent: Der Geschäftsausschuß des Vereins für innere Medicin hatte an PAUL EHRLICH in Frankfurt a. M. die Einladung ergehen lassen, in diesem Vereine seine Seitenkettentheorie gegen die Angriffe MAX GRUBER'S zu vertheidigen. EHRLICH ist diesem Rufe gefolgt und hat am 16. d. M. über „Die Seitenkettentheorie und ihre Gegner“ gesprochen. Ich übersende Ihnen hiemit ein Referat des EHRLICH'schen Vortrages. (Wir werden dasselbe demnächst veröffentlichten.)

(Ernennungen.) Der Privatdocent der Chirurgie in Krakau Dr. LEO KRYŃSKI ist zum a. o. Professor, der Polizei-Bezirksarzt Dr. MORIZ POLLAK zum Polizei-Oberbezirksarzte im Stande der Wiener Polizei-Direction ernannt worden.

(Auszeichnung.) Dem Primararzte und Ausschußmitgliede des Landes- und Frauenhilfsvereins vom Rothen Kreuze in Galizien Dr. GEORG ZIEMICKI ist der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen worden.

(Jubiläen.) Im Laufe des nächsten Jahres werden zwei Großmeister der deutschen Medicin von ihren zahlreichen Schülern und Verehrern als Jubilare gefeiert werden. Es sind: ADOLF KUSSMAUL, der am 22. Februar sein 80. Lebensjahr überschreitet, und E. v. LEYDEN, der am 20. April in die 8. Lebensdekade eintritt.

(Heilserum und Diphtherie.) Dem „Oesterreichischen Sanitätswesen“ entnehmen wir folgende, die Ergebnisse der Heilserumbehandlung bei Diphtherie in den Ländern der österreichischen Krone illustrirende Zahlen: Von den mit Heilserum behandelten 13.984 Kranken sind 2096 gestorben; von den ohne Serum behandelten 9814 Diphtheriekranken 4074. Die Letalität der mit Serum behandelten Fälle betrug 14·98%, jene der ohne Serum behandelten Krankheitsfälle hingegen 41·51%. Da im Vorjahre die Letalität der mit Serum behandelten Kranken 16·13% und die Letalität der der Serumbehandlung nicht unterzogenen Fälle 37·99% betrug, läßt sich im Berichtsjahre eine neuerliche Herabsetzung der Sterblichkeit an Diphtherie nach Heilserumbehandlung constatiren. Auch die allgemeine Sterblichkeit an Diphtherie erscheint hiedurch günstig beeinflusst, indem die durchschnittliche Letalität aller beobachteten Diphtherieerkrankungen von 27·1% im Vorjahre auf 25·16% gesunken ist.

(Centralverband der Balneologen Oesterreichs.) Am 17. d. M. hat unter dem Vorsitze des Hofrathes Prof. WINTERNITZ die Vollversammlung des genannten Verbandes stattgefunden. Die nächste Plenarversammlung findet im Januar 1902 statt.

(Die Medicin im deutschen Reichsbudget.) Der Reichshaushalts-Etat Deutschlands pro 1902 enthält eine Summe von 12.000 Mark zur Unterstützung der Protozoënforschung und eine von 150.000 Mark zur Förderung der Tuberculosenforschung und -Bekämpfung. Die 12.000 Mark sind dazu bestimmt, die Fortführung von Studien über Malaria in zoologischer Beziehung zu sichern, welche in amtlichem Auftrage zur Zeit von einem deutschen Zoologen in Rovigno vorgenommen werden. Von den 150.000 Mark soll ein Theil den Heilstättenbestrebungen zugute kommen, der andere auf eine Prüfung der Weseneinheit oder -verschiedenheit der Menschen und Rindertuberculose verwendet werden.

(Hygienisches.) Das Verfahren BACCELLI'S zur Behandlung der Maul- und Klauenseuche mittels intravenöser Einspritzungen von Sublimat, von dem der genannte Pathologe auf dem heurigen italienischen Internistencongresse Mittheilung gemacht hat, ist in letzter Zeit Gegenstand lebhafter Controversen gewesen. Während aus Darmstadt gemeldet wird, daß die dort angestellten Versuche unbefriedigend ausfielen und abgebrochen wurden, erklärte BACCELLI auf eine Interpellation in der italienischen Kammer, daß in Italien bisher 1500 Fälle mit Erfolg behandelt worden seien; er nimmt an, daß die ungünstigen Resultate auf eine fehlerhafte Durchführung seiner Methode bezogen werden müssen. Authentische Daten wären zur Klärung dieser Frage, welche von so eminenter Bedeutung für die Volkshygiene ist, überaus erwünscht.

(Sanitätsstammbücher für Mittelschüler.) Aus Budapest schreibt unser Correspondent: Gelegentlich der Berathungen im ungarischen Unterrichtsministerium über die Institution von Schulärzten beantragte ein Referent die Führung von Sanitätsstammbüchern. In dieselben wäre vor allem einzutragen: Die Körperlänge, das Gewicht und die Körpermaße, ferner die Körperfehler, Kurzsichtigkeit etc., die überstandenen Krankheiten, insbesondere Infectionskrankheiten, so daß nach Ablauf der achtjährigen Periode des Mittelschulstudiums auch ein Protokoll über den körperlichen Entwicklungsgang jedes Zöglings vorhanden wäre. Die Idee der Anlegung eines solchen Stammbuches wurde von der Enquête gebilligt. Die Anlegung der Sanitätsstammbücher wird keinen Schwierigkeiten begegnen, da jeder Schüler verpflichtet sein wird, sich der Untersuchung des Schularztes zu unterwerfen.

(Medicinalbeamte und Ehrenrath in Preußen.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Ein Versuch des Medicinalministers, die Medicinalbeamten, welche ohnehin der Judicatur des staatlichen Ehrengerichtes bereits entzogen sind, auch der Verantwortlichkeit vor den Ehrengerichten der privaten Standesvereine zu entziehen, hat unter der preußischen Aerzteschaft eine lebhafteste Bewegung hervorgerufen. In einem Erlasse erklärte es der Minister für empfehlenswerth, daß die ärztlichen Standesvereine diejenigen Bestimmungen in ihren Satzungen streichen, nach denen sich die Vereins Ehrengerichtbarkeit auch auf die beamteten Aerzte erstreckt. Diesen Versuch der Einmischung des Ministers in rein private Angelegenheiten der Aerzte haben die Berliner Aerzte zurückgewiesen. Der Geschäftsausschuß der Berliner ärztlichen Standesvereine hat folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Die Beibehaltung der Ehrengerichtbarkeit der Vereine ist dringend erforderlich; 2. die Unterstellung der Medicinalbeamten unter die Ehrengerichtbarkeit der Vereine ist nach wie vor geboten; 3. eine behördliche Einwirkung auf die Vereinssatzungen ist zurückzuweisen. Auch das „Aerztliche Vereinsblatt“ verhält sich der Anregung des Ministers gegenüber entschieden ablehnend. Es weist mit Recht darauf hin, welche schwere Schädigung es für beide Theile sein würde, wenn die beamteten Aerzte der Theilnahme am ärztlichen Vereinsleben entzogen würden.

(Forensisches.) Aus Mailand wird uns geschrieben: Der Proceß gegen Professor BELFANTI und Dr. JENONI wegen des unreinigten Diphtherieheilserums, nach dessen Injection bekanntlich einige Kranke unter Erscheinungen des Tetanus zugrunde gegangen sind, hat — wie es nicht anders zu erwarten war — mit dem Freispruche der Angeklagten geendigt. — Es thut nichts zur Sache, wenn an verschiedenen Orten gewissermaßen berufliche Feinde des Aerztestandes und der ärztlichen Thätigkeit nach Bestrafung schreien, wo doch eigentlich kein Schuldiger vorhanden ist. Der ruhig und richtig Denkende wird sich stets vor Augen halten, daß ein Arzt, dem Tausende von Menschen ihr Leben verdanken, wegen beklagenswerther Vorkommnisse, an denen vielleicht das Zusammentreffen unheilvoller Umstände, nicht aber menschliches Versehen die Schuld trägt, nicht zu verurtheilen sei. Ich führe dies nur an, weil gewisse Organe geneigt sind, den erwähnten Proceß zu einem Tendenzproceß zu stempeln.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. December 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 7000 Personen behandelt. Hievon wurden 1475 entlassen; 163 sind gestorben (9·9% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 69, egypt.

Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 192, Scharlach 90, Masern 226, Keuchhusten 23, Rothlauf 47, Wochenbettfieber 5, Rötheln 5, Mumps 7, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 557 Personen gestorben (+ 28 gegen die Vorwoche).

Raclauer's Ozonoform-Wald-Luft. Zur Reinigung von Wohn- und Krankenzimmern, Eisenbahn-Waggons, Theatern, Concertsälen, Festsälen, Restaurants, Schiffsräumen etc. wird Ozonoform von weil. Prof. Dr. RECLAM in Leipzig und Geh. Rath Prof. Dr. NUSSBAUM in München u. A. warm empfohlen. Ozonoform ist eine Lösung von activem Sauerstoff, vermischt mit einem Destillat aus der Edeltanne. Es reinigt die Zimmerluft von schädlichen Bestandtheilen, Bacterien, Mikroorganismen, da es infolge seines Ozonsauerstoffgehaltes Bacterien und Fäulnißstoffe radical vernichtet. Der elektrische Sauerstoff, Ozon, der Träger der Heilkraft der Natur, ist das stärkste desinficirende und unschädlichste antiseptische Mittel, weil es keine schädlichen Nebenwirkungen hat und sich in reinen Sauerstoff umwandelt. Ozonoform, von schönem Waldgeruch, theilt, durch einen Rafräichisseur zerstäubt, der Zimmerluft die erfrischende und belebende ozonsauerstoffhaltige Waldluft mit und ist den Athmungsorganen sehr wohlthund, besonders als Einathmungsmittel bei Asthma, Keuchhusten und Lungenleiden. Ozonoform ist durch das Haupt-Depot für Oesterreich-Ungarn (Alte Feld-Apotheke) Wien, I., Stefansplatz 8, zu beziehen und sind daselbst auch Prospective erhältlich.

Elektron. Unter diesem Namen ist in München eine, alle modernen Heilfactoren umfassende, unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehende Heilanstalt entstanden.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „Wr. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.30 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

Die Rubrik: „Erledigungen, ärztliche Stellen“ etc. befindet sich auf der zweiten Inseraten-Seite.

MATTONI'S GIESSHÜBLER
natürlicher alkalischer SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-Anstalt
Giesshübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.
Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN
Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Sanatogen

**Intensivstes Kräftigungsmittel.
Hervorragend tonische Wirkung.
Absolut reizlos.**

Den Herren Aerzten Proben und Literatur gratis und franco von der Vertretung Apotheker C. BRADY, Wien, I/I, Fleischmarkt 1.

Fabrikanten:
Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SO. 16.

Ulcus ventriculi

Robitscher „Styria-Quelle“

200—300 Grm. lauwarm bei nüchternem Magen 1 Stunde vor dem Frühstück. Ueberraschende Heilerfolge zu verzeichnen!

Alleinfabrik d. Prof. Dr. Angerer-Sublimat-Pastillen

Um vor Nachahmungen geschützt zu sein, vorläufig auch hergestellt seit Bestehen meiner Fabrik nach der Originalvorschrift des Erfinders

Alleinfabrik „Marke Adler Sublimat-Pastillen“ Dr. Schillinger.

Circa 73,8 Hg Gehalt, aufgenommen in dem Nachtrag der Ph. III in vorgeschriebener Form.

Auf Wunsch graduiert zum Durchbrechen ohne Aufschlag. Bitte ausdrückl. „Prof. Dr. Angerer-Sublimat-Pastillen“ zu verlangen und zu verschreiben und auf meine Schutzmarke zu achten und minderwertige und unlautere Wettbewerben zurückzuweisen.

Zur Herstellung der Angerer-Pastillen ist unterfertigte Firma allein berechtigt. Nachahmungen werden gerichtlich verfolgt.

Auf Wunsch rot, grün, blau etc., wenn nichts gesagt, gebe rot. **Prämiirt in den Pariser, Londoner, Genfer und Amsterdamer hygienischen Ausstellungen 1892, 93 und 94 mit der grossen goldenen Medaille, in Breslau etc.** — à 1,0, 0,5 bis 0,1 und weniger Sublimatgehalt in Originalgläsern rot à 100 u. 100 St. u. in Kartons à 5 Cyl. à 10 St. Anerkannt billigstes u. wirksamstes Antisepticum, werden nur gegen ärztl. Ordination abgegeben.

Antiseptische Pastillen nach Stabsarzt Dr. Rotter, s. „Centrablatt f. Chirurgie“, K 22.—, à 100 Stück K 3.30, Cyl. à 10 Stück K —.40.

Alle gangbaren Pastillen, Bougies, Suppositorien, Vaginalkugeln vorrätig. Nicht vorrätige Pastillen etc. werden nach jeder Spezialvorschrift schnellstens angefertigt. Anfragen erbitte an:

M. Emmel, Adler-Apotheke, München, Sendlingerstrasse 13.



Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.
Pharmaceutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).
Vollkommen geschmackfreies Antipyretic. und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besond. typhöse Fieber, Malaria, — Neurosen (Neuralgien, Ischias).
Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Rheumatin

(salicylsaurer Chininsalicylester).
Antirheumaticum.
Ind.: acut. Gelenkrheumatismus, namentlich bei empfindlichen und schweren Fällen.
Dosis: 4 gr. pro die.

Agurin

Essigsaurer Theobromin-natrium.
Neues Diureticum.
Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.
Beste Ersatz für Salicylate.
Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum
bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos.
Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl.
Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Hedonal

Neues Hypnoticum.
Absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie (besond. bei Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten; auch per clysmata.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose

ROBORIN **Billigstes Calcium-Eisen-Albuminat**

Erfolgreich angewandt bei Blutarmut, Dyspepsie, Skrophulose, Rhachitis, beginnender Tuberkulose, Schwächezuständen, Rekonvaleszenz etc.

Kleine Einzel- und Tagesdosen.

Für Kassenordinationen besonders geeignet.

1/4 Dose (100 gr.) K 2.50, 1/2 Dose (50 gr.) K 1.50.
Dose Tabletten (150 St. à 0.5 gr. Roborin) K 2.50.
Dose mit Schokolade drag. Pillen (300 St. à 0.25 gr. Roborin) K 3.75.
" " " " (100 St. à 0.25 gr. Roborin) Kassenpackung K 1.50.

Deutsche Roborin-Werke, Berlin NW. 7.
Den Herren Ärzten Versuchsproben, Literatur gratis und franco.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin.

Neues vorzügliches, in psychiatrischen Kliniken, Heilanstalten, als auch in der Privatpraxis bewährtes **Antiepilepticum** und **Sedativum**. Bester Ersatz für Bromalkalien und gänzlich frei von den unangenehmen Nebenwirkungen derselben. Vorzügliches Mittel bei nervösen Störungen, insbesondere geeignet für die **Kinderpraxis**.

Dionin.

Neues Morphinderivat, ohne die gefährlichen Nebenwirkungen des Morphins und seiner Abkömmlinge. Bewährt bei allen Erkrankungen der Athmungsorgane. In subcutaner Anwendung Ersatzmittel f. Morphium bei Entziehungscuren, sowie bei melancholischer Verstimmung und bei decrepiden, gegen Morphium empfindlichen Patienten. Nach **Meltzer** Ersatz für Morphin und Hyoscin bei **Erregungszuständen**.

Vgl. *Leubuscher*, Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1899, Bd. V; *Zimmermann*, Neurolog. Centralblatt, 1899, Nr. 11; *Schulze*, Dissertation, Göttingen, 1899; *Wulff*, Aerztliche Monatsschr., 1899, Nr. 11; *R. Laudenheim*, Therapie d. Gegenw. 1900, Nr. 7.

Vgl. *Ranschoff*, Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 20; *Meltzer*, Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 51; *Fromme*, Allgem. med. Centralztg., 1900, Nr. 24 u. 25; *W. Salzmann*, Wiener med. Presse, 1900, Nr. 24; *Bornikoeel*, Therapie d. Gegenwart, 1900, Nr. 4.

Literatur auf Wunsch gratis und franco.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Man gibt Kindern bis zum 2. Jahre 3- bis 4mal täglich 1 Kaffeelöffel voll; von 3 bis 4 Jahren 1/2 Esslöffel; von 5 bis 6 Jahren 3/4 Esslöffel, darüber einen Esslöffel. — Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 Gr. Inhalt durch jede Apotheke. — Litteratur: siehe Therapeut. Beilage Nr. 7 der D. med. Wochenschrift Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C.-Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 d. Wiener Med. Bl. (1900); Nr. 12 Wr. Aerztl. Centralzeitung (1901).

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie

Maschinelle und manuelle Hailgymnastik (Apparate System Doct. Dr. HERZ)

Feisluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder

Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.

Course für Aerzte.

Meran Sanatorium „HYGIEA“
für Nerven-Magenleidende, Rheumatische, Reconvalescenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath **Dr. SCHREIBER**. — (Während des Sommers in seiner Heilanst. „Alpenheim“ in Aussee, Steierm.)

Verbandstoffe
(aseptische, antiseptische und Verbandstoffe laut Vorschrift der Arzneitaxe)
aus der „Internat. Verbandstoff-Fabrik in Schaffhausen“.

Dr. C. MIKOLASCH's *China-, Chinaeisen-, Pepsin-, Pepton-, Rhabarber- u. Condu-rangowein pr. Flac. K 3.—.*

Medicamentöse Weine

-Leberthran gereinigt
(in gesetzlich geschützter Adjustirung)
Gelb per Flacon K 2.—
Weiss per Flacon K 3.—

Chinosol (Tabletten und Pulver) von Franz Fritzsche & Co. in Hamburg

Vasogene und Vasogene - Präparate
von Pearson & Co. in Hamburg

Fleisch - Essenzen (Hühnerfleisch-, Rindfleisch-, Hammelfleisch-, Bouillon-Essenz, Preis per Dose K 1.50) von Geo. Baker & Co. in Rom

erlaubt sich bestens zu empfehlen

Wilhelm Maager in Wien
III/3, Heumarkt 3. 11
Preislisten und Prospekte auf Verlangen gratis und franco.

0.2% Eisen, als Ferrisaccharat
Haltbar! Wohlgeschmeckend!
Kein Magendrücken!
Keine Stuhlverstopfung!
(selbst bei längerem Gebrauch)
Bei reichlicher Eisenaufnahme gesteigerter Appetit, daher erhöhtes Wohlbefinden und Gewichtszunahme.

Anämin
EISENPEPSIN-SACCHARAT-
LIEBE

Bei Dyspepsien, chronischen Magenleiden, Blutverlusten und Schwächezuständen aller Art vorzüglich.

Liebe's Sagrada-Wein

LIEBE'S SAGRADA-TABLETTEN (mit Chocolate-Ueberzug).
Angenehme, sicher und mild abführende Verdauungsmittel.
Muster und ärztliche Berichte kostenfrei.
J. PAUL LIEBE. ★ Tetschen a. E.

NEUFRIEDENHEIM bei München.

Nervenheilanstalt mit zwei getrennten Abtheilungen.
1. Offene Abtheilung für Nervenranke. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.
Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigierende Arzt: **Dr. Ernet Rehm.**

ECHTER KEFIR LEHMANN'sche ANSTALT
Somatose-Kefir
WIEN, I., Lugeck 2. (Orendihaus.)

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 05978 2964

