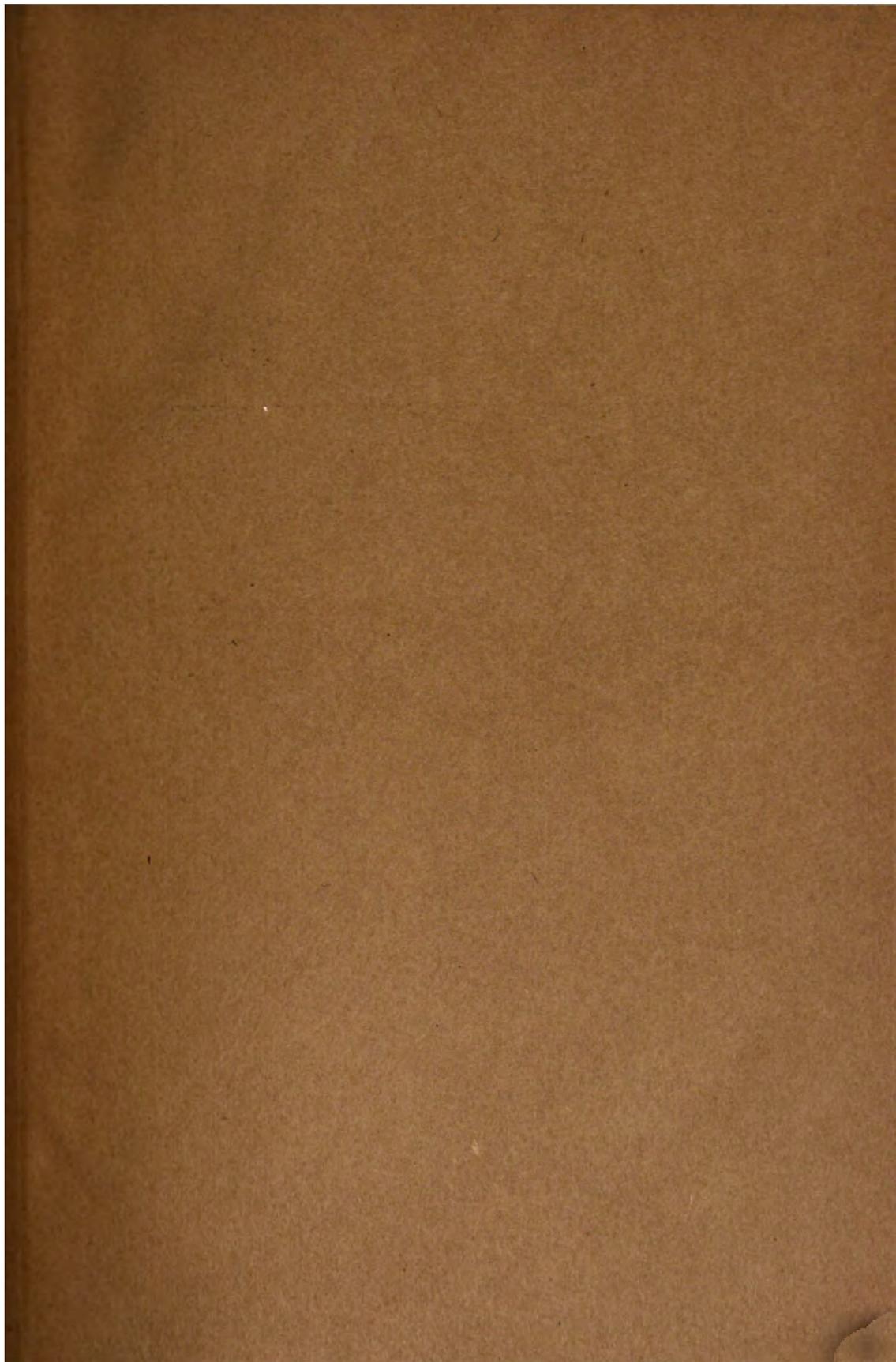
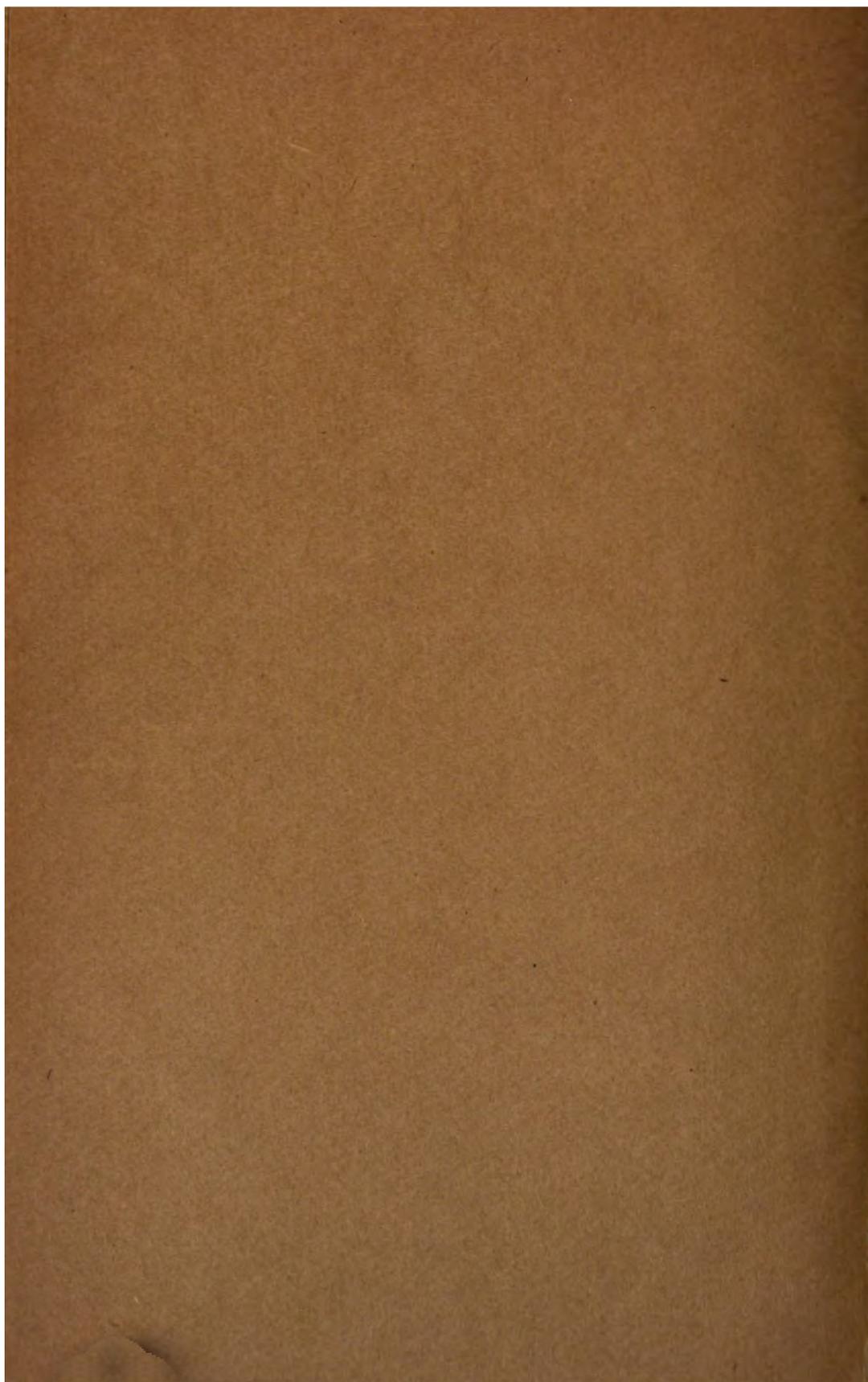


BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY.





E. H. B.
KATALOGUE
JANUAR 1903.
JUN 7 1903
J. F. B.

Heft 175 (Doppelheft).

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn †

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Unter- suchungsmethoden erkennen?

Praktische Fingerzeige für den Arzt.

Von

Prof. Dr. **Albert Rosenberg**, Berlin.

Mit 20 Abbildungen im Texte.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- u. Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

Preis: 1,20 Mark.

Ueber das Chinosol schreibt Dr. Franz Tripold, Abbazia: Das Chinosol hat vor anderen Antiseptics gewaltige Vortheile, wie Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit, resp. milden, geradezu angenehmen Geruch — nicht vergleichbar mit den unangenehmen Gerüchen von Carbol, Creosot und dessen Abkömmlingen, ferner die grosse Löslichkeit. An mir selbst hat die 1^o/₁₀₀ige Lösung bei einem heftigen acuten Nasencatarrh wesentlich lindernd und den Process abkürzend gewirkt. Ich legte mir nämlich nach vorausgegangener Cocainisirung der Nasenschleimhaut mit 5^o/₁₀₀ Cocainlösung Watte-Tampons (in 1^o/₁₀₀ wässrige Chinosol-Lösung getränkt) in die Nasengänge ein und verzeichne den Erfolg, dass

1. die sonst ungeheuer starke Absonderung wesentlich verringert wurde, dass
2. die Gesamtdauer des Schnupfens nur 2 Tage betrug, was bei mir sonst niemals der Fall war, dass
3. das Stadium der gelben, also eitrigen Secretion gänzlich ausblieb.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Soeben erschienen :

Fischer's Kalender für Mediciner.

Herausgegeben

von

Dr. A. Seidel.

Jahrgang XV: 1903.

Inhalt:

- I. Kalender für 1903.
- II. Post- und Telegraphengebühren.
- III. Notiz-Kalender.
- IV. Notizen und Original-Artikel:

	Seite
1. Arzneimittel, ihre Anwendung, Dosirung und Preise	1
2. Maximaldosen für Erwachsene	82
3. „ „ Kinder	83
4. Mittel zur subcutanen Injection	84
5. Medicinish-therapeutisches Taschenbuch	85
6. Formulare magistrales Berolinenses	147
7. Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte in Preussen	151

In Leinen gebunden: Preis 2 Mark.

1000
Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER
EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.
BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFERANT.

„Ichthyol“ Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ wird mit Erfolg angewandt: bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organen, bei Lungentuberkulose, bei Hals-, Nasen- und Augenleiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils infolge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, theils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

„Ichthyol“-Calcium, geruch- und geschmacklos, in Tabletten à 0,1 grm., kurzweg „Ichthyol“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten. Dosis: 2—9 Tabletten pro die.

„Ferrichthol“, „Ichthyol“-Eisen, geruch- und geschmacklos, in Tabletten à 0,1 grm., enth. 3 1/2 % organ. gebund. Eisen, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten. Dosis: 2—9 Tabletten pro die.

„Ichthoform“, „Ichthyol“-Formaldehyd (Thiohydrocarbürum sulfonicum formaldehydatum), vorzügliches Darm-Antiseptikum, angewandt:

bei Kindern: 0,25—0,50 grm. pro dosi, 3—4 × täglich, in Haferschleim oder Cacao,

bei Erwachsenen: 1—2 grm. pro dosi, 3—4 × täglich.

„Ichthargan“, „Ichthyol“-Silber (Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile), löslich in kaltem sowie warmem Wasser oder Glycerin, 30 % Ag. enthaltend, von hervorragender bactericider Kraft und Tiefenwirkung. Erfolgreich angewandt:

bei Gonorrhoe (Injectionen 1: 3000—500, Ausspülungen 1: 5000—2000 Aq. dest.)

bei Augenleiden (Pinselungen 1—3: 100, Waschungen 1: 1000 Aq. dest.)

325] bei Ozaena und Diphtherie (Pinselungen 0,5—2: 100 Aq. dest.)

Mit Literatur u. Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten gern zur Verfügung

die alleinigen Fabrikanten:

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes, Hermann & Co., Hamburg.

Farbenfabriken		
vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.		
322]	Abteilung für pharmaceutische Producte.	
	Mesotan	
Tannigen	<p>Neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affectionen (bes. Muskelrheumatismus, Lumbago) und zur Schmerzlinderung bei Gicht. Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos u. leicht resorbirbar. A n w. : mit Olivenöl gemischt, 3mal täglich leicht einzureiben.</p>	Creosotal
Salophen		Duotal
	Aristochin	
Trional	<p>Kohlensäureester des Chinins. Vollkommen geschmackfrei, vorzüglich resorbirbar, frei von den charakt. Nebenwirkungen der Chininsalze. Ind. : Fieberhafte Zustände bei Malaria, Typhus. — Influenza und andere Erkältungskrankheiten. — Pertussis. Dos. : 0,5—1,0 g. ein oder mehrmals täglich.</p>	Protargol
Salochinin		Somatose
Heroin. hydrochlor.	<p>Aspirin Antirheumaticum u. Analgeticum. Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm säuerlich schmeckend nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos. 1 g. 3 bis 5 mal täglich.</p>	Eisen-somatose
	<p>Agurin Theobrominpräparat. Neues Diureticum bei den meisten hydropischen Erscheinungen. Dos. : 0,5 bis 1 g ; pro die 3 g.</p>	

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammerbuchhändler
 in **BERLIN W. 35, Lützowstr. 10.**

Neu!

Neu!

Die Krankenpflege in der ärztlichen Praxis.

Von

Dr. med. **RICHARD ROSEN**

in Berlin.

Mit 73 Abbildungen.

Preis. geheftet 3,50 Mark.

Welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Untersuchungsmethoden erkennen?

Praktische Fingerzeige für den Arzt.

Von

Prof. Dr. Albert Rosenberg, Berlin.

Wir leben zwar in einer vorurteilslosen Zeit, aber es könnte doch jemand zu dem Vorwurf sich berechtigt glauben, dass ich mit dieser Arbeit einen unerlaubten, weil unwissenschaftlichen Weg einschlage. Ich bin aber überzeugt, dass ich diesen Vorwurf nicht verdiene, vielmehr im Dienste der Rhinologie arbeite. Dieser Artikel ist für den praktischen Arzt geschrieben, der sich mit der Untersuchung der Nase noch nicht beschäftigt hat, und soll ihm nicht nur einige praktische Winke zur Erkennung mancher Nasenkrankheiten geben, sondern auch gerade dadurch sein Interesse für dieselben überhaupt wachrufen resp. erhöhen, so dass er für ihr eingehenderes Studium gewonnen wird. Es ist meine feste Ueberzeugung, dass — von sehr seltenen Ausnahmen abgesehen — niemand die rhinoskopische Untersuchung und ihre Verwertung für die Praxis aus einem Buche erlernen wird; dazu gehört eine persönliche Unterweisung in einem Curse. Zu dieser wird sich aber der Arzt eher entschliessen, wenn sein Interesse für die Krankheiten der Nase erst einmal geweckt und er sich über die Wichtigkeit derselben und ihre Bedeutung für das Wohl und die Gesundheit seiner Patienten klar geworden ist. Ein typisches Beispiel dafür ist die Stellung der Kollegen gegenüber den adenoiden Vegetationen. Früher — noch vor kaum zehn Jahren — wurden sie von ihnen fast ignoriert, und

heute, nachdem immer und immer wieder von spezialistischer Seite auf die relativ leichte Erkennbarkeit derselben, sowie auf ihre Bedeutung für die Entstehung anderer Erkrankungen des Kindesalters aufmerksam gemacht worden ist, berücksichtigt sie jeder einigermaßen auf der Höhe des gegenwärtigen Wissens stehende Arzt nicht nur für seinen Heilplan, sondern er diagnostiziert sie auch mit grösster Wahrscheinlichkeit, selbst wenn er sich mit den technischen Untersuchungsmethoden nicht vertraut gemacht hat.

Da ohne eine rhinoskopische Untersuchung natürlich nur ein Teil der Nasenerkrankungen erkennbar ist und andere nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden können, musste ich von dem üblichen Einteilungsprinzip absehen; ich konnte keine systematische Sonderung des Stoffes vornehmen, glaube aber denselben dem Verständnis näher zu bringen, wenn ich, mich gewissermaßen auf den Standpunkt des praktischen Arztes stellend, folgende Einteilung vornehme:

I. Mit dem Auge unmittelbar wahrnehmbare Veränderungen

1. an der äusseren Nase,
 - a) Haut derselben und Naseneingang,
 - b) Formveränderung derselben.
2. am vorderen Teile des Naseninnern.

II. Mit anderen Sinnen wahrnehmbare Erkrankungen.

III. Aus subjektiven Symptomen erkennbare Erkrankungen.

Bevor ich nun an die Erörterung dieser Dinge gehe, scheint es mir zum Verständnis derselben beizutragen, wenn ich — allerdings in allergrösster Kürze — einige anatomische und physiologische Vorbemerkungen mache, die natürlich auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen, weil sie nur dem oben angegebenen Rahmen dieser Arbeit angepasst sind. —

Die Nasenhöhle, die, zwischen Schädelbasis, Augenhöhlen und Mundhöhle gelegen, nach aussen durch die Nasenlöcher, nach hinten in den Nasenrachen durch die Choanen sich öffnet,

ist durch die sehr selten ganz gerade in der Sagittalebene stehende Nasenscheidewand in zwei symmetrische Teile geteilt, so dass sie die mediale Wand jeder der beiden Höhlen darstellt. Die laterale Wand trägt die übereinander und je höher desto mehr nach hinten beginnenden sagittal verlaufenden lateralwärts eingerollten Knochenplatten, die, von Schleimhaut überzogen, zwischen sich und dieser mehr oder minder stark entwickeltes Schwellgewebe tragen — untere, mittlere und obere Nasenmuschel; jede derselben überdacht den ihr zugehörigen Nasengang. Mit der Haupthöhle der Nase kommunizieren durch relativ enge Ostien die divertikelartigen Ausstülpungen derselben — die Nebenhöhlen der Nase, von denen die Kieferhöhle, Stirnhöhle, vordere und mittlere Siebbeinzellen in den mittleren Nasengang münden, während mehrere — die hinteren — Siebbeinzellen mit einer oder mehreren Ostien in den oberen Nasengang münden; das ostium sphenoidale liegt an der hinteren Wand der Nasenhöhle, in der Höhe des recessus sphenothmoidalis, einer oberhalb der oberen Muschel sagittal verlaufenden Furche.

Der nach aussen gelegene Teil der lateralen Nasenwand trägt im Nasenflügel die cartilago lateralis, dessen oberer Rand einem innen gelegenen, mit dem ins Nasenloch eingeführten Finger fühlbaren Wulst — plica vestibuli — entspricht; unterhalb desselben befindet sich eine mit steifen Haaren — vibrissae — versehene Mulde. Die Vibrissae stehen schon im Naseneingang, zu dem das Innere der Nase soweit hinzugerechnet wird, als es mit Cutis bekleidet ist und dementsprechend verhorntes Epithel, Talgdrüsen und Haare trägt. Die mediale Wand, das Septum, besteht aus einem nach hinten gelegenen knöchernen Teile, der sich aus der lamina perpendicularis des Siebbeins, dem Vomer und den spinae nasales zusammensetzt, einem davor gelegenen knorpeligen Teile — cartilago quadrangularis und die umgebogenen Stücke beider Nasenflügelknorpel — und dem zu äusserst liegenden häutigen Teil.

Die obere Wand wird hinten z. T. vom Keilbein, das gleichzeitig mit seinem Körper die nur oben bestehende hintere Wand darstellt, von der lamina cribrosa des Siebbeins und von den den oberen Teil des Nasenrückens bildenden Nasenbeinen formirt, die ihrerseits nach unten mit der apertura piriformis enden. Der Nasen-

boden wird vorne von der horizontalen Platte des Oberkiefers und hinten zu einem kleinen Teile von der des Gaumenbeins gebildet. —

Ein Endast der *a. maxill. int.*, die *a. sphenopalatin.*, giebt für die Nase zwei Aeste ab, von denen die *a. nasal. post.* den grössten Teil der lateralen Wand, während die *a. nasopalatina* die obere Muschel, die Keilbeinhöhle und den grössten Teil des *septum* versorgt. Sein oberer Teil sowie der der seitlichen Nasenwand und die Siebbeinzellen beziehen ihr Blut aus den *aa. ethmoidales*, die ihrerseits sich von der *a. ophthalmica* abzweigen. Alle diese Arterien anastomisieren untereinander und mit der *a. nasal. extern.* (*a. d. maxill. ext.*), der *a. septi narium* (*a. d. maxill. ext.*), den *aa. ophthalmic.* (*a. d. carot. int.*), *angularis* (*a. d. maxill. ext.*), *infraorbit.* (*a. d. maxill. int.*) und der *a. palat. descend.* (*a. d. maxill. int.*).

Die Venengeflechte sind sehr zahlreich; es sei nur erwähnt, dass sie ihr Blut abgeben z. T. an die *v. facial. ant.*, die Venen der *dura mater* und *pia*, die des Schlundkopfes, *v. max. int.*, *ophthalm.* und *infraorbit.*; besonders wichtig ist die Communication mit den Hirnhäuten, die die Fortleitung entzündlicher Prozesse von der Nasenschleimhaut auf jene begünstigen können.

Aus einem sehr dichten Lymphgefässnetz ergiesst sich die Lymphe nach dem Gaumen und Rachen — *glandulae facial. profund.*, *cervical. prof. sup.* und *inferior.*; in den perineuralen Saftbahnen geht der Strom hirnwärts, so dass er unter Umständen eine Entzündung nach den Hirnhäuten fortschleppen kann.

Die Nerven der Nase sind der Riechnerv, *n. olfactorius*, dessen *fila* durch die Löcher der *lamina cribrosa* treten und sich in der Schleimhaut der oberen und mittleren Muschel resp. dem oberen Teil des *Septum* verzweigen — *regio olfactoria*.

Der sensible Nerv ist der *Trigeminus*; sympathische Nervenfasern, die vasomotorischen und sekretorischen Funktionen vorstehen, enthält die Nase aus dem *gangl. sphenopalatinum*. —

In physiologischer Beziehung ist die Nase zu berücksichtigen als Athmungsorgan, als Geruchsorgan und als Teil des Sprachapparats. Der Inspirationsstrom geht durch die Nase nach aufwärts, läuft unter dem Dache der Nasenhöhle entlang, um bogenförmig nach hinten abzufallen; die umgekehrte Richtung schlägt der Expirationsstrom ein. Auf diesem Wege, auf dem die Einatmungsluft

eine mit zahlreichen schleimhautbekleideten Buchten versehene Höhle passiert, wird sie bedeutend erwärmt (z. B. bei einer Aussen-temperatur von 15° auf 27,2° C.) und durch Verdunstung des Nasenschleims fast vollkommen mit Wasserdampf gesättigt. Rechnet man dazu, dass durch die Vibrissae und die feuchten gewundenen Kanäle des Naseninnern ein grosser Teil des Luftstaubes zurückgehalten wird, so ist die Bedeutung der Nasenatmung für die Herstellung der Zuträglichkeit der Luft klar; sie ist nunmehr ihrer irritierenden Eigenschaften beraubt und geeignet für die reizlose Aufnahme in die tieferen Luftwege. Weiter sorgen gewisse Empfindungen und Reflexe dafür, dass wir durch Anhalten des Atems, Schnauben, Räuspern oder vermehrte Absonderung schädliche Beimengungen der Einatemluft übelriechende und reizende Gase u. a. fernhalten resp. wieder eliminieren.

Das Geruchsvermögen giebt uns nicht nur die Fähigkeit, verschieden riechende Stoffe zu erkennen und zu unterscheiden und uns eventuell gegen die schädlichen und übelriechenden zu schützen, sondern es ist — wenn ich mich so ausdrücken darf — ein wichtiger Bestandteil des Geschmacks im weiteren Sinne des Wortes; denn das Aroma unserer Nahrung schmecken wir nicht, sondern nehmen wir durch die Nase wahr; schalten wir z. B. den Geruch künstlich aus, oder im Fall einer Anosmie geht der sog. aromatische Geschmack, der Wohlgeschmack, verloren.

In Bezug auf die Sprache ist die Nase insofern von Bedeutung, als sie bei den sog. nasalierten Lauten als Resonator dient; bei der Bildung der Nasenlaute entweicht die Luft durch die Nase, nicht aber bei den übrigen Lauten.

I.

1. a) **Krankhafte Veränderungen an der äusseren Haut der Nase und des Naseneinganges.**

Alle Erkrankungen, die sich überhaupt an der äusseren Haut finden wie Herpes, Psoriasis, Lupus, Syphilis u. a. lokalisieren sich natürlich auch gelegentlich auf der Haut der Nase und zeigen hier ebenfalls die ihnen charakteristischen Erscheinungen.

Einer Erkrankung aber muss ich besonders gedenken, weil sie sich in ihrer Eigenart nur an der Nase findet und dieser ein ebenso

unförmliches wie charakteristisches Aussehen verleiht, das ist das *Rhinophyma* (s. Fig. 1). Es ist eine Krankheitsform, deren wesentliche Momente in einer Erweiterung und Neubildung von Gefässen, Bindegewebsneubildung und Drüsenhypertrophie sind. Die Gefäss-

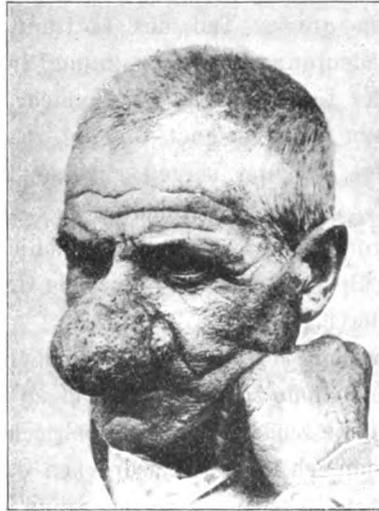


Fig. 1. Rhinophym.
(Aus Neisser's stereoskop. Atlas.)

erweiterung verursacht eine Hyperämie, deren nutritive Störungen sich in Verhornung der Epidermis und Hypersecretion äussern. Dementsprechend zeigt sich die Nase bläulich rot, zu einem grossen Klumpen verwandelt, der sich aus meist rundlichen neben- und übereinander liegenden lappigen, weich elastischen Auswüchsen zusammensetzt und von feineren oder dickeren Gefässen durchzogen und oft von Acnepusteln und Comedonen besetzt ist, so dass der Träger einer solchen »Pfundnase« dem Spotte seiner Mitmenschen ausgesetzt ist.¹⁾

Das Rhinophym stellt nun eigentlich nichts anderes dar, als den höchsten Grad einer *Acne rosacea*, die sich durch Bildung roter Flecken und weicher roter Knötchen oder Knoten auszeichnet, während die *Acne vulgaris*, die sich oft in bestimmten Intervallen bei

¹⁾ Auffallend ist, dass ein Ghirlandajo, der Lehrer eines Michelangelo's, es nicht verschmähte, auf einem (im Louvre befindlichen) Gemälde die Elephantiasis der Nase darzustellen.

derselben Person, recht häufig um die Pubertätszeit und besonders bei Individuen mit starker Sekretion der Talgdrüsen findet, auch nach Jod- und Bromgebrauch auftritt, kleinere rote rundliche schmerzhafte Knoten bildet, in deren Mitte man einen schwarzen Comedokopf oder eine Pustel sieht. Es sind einige wenige Fälle in der Literatur niedergelegt, in denen von einer Acnepustel aus eine letal verlaufende Infektion ausging. —

Das Eczema introitus nasi ist nur eine Teilerscheinung eines allgemeinen Eczems oder auf den Naseneingang beschränkt; im letzteren Falle ist es oft entstanden durch Reizung seiner Haut seitens des aus der Nase ausfließenden Sekrets bei akutem Schnupfen, Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen u. s. w. Eine sehr häufige allgemeine Ursache ist die Skrophulose, für die ja als ein charakteristisches Zeichen auch die Verdickung und Formveränderung der Ränder des Nasenloches sowie die Verdickung und Verlängerung der Oberlippe gilt, Veränderungen, die bedingt sind durch Vermehrung und Erweiterung der Lymphgefäße.

Das akute Eczem zeichnet sich durch eine Rötung und Excoriation aus, zu denen in ausgesprochenen, schwereren Fällen eine manchmal recht lebhaftige Borkenbildung sich hinzugesellt; nach der Entfernung der Krusten sieht man eine gerötete nässende, oft rissige Haut, die bei Berührung schmerzhaft ist.

Das chronische Eczem findet sich häufiger als das akute bei erwachsenen Personen und verdankt seine Entstehung denselben Ursachen wie dieses; es kommen aber auch nicht selten berufliche Schädlichkeiten, wie Einatmung von Staub, dem die verschiedensten Bestandteile, z. B. in Metall- u. a. Fabriken, beigemischt sind, reizende Gase u. a., in Frage. Die Haut des Naseneinganges ist dabei rot, rissig und mit wenig festhaftenden Borken bedeckt. In Folge des dabei bestehenden Juckreizes kratzen sich die Patienten oft mit dem Nagel am Naseneingange und rufen so einerseits an der Nasenscheidewand eine varicenartige Erweiterung ihrer Venen und dadurch eine Neigung zu Nasenbluten hervor, andererseits können durch den Finger in die Risse und Schründen leicht Infektionsträger gebracht werden; und in der That nimmt das Erysipelas faciei zumeist seinen Ausgang vom Introitus narium; dieser ist auch für das habituelle Gesichtserysipel fast immer der Ausgangspunkt.

Die Sycosis, vorzugsweise eine Erkrankung der erwachsenen männlichen Personen ist eine durch Eitercoccen erzeugte Entzündung der Haarbälge, und dementsprechend sieht man aus der mit rotem Hofe umgebenen Eiterpustel das Haar herausragen; es kommt auch zu ausgebreiteten entzündlichen Infiltrationen mit Eiterung und Krustenbildung.

Der Furunkel, der nicht selten auf dem Boden einer der soeben genannten Krankheiten entsteht, entwickelt sich als entzündlicher ziemlich harter Knoten, in dessen Mitte eine Gewebnekrose entsteht; ehe der Propf sich ausstösst, macht sich eine umschriebene Härte und Schmerzhaftigkeit bemerkbar, die bei der Sondierung oder Palpation als der eigentliche Sitz der Krankheit erkannt wird.

Am Naseneingange, insbesondere am Septum, lokalisiert sich nun ferner relativ häufig der Lupus und die Tuberkulose, wohin



Fig. 2. Zerstörung der Nase durch Lupus.

sie oft durch den Finger oder Tücher u. s. w. übertragen werden, selten die Lues; in der Fig. 14 sehen wir zwar eine syphilitische Zerstörung des untersten Teiles der Nasenscheidenwand, es ist das aber ein immerhin nicht gewöhnliches Ereignis.

Beim Lupus, der, wie gesagt, zuvörderst fast immer am Nasen-

eingange sich vorfindet, sehen wir granulationsartige, dicht aneinanderstehende über das Niveau der Umgebung etwas prominierende rötliche Hervorragungen, die oft mit Krusten bedeckt sind, so dass erst nach deren Entfernung die eigentliche Erkrankung zu Gesicht kommt, resp., wenn man die Reinigung des Naseneinganges unterlässt, man sich leicht ein Eczem vortäuschen lassen kann. Später kommt es auch zu Geschwürsbildung und damit auch einmal zur Perforation des Septum, in deren Umgebung aber sich immer noch Lupusknötchen vorfinden, und zu mehr oder minder weitgehenden Zerstörung der Nase (s. Fig. 2).

Ein sehr ähnliches Bild giebt oft die Tuberkulose des Naseneinganges, nur pflegen bei ihr die Ulcerationen vorzuherrschen, die flach, sinuös sind, einen speckigen Grund und mit Granulationen besetzten Rand haben (s. Fig. 3). Die Infiltration der Umgebung kann geschwürig zerfallen und, wenn auch seltener wie beim Lupus, zu ausgedehnterer Zerstörung der Nase führen (Fig. 4). In dem



Fig. 3. Tuberkulose des Naseneinganges;
oben Infiltration, unten Ulceration
(nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten).



Fig. 4. Tuberkulose im vestibulum nasi:
Ulcus der ganzen unteren Nasenhöhle,
die vollkommen zerstört ist
(nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten).

aus dem Geschwürsgrund entnommenen Sekret kann man gewöhnlich Tuberkelbazillen nachweisen. Durch die auf die untere Nasenschmelze fortgepflanzte oder an ihr hervorgerufene entzündliche Infiltration kann es zu einer Verlegung des hier mündenden Thränennasenkanals oder zu einer Fortpflanzung der Entzündung auf die Conjunctiva kommen.

1. b) Formveränderungen der Nase.

Es sei, wengleich nicht streng in dieses Kapitel gehörig, aber sonst schwer einzureihend, des »Ansaugens der Nasenflügel« gedacht. Bei der Inspiration nämlich werden dieselben unter normalen Verhältnissen durch ihre Muskeln unterstützt oder vielmehr befähigt dem Luftdruck, der ja in der Einatmungsphase im Innern der Nase geringer ist als der äussere, Widerstand zu leisten und nicht einzusinken. Diese Muskeln nun können durch lange Unthätigkeit, zu der sie z. B. bei Mundatmern verurteilt sind, atrophiren, so dass selbst nach Beseitigung der die Nase stenosirenden Erkrankung bei ihnen die Nasenatmung nicht ordentlich von Statten geht, weil bei der Inspiration die Nasenflügel eingedrückt werden. Es entsteht so ein Atemhindernis, besonders, wenn z. B. beim Treppen- und Bergsteigen höhere Ansprüche an die Respiration gestellt werden.

Was die eigentlichen Formveränderungen betrifft, so kann hier natürlich nicht von den verschiedenen in der physiologischen Breite liegenden Variationen, der Stumpfnase, Stülpnase, Habichtsnase oder der schiefen Nase die Rede sein, welche letztere in geringem Grade sich ja so oft findet, dass es kaum auffällt; weicht doch selbst die Nase bei der Statue der Venus von Milo um 7 mm nach links ab. Nebenbei sei erwähnt, dass bei Cretins und Mikromelen die Nasenwurzel gewöhnlich eingesunken ist und besonders bei den ersteren der eigentliche Körper der Nase gross und die Nasenflügel aufgeworfen sind, so dass man in die Nasenlöcher hineinsehen kann.¹⁾

Auch kann ich die angeborenen Missbildungen schnell erledigen, die sich vorzugsweise nur auf einen mehr oder minder vollkommenen Verschluss der Nasenöffnungen beziehen. Während derselbe an einer, seltener an beiden Choanen häufiger beobachtet worden ist, ist dies Ereignis für die Nasenlöcher ungeheuer selten. Einige Male hat man Zähne in umgekehrter Richtung in die Nase hineinwachsen sehen, so dass die Wurzel

¹⁾ Bei Ohnmacht oder in der Agone spricht man von einer »spitzen Nase«; diese allgemein bekannte Veränderung der Nase oder vielleicht richtiger des Gesichts, ist natürlich auch schon von Hippokrates erwähnt. »Das sicherste Kennzeichen des Todes«, sagt er, »giebt das Aussehen der Augen und der Nase.« Auch die häufig während der Gravidität beobachtete Formveränderung der Nase, Anschwellung derselben u. s. w. ist ja allgemein bekannt.

im Knochen sass und die Krone in die Nasenhöhle hineinragte. Ferner ist beobachtet worden das Fehlen der Nase — Arrhinie —, die Rüsselbildung — kurzer fleischiger Stummel ohne knöcherne Grundlage — die gespaltene Nase, bei der entweder in der Medianlinie oder seitlich sich eine Spalte zeigt. Eine häufige Formveränderung ist die schiefe Nase. Sie ist entweder in dem Sinne schief, dass sie von der Wurzel bis zur Spitze in einem Winkel zur Medianlinie verläuft, in sich also gerade ist und nur eine schiefe Richtung annimmt, oder aber sie macht, gewöhnlich an der Grenze des knöchernen zum knorpligen Teile, eine Knickung, skoliotische Nase.



Fig. 5. Skoliosis der
äusseren Nase nach links
in Folge Bruchs der
cartil. quadrang. und der
Nasenbeine
(nach Krieg: Atlas der
Nasenkrankheiten).

Uns beschäftigen hier nur diejenigen schiefen Nasen, die durch eine Deviation des Septum veranlasst sind, denn nur diese sind es, bei denen es zur Verengung der Nase kommt, während diejenigen ohne Schiefstand der Nasenscheidewand mehr den Anatomen, Ästhetiker oder Physiognomiker interessieren.

Nun steht zwar das Septum narium sehr häufig, wenn nicht zumeist, etwas schief, weicht bald nach rechts, bald nach links oder in seinen verschiedenen Teilen beiderseitig von der medialen Sagittalebene ab, aber diese Abweichung muss schon eine erheblichere sein, um eine schiefe Nase (s. Fig. 5) und eine dadurch hervorgerufene Verengung einer oder beider Seiten derselben zu machen. Die Konvexität des nach einer Seite ausgebogenen Septum trägt nun nicht selten noch eine Leiste — crista —, so dass dadurch die betreffende Nasenseite noch mehr verengt wird.

Bezieht sich die Verbiegung ausschliesslich oder vorzugsweise auf den vorderen knorpligen Teil, so verliert der untere Teil des Nasenrückens gewissermassen die ihn formierende Stütze und verändert seine Form. Bei geradem knorpligen Septum ist derselbe schmal und gut profiliert, entsprechend der scharfen oberen Kante des Septum, wird dieses aber winklich abgebogen, so wird diese Kante, auf den Nasenrücken projiziert, zu einer Fläche und dementsprechend wird dieser breit und ausdruckslos (s. Fig. 6). Eine im vordersten Teile verbogene Nasenscheidewand kann man schon

erkennen, wenn man mit dem Finger die Nasenspitze aufstülpt und mittelst eines Reflektors das Naseninnere beleuchtet (s. Fig. 7).



Fig. 6. Schiefe und breite Nase in Folge einer Diviation der Nasenseidewand.

Natürlich kann ich hier nicht auf die verschiedenen Formen der Deviationen eingehen, da zu ihrer Erkennung eine rhinoskopische Untersuchung notwendig ist.



Fig. 7. Knickung des Septumknorpels und crista septi links.
(nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten.)



Fig. 8: Vorwölbung der linken Hälfte des Nasenrückens durch Polypen.
(nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten).

Der obere knöcherner Teil des Nasenrückens kann nun ebenfalls verbreitert werden und zwar durch verschiedene Prozesse.

Schon die gewöhnlichen Nasenpolypen, wenn sie im oberen Teile der Nase ihren Sitz haben und bei schnellem Wachstum keinen Platz in dem engen Raume zu ihrer Entwicklung haben, drängen

manchmal das Nasenbein der betreffenden Seite (s. Fig. 8), oder, sitzen sie in beiden Nasenhöhlen, beide Nasenbeine nach aussen, so dass dadurch eine Verunstaltung, eine Verbreiterung des Nasenrückens im oberen Teile eintritt. Noch häufiger und schneller geschieht dies durch maligne Tumoren, das Sarkom und Karzinom (s. Fig. 19). Schliesslich kann eine syphilitische Periostitis eine solche Auftreibung der Nasenbeine verursachen — und das ist kein seltenes Ereignis —, dass der Nasenrücken daselbst verbreitert und abgeflacht (s. Fig. 9) erscheint, weil der Winkel, unter dem diese Knochen zusammensetzen, grösser geworden ist.



Fig. 9. Auftreibung der Nase durch syphilitische Periostitis.

Auch bei der Lepra, bei der sich schon sehr früh Verdickungen und Knoten an der Nasenwurzel einstellen, verbreitert sich der Nasenrücken und geht oft ohne deutliche Niveauveränderung in die Wangen über. Die Nasenspitze schwillt dabei nicht selten zu einer höckerigen Kugel an, neben der sich durch tiefe Furchen getrennt die Nasenflügel als selbständige Geschwülste erheben. Die Haut der Nase ist anfangs lebhaft rot, später rotbraun und glänzend; weiterhin wird sie fahl und glanzlos und schliesslich kupferbraun bis schwarz. Dann treten Rhagaden und Geschwüre auf, und die Epidermis schilfert sich in weissen Schuppen ab. Durch Rückbildung der Knoten entstehen strahlige Narben.

Schliesslich ist noch zu erwähnen die eingesunkene Nase. Wie schon gesagt, kann hier nicht die Rede sein von jenen angeborenen flachen Nasen, deren Rücken wenig oder auch garnicht über das Niveau der Umgebung hervorragen und dem Gesichte einen eigentümlichen hässlichen, entstellenden Ausdruck verleihen können; sie sind ja nicht das Resultat einer pathologischen Veränderung sondern mehr der Laune der Natur, oder höchstens verdanken sie einer intrauterinen Störung ihre Entstehung. Vielmehr sprechen wir hier nur von solchen eingesunkenen Nasen, die erst während des Lebens diese Form erhalten haben. Sie entstehen relativ selten durch ein Trauma, das schon ein sehr heftiges sein muss, um die knöchernen Stützen des oberen Teils des Nasenrückens zu zertrümmern. Zwei klassische Beispiele könnte ich dafür anführen; einmal die bekannte aus dem Altertum stammende Figur des sog. Faustkämpfers, der, in sitzender Stellung vom Kampfe ausruhend, sich verschnauft und wegen seiner eingeschlagenen und dadurch undurchgängigen Nase durch den Mund atmet, und dann Michelangelo, dem sein Studiengenosse Torrigiani, wie er sich ausdrückte, »so heftig auf die Nase schlug, dass ich Knochen und Knorpel so mürbe fühlte, als wenn es eine Oblate gewesen wäre und so habe ich ihn für sein ganzes Leben gezeichnet«. In der That! Und dieses das Gesicht des Meisters entstellende Ereignis hat nicht wenig beigetragen zu dem traurigen und verbitterten Grundton seiner Gemütsstimmung¹⁾.

In diesen traumatischen Fällen, in denen es zu Frakturierungen und Verschiebungen der Nasenscheidenwand oder auch der Nasenbeine kommt, entsteht natürlich eine Verlegung der Passage und eine Stenosierung der Nase.

Das ist aber gewöhnlich nicht der Fall bei der sog. Sattelnase (s. Fig. 10), die ja als Zeichen späterer Stadien der Syphilis bekannt ist. Wird das knöcherne Septum zum grösseren Teil, besonders in der Nähe des Nasenrückens oder ganz durch die der syphilitischen Ulceration folgende Caries und Nekrose zerstört und damit die Stütze des Nasenrückens entfernt, so sinkt derselbe fast regelmässig

¹⁾ Wie verschieden der Geschmack ist, zeigt die Sitte der Hottentottinnen, die bei ihren Kindern durch Walken und Kneten die Nasen recht platt zu machen trachten.

ein, und es entsteht die Sattelnase. Nicht immer kommt es bei der syphilitischen Zerstörung der Knochen des Naseninneren zu einer typischen Sattelnase, bei der der knöcherne Teil des Nasenrückens



Fig. 10. Sattelnase, grosser Defekt des Septum, links lineare Narbe.
(Nach Gerber: Atlas d. Krankheiten d. Nase u. s. w.)

fast ganz oder ganz bis zum Niveau des Gesichts einsinkt. Sie unterscheidet sich dadurch wesentlich von der Stumpfnase. Während diese dem Gesicht einen mehr harmlosen Ausdruck verleiht, sieht das des Syphilitikers eher abstossend, selbst frech aus, so dass Cicero



Fig. 11. Lorgnennase (nach Gerber: Atlas
d. Krankh. d. Nase u. s. w.).



Fig. 12. Lorgnennase
im Profil.

von Catilinas eingesunkener Nase als einem »signum impudentiae et capacitatis« sprechen konnte. Manchmal erscheint bei dieser syphilitischen Zerstörung der vordere Teil der Nase wie in den

hinteren Teil hingeschoben — nez en lorgnette [Fournier]. In hochgradigen Fällen (Fig. 11 und 12) ist die knorpelige Nase in die apertura piriformis zurückgesunken, die sich durch eine tiefe, von einer Nasolabialfalte zur andern ziehende Furche markiert. Durch Zug an der Nasenspitze kann die Nase wieder mehr oder minder in ihre normale Lage gebracht werden. Der Nasenrücken



Fig. 13. Lorgnettennase.
(Aus Gerber: Spätformen der Syphilis in in den oberen Luftwegen.)

kann aber auch im vorderen knorpeligen Teil einsinken, so dass die Nasenspitze sich gegen den deutlich und scharf aus dem Gesicht

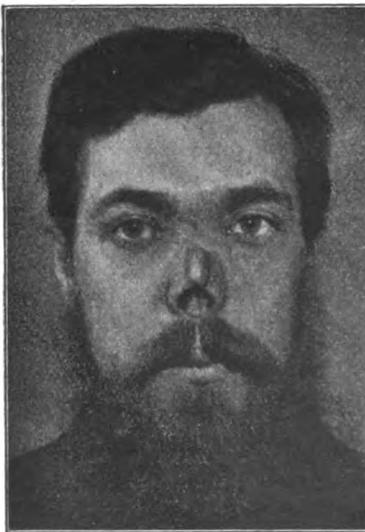


Fig. 14. Sattelnase mit fehlendem Septum nach Lues. (Nach Neisser's stereoskop. Atlas.)



Fig. 15. Sattelnase; Verschluss des rechten Nasenlochs. (Nach Neisser's stereoskop. Atlas.)

heraustretenden Nasenrücken in einem scharfen Winkel absetzt (s. Fig. 13), die Nase sieht dann an der betreffenden Stelle wie eingeknickt aus gegenüber der sog. Stumpfnase, deren Profil bogenförmig ist. Diese Veränderung der Form des Nasenrückens kann auch durch Syphilis entstehen, wenn sie eine Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand setzt, aber nur dann, wenn diese unmittelbar unter dem Nasenrücken sich befindet, also das Loch im Septum keine obere Umrahmung mehr zeigt. Eine solche Zerstörung der Scheidewand kann aber auch durch eine andere Ursache hervorgerufen werden, z. B. wenn sich einem traumatischen Septumabscess (s. dort), wie ich dies öfter gesehen, eine nekrotisierende Chondritis anschliesst. Es kann schliesslich auch zu einem totalen Verlust der Nasenscheidewand kommen (Fig. 14).

Auch einer oder beide Nasenflügel können durch syphilitische Zerstörung ihrer Knorpel zum Einsinken gebracht werden, so dass es zu einer Verengerung des Nasenlochs kommt (Fig. 15).

2. Erkrankungen am vorderen Teil des Naseninnern.

Wir kommen nun zu den im vorderen Teile des Naseninneren, besonders an der Nasenscheidewand sich abspielenden krankhaften Prozessen, die wir gewöhnlich oder recht häufig schon erkennen können, wenn wir z. B. mit dem linken Daumen die Nasenspitze emporrichten und mittelst des Reflektors das Naseninnere beleuchten. Hierher gehört die Epistaxis, das Nasenbluten, von dem es ja bekannt ist, dass es oft bei Erkrankungen der Gefässe und Veränderung der Blutmischung und des Blutdrucks, Arteriosklerose, Leukämie, Hämophilie, Purpura, Skorbut, bei Infektionskrankheiten, Bright'scher Nierenkrankheit, Vitium cordis, Leberkrankheiten, Echauffement, starkem Niesen und aus mancherlei anderen Ursachen, z. B. auch zur Zeit der Menstruation oder selbst als vicariierende Menstruation vorkommt und so abundant werden kann, dass schwere Anämieen resultieren können — in einigen Fällen finden wir sogar letalen Ausgang verzeichnet. Wir sind aber in der Lage, die Blutung bald zu stillen, wenn wir wissen, wo sich der Ort derselben befindet, und diese Stelle ist fast immer, zum mindesten in den meisten Fällen, der vordere Teil des von Schleimhaut bekleideten Septum, den wir bei aufgehobener Nasenspitze und schräger Beleuchtung

daran erkennen, dass daselbst sich Blutkrusten, frisches Blut oder aber erweiterte Venen (s. Fig. 16) befinden, aus denen es



Fig. 16. Erweiterte Venen rechts vorne an der Septumschleimhaut.

gewöhnlich, wenn wir einige Male darüber hingewischt haben, blutet. Es ist dies eine Stelle, die bei dem selbst in der civilisierten Gesellschaft verbreiteten Bohren und Kratzen mit dem Finger in der Nase, besonders bei juckenden Eczemen des Naseneinganges, von dem Fingernagel getroffen und verletzt wird, ein Zusammenhang, den schon Valsalva kannte. Als er in einem Falle von Nasenbluten, das von den Aerzten nicht geheilt werden konnte, consultiert wurde, so erzählt Morgagni in seiner Epistola XIV, konnte er bald helfen, da er aus Erfahrung am Sectionstisch wusste, dass die genannte Stelle der Nasenscheidewand oft der Sitz angeschwollener Blutgefäße ist; itaque eam sedem immisso digito pressit et continuus sanguis fluere desiit sic, ut neque ad fauces quidquam sanguinis deflueret. In der That genügt oft die Compression mittelst steriler oder 20 % Ferripyridin-Watte oder Gaze resp. spätere Verätzung dieser Stelle, um die Blutung bald resp. dauernd zum Stehen zu bringen. Ich hebe dies besonders hervor, weil ich oft gesehen habe, dass die Kollegen in schwereren Fällen von Nasenblutung gerne Liq. ferri-Watte verwenden, die das Operationsfeld ätzt und unübersichtlich macht und nach deren Entfernung es leicht wieder blutet, oder gar neben der vorderen oder selbst ohne diese die hintere Tamponade mit dem Belloc'schen Röhrchen machen — ein unzweckmässiges und oft gefährliches Vorgehen, denn einmal kann man, wie gesagt, die Blutung gewöhnlich viel einfacher zum Stehen bringen und andererseits folgt der hinteren Tamponade nicht selten eine Otitis media —. Die durch das Kratzen am Septum entstandene Erosion wird durch Implantation von Staphylococccen und Streptococccen seitens des Fingers zu einem Geschwür, das die Nasenscheidewand perforieren kann. Dieses Loch kann man bei der oben angegebenen Art der Untersuchung meist sehen, resp. man bemerkt den Schein es in das eine Nasenloch schräg geworfenen Lichtes auf der anderen Seite, weil natürlich die Perforation dasselbe wie ein Fenster durchlässt.

An dieser selben Stelle nun finden sich gelegentlich Geschwülste verschiedener Zusammensetzung, die bei Berührung oder beim Schnutzen oder auch spontan leicht bluten — der sog. blutende Polyp der Nasenscheidewand, eine meist ganz kurze und dünn gestielte Geschwulst.

Die Bekanntschaft mit dieser Tumorart ist um so wichtiger, als die Coincidenz einer Geschwulst in der Nase mit Nasenbluten zu der Annahme verführen könnte, es handele sich um einen malignen Nasentumor, der ja sehr zu Blutungen neigt. —

In parenthesis sei bemerkt, dass das Rhinosclerom runde oder lappige breitaufsitzende, rötliche Wülste am Boden des Nasenvorhofes, den anliegenden Teilen des septum membranaceum und des Nasenflügels bildet, so dass die Nasenlöcher durch sie ausgefüllt werden können.

Beim Aufrichten der Nasenspitze und Beleuchten des Naseneinganges kann man nun weiterhin eine oft falsch gedeutete und doch, wenn man mit einiger Ueberlegung vorgeht, leicht erkennbare Erkrankung diagnostizieren — das Hämatom resp. den Abscess der Nasenscheidenwand. Diese, gewöhnlich durch ein den Knorpel treffendes und zerbrechendes Trauma hervorgerufene Veränderung lässt fast immer auf beiden Seiten der Nasenscheidenwand eine rote rundliche, sehr oft die Nase ganz verlegende Geschwulst (s. Fig. 17) erscheinen, die bei Berührung sich weich und teigig anfühlen; die Flüssigkeit der einen Anschwellung lässt sich gewöhnlich — eben durch die Bruchstelle des Knorpels — auf die andere Seite herüberdrängen, sie kommunizieren beide mit einander. Es genügte schon dies eine Moment, um sie von Polypen,

mit denen ich sie oft habe verwechselt sehen, zu unterscheiden; fühlt man dann aber auch noch mit einer Sonde zu, so konstatiert man, dass ihre Basis am Septum liegt, während sie nach aussen hin, nach dem Nasenflügel zu zu umgreifen sind.

Hat das Hämatom einige Tage bestanden, so entwickelt sich daraus ein Abscess, was um so leichter möglich, als an dieser Stelle der Nase von einer ausgesprochenen Unterscheidung des Perichondriums und der Schleimhaut kaum



Fig. 17. Doppelseitiger Septumabscess.
(Nach Gerber: Atlas d. Krankh.
d. Nase u. s. w.)

die Rede ist, da diese dem Knorpel ganz fest anliegt. Es stellen sich nunmehr grosse Schmerzen an der Nase ein und — wenigstens bei Kindern, um die es sich meist handelt — auch Temperatursteigerung. Wird der Abscess nicht frühzeitig incidiert, so entsteht eine Knorpelnekrose und eine dadurch hervorgerufene Perforation der Nasenscheidewand, die ihrerseits zu einem leichten Einsinken des Nasenrückens unmittelbar oberhalb der Spitze Veranlassung werden kann.

Was nun schliesslich die Geschwülste der Nase betrifft, so habe ich schon erwähnt, dass die gutartigen, zu denen im wesentlichen die sog. Nasenpolypen gehören, gelegentlich, die bösartigen häufiger eine Auftreibung einer oder beider Seiten der Nase sowohl in ihrem oberen als auch im unteren Teile je nach ihrem Sitze verursachen können. Manchmal aber sieht man auch mit der schon mehrfach angegebenen Methode die Tumoren direkt, eben dann, wenn sie genügend weit herunterreichen, um von den in die Nase einfallenden Lichtstrahlen getroffen zu werden. Man erkennt dann die gutartigen Polypen an ihrer glatten Oberfläche, dem glasig durchscheinenden Aussehen, der länglich runden Form und ihrer grauen Farbe. Es ist aber zu berücksichtigen, dass, wenn sie sich dem Nasenloche nähern oder gar in dasselbe hineinhängen, dieselbe gewöhnlich einer mehr rötlichen Platz macht; gleichzeitig verliert die Geschwulst dabei wegen der Epidermisierung ihrer Oberfläche ihren feuchten weichen Glanz, wird mehr trocken und derbe. Auf ihre Symptome komme ich noch zu sprechen (S. 27).

Ausserdem finden sich gelegentlich am Naseneingange weiche Papillome oder harte Warzen und Cysten, an der äusseren Nase Atherome, selten sind Osteome und Chondrome, die von verschiedenen Stellen des Knochens resp. Knorpels der Nase ihren Ursprung nehmen können.

Die malignen Tumoren können wenn auch selten an der Nasenscheidewand vorkommen, wo sie — es handelt sich fast immer um Sarkome — mit tuberkulösen Geschwülsten, die hier ebenfalls und zwar häufiger beobachtet worden sind, verwechselt werden können; sie finden sich im Gegensatz zu letzteren meist im vorgerückteren Alter, sind gewöhnlich breitbasig, heller rot und wachsen schnell. Sitzen sie höher hinauf, wie die Carcinome zumeist, so können sie ihre peripheren Ausläufer, die übrigens manchmal ein gutartiges

Aussehen haben, andere Male wieder eine unregelmässige höckrige oder granulatiionsartige rötliche Masse darstellen und sowohl spontan



Fig. 18. Carcinom der linken Nasenseite, das die Nasenöffnung ausfüllt.
(Nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten.)

als auch besonders bei Berührung leicht bluten, bis in die Nähe des Naseneinganges schieben (s. Fig. 18).

II. Mit anderen Sinnen wahrnehmbare Erkrankungen.

Wende ich mich nun zu denjenigen Nasenerkrankungen, die das Auge des Untersuchers nicht unmittelbar erkennen kann, so handelt es sich um solche, die vermutet werden können vermittelt einer Geruchswahrnehmung, ohne dass man gerade im Stande wäre, sie immer mit einiger Sicherheit voneinander zu unterscheiden. Es ist also die Rede von denjenigen Erkrankungen, die einen von der Umgebung des Kranken wahrnehmbaren üblen Geruch erzeugen; das sind die Ozaena, die Rhinolithen, Syphilis und ulcerierende maligne Geschwülste.

Die Ozaena ist eine chronische Erkrankung der Nase, deren erste Anfänge nicht selten schon in die frühe Kindheit zurückzuverlegen sind, wengleich die meisten derartigen Kranken — allerdings auch in einem ziemlich vorgeschrittenen Stadium — erst um die Pubertätszeit den Arzt aufsuchen, eine Zeit, in der sie sich selbst genauer zu beobachten pflegen. Dieses Moment ist um so einleuchtender, als es sich in der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle um Angehörige der niederen Klassen handelt. Das weibliche Geschlecht stellt ein erheblich grösseres Contingent, als das männliche und ein schlechter Ernährungszustand, Anämie, Chlorose u. s. w. sind gewiss prädisponirende oder begünstigende Momente. Manche

Autoren führen die Entstehung der Ozaena auf intra partum acquirierte gonorrhoeische Infection zurück, gewiss ist wohl, dass chronische Nebenhöhlenempyeme eine ätiologische Rolle spielen; es verdienen aber auch der anatomische Bau, eine angeborne Weite der Nasenhöhle, aufgerichtete Nasenlöcher u. m. a. Berücksichtigung.

Das Wesentliche nun bei dieser Erkrankung ist die zu einer Atrophie der Schleimhaut und der Knochen führende chronische Entzündung, die mit Bildung von Krusten und Borken einhergeht, welche ihrerseits nicht bloss die Wandungen bekleiden, sondern die Nase mehr oder minder ausfüllen und so trotz der Weite der Höhle zu einer von den Patienten natürlich als Nasenverstopfung empfundene Verlegung der Nasenhöhle führen können. Durch Zersetzung des unter den Borken liegenden dickflüssigen Sekretes entsteht ein recht charakteristischer Gestank, der sich nicht recht mit einem anderen vergleichen lässt. Dieser üble Geruch, der natürlich in verschiedenen Graden der Intensität schwanken kann und mit der Expiration in die Aussenluft gelangt, ist für die Umgebung so unangenehm und lästig, dass die Ozänakranken gemieden werden und so nicht bloss gesellschaftlich und wirtschaftlich sondern auch seelisch leiden. Und dies um so mehr, als sie oft nicht in der Lage sind, sich selbst auf das Vorhandensein etwaigen üblen Geruchs zu prüfen und ihn eventuell durch energische Nasenausspülungen für eine gewisse Zeit zu beseitigen, weil wenigstens in den hochgradigen Fällen durch Atrophie des nervus olfactorius ihr Geruchsvermögen erheblich herabgesetzt oder ganz aufgehoben ist. Sie leiden deswegen immer unter der Unsicherheit, ob ihre Nase stinkt oder nicht, und der Empfindlichere fürchtet natürlich immer das erstere. Ausserdem klagen die Patienten häufig über Kopfdruck oder Kopfschmerzen, die sie in die Gegend der Nasenwurzel oder der benachbarten Hirnpartie verlegen. Aeusserlich zeigen solche Patienten manchmal eine blasse Gesichtsfarbe, die Nase selbst erscheint nicht selten am Rücken etwas eingesunken und flach. Die durch Schneuzen entfernten Borken tragen den hässlichen Gestank. —

Gelangt ein Fremdkörper in die Nasenhöhle, sei es, dass, wie dies bei Kindern regelmässig der Fall, er durch die Nasenlöcher hineingeschoben wird — es handelt sich gewöhnlich um einen Schuhknopf, Erbsen, Bohnen, Haken, Papier, Schwamm u. v. a. — sei es,

dass er gelegentlich beim Fehlschlucken oder Erbrechen oder durch ein Trauma dorthin gelangt, so bildet sich um denselben durch Ausscheidung von Kalk-, Chlorsalzen u. a. aus dem Sekret der Nasenschleimhaut und der Tränendrüsen eine harte Schale — es entsteht der Nasenstein, Rhinolith. Möglich, dass es auch einmal zu einer spontanen Steinbildung ohne Fremdkörper als Kern kommt, jedenfalls sind dies seltene Ausnahmen. Solche Steine können nun recht lange in der Nase liegen bleiben, nicht bloß Jahre, sondern Jahrzehnte, indem sie sich mit ihrer spitzigen, kantigen, drusigen Oberfläche in die Schleimhaut einbohren und festhalten. Sie rufen nicht bloß Nasen- und Kopfschmerzen, sondern auch manchmal neuralgische Beschwerden, Nasenverstopfung, Anosmie, Nasenbluten und, da sie fast immer einseitig vorhanden, einseitige eitrig-eitrige oder auch blutige und fötide Absonderung aus der Nase hervor. Und gerade die einseitige übelriechende Absonderung, die aus der Zersetzung des hinter dem Steine sich stauenden Sekretes resultiert, ist es, die uns, besonders bei Kindern, den Verdacht eines Rhinolithen hervorrufen muss. —

Einen ganz besonders empfindlichen, penetranten, manchmal geradezu pestilenzialischen Gestank kann die Syphilis der Nase hervorrufen, wenn ein von ihr befallener Knochen derselben nekrotisch wird; erst wenn der Sequester sich abgestossen hat oder entfernt worden ist, hört der Gestank auf.

Ebenso können zerfallende maligne Tumoren wie ja auch an anderen Körperstellen einen aashaften Gestank erzeugen.

Die subjektive Wahrnehmung üblen Geruches seitens des Patienten kann unter Umständen in all den angegebenen Ursachen ihre Grundlage haben, hat sie aber deswegen nicht oft, weil die Geruchsperception bei denselben wegen gleichzeitig bestehender Atrophie des n. olfactorius oder aus mechanischen Gründen behindert oder aufgehoben ist, indem die Undurchgängigkeit der Nase, das Verlegtsein der Riechspalte, eine solche unmöglich macht. Dagegen ist die Kakosmia subjectiva ein häufiges Symptom bei dem Empyem der Nebenhöhlen der Nase, weil der zersetzte übelriechende Eiter beim Ausfluss aus ihren Ausgangsöffnungen die Riechspalte passiert oder wenigstens in ihre Nähe kommt.

III. Aus subjektiven Symptomen erkennbare Erkrankungen.

Wende ich mich nun zu dem letzten Kapitel unserer Abhandlung, zu denjenigen Erkrankungen, die auf Grund der subjektiven Symptome, der Klagen der Patienten, allerdings, wie es dabei selbstverständlich, mehr vermutet als diagnostiziert werden können, so stelle ich mich bei der Einteilung dieser Krankheitsgruppe auf den Standpunkt des praktischen Arztes, den der Kranke wegen seiner oft recht unsicher und wenig präzise beschriebenen Beschwerden aufsucht.

Klagt der Patient über Nasenverstopfung, so müssen wir ihn nicht nur fragen, ob die Obstruktion immer vorhanden oder zeitweilig, und eventl. unter welchen Bedingungen, ob sie einseitig oder doppelseitig und ob sie mit anderen Erscheinungen verknüpft ist, sondern wir müssen uns auch durch eine objektive Untersuchung von der Thatsache überzeugen, da, wie gesagt, der Kranke sich oft über seinen Zustand selbst nicht ganz klar ist. Diese objektive Untersuchung nun kann ja sehr leicht und schnell vorgenommen werden, indem wir den Patienten erst durch die eine Seite der Nase und dann durch die andere, indem wir die entgegengesetzte zuhalten, tief ein- und ausatmen lassen. Aus dem dabei etwa entstehenden Stenosengeräusch können wir auf eine Verengung schliessen. Dabei ist aber zu beachten, dass zwar unter Umständen im Momente der Untersuchung die Nase frei und der Patient doch von einer zeitweiligen besonders in liegender Stellung recht unangenehmen und schädlichen Nasenverstopfung belästigt werden kann. Es ist dies sehr oft der Fall bei einer starken Füllung der cavernösen Räume besonders der unteren Nasenmuschel, einem Zustande, der — wenn auch nicht ganz korrekt — mit dem Namen der Rhinitis hyperplastica belegt wird. Wenn gleich dabei die Schleimhaut der Nase nicht selten sich in einem Zustande der Hyperplasie befindet, so ist doch das wesentliche die lebhaft gefüllte cavernöse Gewebe. Diese Fähigkeit desselben, sich auf gewisse Reize, z. B. Berührung der überdeckenden Schleimhaut zu entleeren und später wieder zu füllen, erhält es wahrscheinlich durch den Trigemini und zwar besonders durch die aus dem ganglion sphenopalatinum stammenden Fasern. Auch

thermische ja selbst psychische Reize können das strotzend gefüllte Schwellgewebe plötzlich entleeren, so dass die vorher vollkommen verlegte Nase mit einem Schlage frei wird, z. B. wenn der Patient aus dem warmen Zimmer auf die kalte Strasse kommt oder wenn er sich beispielsweise vor der Untersuchung fürchtet u. s. w.

Gewöhnlich klagen die Kranken über zeitweilige Verstopfung der Nase, bald der einen bald der anderen Seite, und besonders werden sie durch dieselbe Nachts geniert, weil sich das venöse Blut der cavernösen Räume in Rückenlage in den hinteren Enden der Muscheln staut und so die Nase obstruiert, oder bei Seitenlage die eine oder andere Seite der Nase verlegt wird. Dadurch stellt sich, besonders bei etwas nervösen Personen, Lufthunger ein, oder sie werden gezwungen, durch den Mund zu atmen, sie schnarchen¹⁾, schlafen unruhig und erwachen mit trockenem Munde und Halse.

Handelt es sich um eine echte Schleimhauthyperplasie, so sind die Erscheinungen der Nasenverstopfung weniger wechselnd, sondern mehr stabil. Dazu gesellen sich nicht selten eine Beeinträchtigung des Geruchsvermögens (aus mechanischen Gründen oder durch Zerstörung der Riechhaare in Folge des chronisch entzündlichen Prozesses), Kopfschmerz, Schwindel und die sog. Aproxie (*α* privativum, *προσέχειν* sc. *τὸν νοῦν*), d. h. die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit längere Zeit auf einen Gegenstand zu konzentrieren. Die Stimme wird gedämpfter, härter, klangloser — *Rhinolalia clausa*; die Nasenspitze rötet sich zuweilen in Folge des gestörten Rückflusses des Blutes. Der Tränennasenkanal kann in seinem unteren an der Nasenmuschel mündenden Ende obstruiert werden und so Thränenträufeln entstehen.

Dass selbst eine atrophierende Rhinitis durch die Ansammlung von Krusten und Borken eine Nasenverstopfung veranlassen kann, davon ist oben (s. Ozaena) schon die Rede gewesen; ebenso wird sie, wie gleichfalls in dem entsprechenden Abschnitt schon erwähnt ist, gelegentlich verursacht durch Fremdkörper, Rhinolithen. —

¹⁾ Bei Mundatmern wird das *velum palatinum* meist nur durch den Inspirationsstrom, zuweilen aber auch bei der Expiration in tönende Schwingungen versetzt, die wir als „Schnarchen“ bezeichnen.

Es ist der Wichtigkeit der Sache entsprechend, wenn ich etwas eingehender einer fast immer bei Kindern auftretenden und Nasenverstopfung verursachenden Erkrankung gedenke, der Rhinitis fibrinosa, weil einmal gewöhnlich nur die Klage der Nasenobstruktion die Eltern veranlasst, uns die kleinen Patienten zuzuführen, andererseits aber diese Krankheit von Bedeutung auch für die Umgebung derselben ist. Denn die in den letzten Jahren von vielen Autoren mit einer gewissen Regelmässigkeit vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen haben gezeigt, dass in den fibrinösen Membranen der Nase sich fast immer vollvirulente Diphtheriebazillen befinden, und es ist durch mehrere Beobachtungen festgestellt, dass durch die Rhinitis fibrinosa, so harmlos sie an sich gewöhnlich ist, durch Infection anderer Patienten bei diesen schwere Diphtherie des Rachens und Kehlkopfes erzeugt werden kann.

Die Kinder erscheinen, wenn sie von der fibrinösen Entzündung der Nase befallen werden, meist im ganzen gesund, das Allgemeinbefinden oft garnicht gestört, sie fiebern nicht; der Umgebung fällt nur auf, dass ihnen eine, seltener beide Seiten der Nase verstopft sind, sich eine dickliche Absonderung aus derselben bemerkbar macht, oder — und das ist charakteristisch — dass die kleinen Patienten membranartige Fetzen ausschnauben oder-niesen. Da nun diese fibrinösen Membranen sich gewöhnlich bis an den Naseneingang erstrecken, kann man sie auch der Regel nach als weisse Schleimhautauflagerungen sehen, wenn man die Nasenspitze aufrichtet und den introitus narium beleuchtet. Versucht man, die Membranen mit einer Pinzette zu entfernen, so gelingt dies auch, gewöhnlich aber unter einer sofortigen Blutung, die beweist, dass die Membranen in die Tiefe greifen. Sie ergänzen sich ziemlich rasch wieder. Die Dauer dieser Erkrankung erstreckt sich über Wochen, selbst Monate; Nachkrankheiten treten kaum je auf. Aber es ist nach dem oben gesagten klar, dass man solche Patienten, die für ihre Umgebung einen Infektionsheerd darstellen, unter Beobachtung und Behandlung nehmen muss. —

Es braucht nicht des Weiteren ausgeführt zu werden, dass eine *Deviatio septi*, eine Verbiegung der Nasenscheidewand nach einer oder auch nach beiden Seiten, indem sie z. B. eine S-förmige Krümmung annimmt, die Passage ein- oder beiderseitig verlegen

kann, ebenso eine mit einer Verbiegung des Septum sehr oft combinierte Exostose oder Ecchondrose desselben, eine sogenannte *crista septi*. Weiter kommen in Betracht alle intranasalen Geschwülste sowohl, und in erster Linie die gewöhnlichen sogenannten Nasenpolypen, als auch die bösartigen Geschwülste.

Die ersteren grauweisslich und etwas durchscheinenden länglich runden, meist oder sehr oft gestielten Tumoren hängen zwar nicht gerade häufig so weit herunter, dass man sie im Naseneingange sehen kann, aber, wenn sie frei beweglich, dünngestielt in der Nase hängen, werden sie durch den forcierten Ein- und Ausatemstrom, besonders bei angestregten Inspirationen, beim Schnüffeln hin- und hergeschleudert, und es entsteht dabei ein eigentümlich flatterndes Geräusch, das — nicht gerade glücklich — mit dem beim Aufziehen eines Vorhanges erzeugten verglichen worden ist — *bruit de rideau*; sie finden sich sehr häufig combinirt mit einem Nasennebenhöhlenempyem. Während sie verhältnismässig selten eine Auftreibung der Nase machen, ist dies sehr oft der Fall bei den malignen Tumoren, die auch bei entsprechender Wachstumsrichtung die Gesichtsknochen



Fig. 19. Verwölbung der linken Nasenseite durch ein Carcinom.
(Nach Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten.)

auseinandertreiben können (Fig. 18.). Es muss nochmals darauf aufmerksam gemacht werden, dass die periphersten Ausläufer derselben den vollkommen harmlosen Eindruck gewöhnlicher Nasenpolypen machen

können, und dass ein solcher in der Nase befindlicher Polyp z. B. das äusserste Ende eines in der Oberkieferhöhle entstandenen und befindlichen Carcinoms sein kann, das die dünne mediane Wand des antrum Highmori durchbrochen hat. Diese bösartigen Tumoren zeichnen sich durch ihre Neigung zu Blutungen und durch die Erzeugung von Drüsenmetastasen aus, und kommen bei Patienten im vorgerückteren Alter vor, wenn auch freilich Sarkome zuweilen bei jugendlichen Individuen, selbst Kindern beobachtet worden sind. —

Die häufigste Ursache der Nasenverstopfung bei Kindern dagegen sind die sog. adenoiden Vegetationen, mit welchem Namen man die Hyperplasie der Rachenmandel bezeichnet, die am Nasenrachendach, zwischen den Choanen und der vorderen Wirbelsäulenwand einerseits und zwischen beiden Tubenwülsten andererseits ausgebreitet liegt und, wenn sie vergrössert ist, von dort herunterhängend die hinteren Nasenöffnungen mehr oder minder verlegt.

Die oft nach Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten auftretende, öfter aber auch angeborene Vergrösserung der Tonsilla pharyngea verursacht zwar gewöhnlich keine vollkommene Occlusion der Choanen, aber der freibleibende Teil derselben wird meist durch zähen Schleim ausgefüllt, und besonders in Rückenlage, also vorzugsweise im Schlafe, wird das Lumen durch die Anschwellung der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln noch mehr verengt. Wegen der behinderten Expiration sind die Kinder nicht in der Lage — wie es die Eltern gewöhnlich von ihnen verlangen, um den vermeintlichen die Nase verlegenden Schleim zu entfernen — zu schnenzen¹⁾. Sie atmen wegen der aufgehobenen oder sehr erschwerten nasalen Respiration durch den Mund und tragen die unangenehmen Folgen der Mundatmung (s. Physiologische Bemerkungen). Da wegen der Undurchgängigkeit der Nase diese nicht resonieren kann, können auch die Nasenlaute m, n, g

¹⁾ Es wird sehr häufig der Fehler gemacht, durch beide Seiten gleichzeitig zu schnenzen und nicht nacheinander, erst durch die eine und dann durch die andere. Dabei gerät das Ohr immer in eine gewisse Gefahr; denn die bei dem Schnenzen im Nasenrachen komprimierte Luft, die ja beim Oeffnen der vorher künstlich geschlossenen Nasenlöcher das Sekret von hinten nach vorne und aussen entfernen soll, kann, so lange die vordere Nasenöffnung durch die Finger und das Taschentuch noch geschlossen sind, leicht das Sekret in eine oder beide Tuben pressen und so eine Otitis media einleiten.

nicht deutlich ausgesprochen werden, und die Sprache wird aus demselben Grunde klanglos — „tote Sprache“.

Die nahe örtliche Beziehung der Rachentonsille zu den Tuben erklärt es, dass eine Entzündung derselben sich leicht auf diese und das Mittelohr fortsetzt; ferner kann sie im hyperplastischen Zustande durch Verlegung des ostium tubae die Ventilation derselben hindern oder durch sie hervorgerufene venöse Stauung zu einem Tubenkatarrh führen u. s. w. Kinder mit adenoiden Vegetationen klagen häufig über Ohrenstechen, und fast regelmässig ist das Gehör herabgesetzt. Die Nase selbst zeigt meistens die Erscheinungen eines Katarrhs und blutet nicht selten.

An der hinteren Rachenwand sieht man fast immer Follikelschwellung und aus dem Nasenrachen fliessendes Secret, das den Kehlkopf zum Husten reizt, ebenso wie die nicht durch die Nase vorgewärmte und nicht genügend durchfeuchtete Luft. Der Katarrh des Kehlkopfes setzt sich dann auch auf die Trachea und die Bronchien fort, und mancher chronische Bronchialkatarrh der Kinder heilt erst mit der Entfernung seiner letzten Ursache, der adenoiden Wucherungen, wie ich dies mehrfach beobachtet. Bei der Mundatmung sinkt — ähnlich wie oft in der Narkose — die Zunge nach hinten, die basis linguae legt sich auf die Epiglottis, und es entsteht nicht bloss eine Unruhe des Schlafes und Schnarchen, sondern die kleinen Patienten können in einen geradezu dyspnoischen Zustand geraten, aus dem sie sich im Halbschlaf durch ein oft schnalzendes nach Vorneschlucken der Zunge befreien, um, wenn sie wieder in tieferen Schlaf verfallen, dasselbe Spiel zu wiederholen.

In Folge dessen sind die Kinder Morgens nicht ausgeschlafen, müde, erscheinen träge, und nimmt man dazu die häufig vorhandene Schwerhörigkeit, die, besonders in der Schule, die geistige Communication mit der Umgebung stört, so erklärt sich hieraus schon, dass sie oft an ihren Leistungen zu wünschen übrig lassen, resp. diese Factoren sind als begünstigend für die sogenannte Aprozixie (Aufmerksamkeitsschwäche) nicht zu vernachlässigen, für die auch Stauungserscheinungen im Gehirn und Hemmung des Lymphabflusses aus der Nase verantwortlich gemacht worden sind.

Das Gesicht zeigt in den ausgesprochenen Fällen ein charakteristisches Aussehen: die Nase ist schmal, die Nasenflügel meist

etwas eingesunken, die Nasolabialfalten verstrichen, der äussere Augenwinkel etwas nach unten gezogen, der Blick erscheint verschleiert, der Mund steht offen. Dadurch bekommt das Gesicht einen blöden Ausdruck (s. Fig. 20).



Fig. 20. Adenoide Vegetationen mittleren Grades.

Der Gaumen ist hochgewölbt und schmal, der Alveolarbogen ist spitz, die Zähne stehen deswegen z. T. übereinander, die inneren Schneidezähne bilden einen nach vorn vorspringenden Winkel, die Eckzähne stehen nicht in der Reihe, sondern teilweise vor ihren Nachbarn u. s. w. Der Thorax erscheint in den oberen Partien aufgebläht, in den unteren mehr atelektatisch.

Der aus dem Nasenrachen herabfliessende Schleim ruft zuweilen reflektorisch Erbrechen hervor resp. das regelmässige Verschlucken desselben verursacht Magenstörungen. Der Vollständigkeit wegen sei noch angeführt, dass man auf das Vorhandensein der hyperplastischen Rachentonsille zurückführt resp. mit ihr in Zusammenhang bringt Kopfschmerz, Stottern, krampfhaften Husten (wovon ich selbst ein drastisches Beispiel gesehen), Nieskrampf, Ptyalismus, Enuresis u. a.

Das Krankheitsbild der adenoiden Vegetationen ist demnach ein so charakteristisches, dass man bei einiger Aufmerksamkeit die Diagnose zumeist schon ex visu mit grosser Wahrscheinlichkeit stellen kann, um so mehr, als — wie gesagt — eine chronische Nasenverstopfung bei Kindern in den meisten Fällen auf dem Vorhandensein von adenoiden Vegetationen beruht.

Der mit dem Rücken gegen die Zunge gehaltene und in den Nasenrachen eingeführte Finger, der aber, um Irrtümer zu vermeiden,

sich immer erst zur richtigen Orientierung das Nasenseptum aufsuchen und sich dann weiter zurecht tasten muss, fühlt die Wucherungen als eine weiche, schwammige, meist schleimbedeckte Masse, die bei Berührung leicht blutet. —

Es geschieht leider noch immer zu oft, dass bei Nasenverstopfung zur vermeintlichen Erleichterung oder zur Heilung der Patienten die Nasendouche benutzt wird. Die kritik- und unterschiedslose Anwendung derselben ist keineswegs gefahrlos. Denn im Falle der Anwesenheit adenoider Vegetationen oder anderer die Nase verengender Erkrankungen kann der Flüssigkeitsstrom der Douche besonders bei nicht eingeübten Kranken, die gelegentlich schon durch einen unvorsichtigen Schluckakt dies besorgen, aber auch bei anderen eben wegen des mechanischen Hindernisses für den Abfluss leicht in die Tube gelangen und Anlass zu einer Otitis media geben. Ich habe eine solche selbst bei einem Patienten entstehen sehen, der Wasser in die Nase aufschlürfte. —

Eine der häufigsten Klagen Nasenkranker ist die über Schnupfen. Unter diesen Namen fallen aber eine Reihe von Erkrankungen, die keineswegs zusammengehören; ich spreche hier nicht von der akuten oder chronischen Coryza im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Mit dem gleichen Namen werden von den Patienten gewöhnlich auch andere Erkrankungen belegt. Es ist daher notwendig, dieselben danach zu fragen, was sie darunter verstehen, ob eine Nasenverstopfung oder resp. ob gleichzeitig eine Absonderung aus der Nase besteht und eventuell welcher Art dieselbe ist, ob rein wässrig oder schleimig oder eitrig und dann, ob die Sekretion eine einseitige oder doppelseitige ist und wie lange sie besteht und ob die Absonderung übel riecht. Eine präzise Auskunft über diese Dinge giebt uns schon manche Anhaltspunkte für die Beurteilung der Sachlage.

Die sog. Coryza vasomotoria nämlich sondert eine rein seröse wasserhelle Flüssigkeit ab. Der Pat. bekommt ganz plötzlich einen heftigen Niesreiz in der Nase, sodass er mehrmals oder sehr oft bis zu hundertmal niesen muss, die Nase schwillt zu und es entleert sich aus einer oder beiden Seiten derselben eine mehr oder minder profuse wässrige Absonderung, sodass der Pat. in verhältnismässig kurzer Zeit zwanzig bis dreissig Taschentücher verbrauchen kann. Nach einiger Zeit hört der Schnupfen ebenso plötzlich auf wie er

begonnen. Der nächste Anfall kann nach einigen Stunden, häufiger am nächsten Tage oder nach mehreren Tagen oder Wochen einsetzen; die meinen Beobachtungen entstammenden Patienten hatten die Anfälle zumeist Morgens mehrere Tage hintereinander, um dann für kürzere oder längere Zeit die heiss ersehnte Ruhepause zu geniessen. Einige Male sah ich die Anfälle ziemlich regelmässig kurz vor der Menstruation einsetzen. Zu dieser Absonderung gesellen sich nun nicht selten Conjunctivalreizung, Thränenträufeln, Kopfschmerzen u. a. nervöse Erscheinungen; kurz ein solcher Anfall kann für den Pat. nicht blos sehr lästig werden, sondern ihn geradezu erschöpfen, um so mehr als es sich meist um neurasthenische Individuen handelt.

Hierher gehört auch der sog. Heuschnupfen, dessen Anfälle man zurückführt auf die Einathmung der Pollen blühender Gräser, und dementsprechend fällt er bei uns in die Zeit der Grasernte, Anfang Mai, und dauert mehrere Wochen an. Auch hier beginnt das Leiden mit Nieskrämpfen, seröser Absonderung aus der Nase, Verstopfung derselben; dazu gesellt sich eine starke Entzündung der Conjunctiva bulbi und erschwerte Athmung oder ausgesprochenes Asthma — Heuasthma. —

Die wässrige Absonderung aus der Nase besteht freilich auch, aber nur im Beginne (zuweilen bei syphilitischen Ulcerationen der Nase), der Rhinitis acuta, sie verändert sich aber bei derselben sehr bald in eine schleimige und dann schleimig-eitrige oder rein eitrige; der akute Nasenkatarrh besteht meist einige Wochen, um dann zu schwinden. Auch kann bekanntlich bei ihm ein Bindehautkatarrh durch Fortpflanzung der Nasenschleimhautentzündung auf dem Wege des Thränennasenkanals oder durch direkte Uebertragung auf die Conjunctiva entstehen. —

Es sei darauf hingewiesen, dass die in Folge eines akuten Katarrhs entstandene Nasenverstopfung bei Säuglingen durch die Behinderung der Athmung, die Störung des Schlafes und vor allem durch die Erschwerung der Nahrungsaufnahme von schwerwiegender Bedeutung werden kann. Ein chronischer Katarrh des Säuglings muss — wenn adenoide Vegetationen auszuschliessen sind — immer den Verdacht auf Lues oder Gonorrhoe hervorrufen.

Beim chronischen Katarrh der Erwachsenen, der gewöhnlich

mit einer Schwellung der Schleimhaut verbunden ist, zeigt das Sekret ein schleimig-eitriges Aussehen.

Dagegen ist es rein eitrig bei dem Empyem der Nasennebenhöhlen. Zwar bei den acuten Entzündungen der Nebenhöhlen, wie sie oft beim acuten Schnupfen vorhanden sind und bei dem sie wohl die Stirnkopfschmerzen erzeugen, oder wie sie bei acuten Infektionskrankheiten (Influenza, Masern, Scharlach u. s. w.) auftreten, ist die Absonderung im Beginne serös oder schleimig und wird allmählich schleimig-eitrig. Aber bei den chronischen Empyemen, die aus ihnen entstehen, wie besonders nach der Influenza, oder die auf Erkrankungen der Nasenschleimhaut oder der Backzähne u. a. zurückzuführen sind, ist der Ausfluss eitrig und, da die Erkrankung meist einseitig ist, auch meist einseitig; er zeichnet sich gewöhnlich durch einen dem Patienten wahrnehmbaren üblen Geruch aus, weil er sich zersetzt, bevor er entleert wird, denn die Ausflussöffnung der Nebenhöhle liegt entweder höher als ihr Boden, so dass er längere Zeit in derselben staut, ehe er ausfließt, oder, was dasselbe sagen will, das Ostium kann verlegt sein und den Eiterabfluss zuvörderst hindern. Die Anwesenheit des Eiters in den Nebenhöhlen verursacht den Patienten Kopfschmerzen, die zumeist in den Morgenstunden bestehen und zwar manchmal zu ganz bestimmten Zeiten wiederkehren, so dass sie mit Malarieanomalien verwechselt werden können. Wenngleich sie beim Empyem der Oberkieferhöhle gewöhnlich in die Stirne über die Augen — ähnlich wie bei einer Neuralgia n. supraorbitalis — verlegt werden, bei der Erkrankung des sinus frontalis in die seiner Lage entsprechende mittlere Partie der Stirne, beim Empyem der Siebbeinzellen in die Scheitelgegend, bei dem der Keilbeinhöhle mehr in den Hinterkopf, so ist diese Lokalisierung keineswegs charakteristisch, und abgesehen davon können ja gleichzeitig mehrere Nebenhöhlen erkrankt sein, so dass also der Ort der Schmerzempfindung diagnostisch nicht recht verwertet werden kann.

Ausser Kopfschmerz klagen die Kranken manchmal über Schwindel, Gedächtnisabnahme, Verstimmung und andere nervöse Störungen; durch Verschlucken des aus der Nase in den Rachen geflossenen Eiters stellen sich morgendliches Erbrechen und andere gastrische Störungen ein.

Bleibt die Höhle längere Zeit verschlossen, so dass der Eiter nicht abfliessen kann, so dehnt sich dieselbe aus; bei der Kieferhöhle wölbt sich die relativ dünne faciale Wand vor; betrifft die Sekretverhaltung die Stirnhöhle, so tritt der innere Augenwinkel neben der Tränendrüse vor oder es macht sich eine Schwellung nach aussen und oben von der Nasenwurzel bemerkbar, ja es kann hier der Eiter durchbrechen und zwar nach aussen oder in die Orbita. Die erweiterten Siebbeinzellen verdrängen das Auge nach unten und aussen und verursachen Doppelsehen. Auch die Auftreibung der Keilbeinhöhle kann schwere Augenstörungen verursachen (Einschränkung des Gesichtsfeldes), weil der n. opticus, der an der äusseren Seite des sinus sphenoidalis liegt, dabei geschädigt werden kann. Es kommt aber nicht bloß auf mechanischem Wege zu sekundären Veränderungen der Orbita und des Sehorganes, sondern auch durch Fortleitung entzündlicher Prozesse der Nebenhöhlen auf dieselben und schliesslich sind auch rein funktionelle Störungen beobachtet worden.

Eiterungen der Kieferhöhle können Phlegmone der Orbita mit Exophthalmus und Neuritis optica veranlassen, solche des Siebbeins einen Orbitalabscess, Tumoren derselben brechen verhältnismässig leicht durch die dünne Wandung durch und führen zu Motilitätsstörungen des Bulbus und Beeinträchtigung der Sehschärfe bis zu völliger Amaurose. Weiter sind Fälle beobachtet worden, in denen aus der Stirn-, Keilbein- oder Siebbeinhöhle der Eiter direkt in die Schädelhöhle durchgebrochen ist, und schliesslich haben mehrere Autoren Hirnabscesse nach Empyemen des sin. frontal. und sphenoid. entstehen sehen und Meningitis, sowie nach chronischer Stirnhöhleneiterung Thrombose des sin. longit. sup. mit pyämischem Ausgang.

Natürlich ist es nicht ohne weiteres möglich, aus den angegebenen Zeichen die Diagnose auf ein Empyem einer Nasennebenhöhle zu stellen, aber sie sind doch für den mit der Rhinoskopie nicht vertrauten Arzt ein Fingerzeig; er kann wenigstens aus der genauen Explorierung des Kranken auf die Vermutung kommen, dass ein solches vorliegt und ihn veranlassen, rechtzeitig spezialistische Hilfe aufzusuchen. Selbstverständlich ist es nun ohne Rhinoskop erst recht nicht möglich, zu sagen, welche Nebenhöhle erkrankt ist;

dazu gehört eine genaue und sorgfältige Untersuchung seitens eines geschulten Rhinologen. —

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass einseitige eitrige übelriechende Absonderung auch bei Rhinolithen, Syphilis und ulcerierenden Tumoren vorhanden ist, während die Ozaena ja meist doppelseitig ist; allerdings wird in diesen Fällen der Geruch gewöhnlich nicht von dem Patienten, sondern von seiner Umgebung wahrgenommen. —

Dieses soeben absolvierte Kapitel hat gezeigt, wie innig die Beziehungen der Nasenkrankheiten zu denen des Auges sind, in den früheren sind die Relationen derselben zu anderen Organerkrankungen berührt worden (s. Epistaxis, Eczem u. a.); es hat sich erwiesen, wie gewisse Nasenerkrankungen eine ätiologische Rolle spielen für die des übrigen Organismus und welche Bedeutung sie für diesen haben (Rhinit. fibrinosa, adenoide Vegetationen, Nasenobstruction) und wie uns dieselben zur Stellung einer allgemeinen Diagnose helfen können (Sattelnase, Lupus, Tuberkulose).

Zum Schluss aber muss ich noch einer Beziehung gedenken, die der Nase zu entfernteren Organen — ich habe noch zu erwähnen die sog. Reflexneurosen. Dieselben beruhen auf einer lokalen Disposition, einer Hyperästhesie der Nasenschleimhaut und gesteigerten Erregbarkeit des Reflexmechanismus, so dass wir sie also insbesondere auf dem Boden einer Hysterie und Neurasthenie entstehen sehen. Die unmittelbare Veranlassung zur Entstehung des pathologischen Reflexes können die verschiedensten Erkrankungen der Nase abgeben. Es kommt durch sie zu einer Reizung der centripetalen Nervenfasern — Trigeminus oder Olfactorius —, die den Reiz auf das Centralorgan überträgt, von dem aus er nun auf motorische, sensible oder vasomotorische Bahnen übergehen kann. So kann man sich vorstellen, dass beim Asthma der in das Athmungscentrum gelangte Reiz centrifugal auf den Vagus überspringt und einen Krampf der Bronchialmuskeln hervorruft, resp. dass auf dem Wege des Phrenicus ein Krampf des Zwerchfells und auf dem des Sympathicus vasomotorische Störungen in den Bronchien erzeugt werden. Ebenso würde es beim Glottiskrampf sich um eine Reizung des Accessorius, bei den Nies-

krämpfen und Krampfhustenanfällen um eine solche in den spinalen Nerven der Expirationsmuskeln handeln.

Auf dem Wege des Vagus entstehen ferner die Herzneurosen, stenokardische Anfälle, Arythmie u. s. w. Auch motorische Störungen an den Augenmuskeln (Blepharospasmus, Asthenopie u. a. m.) sowie vasomotorische (Exophthalmus z. B.) sind von verschiedenen Autoren als reflektorisch von der Nase ausgelöst beschrieben worden.

Ebenso hat man eine Reihe anderer, an anderen Organen des Körpers sich abspielende krankhafte Prozesse als nasale Reflexneurosen aufgefasst, wie z. B. Epilepsie, Chorea, Morbus Basedowii, Migräne, Flimmerskotom u. v. a.

Zu denjenigen Reflexneurosen, die in der Nase selbst ihren Sitz haben, die sich durch Erscheinungen seitens der Nase selbst äussern, gehört die oben erwähnte Coryza vasomotoria und der Heuschnupfen.

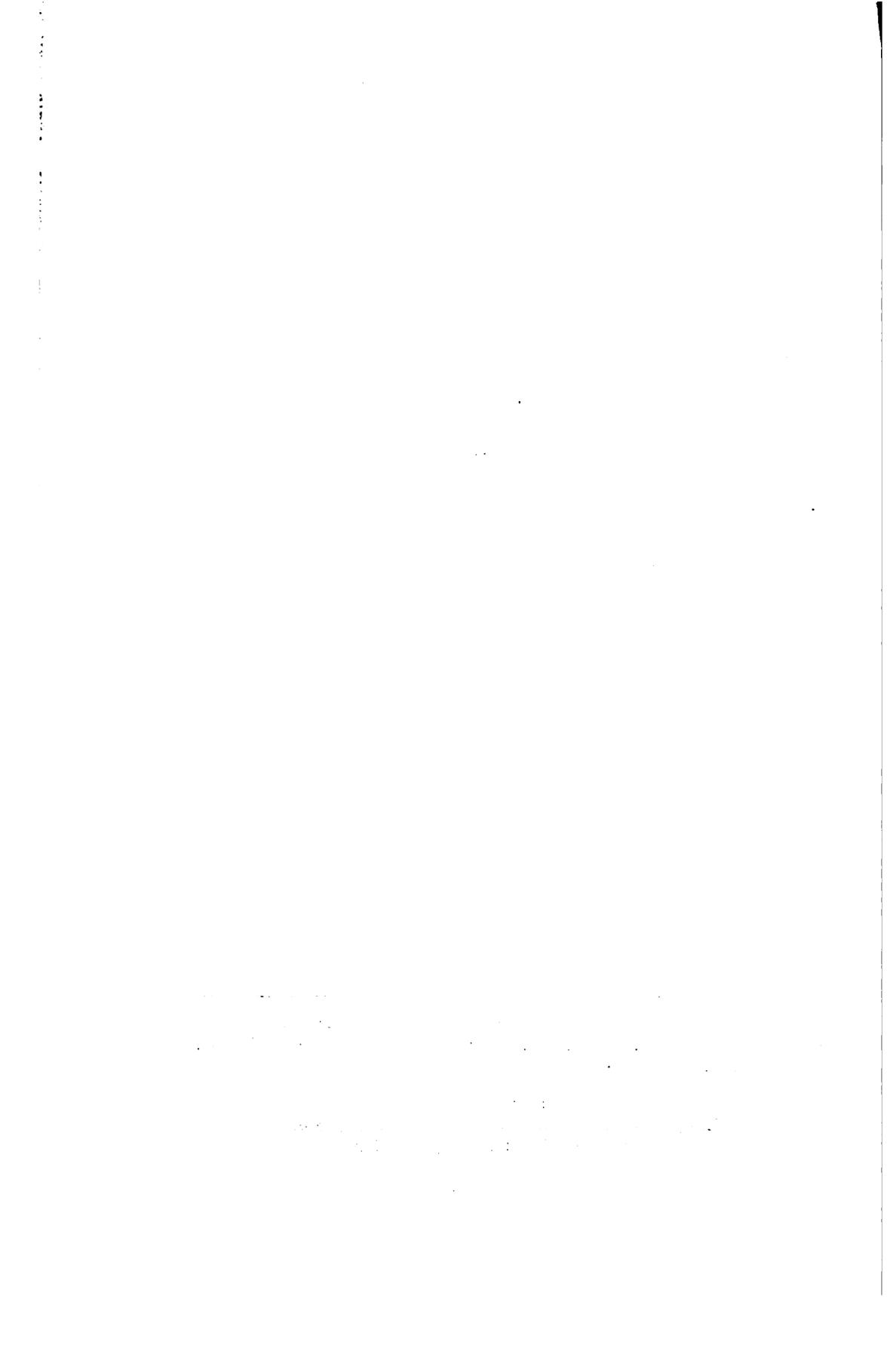
Wenngleich gewiss zum Schaden der Anerkennung des Bestehens der nasalen Reflexneurosen seitens der Aerzte in Bezug auf die Zahl und Häufigkeit der Erkrankungen, die auf dem Wege des nasalen Reflexes entstehen sollen, viel übertrieben worden ist, so ist doch an dieser Thatsache selbst nicht zu zweifeln, und es entsteht nunmehr die Frage, auf welchem Wege wir im gegebenen Falle zu der Entscheidung kommen, ob es sich um eine Reflexneurose handelt oder nicht. Die einzige Möglichkeit für den Nichtrhinologen besteht darin, dass er die Nasenschleimhaut durch Einführung eines lokal-anästhetischen Mittels (Cocain, Menthol u. a.) mittelst des Sprays oder auf andere Weise anästhetisch macht. Indem dadurch der Trigemini unempfindlich wird, kann er den in der Nase etwa vorhandenen Reiz nicht empfinden und ihn nicht auf das Centralorgan resp. die centrifugalen Bahnen übertragen; der Reflexbogen ist an seinem Anfange unterbrochen. Coupiert also z. B. die Anästhesierung der Nasenschleimhaut einen asthmatischen Anfall, so ist damit, wenn auch nicht der stringente Beweis, so doch die hohe Wahrscheinlichkeit erbracht, dass in diesem Falle das Asthma als eine nasale Reflexneurose aufzufassen ist. —

Ich hoffe, dass diese wenn auch cursorische und, wie es in der

Themastellung begründet, unvollständige Darstellung eines grösseren Gebietes der Nasenerkrankungen dem Leser die Ueberzeugung beigebracht hat, dass denselben seitens der praktischen Aerzte im allgemeinen mit Unrecht zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird; und wenn ich dies erreicht habe, so ist der Zweck dieser Arbeit erfüllt.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.
Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.
Druck von Albert Koenig in Guben.



Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.
Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myotomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Bericks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Velt**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extraterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Runge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopflähmung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfextirpation.
45. **Nie. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
- **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Velt**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kautik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traum. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze b. Postpartum-Blut. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Frühdiagnose bei diphtherieverdächt. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernng d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluß geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmler**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochownik**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburt u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darneinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkg. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectiouskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie inficirt. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittellohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtskrztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Weisz**, üb. Hydrops articularum intermittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectiouskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastroptose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgio.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei acuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissensch. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neures über Taubstummheit und Taubstummeneubildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimat-injectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobssohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Heto(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
156. **Emil Guttmann**, die Blutungen des Schorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. **Georg Flatau**, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.

159. **Reineboth**, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

160. **Menzer**, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.

161. **J. Boas**, üb. nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.

162. **W. Brügelmann**, die verschied. Formen des Asthma und ihre Behandlung. (Doppelheft.)

163. **I. Kuttner**, die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode.

164. **H. Stöbel**, die bisherigen Leistungen der Lichttherapie.

165. **Fromme**, die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. (Doppelheft.)

166. **A. Smith**, üb. d. heutig. Stand d. funktionell. Herzdiagnost. u. Herztherap. (Doppelheft.)

167. **Konrad Hense**, der Stand d. Operationen des Gebärmutterkrebses.

168. **H. Finkelstein**, die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten d. Säuglings.

169. **K. Brandenburg**, die Auswahl d. Kranken für d. Lungenheilstätten u. d. frühzeitige Erkennung d. Lungentuberkulose in der ärztlichen Praxis. (Doppelheft.)

170. **S. Auerbach**, zur Behandlg. d. function. Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen.

171. **Kurt Mendel**, welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? (Doppelheft.)

172. **M. Hirschberg**, die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel.

173. **Max Joseph**, über Nagelkrankheiten. (Doppelheft.)

174. **Gräupner**, die mechanische Prüfung und Beurtheilung der Herzleistung. (Doppelheft.)

175. **Albert Rosenberg**, welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Untersuchungsmethoden erkennen? (Doppelheft.)

176. **G. Trempel**, über die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen.

Schloss Marbach a. Bodensee.

Heilung finden **Herz- u. Nervenranke** durch **neue, eigenartige, bewährte** Behandlung. Drei Aerzte. Auskunft durch die Verwaltung.

327]

Winterkuren.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Neu!

Neu!

Operative Geburtshülfe

für

Aerzte und Studierende

von

Dr. med. Wilhelm Nagel,

a. o. Professor an der Universität und Erster Assistent der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Königl. Charité zu Berlin.

Mit 77 Abbildungen.

Preis: geheftet 10 Mark.



Chinosol D. R. P. No. 88520

in Tabletten à 1 g u. Pulverform.

Energisches Antisepticum u. Desinficiens, wasserlöslich, ungiftig, nicht reizend, wirkungsvolles Stypticum, secretionsbeschränkend. Die antibacterielle Wirkung übertrifft 40mal die der Carbolsäure und ersetzt das Sublimat.

Anlässlich amtlicher Untersuchungen vom Kaiserl. Gesundheitsamte u. der Königl. Wissenschaftl. Deputation f. das Medicinalwesen als ein beachtenswertes Desinfectionsmittel für den Gebrauch in Laienhänden bezeichnet.

Indicationen: Wundbehandlung, antiseptische Irrigationen, Abszesse, Phlegmonen, Blasenkatarrh, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fluor albus, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, ambulante Praxis, ferner bei Tuberculose, Lepra, Cholera, Typhus, Milzbrand etc.

Litteratur gratis u. franco v. d. Chinosol-Fabrik

Franz Fritzsche & Co., Hamburg 21.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

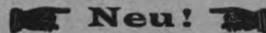
frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

326]



Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. sowie in offener Packung für die Receptur. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Das Laboratorium wird unter der Firma:

F. Walther Nachf., Chem.-Pharmaceut. Laboratorium,
Strassburg i. Els., Rheinzeigelstrasse 12, weitergeführt.

Inhaber: Frau F. Walther Ww.

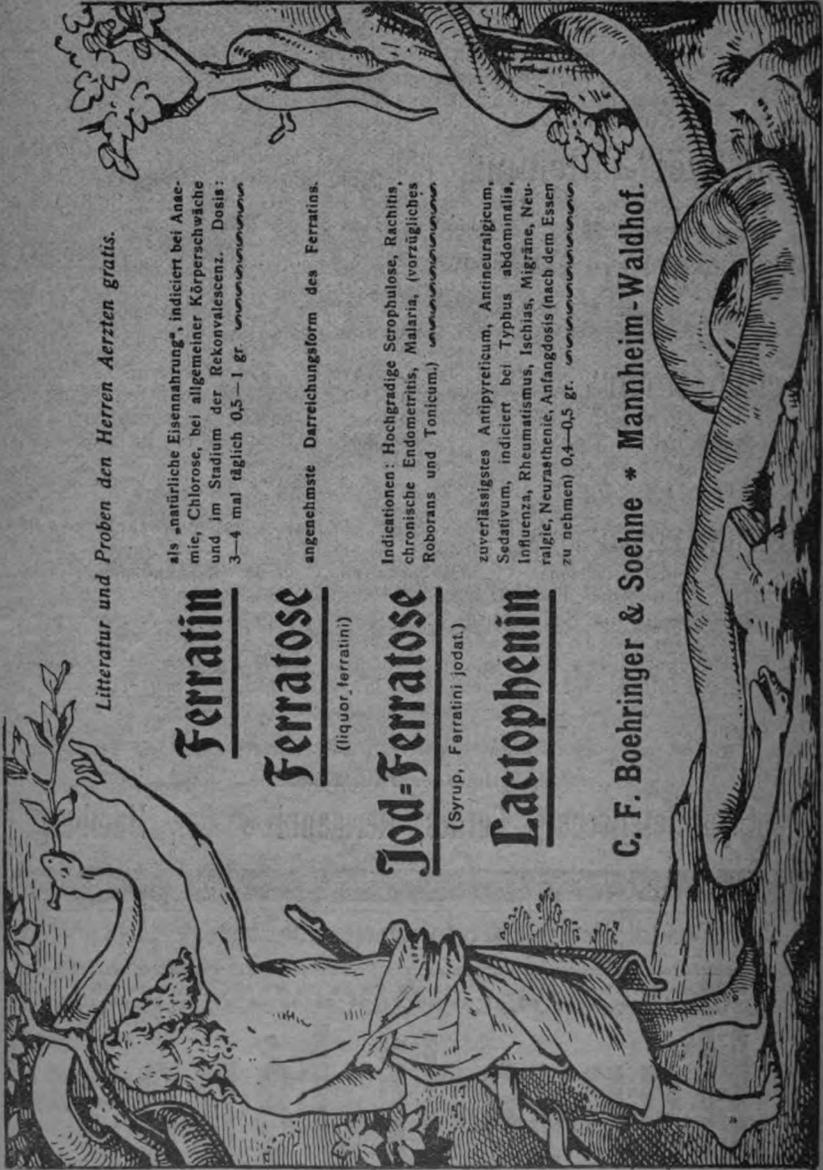
Dr. H. Kern, Apotheker und Chemiker.

Ueber die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen.

Von Prof. Dr. G. Treupel,

Chefarzt der medizinischen Abteilung des Hospitals zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

M. H! Die operative Behandlung der Lungenkrankheiten reicht in ihren ersten Anfängen, man kann sagen, bis auf Hippokrates zurück. Er bereits weiss, dass Lungenabscesse nicht selten ihren Ausweg durch die Bronchien nehmen und dann allmählich ausheilen können, ebenso wie sie nach Durchbruch in die Pleurahöhle einen operativen Eingriff rechtfertigen, den er mit Schnitt oder durch Kauterisation auszuführen rät. Zu Anfang und Ende des 18. Jahrhunderts haben in England namentlich De Barry und Sharpe die Lungenchirurgie zu fördern gesucht, während in Deutschland A. G. Richter bereits um 1800 sich dahin ausspricht, dass man ohne Zweifel Lungenabscesse „dreist und sicher und oft mit Hoffnung eines glücklichen Erfolges“ eröffnen könne. Trotzdem blieb es im grössten Teil des 19. Jahrhunderts auf diesem Gebiete ruhig, bis vor nahezu 30 Jahren Mosler auf dem Kongress für innere Medizin die Lungenchirurgie von Neuem inaugurierte. Durch experimentelle Arbeiten (Gluck und Schmidt, Biondi u. A.) und klinische Erfahrung (Quincke u. A.) ist seither die operative Behandlung der Lungenkrankheiten wesentlich gefördert worden. Auf breiterer Basis hat man versucht ihre Grenzen abzustecken (Quincke, Tuffier, Gluck, Sonnenburg u. A.) und auf grösseren Versammlungen und in Vereinen sind die einschlägigen Fragen vielfach diskutiert worden. Es sei hier nur an die Hamburger Naturforscherversamm-



Litteratur und Proben den Herren Aerzten gratis.

als „natürliche Eisennahrung“, indicirt bei Anämie, Chlorose, bei allgemeiner Körperschwäche und im Stadium der Rekonvalescenz. Dosis: 3—4 mal täglich 0,5—1 gr.

Ferratin

Ferratose

(liquor ferratini)

Jod-Ferratose

(Syrup, Ferratini jodat.)

Lactophenin

angenehmste Darreichungsform des Ferratins.

Indicationen: Hochgradige Scrophulose, Rachitis, chronische Endometritis, Malaria, (vorzügliches Roborans und Tonicum.)

zuverlässigstes Antipyreticum, Antineuralgicum. Sedativum, indicirt bei Typhus abdominalis, Influenza, Rheumatismus, Ischias, Migräne, Neuralgie, Neurasthenie, Anfangsdosis (nach dem Essen zu nehmen) 0,4—0,5 gr.

C. F. Boehringer & Soehne * Mannheim-Waldhof.

Prophylaxe und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens.

Von

Dr. Franz Kuhn,

Dirig.-Arzt am Elisabeth-Krankenhaus, Kassel.

Ganz ähnlich wie in den Fragen der Blinddarmentzündung, die Jahrzehnte hindurch das medizinische Interesse wach hielt und eine grosse Litteratur in's Leben rief, und jetzt noch nicht ganz von den Debatten verschwindet, wogt der Streit über die Behandlung des Gallensteinleidens zwischen den Vertretern der inneren Medizin und der Chirurgie.

Hier conservative, zuwartende, innerliche, eventuell Badebehandlung, dort ein rasches chirurgisches Eingreifen und Beenden des qualvollen Zustandes mit einem Schlag.

Wie die Fragen bis jetzt stehen, ist noch nicht anzunehmen, dass die Diskussionen alsbald erlöschen werden; je „innerlicher“, namentlich die Vertreter der inneren Medizin denken und je weniger „mechanisch“ d. h. den mechanischen Verhältnissen an dem Gallengangsystem Rechnung tragend, desto engherziger werden sie an einer einseitigen, ausschliesslich inneren Behandlung festhalten.

Da kommen die alten Märchen von der doch nicht radikalen Heilung des Leidens, von dem Wiederkommen der Steine nach der Entfernung u. s. w. und das Misstrauen ist perfekt.

Hier spricht man von den Gefahren der Operation und gefällt sich in der Opposition im glücklichen Einverständnis mit dem operationsscheuen Patienten, und gesteht sich in heuchlerischer Weise nicht zu, dass so und so viele Menschen gerade durch nicht operierte Gallensteine und allein durch sie zu Grunde gehen;

Und dort schwingt wohl mancher einseitige Chirurg, der die Gallensteinfrage nur vom Standpunkte der Fremdkörpertherapie auf- fasst und kennt, und nie sich Zeit genommen hat, dem Körper auf seinen geheimnisvollen Wegen auch einer relativen Selbsthilfe zu folgen, welch' letztere doch von der Natur in jedem Falle und in jedem Stadium einer Erkrankung angestrebt wird und welche, wenn auch gelegentlich unzureichend, stets im Wirken und Werden ist, im blinden Operationseifer blutdürstig das Messer und belächelt überlegen die geschäftige Hüllosigkeit und Ohnmacht des Internen: als ob nicht ein hoher Procentsatz von Gallensteinerkrankungen sich wieder beruhigt hätte, und so und so viele Menschen ohne Operation, nachdem sie Jahre lang Anfälle hatten, vollständig und für immer gesund geworden wären.

Hüben und drüben also Vorurteil und Uebertreibung und das Richtige liegt wie stets in der Mitte.

So leidenschaftlich die Gegnerschaft lange gewesen, so scheint sich doch in der Neuzeit ein Zug zur Versöhnung bemerkbar zu machen.

Verfolgt man die Litteratur, teils aus chirurgischer, teils aus interner Feder stammend intimer, so ist ein Bestreben die Ansichten abzugleichen und den Einwürfen der Gegenseite gerecht zu werden, unverkennbar.

Der operative Mediziner sucht sich dem Inneren zu nähern, präzisiert seine Ansprüche, will noch lange nicht jeden Gallenstein- kranken auf dem Operationstische sehen, sondern fordert genaue Beobachtung, Berücksichtigung des seitherigen Verlaufes, der Stärke und Form der Anfälle, der zeitlichen Aufeinanderfolge derselben, der zu vermutenden secundären Veränderungen, verlangt also genaue individualisierende Indicationsstellung, die selbst die wirt- schaftliche Lage des Patienten mit in Rechnung zieht, und der innere Arzt erkennt, wie neuere Publikationen*) es zeigen, mehr und mehr an, wie doch in diesem und jenem Falle, bei dieser und

*) Walther Clemm (Darmstadt): Wiener med. Wochenschrift. 1901. No. 12—16.

Johannes Müller (Würzburg): Die Gallensteinkrankheit und ihre Be- handlung. Würzburger Abhandlungen. I. Band. 2. Heft. Würzburg, Stuber's Verlag.

jener Sachlage der operative Eingriff so rasch und so sicher Hülfe gebracht hat, und wie er allein unter den obwaltenden Verhältnissen helfen konnte.

Wie zu erwarten, vertieften natürlich dergleichen Controversen die Ansichten über das Spezialgebiet und auf allen Seiten wurden wertvolle Gesichtspunkte gewonnen.

So darf man überzeugt sein, dass abgesehen von vielem Anderen Aufklärungen, Richtigstellungen, Belehrungen und Winken, auch die innere Medizin eine sehr gewichtige, rein interne Bereicherung durch die Aufrollung der Frage von chirurgischer Seite erfahren hat, nämlich durch den groben Hinweis auf die Notwendigkeit und die Bedeutung einer sachgemässen Prophylaxe. Wenn die innere Medizin nicht mehr aus den Gallensteindebatten profitiert hätte als die Gewissheit, dass das Gallensteinleiden schon bekämpft werden muss, so lange es noch nicht voll entwickelt ist, wäre dies schon des Gewinnes genug.

Wir werden später auf die Art und Bedeutung einer solchen Prophylaxe zurückkommen.

Ihre Früchte sind natürlich der Zukunft vorbehalten.

Wir Ärzte von heute stehen, wenn wir zur Zeit von Gallensteinfällen reden, nicht vor Fällen, wo wir Prophylaxe zu predigen hätten, sondern vor voll entwickelten Fällen, in denen eine Prophylaxe nichts mehr gut zu machen hat, in denen es vielmehr Stellung zu nehmen gilt, ob wir chirurgisch oder intern vorgehen sollen.

Also wir haben uns zu entscheiden:

1. Liegt der vorliegende Fall operativ oder intern? Ist er einfach oder durch Nebenerscheinungen compliciert?
2. Liegt er vorerst intern, wie lange wollen wir zuwarten?
3. Und wann treten chirurgische Massnahmen in's Recht?
4. Welche Aussichten hat der Kranke bei fortgesetzt innerer Behandlung?
5. Welche Aussichten hat der Kranke mit Hülfe der Operation?

In letzter Linie massgebend für die Entscheidung wird abgesehen von anderen Rücksichten die anatomische Sachlage sein

Diese wird aber erst durch die Operation in unzweifelhafter Weise mit allen Einzelheiten aufgedeckt.

Vorher sind wir zur Beurteilung der anatomischen Sachlage

auf Combinationen, Erklärung der Symptome angewiesen, die allerdings dem Kenner auch ein sehr gutes Bild von der Sachlage geben.

Ich sage aber ausdrücklich dem Kenner; denn wie schwer es demjenigen, der die Dinge nicht genau kennt, der nicht häufig genug den verwickelten Verhältnissen an und um die Gallenblase nähergetreten und sie per laparotomiam gesehen, gefühlt und analysiert hat, fällt, sich durch den Einzelfall hindurchzufinden, wird derjenige zugeben, der sich die Mühe nimmt, in der Folge die Einzelbilder, die ich entrollen werde, und die bei Anderen (Köhr, Riedel, Naunyn, Körte) gegeben sind, zu studieren. Zudem gehen die Bilder in einander über, die Dinge sind häufig sehr verwickelt und compliciert.

Man thut in Anbetracht dieser Schwierigkeiten fürwahr nicht zu viel, wenn man für den Einzelfall eine genaue Specialbeobachtung von speciell sachkundiger Seite fordert, die den Fall auf seine Details analysiert.

Man darf selbst soweit gehen, Spezialhäuser zu fordern, in der Art ungefähr wie Sanatorien, welche sich mit dem Gallensteinleiden als Spezialgebiet befassen. In solchen

Spezialsanatorien für Gallensteinleiden

sollen alle inneren Methoden, soweit sie von massgebenden Seiten zur Behandlung des Leidens empfohlen, versucht werden; jedenfalls soll auch diätetisch, gymnastisch und hydrotherapeutisch alles geschehen, was zur Milderung und evtl. Hebung des Leidens geschehen kann.

Gleichzeitig erfährt der Fall eine eingehende Würdigung in diagnostischer Beziehung, um festzustellen, welcher Art und Form das Gallensteinleiden ist.

Darnach wäre dann kritisch abzuwägen, ob sich in dem vorliegenden Fall mehr eine operative oder die Fortsetzung der rein innerlichen Behandlung empfiehlt.

Solche Spezialsanatorien für Gallensteine sind ein Bedürfnis der Zeit nicht weniger wie Lungenheilstätten, Sanatorien für Verdauungskrankheiten oder diätetische Therapie. Durch sie werden zweifelsohne die Wünsche des praktischen Arztes und des

Publikums gedeckt, und dem einzelnen Kranken ein Rettungsweg gezeigt, ehe es zum Handeln zu spät ist.

Vorurteilsfrei muss die Beobachtung sein; sie muss daher geschehen von Seite von Aerzten, welche der inneren Medizin und der Chirurgie gleich nahe stehen. Was man am Ende thun soll und wird, zu diesem Entschlusse ist ja meist Zeit. Aber klar zu sehen ist wünschenswert und über eventuelle Complicationen orientiert zu sein:

und das ist die Aufgabe der Sanatorien.

Gehen wir nach diesen einleitenden Bemerkungen zum eigentlichen Thema der Behandlung der Gallensteine über.

Um dem Arzte die Stellungnahme zum Einzelfalle zu erleichtern, führe ich im Folgenden die Haupttypen der Krankheitsbilder und ihre Behandlung getrennt an.

Wir wollen das Material in folgender Weise einteilen:

1. Die Behandlung der Gallensteindiathese überhaupt, namentlich des Gallensteinleidens im latenten Zustande und seine Prophylaxe.
2. Die Behandlung leichterer Krankheitsfälle.
3. Die Behandlung schwererer Fälle.

Wie oben gesagt, hebt die Behandlung der Gallensteindiathese bei einer sachgemässen Prophylaxe an. Ihr und gleichzeitig der Behandlung leichterer, gleichsam latenter Gallenstauungszustände, wobei natürlich bereits Steine im Spiele sein können, sei der erste Abschnitt dieser Abhandlung gewidmet.

I. Teil. Prophylaxe des Gallensteinleidens.

Hinsichtlich einer Gallensteinprophylaxe ist es wahrscheinlich, dass sie bei vielen Menschen, die noch keine Anfälle gehabt haben, wenig Anklang finden wird.

Denn wer wird an Gallensteine denken und an die Möglichkeit an solchen eventuell zu erkranken, wenn er noch keinen Anfall gehabt hat, und mag er leibhaftige Steine mit sich herum tragen. Warum, wird er sagen, sollte er gerade vorsichtig nach dieser und jener Richtung sein, nachdem er bis jetzt nichts Besonderes verspürt hat, warum sollte er gerade von liebgewonnenen Gewohnheiten lassen und anders leben, nachdem der liebe Nächste neben ihm es auch nicht thut.

Dieser Leichtsinns zeitigt für einen gewissen Teil von Menschen aber verhängnisvolle Folgen.

Denn es ist kein Zweifel, dass gewisse Gruppen von Individuen sehr zu Gallensteinen disponiert sind, z. B. schon alle Personen, die Neigung zum Fettansatz haben, eine müssige, sitzende Lebensweise führen und lieben, sich behäbig bewegen und wenig körperlich betätigen, an Stuhlverstopfung leiden etc.

Physiologischer Weise sind es die Frauen, ganz allgemein gesagt, die mit ihrer grösseren Passivität des Abdomen, ihren periodischen Stauungszuständen darin, der Gravidität in ihrem Verlaufe und vor allem in ihren Folgen, der grösseren Häufigkeit von Darmstörungen durch unregelmässige Darmtätigkeit etc., statistisch das Hauptkontingent der Gallensteinkranken liefern. Die sachgemässe Prophylaxe des Gallensteinleidens betätigt sich entsprechend der Bestrebung, die Cirkulationsverhältnisse im Abdomen zu beleben und zu bessern und jeder namentlich einseitigen Stauung, Knickung und Wegbehinderung vorzubeugen, in mehrfacher Weise.

In der Hauptsache ist sie daher

- I. eine mechanische,
- II. eine diätetische,
- III. eine medikamentöse.

Lassen wir in den folgenden Zeilen jede in ihrer Bedeutung und Ausführung zur Abhandlung kommen.

I. Die mechanische Prophylaxe der Gallensteinkrankheit.

In diese Rubrik fallen alle mechanischen Massnahmen, welche die Cirkulationsverhältnisse im Abdomen bessern, namentlich so weit sie dem Gefässsystem der vena cava angehören.

Prinzipiell ist daher die Betonung jeglicher Leibesübung, sei es in Form von Schwimmen, Fecht-, Fussballsport, Fuss-touren oder Bergsteigen, Rudern oder Lawn-Tennis-Spiel.

Das Ziel aller dieser Bewegungen ist eine energischere Ventilation der Hypochondrien, eine Massage der Theile unterhalb des Zwerchfells, der Leber und ihrer Anhänge, vor allem aber auch eine Kräftigung der vorderen Bauchwandmuskeln, welche den Unterleibsorganen ohne Kunsthülfe Halt und Stütze geben, sie in ihrer

Lage bewahren und vor Ptosis etc. schützen. Denn gerade diese Ptosis, das Herabhängen der Organe, vor allem der schweren massigen Leber dürfte es sein, welche die Frauen besonders zu dem Gallensteinleiden prädisponiert.

Ventilation der Hypochondrien.

Die ausgiebige Ventilation der Hypochondrien ist für die vorliegende Frage von einschneidender Bedeutung. Es ist kaum zweifelhaft, dass gerade ihrem Wegfall beim weiblichen Geschlecht infolge unserer Tracht, eine wesentliche Schuld für die grössere Häufigkeit des Gallensteinleidens beim Weibe mit beizumessen ist.

Gewiss ist zuzugeben, dass bei dem mehr costalen Typus der weiblichen Atmung dieser Ausfall an Atmung vom Weibe noch am ehesten vertragen wird. Aber für die Leber kann er nie und nimmer gleichgültig sein. Ich habe in einschlägigen Versuchen, bei denen die offene Gallenblase mittels Schlauches mit Wasser gefüllt wird, deutlich gesehen, und kann es leicht demonstrieren, wie die ausgiebige Bewegung der Hypochondrien auf den Abfluss aus der Gallenblase einwirkt.*)

Kein Wunder, wenn der Wegfall dieser rhythmischen Bewegung, wie er durch das Einpressen in einen engen starren Corsetpanzer erzwungen wird, störend auf die Gallenblase wirkt, daselbst Stauungen macht mit folgenden Katarrhen, Entzündungen und event. Steinbildungen.

Kräftigung der Bauchmuskeln.

Unverkennbar wird auch die Ausbildung der Muskulatur der vorderen Bauchwand bei unseren heutigen Kulturverhältnissen von weiblicher Seite grob vernachlässigt.

Erfährt der lange Hauptmuskel der Vorderwand schon durch den Druck der Röcke und des Corsets eine Einbusse an Ernährung, so wird er auch in seiner Kraftentfaltung behemmt, indem er nicht mehr gerade, sondern mit einem Winkel in der Taille zu verlaufen gezwungen wird. Ausserdem hat er der Straffheit des den Körper haltenden Corsetes zufolge gar keine Betätigung und eigentliche Aufgabe mehr, indem nach der Versicherung der Damen das Corset

*) Die Arbeit Kuhn: Spülungen an den Gallenwegen, ist in den Therapeutischen Monatsheften März 1903 in extenso mitgeteilt.

„den Körper so schön hält“, und die muskuläre Stütze ganz überflüssig ist.

Dazu kann der Muskel in keinem Falle zur Anwendung kommen, weil das Corset auch noch jede Bewegung auf ein Minimum reduziert.

Die Folgen aller dieser Einflüsse ist ein Zurückbleiben des Muskels und im Weiteren, namentlich wenn im vorschreitenden Alter die Neigung zum Fettansatz kommt, eine Verfettung desselben, mit allen Formveränderungen des weiblichen Leibes, an den wir uns leider oft schon gewöhnt haben, mit seinen einseitigen Fettmassen und seinem passiven Herunterhängen.

Wie oben erwähnt, wären die Mittel zur Verhütung der genannten Krankheitszustände vor allem sportliche Uebungen. Dem

1. Sport

sei daher der erste Abschnitt gewidmet. Betrachten wir die einzelnen Formen des Sports hinsichtlich ihrer Wirkung auf Gallenstauungszustände näher.

An der Spitze von allen Sportsübungen steht, wie im Allgemeinen, auch bezüglich der Gallensteinfrage das Reiten. Doch ist es natürlicherweise nur einer kleinen Prozentzahl von Menschen vergönnt, diesem königlichsten aller Sports zu huldigen.

Seine günstige Einwirkung auf Gallenstauungszustände steht ausser Zweifel und ist leicht zu begreifen. Da ist es zunächst die rhythmische aktive Bethätigung aller Muskeln des Körpers, der Arme und Beine, der Brust-, Bauch- und Beckenmuskulatur, deren harmonische Inanspruchnahme das Reiten über jede andere Bewegung erhebt; ferner sind es die erschütternden Bewegungen, namentlich beim Traben, durch den Stoss des Pferdes, welche günstig auf die Circulation aller Teile, namentlich auch der Leber- und Gallengänge einwirken und die Gallenstauung vermindern.

Drittens ist es die zur Ausübung des Sports gehörige Bewegung in freier Luft und endlich die durch die Anstrengung des Reitens vertiefte Respiration, welche den Reitsport auszeichnen. Wie sehr dies auch von mechano-gymnastischer Seite anerkannt wird, beweist die Konstruktion des Reitsitzes unter den Zander'schen Apparaten.

Als nächster, ähnlich vorteilhafter Sport, wäre das Rudern zu nennen. Auch es zeichnet sich durch Rhythmus aus, erlaubt eine

periodische Anstrengung und Ruhe, stärkt die Brust und Bauchmuskulatur, ventiliert die Hypochondrien und hat die Freiluft zum Operationsfeld.

Das Schwimmen dürfte mit dem Rudern gleichwertig sein. Daneben lässt ersteres keine Erhitzung zu und fördert den Stoffwechsel und auch die Pflege der Haut.

Als recht wertvoller Sport mag, namentlich was unsere jungen Damen anbelangt, das Lawn-Tennis-Spiel genannt sein. Von Vorteil ist schon die leichtere Kleidung und die geringere Schnürung, welche sich die Damen bei dem Spiel erlauben; der freie Gebrauch der Arme, das Drehen und Bücken, das Springen und Laufen sind ebenso reizende als gesunde Übungen. Dazu die freie Luft und die Ausdehnung der Spielübungen. Das Ballspiel ist ähnlich.

Fechten dürfte mit den angeführten Übungen nicht gleichbedeutend sein, Boxen kommt für unsere Lande nicht in Frage.

Eine sehr harmonische Bewegung, dazu ohne alle Apparate und Vorbereitungen möglich, ist das sportliche Tourenmachen, eventuell Bergsteigen. Es beansprucht, wenn es methodisch geübt wird, alle Muskeln des Körpers in gleichmässiger Weise, fördert sehr die Tiefathmung und führt den Unternehmer in die freie Luft und in gesunde Bergeshöhen. Dasselbe gilt von methodischen Jagdausflügen.

Auch das Schlittschuhlaufen, Skilaufen sind zur Winterszeit sehr zweckmässige Übungen.

Nicht dasselbe können wir vom Velocipedfahren sagen. Dieses erscheint uns als eine sehr einseitige Übung, mit einseitigster Inanspruchnahme einiger Muskelgruppen, wie jeder, der den Sport treibt, selbst es fühlt. Die Arme, der Brustkorb werden sehr wenig in Anspruch genommen, die Hypochondrien gar nicht. Der Sport verleitet im Gegenteil zu schlechter Haltung und zur Übertreibung. Die Bauchmuskulatur ist ganz passiv, kurz und gut, es mangelt dem Velocipedfahren an harmonischer Einwirkung auf die Muskulatur.

2. Gymnastik.

a) Freistehende Gymnastik.

Einen äusserst günstigen Einfluss auf die Tätigkeit der Unterleibsorgane sowohl was die Blutcirculation als auch die Darmtätigkeit betrifft, üben gewisse gymnastische Übungen aus.

Als empfehlenswerte Beispiele sind anzuführen: kräftige Beugebewegungen der Oberschenkel im Hüftgelenk, alle Formen von Rumpfbeugungen und Rumpfdrehungen, ferner Kniebeugungen bei erhobenen Fersen, endlich Hochrichten des Rumpfes bei Rückenlage. Diese letztere Übung ist besonders kräftigend für die Muskulatur des Bauches, insbesondere der vorderen Bauchwand. Ausgeführt wird sie in der Weise, dass der Patient, während er flach auf dem Rücken liegt, den Oberkörper durch alleinige Inanspruchnahme der Bauchmuskulatur, also ohne stützende Zuhilfenahme der Hände, aufrichtet. Diese Procedur wird öfters nacheinander wiederholt, bis 20 selbst 50 mal hintereinander, und zwar in mehreren Wiederholungen am Tage.

Auch ruckweise Einziehungen der Bauchmuskeln, die man ganz unauffällig fürsich machen kann, in aufrechter Körperstellung kräftigen die vordere Bauchmuskulatur erheblich. Sie wären öfter am Tage zu machen, namentlich vor der Entleerung.

Auch zur Ventilation der Hypochondrien, für welche an anderer Stelle eine Lanze gebrochen wurde, eignen sich gymnastische Uebungen, namentlich solche der Lungen: der Uebende atmet bei geschlossenem Munde tief durch die Nase ein, und hält die Luft, bevor er sie wieder herauslässt, längere Zeit in der Tiefe der Lunge fest; auch vertiefte einfache Inspiration und Expiration leisten schon sehr viel.

Lenhartz empfiehlt im Penzoldt-Stintzing'schen Handbuche vorzugsweise folgende 3 Uebungen pag. 846:

1.) Während die Hände auf die Hüften gestemmt sind, tiefe Einatmung und kräftige Ausatmung bei gleichzeitiger tiefer Kniebeuge; darnach tiefe Einatmung beim Erheben.

2.) Tiefe langgezogene Einatmung bei gleichzeitigem Erheben beider Arme bis zur Horizontalen. Kräftiges Ausatmen bei gleichzeitiger Rumpfbeuge nach vorne und Senken der Arme mit gleichsinniger Bewegung nach der Mittellinie. Dann wieder forcierte Einatmung mit Aufwärtsbewegung der Arme.

3.) Tiefe Einatmung bei kräftiger Aufwärtsbewegung der Arme bis zur Horizontalen, kräftige Ausatmung mit Senken und Vorwärts-

bewegung der Arme und gleichzeitiger Kniebeuge. Es erfolgt Erheben des Rumpfes und der Arme mit tiefer Einatmung *).

b. Heilgymnastik.

Neben dieser soeben abgehandelten freistehenden oder pädagogischen Gymnastik, welche sozusagen immer und überall und für jeden durchführbar ist, giebt es bekanntlich noch eine sog. schwedische Heilgymnastik oder Widerstandsgymnastik. (Henrik Ling † 1839.) Diese bedient sich entweder in Form der sog. „manuellen Methode“ der Muskelkraft einer anderen Person, eines Gymnasten, um einen zu überwindenden Widerstand darzustellen, oder in Form der von Dr. Zander ingeniös erfundenen Apparate gewisser Hebelvorrichtungen an maschinellen Constructionen.

Die Neuzeit hat noch einige kleinere Widerstandsapparate in den Heilschatz eingeführt, die leicht und billig zu beziehen und einfach zu handhaben sind. Als Beispiele erwähne ich:

1. Die sog. Muskelstrecker, das sind Gummistränge oder Stahlfedern, die an den Enden mit Handgriffen versehen sind und sich sehr zur Zimmergymnastik eignen.

2. Andere Apparate sind solche, welche mit und ohne Gewichtszüge arbeitend an Thüren, Corridoren, Gartenhäusern etc. angeschraubt werden, z. B. der Turnapparat von Diehl-München, Sandow's family Gymnastics etc.

Es lassen sich mit dergleichen Apparaten, namentlich wenn sich der Patient mit dem Rücken gegen die Wand stellt, sehr vorteilhafte Bewegungen ausführen, vorteilhaft namentlich zur Ventilation der Hypochondrien und zur Beförderung des Saftstromes in der Leber.

3. Weitere kleinere Apparate zur Zimmergymnastik sind ausser den gewöhnlichen Hanteln etc. die Sach's Kugelstab-Apparate, mit Hilfe deren die ausgiebigsten gymnastischen Uebungen möglich sind, Sachse's Ruderapparat etc.

*) Dergleichen „freistehende“ Bewegungsübungen lassen sich noch viele zusammenstellen und sind in einem guten Buche der medizinischen Gymnastik z. B. Anders Wide, Handbuch der medicin. Gymnastik, Wiesbaden bei Bergmann nach zu sehen (pag. 151 daselbst).

Schwedische Heilgymnastik.

Wollen wir den Vorschlägen der schwedischen Heilgymnastik treuer folgen, so sind aus

der manuellen Gymnastik

folgende gymnastische Bewegungsformen von Wert.

Denn nicht alle im System P. H. Ling's vorkommenden Uebungen haben für die Gallenwege Interesse. So fallen von vornherein alle Formen von Hackung, von Klopfung und von Klatschung weg.

Anders steht es um die Knetung.

Dieselbe kommt allein und in Kombination mit anderen Bewegungsformen zur Anwendung, so dass im Ganzen 3 Formen der Knetung herauskommen, soweit das Abdomen, der Darm und die gallenbereitenden Organe in Frage kommen.

- 1.) die Knetung allein,
- 2.) die Knetung mit Schüttelung,
- 3.) die Knetung mit Streichung.

Die „Knetung“ des Bauches als solche ist zweifelsohne für die Leber und ihre Anhänge von bestem Einfluss. Der Kranke nimmt halb hockende Stellung ein, der Gymnast durchknetet unter kleinen kreisförmigen Reibungen das ganze Gedärm.

Von den „Schüttelungen“ wären es vornehmlich die Magen-grubenschüttelung und die Bauchseitenschüttelung, welche dem Lebersystem direkt und mit ihrer Wirkung auf den Darmkanal indirekt zu Gute kämen, während die eigentliche Magenschüttelung den Magen selbst und seinen dilatierten fundus mehr betrifft.

Die dritte Form der gymnastischen Bauchbearbeitung endlich, die Streichung, hat als Quer-Bauchstreichung oder Bauch-Seitenstreichung oder Lenden-Seitenstreichung ungefähr die Bedeutung der Knetung, als Kolon-Streichung wirkt sie aber ausgezeichnet auf die Peristaltik, wobei sie in der Verlaufsrichtung des colon ausgeführt sowohl direkt mechanisch als auch indirekt reflektorisch wie alle Manipulationen am Bauche zur Geltung kommt.

Die Walkung, welche im Ganzen auf eine Massage à la pétrissage hinauskommt, hat ebenso wie die Sägun für vorliegende Zwecke keine Bedeutung.

Die Drückung und Reibung kann wieder eher in Frage kommen und möglichenfalls in direkter Anwendung auf die Gallenblase.

Dieser Punkt bedarf allerdings noch einer besonderen Beleuchtung. Denn so wünschenswert es einerseits wäre, durch direkte Beeinflussung der Gallenblase (die Massage regt die Kontraktion der Gallenblasenmuskulatur an oder sie bewegt die vorhandenen Fremdkörper, welche ihrerseits wieder die Kontraktionen auslösen) dieselbe ähnlich wie es Gerhardt durch Palpation und elektr. Strom vorgeschlagen, zur Kontraktion und zur Ausstossung ihres Inhaltes zu veranlassen, ebenso gefährlich und unheimlich ist dieses Beginnen, wenn Steine vorhanden. Gewiss kann ein körniger oder lehmiger Inhalt, wie ich selbst ihn schon oft bei Operationen gesehen, auf diese Weise ausgetrieben werden. Aber wer garantiert uns, dass der Inhalt so feinkörnig ist, dass nicht grössere Steine auf der Wanderung hängen und stecken bleiben und die schwersten Koliken veranlassen.

Die Massage muss also stets mit Vorsicht gehandhabt werden.

Von recht günstigem Einfluss auf die Kräftigung der Bauchmuskulatur, namentlich an der Vorderwand mögen noch drei weitere Bewegungen sein:

die Erhebung und die Fällung und endlich die Drehung, sei es in der Form einer sitz-liegenden Erhebung, wobei die Hände bald hüftenfest, bald nackenfest, oder einer stütz-stehenden Erhebung, wobei Bauchdrückungen noch nachhelfen können.

Die Fällung übt einen sehr energischen Einfluss auf die Bauchmuskulatur.

Die Drehung endlich ist als Rumpfdrehung eine vorzügliche Widerstandsbewegung und kommt bald als Wechsel-Drehung, bald als Plan-Drehung, bald als Bogen-Drehung zur Anwendung. Ähnlich ist die Rumpffrohlung von günstigem Einfluss auf das Abdomen.

Während alle bis jetzt genannten Verfahren der manuellen Gymnastik das Abdomen als solches im Auge haben, verfolgen die folgenden mehr die Absicht der Vertiefung der Respiration und der Ventilation der Hypochondrien.

So haben die Führung, die Schwingung, die Ziehung,

die Spreizung, die Schliessung nur die Extremitäten zum Ziele, üben dieselben und wirken indirekt auf den Stamm.

Bei der Führung versucht Pat. die Arme, welche im Handgelenk vom Gymnasten gehalten sind nach vorwärts oder rückwärts oder seitwärts zu führen, bei der Schwingung in schnellerem Tempo. Die Spreizung und Schliessung erstreckt sich auf die Beine.

c) Zander's Gymnastik.

Aus der Apparatotherapie (Zander) empfehlen sich für die Organe der Gallenbereitung und Förderung hauptsächlich folgende Bewegungsformen.

Lässt man sie nach der landläufigen Terminologie und Systematik Revue passieren, so wären die unter A. [(aktive Armbewegungen)] als da sind: Armsenken, Armheben Schulterheben, Armsenken und -beugen, Armheben und -strecken, Zusammenführen der Arme, Seitwärtsführen der Arme, Armschleudern und Armdrehen] gebräuchlichen Zander-Übungen für die Übung der Brustorgane und zur Ventilation der Hypochondrien sehr wohl geeignet. Eine sehr vortheilhafte Combination erfahren die Armbewegungen am Ruderapparat. Die unter B. (aktive Beinbewegungen) zusammengefassten Übungen, (Hüftbeugen, Hüftstrecken, Hüftkniebeugen oder Hüftheben, Hüftkniestrecken, Beinschliessen, Beinspreizen, Velocipedtreden) betreffen schon mehr das Abdomen und beanspruchen dessen Muskulatur. Sie sind also als Übungen zur abdominellen Gymnastik schon geeignet.

Mehr aber sind es die „aktiven Rumpfbewegungen“ selbst, die man in der Specialliteratur*) unter C. zusammengesellt findet, welche der Stärkung der abdominellen Muskulatur dienen. Beispiele sind das Rumpfvorbeugen aus sitzender und aus liegender Ausgangsstellung; beide wirken sehr wohl auf den rectus abdominis, den obliquus externus und internus, transversus, ferner auf ileopsoas und rectus femoris. Das Rumpfsseitlich beugen und das Rumpf-

*) Zander: Die Apparate der Zander'schen medico-mechanischen Gymnastikmethode. Stockholm 1898.

Nebel: Bewegungskuren der schwedischen Heilgymnastik und Massage. 1889. Wiesbaden.

drehen nimmt von den Bauchmuskeln mehr die hinteren Teile des obliquus externus und internus in Anspruch, daneben die Rückenmuskulatur und die des Brustkorbes. Dasselbe gilt von der Beckendrehung.

Bewegungen, welche einen Uebergang von der aktiven Gymnastik zur passiven darstellen, sind unter D. geführt; es sind die Rumpfbalancierbewegungen im Quersitz und im Reitsitz. Sie alle beanspruchen in sehr geschickter Form auch die Muskulatur der Vorderseite des Bauches.

Einige Vertreter der schwedischen Heilgymnastik (Neumann etc.) versuchten die Heilmethode spezieller für Leberleiden zuzuschneiden und schlugen vor, bei derartigen Störungen speciell die rechte Seite mit Bewegungen anzugreifen. Sie empfehlen daher rechtsseitiges Rumpfdrehen und Rumpfbeugen, rechtsseitiges Oberschenkelspreizen und -heben und nahmen als Ausgangsstellung die Rumpfdreh- und Rumpfbeugehaltung nach rechts, Sitzen oder Liegen auf der rechten Hinterbacke.

Uns erscheint ein solches Spezialisieren unwesentlich. Wir legen den Hauptwert auf die Gymnastik des ganzen Abdomen, deren Wirkung auf die Blutverteilung, die Zirkulation in der vena portae (A. Hoffmann) und die Darmthätigkeit.

Für schwächliche Personen und solche, die zur aktiven Gymnastik nicht geeignet sind, vielmehr es erst lernen müssen, von ihren Muskeln Gebrauch zu machen, ist die „passive Schwedische Heilgymnastik“ am Platze. Für die Behandlung des Abdomen empfiehlt sich die passive Brustweitung und die passive Beckendrehung.

Von den mechanischen Einwirkungen auf das Abdomen heben wir eine aus der Apparatotherapie hervor, das ist die Erschütterung im Reitsitz, also ungefähr das, was der Reiter auf dem Pferde erfährt. Die Bewegung ist für die Zirkulation im Abdomen ausgezeichnet, stärkt nicht minder wie alle oben genannten Rumpfbeuge-, Dreh- und Balancierbewegungen die Muskulatur des Bauches. Bei schmerzhaften Zuständen in und um die Gallenblase verbietet sie sich allerdings heute ganz entschieden, wenn auch eine frühere, sichtlich weniger empfindsame Zeit allen Ernstes vor-

geschlagen hat, den armen Kranken mit seinem eingeklemmten Gallenstein aufs Pferd zu setzen und dies loszulassen.

Was weitere mechanische Einwirkungen, wie Leibessackung Bauchknetung, kreisende Unterleibsstreichung etc. mit Hülfe von Zander-Apparaten anbelangt, können sie unsere Empfehlung nicht finden. Wir ziehen für derartige Manipulationen ganz entschieden die manuellen Verfahren vor.

3. Massage.

Unter diesem Gesichtspunkt ist vor allem der Leber- und Gallenblasenmassage, allgemein gesagt, einer abdominellen Massage Erwähnung zu tun.

Beispiele solcher Massage wären die oben angeführten Formen manueller Gymnastik nach der Methode von Lings, als da sind die Knetung, Schüttelung, Streichung, die Reibung, Drückung etc. etc.

Von geschickten Händen ausgeführt, haben sie jedenfalls viel Wert. Für die Ausbildung der abdominellen Massage haben sich namentlich Mezger, v. Mosengeil, Hoffa etc. sehr verdient gemacht. Bald sind es „rotierende Effleuragen“, welche die Bauchdeckenspannung beseitigen, bald „tiefe Pétrisagen“, „rotierende Pétrisagen“, „Effleuragen des Dickdarms“, welche eine Lockerung der Kotmassen und eine Fortbewegung des Darminhaltes bewirken, „Klopfungen“ und Schüttelungen, Vibrationen etc., welche die Darmmuskulatur reizen und den plexus anregen.

Wo man die Absicht hat, sich selbst zu massieren, wird man zu kleinen Hilfsapparaten greifen müssen. Solche sind die Stabwalze, die Plüschwalze, d. s. walzenartige Instrumente, welche über die Bauchdecken geführt werden.

Bekannter ist die sog. Massagekugel, wie sie neuerdings vielfach Anwendung findet, und namentlich zur Behandlung chronischer Verstopfung viele Lobredner hat. Es ist eine mehrere Kilogramm schwere Kugel, deren Gewicht durch Füllung mit Schrotten modifiziert werden kann. Sie wird früh morgens im Bett auf den Bauchdecken in Bewegung gesetzt, und am besten in der Richtung des Dickdarms bewegt.

Wie weit eine direkte Beeinflussung der Leber erlaubt ist, hängt von der Empfindlichkeit dieser Stelle und dem grösseren oder geringeren Verdachte, Steine in Bewegung zu setzen, ab.

Wie gelegentlich die Massage der Gallenblase Nutzen bringen kann, beweist der Fall von Fleiner, der durch die Litteratur geht, wo nur das häufige Betasten einer mit Steinen gefüllten Gallenblase, diese zum Abgange brachte. (Vergl. Fleiner.)

Sonst ist aber Vorsicht geboten. Jedenfalls kann die Massage der Gallenblase oder Leber nicht Laienhänden überlassen werden. Gerhardt, welcher die Compression der Gallenblase zur Behandlung des Ikterus empfahl, rät, die Gallenblase mit den Fingern zu umgreifen und so, während man sie gegen die Wirbelsäule drängt, zu entleeren. Natürlich muss zu diesem Zwecke die Gallenblase fühlbar sein, was natürlich in einer grossen Anzahl von Erkrankungen nicht der Fall ist; bei ihnen ist die Gallenblase selbst im gefüllten Zustande, unter dem Lebertrand verborgen. Dann wird die Gallenblasenmassage zur Lebermassage. Ist die Gallenblase zugänglich, so fühlt man, während die Gallenblase plötzlich schwindet, ein feinblasiges Rasselgeräusch, und die Dämpfung ist, nach der Percussion, verschwunden. Diese Manipulationen empfehlen sich natürlich zunächst so lange, als Stauungen ohne Steine vorhanden sind. Sind Steine in Frage, so ist die Massage stets ein zweischneidiges Schwert und kann die unwillkommenen Geister rufen, um ihnen dann nicht wehren zu können.

Eine vorzügliche Unterstützung der Massage ist das warme Bad. Im heissen Bade wird das Abdomen der palpierenden Hand bekanntlich unverhältnismässig besser zugänglich, und selbst eine empfindliche Stelle erlaubt Berührung.

4. Kleidung.

Die oben normierte mechanische Prophylaxe der Gallensteinkrankheit hat vor allem neben der aktiv-gymnastischen eine passiv-prohibitive Seite, namentlich bei unserer Frauenwelt, welche diese Sache bekanntlich in erster Linie angeht. Es wird nicht schwer sein zu erraten, was ich meine: es ist die Kleiderfrage, vor allem die Corset- und Leibbindenfrage.

Je nach dem Alter wird das eine oder andere dieser Bekleidungsstücke die grössere Rolle spielen und der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, beim Mädchen mehr die Frage des Corsets, bei der Frau mehr die Leibbinde oder beides.

Dass hier viel Missbrauch und krankhafte Uebertreibung, zweifel-

los aus einem falschen Geschmack- und Schönheitsbegriffe stammend, grassiert, wer wollte es leugnen?

„Und fragst Du noch, warum Dein Herz

„Sich bang' in Deinem Busen klemmt?

„Warum ein unerklärter Schmerz

„Dir alle Lebensregung hemmt?“

ciert ein Spassvogel aus Faust I. Teil 9. Scene, und meint in nicht wenig zutreffender Form eine geschnürte junge Dame.

Corset.

Es wird zur Zeit über Corset und Nicht-Corset so viel geredet und geschrieben, dass man sich fast scheuen könnte, über diesen Punkt das Wort zu ergreifen. Wenn man aber liest, wie gerade die Begründung der Opposition, welche in hochtrabender Weise stets die sog. Frauenleiden hervorzieht und gerade für sie das Corset verantwortlich machen will, gerade die Frage der Gallensteine relativ so wenig berücksichtigt, kann man nicht stillschweigen. Denn gerade die Gallensteine sind ein Produkt der Kultur und mit eine Folge unserer Kleidungsverhältnisse, besonders beim Weibe, und schaffen wir erst die Gonorrhoe aus dem Lande, so können hinsichtlich der Sexualorgane die Frauen ungestraft ihr Corset so enge und so lange tragen, wie sie wollen.

Es ist für Niemanden, am wenigsten für alle Damen selbst, ein Zweifel, dass eine weibliche Person in einem Corsete nicht so frei und so ausgiebig athmen kann, wie im unbedeckten Zustande. Wenn man ein Corset öffnet und den Körper von den anderen beengenden Kleidungsstücken befreit, reichen die vorderen Ränder des Corsets eine Anzahl von cm auseinander, bei wenig geschnürten Frauen 5—10, bei festgeschnürten 10—15 cm*).

Durch diese Beschränkung kommt, wie bereits oben erwähnt eine Verringerung der Ventilation der Hypochondrien zustande, und in ihrem Gefolge Stauung und Anschoppung in dem Gallengangssystem.

Aber das Einschnüren über dem unteren Teile der Leber, sei es durch Rockbänder, sei es durch ungeschickte Corsets, schädigt die Gallenblase selbst in direkter Weise. Die Druckfurche bei

* Dr. C. Wild, Vortrag im Casseler Frauenverein. 1902.

sog. Schnürleber läuft über die Leber etwas oberhalb des Randes, unter dem die Gallenblase hervorsieht.

Quincke unterscheidet in seiner klassischen Abhandlung im Nothnagel'schen Handbuch 4 Typen der Kleidungsdeformation des Thorax und der Leber:

1. Typus der tiefsitzenden Taille: engster Ring unterhalb des Rippenbogens. Hier braucht die Gallenblase nicht berührt zu sein

2. Mittelhohe Taille: Schnürung unterhalb des processus xyphoideus.

3. Hohe Taille: Schnürung in der Höhe des processus.

4. Cylindrisch-paralytischer Torax = enger Thorax ohne Taille.

Namentlich in Fall 2 und 3 wird die Gallenblase aus ihrer Lage gedrängt. Man kann bei Bauersfrauen, deren Rockbänder natürlich noch schädlicher wirken, als ein Corset, nach Öffnen der Kleider direkt auf der Haut die Schnürlinie sehen und verfolgen, welche zur Abklemmung der Gallenblasenkuppe führt.

Das Corset ist nicht allein die Ursache der Schnürleber: Die Ursache liegt in der Befestigung der Kleider überhaupt in der Taille. Um ihnen dort Halt zu geben, werden die Bänder von den Frauen möglichst fest gebunden, und die Rippen auf die Leber festgedrückt. Diese künstliche Umbildung des Thorax zu einer Sanduhrform beginnt ungefähr mit dem 14. Jahr. Die Druckstelle an der Leber kann atrophisch werden, so dass die Leber in der Schnürfurche dünner wird, selbst zu einer dünnen, bindegewebigen Platte, welche nur noch die Gefäße trägt. In jedem Falle erfolgt eine Verlängerung des rechten Leberlappens unterhalb der Schnürfurche. Mit diesem aber werden auch die an der Unterseite desselben verlaufenden Gallenwege, namentlich die Gallenblase in die Länge gezogen und der ductus cysticus geklemmt. Gallenabflussstockung, Erweiterung und Katarrh sind die Folgen.

Am schlimmsten sind diese Folgen für den noch wachsenden nicht vollendeten Körper, besonders bei schwachen Individuen mit weichem Knochenbau und zarter Muskulatur. Ältere Individuen würden am Thorax schon eher einen Druck vertragen. Für sie kommen aber, wenn sie verheirathete Frauen geworden sind, die geboren haben, wieder alle jene die Muskulatur und die Druckverhältnisse des Abdomen schädigenden Momente in Betracht.

Ich sagte oben: ungeschickte Corsets und dies m. E. mit Recht. Denn ferne sei es von mir mit der Verurteilung der Schattenseiten des Corsetes, dem Corsete als weibliches Kleidungsstück überhaupt den Garaus machen zu wollen, wie es die Heiss-sporne der Reformkleiderbewegung, voraus Schulze-Naumburg, beabsichtigen.

Im Gegenteil: so lange wir dem Weibe zum guten Teil aus ästhetischen Gründen (bei einer enquête bei den hervorragenden weiblichen Bühnencelebritäten von Paris erhielt vor einiger Zeit der Figaro die glühendsten Lobreden auf den weiblichen Rock und die fast einstimmige Forderung seines Weiterbestehens) den Rock als notwendiges Kleidungsstück vindizieren, macht unser nördliches Klima für den grössten Teil des Jahres eine Schnittform nötig, welche an einer Stelle des Körpers eng und dicht abschliesst, um die Zirkulation der Luft an der nächsten Oberfläche des Körpers zu beschränken und die erwärmte Luft am Körper ruhend und stehend zu halten.

Zu diesem Abschlusse eignet sich aber, wenn wir auf den Abschluss dicht über dem Fuss in Form von Beinkleidern in der Art des Orients verzichten wollen (Paris hat gesprochen), naturgemäss am besten die Mitte des Körpers, und sie fordert mit ihren Vorteilen für die Befestigung geradezu dazu heraus. Je dichter dann der Abschluss gewählt und je enger anliegend dann die Kleider an dieser Stelle schliessen, um so wärmer ist die Kleidung.

Binden wir nun die Kleider in der Taille luftdicht fest, so bedürfen wir, wenn wir uns nicht den Gefahren der Schnürfurchen infolge des schmalen Schnürbandes aussetzen wollen, einer starreren Unterlage, welche den Druck des Bindens verteilt. Wir haben einen mit starren, senkrechten Spangen versehenen Gürtel nötig, der von unserem Corset nicht mehr sehr weit entfernt ist. Jedenfalls muss der Gürtel so breit sein, dass er den Zwischenraum zwischen Hüftkamm und Rippen ausfüllt, resp. mit seinen Spangen überbrückt.

Ich leugne nicht, dass durch Verbesserung der Unterkleidung, vor allem durch die Heranziehung einer gutschiessenden warmen Beinbekleidung, vieles zu verbessern, vor allem auch der Taillenschluss als Wärmevermittler zu entbehren wäre. Beinkleider wären

auch leichter als Unterröcke, ein Umstand, der ebenfalls für den Druck in der Taille sehr in Frage kommt.

Allein, diese wärmere Unterkleidung bedeutete, wenn sie auch gleichzeitig „chic“ und elegant sein sollte, eine erhöhte Belastung des Wäschekontos im Haushalte, und würde für den Mittelstand nicht ohne Weiteres gleichgültig sein.

Auch die so kleidsame Trennung der Kleidung in Rock und Bluse, die seit Jahren den Sommer beherrscht, und sich sichtlich auch aus wirtschaftlichen Gründen so eingebürgert, wäre ohne Corset nicht ohne Weiteres mehr möglich.

Wie die Vertreterinnen der Reformkleidung die Frage lösen wollen, kann man ja allorts lesen.

Sie fordern Befestigung der Kleider auf den Schultern mittels eines weichen Leibchens und im übrigen lose Kleider. Um den Wärmebedarf zu decken, brauchen sie die oben erwähnten Unterkleider.

So zweckmässig viele Motive in der Reformkleiderbewegung sind, wird sie doch noch manchen Kampf zu bestehen haben. Zweckmässig sind zweifelsohne die Corsets, welche in der Art der amerikanischen Corsets gearbeitet sind, nämlich gut modellierte Untertaillen aus festem Stoff darstellen mit breiten Achselstücken; diese tragen an Knöpfen die Kleidungsstücke für den unteren Körper. Einige in der Wäsche entfernbar Fischbeinstäbchen versteifen das Corset.

Wie die Reformkleidung sich zur Zeit auf der Strasse präsentiert, ist sie für etwas corpulente Frauen direkt unmöglich und widerlich. Sie wird für solche Fälle immer wieder zur Herannahme einer Art von Schnürung des Stammes gezwungen sein.

Wir glauben, dass sie in der derzeitigen Form ähnlich wie die vor einigen Jahren in der Männerwelt grassierenden und selbst in der Gesellschaft zugelassenen (Monte Carlo) Jägerhemden, nur eine Mode sind und bald wieder alles, hoffentlich mit einigen auch hier niedergelegten Verbesserungen, sich dem guten Alten nähern wird.

Wir glauben vor allem an die Persistenz des Corsets und gestatten es.

Concedieren wir aber ein Corset, so verlangen wir, dass es genau nach dem Körper gemacht wird, nicht umgekehrt der Körper

nach dem Corset zurecht gezwängt wird, verlangen ferner, dass es den kleineren Teil des Tages eng geschnürt getragen wird, namentlich bei allen Leibesübungen abgelegt wird, und dass es die Form eines Gürtels nicht wesentlich überschreitet, also niederer gewählt wird. Ein niederes Corset erlaubt den Gebrauch der Hypochondrien, gestattet eine vertiefte Respiration.

Diese Forderungen gelten schon vom jungen Mädchen.

Bei der verheirateten Frau, namentlich falls sie etwas stärker ist, liegen die Verhältnisse noch etwas anders:

Zunächst ist die Zeit einer eventuellen Schwangerschaft ganz besonderer Beachtung wert. Hier fällt das Corset in dem gewöhnlichen Sinne alsbald fort, und ist in den vorgeschrittenen Monaten durch eine gutschitzende

Schwangerschaftsbinde

zu ersetzen, das ist am besten eine Corsetleibbinde (ungefähr ein loses Reformcorset), mit einer gewöhnlichen Leibbinde verbunden, wie solche Modelle auch von allen einschlägigen Geschäften geliefert werden.

Namentlich würde sich für solche Fälle die oben erwähnte amerikanische Corsetform sehr empfehlen, aus festem Stoff mit Achselbändern.

Nach abgelaufener Gravidität kann der Rückbildung der Leibesverhältnisse zur Norm nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt werden: das Abdomen ist weich, die Muskulatur überdehnt, die Organe namentlich die schwereren, lose und ohne Stütze, und zur Senkung geneigt. Diesen Umständen muss Rechnung getragen werden. Sobald die Frau das Bett verlässt (und dies soll nicht sobald und nur mit allmählichen Uebergängen geschehen), ist der untere Teil des Abdomen mit einer Binde zu stützen, wenigstens die Zeit des Ausserbettseins und einer eventuellen Arbeit, mindestens muss ein Corset ordinären Musters vorerst wegbleiben. Denn es würde zweifellos die Sachlage nur verschlechtern, indem es die Organe, welche gehoben und getragen werden sollten, nur noch tiefer nach unten in das Hypogastrium hinunter drängt, das Herabsinken der Leber etc. noch mehr verstärkt.

Zuzugeben ist, dass ein Corset in Combination mit einer Art Leibbinde sehr vorteilhaft sein kann. Aber wo in aller Welt solche Idealgebilde finden.

Leibbinde.

Leibbinden giebt es sehr viele, aber eben so viele Seufzer wird man von ihren gequälten Trägerinnen hören.

Unterzieht man eine Auswahl der zur Zeit gebräuchlichen und im Handel befindlichen Binden einer Kritik, so findet man durch sie verschiedene Prinzipien vertreten; jedes dieser Prinzipien hat aber zunächst seine Vorzüge und seine Fehler.

Die hauptsächlichsten Vorwürfe, welche die Trägerinnen ihren Binden machen, ist mangelhafter Sitz, d. h. die Binden rutschen stets nach oben. Am schlimmsten sind recht korpulente Frauen mit starkem Hängeleib daran: bei ihnen rutscht nach ihrer eigenen Ausdrucksweise „Alles, selbst die Leibwäsche, nach oben“. Um diesem Uebelstand abzuhelfen, giebt man den Binden die sog. Schenkelriemen bei. Doch bessert man hierdurch die Situation nur wenig; denn gerade die korpulenten Frauen vermögen die Schenkelriemen nicht zu ertragen, werden wund, namentlich im Sommer. Auch die im Übrigen so vorzüglichen und auch besser sitzenden Tricotbinden können der Schenkelriemen, wegen Mangel an Halt am unteren Rande, nicht entbehren.

Der zweite Vorwurf, der den meisten der gebräuchlichen Binden, diesmal aber von ärztlicher Seite zu machen ist, ist der, dass sie den Leib nicht stützen und tragen, weil sie ihn nicht heben, sondern vielmehr nur drücken und zusammenpressen und sogar, namentlich einen starken Hängeleib, noch mehr nach unten in die Hypogastrien hineinpressen, als es schon der Fall ist. Und dies um so mehr, je mehr das Corset von oben her die Teile bereits nach unten gedrängt und verschoben hat.

Unter diesen Vorwürfen leiden die bekannten Teufel'schen Binden, ebenso wie die von anderen Fabriken in ähnlicher Form gelieferten (Universal, Ideal), die den Leib nicht heben, ebenso wenig wie die Ostertag'sche Tricotbinde, oder die teils aus Tricot, teils aus Stoff gemachte Binde Monopol.

Dementgegen hat die Neuzeit Binden erfunden, welche den Leib weniger komprimieren als umfassen, und tragen.

Etwas kompliziert und mit relativ zerbrechlichen Eisenteilen, welche fassdaubenartig den Leib horizontal übergreifen, ausgestattet

ist eine Binde „Germania“; sie ist durch ein Charnier verstellbar, und braucht keine Schenkelriemen.

Am besten löst das Problem des Hebens des Unterleibes die Binde nach Bardenheuer von Klaess. Sie besteht aus einem federnden Gürtel in der Art eines doppelten Bruchbandes; auf diesem Gürtel sitzt ein Fächer aus federnden Stäbchen, welche oben von einem Gurte gefasst den Leib tragen. Das Bruchband garantiert einen tadellosen Sitz, trotz des Mangels an Schenkelriemen.

Aber diese Binde macht zweifellos eine zu schlechte Figur, indem der obere Fächerrand zu sehr absteht und der Leib zu sehr hervorspringt.

In der Leistung wird die Binde ihre Freunde haben, namentlich bei hochgradigem Hängeleib, in dem Aussehen gerade nicht.

Uns dünken folgende Punkte für die Konstruktion einer Leibbinde wesentlich und maßgebend:

Eine Leibbinde, die gangbar werden soll, muss ebenso sehr der Anforderung der Ästhetik, also einer guten Figur Rechnung tragen, wie den Gesetzen der Medicin und Hygiene, und der Bequemlichkeit.

Die Bestrebungen müssen daher darauf gerichtet sein, dass die Binde gut sitzt, dass sie den Leib hebt, dass sie leicht anlegbar ist, und im Verein und Wechselwirkung mit dem Corset eine tunlichst gute Figur macht.

Die Konstruktionsbedingungen sind darnach meines Erachtens folgende:

1. Man muss einen festen Punkt in der Nähe der Symphyse zu schaffen suchen, an dem die Binde nach unten Stütze und Halt findet. Damit fallen von selbst die lästigen Schenkelriemen fort; die Binde kann nicht nach oben rutschen und ist leicht ihrer stützenden Aufgabe gewachsen. Die Stoffteile könnten dann Gewebe oder Tricot oder beides sein, und müssten anknüpfbar sein, um gewaschen werden zu können.
2. In die Binde an gewissen Punkten noch einige versteifende Stäbchen einzulegen, kann im Interesse des besseren Sitzes wünschenswert sein, doch können sie mit dem Momente des Vorhandenseins eines unteren festen Stützpunktes sehr reduziert werden.
3. Die Binde soll den Leib heben, ihn gleichsam von unten

umfassen und unter die Aperturen des Corsets hineinheben; erst der gehobene und hoch gehaltene Leib darf dann eine Compression erfahren.

4. Die Binde soll möglichst über dem Corset getragen werden, an ihm Haftpunkte finden und mit ihm in Wechselwirkung treten.
5. Wert ist auf Befestigung mittels langer einfacher Bänder zu legen, die möglichst vorne angehakt werden sollen und recht viele Befestigungsmöglichkeiten bieten.
6. Auf dem Rücken soll ein breites Widerlager den Druck der Binde verteilen, und das Rutschen der Binde nach oben vereiteln.

Die im Folgenden erwähnte Lyra-Binde kommt unseres Erachtens diesen Forderungen ziemlich nahe:

Sie stellt gleichsam mit ihren beiden Federn die Arme der Patientin dar, welche von oben kommend den Leib vorne übergreifen und umfassen und hochheben. Dabei ruht die zu tragende Last auf den Hüftkämmen.

Diese Eigentümlichkeiten werden erreicht durch die beiden die Lyra-Binde charakterisierenden Federn, welche, ungefähr in der Form eines Halbkreises gebogen, von der Corsettaille über den Leib herabsteigen und in einer Lyra-Form gegen die nahe der Symphyse sitzende Pelotte zusammengehen.

Die Befestigungsbänder, die Fortsetzung der Federn kreuzen in der Taille den Rücken und gehen nach vorne wieder zusammen. Sie erlauben auf den gehaltenen und gehobenen Leib einen ganz erheblichen Druck auszuüben, den Leib schadlos zusammenzupressen, ebenso wie das untere Band die „Hüften“ presst. So kann man bei aller Wahrung der Gesundheitsunschädlichkeit eine gute Figur erzielen.

Mit dem Stützen des Leibes nach einer abgelaufenen Gravidität gleichzeitig beginnen alle jene Verfahren in Kraft zu treten, welche wir oben zur Ventilation der Hypochondrien und zur Stärkung der Muskulatur des Abdomen empfohlen haben, sei es Zimmer- oder Zandergymnastik, mässiger Sport; dazu empfehlen sich alle sportlichen (wie oben schon erwähnt) Unternehmungen, wie Schwimmen in Fluss- oder Seebädern, Alpentouren und einfachere Spaziergänge, Lawn-Tennis-Spiel, Fechten, Turnen und Reiten und vor allem Rudern, und daneben etwas hausbackenere aber deswegen nicht

minder achtenswerte Unternehmungen, wie Gartenarbeiten, Teppichklopfen, etc. etc.

Für Männer ist unter ähnlichen Verhältnissen bekanntlich Holzsägen eine sehr gute Beschäftigung.

5. Verdauung.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil einer aussichtsvollen Prophylaxe besteht in der Bekämpfung der Obstipation.

Auch nach dieser Richtung hat das Gros der Frauen wieder ein unbestrittenes Vorrecht in der Anwartschaft auf Gallensteine. Denn in nichts wird bekanntlich von weiblicher Seite mehr gesündigt, als gerade in der Vernachlässigung der natürlichsten und nächstliegenden Leibesbedürfnisse, in der Stuhlfrage.

Es kann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass eine mangelhafte Peristaltik im Darmkanal einhergeht mit einer mangelhaften peristaltischen Tätigkeit in dem Gallenwegesystem und dass eine Anregung der Darmtätigkeit nicht ohne Einfluss auf die Gallenwege bleibt.

Schon aus diesem Grunde wäre auch der erfahrungsgemäss unbestrittene günstige Einfluss der salinischen Abführwässer auf den Verlauf des Gallensteinleidens zu erklären, ebenso der mechanischen Behandlung des Abdomen, der Massage, der Widerstandsgymnastik.

Die habituelle Obstipation wird zunächst auf diätetischem Wege zu bekämpfen sein. Was diesen anbelangt, wissen wir ja, dass die vegetarianische Diät dem Stuhlgange förderlich ist. Daher wäre der Entschluss, bei Gallensteinleiden eine vorwiegend pflanzliche Ernährung durchzuführen, selbst im Gegensatz zu den sonst landläufigen und an anderer Stelle genauer auseinandergesetzten Diätvorschriften, falls es von Seite des Darmes wünschenswert ist, kein Unding. (Man vergleiche was wir über die Diät bei Gallensteinen pag. 30—32 sagen werden.)

Zudem wäre eine Pflanzenkost nach der Vorstellung der Franzosen Dujardin-Beaumetz, Huchard, Bouchard, von einer „foie antiseptique“, aus anderen Gründen für die Leber sehr empfehlenswert, da das Pflanzeneiweiss weniger fäulnisfähig ist.

Aus diesen Gedankengängen heraus erklärt es sich, wenn, abweichend von den übrigen Autoren, Dujardin-Beaumetz bezüglich

der Gallensteinbehandlung Vegetarianer ist. Das Fleisch der Nahrung erzeugt nach seiner Ansicht eine gesteigerte Eiweissfäulnis, damit einen Magenduodenalkatarrh (gastroduodénite) und einen Katarrh der Gallenwege (angicholite desquamative), welch' letzterer bekanntlich allgemein als Vorläufer der Gallensteinbildung angesehen wird. Aus diesen Gründen empfiehlt der Autor in erster Linie Stärkemehlhaltige Nahrung, grünes Gemüse und Früchte, sowie die Fette, welche angeblich gallentreibend wirkten. Er erlaubt Milch und Eier, verbietet aber das Fleisch; falls letzteres nicht ganz zu entbehren, soll es wenigstens gut durchgekocht oder durchgebraten sein.

Vor den Franzosen haben schon Schönlein, Frerichs der vegetabilischen Ernährung das Wort gesprochen.

Die medikamentösen Abführmittel sind entweder pflanzliche oder salinische.

Das Calomel, das keiner dieser beiden Gruppen angehört, kann auch sehr wohl in Frage kommen, namentlich wenn eine Desinfektion des Darmkanals, soweit man von einer solchen sprechen kann, in Frage ist. Es wird am besten in Dosen von 0,5 einmal, oder 0,3 zwei bis dreimal beim Erwachsenen gegeben.

Die pflanzlichen Abführmittel sind die bekannten Rhabarber- und Sennapräparate, Tamarinden- oder Cascarasagradaauszüge, die in Decoct-, Pillen- oder Pulverform sehr gute Dienste thun, wenn man nicht zu dem altbewährten Ricinus des Geschmackes wegen greifen will. Die salinischen Abführmittel sind die Bitterwässer und ihre Salze. Ihre Bedeutung für die Thätigkeit des Darmkanals ist eine höchst wertvolle, und für vorliegende Frage umsomehr, als dieselben auch gleichzeitig die Thätigkeit der Galle bereitenden Organe anregen (siehe II. Teil.).

Die unschädlichste Behandlung der chronischen Obstipation erfolgt auf mechanischem Wege, sei es vom Innern des Darmes her oder von den Bauchdecken.*)

Wir haben oben der manuellen und Zandergymnastik Erwähnung gethan, desgleichen der Bauchmassage (pag. 16). Alle

*) Dolega: Die Bedeutung und Technik der Bauchmassage in der Behandlung der chronischen Obstipation, insbesondere der chronisch-habituellen Obstipation. Zeitschr. für diät. und physik. Therapie. 1899. 2 Bd. H. 4.

diese Prozeduren fördern in ganz erheblicher Weise und in höchst schonender, physiologischer Form die Verdauung.

II. Die diätetische Prophylaxe.

Wenn man von einer Diät des Gallensteinleidens spricht, so hat man sehr wohl zu unterscheiden, in welchem Stadium der Erkrankung sich der Patient befindet, ob es sich um eine prophylaktische Diät und die diätetische Behandlung der latenten Krankheit handelt, oder um Fälle, die mit Ikterus oder sekundären Magen- und Darmstörungen complicirt sind. Die letzteren machen natürlich ganz besondere Ordinationen nötig.

Die Diätformen, wie sie im Laufe der Zeit für den Gallensteinresp. „Leberleidenden“ als zuträglich angesehen und dementsprechend in Mode gewesen sind, haben sich geradezu schon im Extremen bewegt.

Es gab eine Zeit, die eine Schonungsdiät, die ja der Neuzeit für viele andere Organe so sehr sympathisch, auch für die Leberkranken empfahl, und ihnen jene Nahrungsstoffe beschränkte oder ganz entzog, welche die Leberthätigkeit besonders stark in Anspruch nahm. So kam die früher geläufige „Hungerdiät“ der Gallensteinkranken in Aufnahme.

Die Neuzeit ist bei ganz entgegengesetzten Ansichten angelangt: Kraus (Karlsbad) brach als einer der ersten mit der Hungerdiät, und empfahl reichliche, relativ gut besetzte Tische, Naunyn redet einer gemischten, eiweissreichen Kost das Wort, und Kehr schwärmt gelegentlich direkt für eine „exquisit leckere Mahlzeit“.

Ähnlich sind die Diätvorschriften in anderen Abhandlungen von Clemm, Lenhartz, Joh. Müller etc. etc.

Wie sind nun diese Gegensätze zu erklären? Die frühere Opposition gegen reichliche Kost hatte zunächst die Erfahrungen im Auge, welche man bei Leuten machte, die relativ selten, dann aber sehr reichlich und sehr üppig und wo möglich mit viel zucker- und kohlehydrathaltigen Beigaben und Leckereien dinierten, dazu sich wenig bewegten, starke Fettmassen anhäuften, namentlich auch in der Leber und am Abdomen.

Diese nach Art unserer „üppigen“ Frauen genährten Individuen mochten wohl zu Gallensteinen disponieren. Denn die Ansammlung starker Fettmassen in der Leber, wie sie durch Überschuss von

Kohlehydraten in der Nahrung bewirkt wird, wirkt zweifellos „gallenflusshemmend“, indem es nach A. Hoffmann „nicht denkbar ist, dass die mit Fett gefüllten Leberzellen ebenso gut arbeiten wie die fettfreien“.

So entstehen Stauungen im Gallensystem, die durch den Mangel an Ventilation der Hypochondrien und die geringe Betätigung der Bauchmuskulatur noch unterstützt werden und die Disposition zur Concrementbildung ist fertig.

Was Wunder, wenn man gegen die „üppige Lebensweise“ in dieser Form zu Felde zog. Die Neuzeit verstand, wie in vielem anderen, auch in diesem Punkte den Weizen von der Spreu zu sondern. Denn es war doch durch keine Erfahrung zu beweisen, dass die üppige Lebensweise als solche die Gallensteine herbeiführte: sonst müsten doch wohl die Männer das grössere Kontingent zu den Patienten gestellt haben.

Man sah dann auch bald ein, dass in den begleitenden Nebenumständen das Gefährliche der reichlichen Mahlzeiten lag, vor allem nach der mechanischen Seite hin. Man erkannte, dass es das Hauptziel der diätetischen Prophylaxe sei, Stauungen im Gallengangsystem zu verhüten; denn zweifelsohne sind diese, wenn auch nicht allein, so doch die wichtigste Ursache der Steine. Mechanisch also muss die Diät die Gallenwege beeinflussen, und vor den mechanischen Gesichtspunkten treten alle anderen zurück, alle so weit sie sich angeblich mit der Beeinflussung der Zusammensetzung der Galle auf diätetischem Wege, mit der Änderung ihrer Reaktion durch Nahrungsmittel, mit dem Fettgehalte der Galle, mit ihren gallensteinlösenden Eigenschaften beschäftigen.

Grundregel ist es, mittels der Diät galletreibend zu wirken.

Da fragt es sich denn, wie wirken wir auf diätetischem Wege galletreibend? Schon Frerichs gab in seinem klassischen Werke den Fingerzeig. Er betont, dass allzuseltene Mahlzeiten eine weniger häufige Entleerung der Gallenblase bedingen, und rät zu häufiger Nahrungsaufnahme. Da sich begreiflicherweise mit jedem Einsetzen einer neuen Verdauungsperiode die Entleerung der Gallenblase wiederholt, indem diese mit dem Eintritt des sauren Mageninhalts in das Duodenum einsetzt, fördern häufige Mahlzeiten die Entleerung des Gallengangsystems und somit den Gallenfluss.

Also sind häufige Mahlzeiten ein gutes cholagoges Mittel.

Daneben ist eine gewisse Reichhaltigkeit der Mahlzeit wichtig und wirkt nach Wolff eine gemischte eiweissreiche Kost am besten cholagog, indem sie die Sekretion der Galle reichlicher anregt. Auch die Kehr'schen Versuche beweisen dasselbe.

Also relativ reich besetzte Mahlzeiten sind empfehlenswert.

So ergeben sich Forderungen, die uns in unserer Lebensweise den Amerikanern und Engländern mit ihren fleischhaltigen breakfasts und der Verlegung einer Hauptmahlzeit auf den Abend näher bringen, und uns eine kräftigere Abendmahlzeit fordern lassen. Wenn Kehr und andere sogar Nachtmahlzeiten verlangen, so sind hierüber die Akten noch nicht geschlossen; eine allzu grosse Unnatürlichkeit (vgl. die Tierwelt) könnte hier unter Umständen eben so viel schaden als nützen (Joh. Müller). Wichtig ist, häufig und reichlich zu essen, aber andererseits wieder zur Verarbeitung des Genossenen beizutragen.

Gehen wir nun noch zu einer Kritik der einzelnen Nahrungsmittel, soweit sie für die Speisekarte der Gallensteinranken in Frage kommen, über, so sind sie nach dem soeben Gehörten vor allem rücksichtlich ihrer gallentreibenden Wirkung zu klassifizieren.

Die energischsten Reize für die Gallenabsonderung und die Tätigkeit der Leber stellen die Eiweisse dar. Bei Hunden ist nach Wolff die Gallenbildung bei reiner Fleischnahrung viel reichlicher als bei Ernährung mit Kohlehydraten. Es empfehlen sich also die mageren Fleischsorten, aber auch diese wenn möglich nicht allein; denn besser gallentreibend noch als Eiweiss wirkt eine gemischte; eiweissreiche (Naunyn) Diät.

Was die Fette anbelangt, finden wir gewisse Widersprüche in der Litteratur und den zeitweiligen Kurvorschriften. Wir und selbst das Publikum haben sich daran gewöhnt, Karlsbader Kuren mit dem Wegfall von fetten Speisen und Butter zu verknüpfen; das, was bei Leberkrankheiten am raschesten stets verboten wurde, waren die Fette. Zum Theil mag dieses Verbot seinen Grund in dem die Krankheit der Leber und Gallenwege häufig komplicierenden

Ikterus haben. Bei diesem und namentlich dann, wenn die Galle im Darne ganz fehlt, ist die Fettresorption sehr herabgesetzt, wenn auch eine theilweise Stellvertretung durch die Fermente des Pankreas erfolgt. Auch dürfte die Fettzufuhr bei Ikterus kontraindiziert sein, weil die meist vorhandenen Magenkatarrhe durch sie gesteigert werden und weil die Fette durch die bei Gallemangel stark gesteigerten Fäulnisvorgänge in stark reizende Fettsäuren umgewandelt werden.

Was die Gallensteine selbst anbelangt, begründete man das Verbot der Fette mit der Steigerung des Cholestearingehaltes in der Galle durch erhöhte Fettzufuhr.

Die Neuzeit denkt über die nachteiligen Folgen der Fettdiät milder: Die Steigerung der Cholestearinbildung durch Fette hat sich als nicht vorhanden erwiesen (Untersuchungen von Kausch, Thomas, Jankau).

Die Fette und Oele sollten in die Galle übergehen und „gewissermassen“ die Leber wirklich durchspülen (Virchow), jedenfalls die Galle (Thomas) fettreicher machen; die fettreichere Galle sollte sogar lösend auf die Gallensteine und ihr Cholestearin wirken; endlich sollte nach Rosenberg „unter der Einwirkung grosser Oel- oder Fettmengen eine starke Vermehrung der Gallenabsonderung und eine beträchtliche Verdünnung der Galle eintreten“.

So konnte es kommen, dass man ganz im Gegensatz zu früher anfang, das Fett und vor Allem Oel direkt zur Behandlung des Gallensteinleidens zu empfehlen. Stewart empfahl es in kleineren Mengen, Rosenberg in grösseren, Senator schlug Lipanin vor, das von den Kranken besser vertragen und lieber genommen werde, andere Autoren empfehlen Fette, Butter und Speck. (Vergleiche, was wir später bei der Oelkur sagen. II. Teil.)

Würdigt man diese Empfehlungen einer ernsten Kritik, so muss man sagen, dass sie sehr oberflächlich gemacht wurden. Die gallentreibende Wirkung der Fette ist sehr problematisch und im Gegensatz zu Rosenberg von anderen Autoren (Mandelstamm, Thomas) direkt geleugnet. Das Fett der Nahrung hat im Vergleich mit den übrigen Bestandteilen derselben zweifellos den geringsten Einfluss auf die Gallensekretion; nach manchen Autoren Wolff, Bidder

und Schmitt, Prévost und Binet, hat das Fett überhaupt keine cholagoge Wirkung.

Nach alledem ist das Fett aus dem Speisezettel der Gallenstein-kranken sehr wohl zu entbehren, und wird auch, bis auf etwas Butter, von den meisten Autoren, die eine Diät angegeben, verboten. (Kraus, Bouchard.) Nur Dujardin-Beaumetz empfiehlt vegetarische Kost und Fette.

Was endlich die Kohlehydrate anbelangt, so verhalten sie sich dem Gallenflusse gegenüber indifferent. Sie haben also nach dieser Richtung hin keine Indikation.

Andererseits besteht dem Darne gegenüber, auch selbst wenn Ikterus bestünde, keine Kontraindikation, so dass immerhin in gewissem Grade die leicht verdaulichen Kohlehydrate (leichtes Gebäck Purees, leichte Aufläufe, Kindermehle etc. etc.) erlaubt sind.

Ich sage aber, in gewissem Grade; denn insoweit sie zu energisch den Fettansatz, besonders am Leibe und in den Eingeweiden fördern, die Muskeln verfetten und zum Schwinden bringen, und durch zu grosse Korpulenz auch sonstige Bewegungen behindern, sind sie kontraindiziert. Aus einem gewissen Missbrauch nach dieser Richtung kommt die Prädispotion älterer Frauen und auch älterer Männer (Kaugeschäft bei Kohlehydraten leichter) für Gallensteine, wenn auch komplizierende Katarrhe des Darmkanals in diesem Alter (Stauung, Bakterien) nicht von der Beihülfe freigesprochen werden können.

Bevor wir zur Aufstellung von definitiven Speisezetteln gehen, bedürfen einige Nahrungsmittel, die in der Diät nicht stillschweigend übergangen werden können, noch besonderer Beleuchtung.

Da ist zunächst die Milch, dieses wertvolle und zweifelsohne natürlichste aller Nahrungsmittel, auf das uns die Natur selbst hinweist. Wo sie gut vertragen und ausgenutzt wird, können wir sie ruhig in mittleren Mengen geben, trotz der Bedenken von A. Hoffmann, der „bei Neigung zu Gallensteinbildung die Milch entschieden für kontraindiziert hält; er fürchtete die Säurebildung und die verhältnismässige Herabsetzung des Alkaligehaltes des Blutes.“ — Auch will er bei Milchdiät Steinbeschwerden gesehen haben, die bei Fleischdiät verschwanden.

Nach anderer und unserer Ansicht ist die Milch erlaubt und empfehlenswert.

Alkoholische Getränke sind in mittlerer Menge erlaubt. Nach Weintraut's Untersuchungen gehen sie nicht in die Galle über.

Grössere Flüssigkeitsmengen wären zu verbieten, zumal ein früher angenommener günstiger Einfluss derselben auf die Gallensekretion nicht besteht. (Paschkis, Sokoloff-Rutherford, Stadelmann.) Was das Trinken von Mineralwässern, insbesondere von Karlsbader Wässern anbelangt, wäre allerdings nach anderen Autoren (Bidder-Schmidt, Kölliker, Arnold, Röhrig, Rosenberg, Körte) eine beträchtliche Einwirkung auf die Gallensekretion nicht zu leugnen (Siehe, was wir über die Karlsbader Wasser im 2. Teile sagen), und ein entgültiges Urteil nach dieser Richtung noch mit Reserve abzugeben.

Speisekarten.

Versuchen wir nun nach den oben festgelegten Grundsätzen einige Speisezettel aufzustellen.

Geben wir zuerst anderen Autoren das Wort:

Eine Ausnahmestellung nimmt Dujardin-Beaumez ein; er ist Vegetarianer. Demzufolge verordnet er vorwiegend Amylaceen, Früchte, grünes Gemüse, daneben die Fette, welche cholagog wirken sollen. Er erlaubt ferner Eier und Milch. Das Fleisch, das nach der Vorstellung der Franzosen die Eiweissfäulnis im Darm steigert, und auf diese Weise Ursache für Darmkatarrhe und Katarrhe der Gallenwege werden könnte, verbietet er.

Falls aber unüberwindliche Abneigung gegen dieses Regime, den „*triomphe du régime végétarien*“, eintritt, gestattet er ausnahmsweise Fleisch, gut durchgekochtes oder geschmortes Fleisch, Gelatine, Kälberfüsse, Kalbskopf, Thymus, Huhn mit Reis, gedämpftes Geflügel, etc. etc.

Die anderen Autoren kommen schon etwas besser mit einander überein: (Bouchard, Kraus etc. etc.) Einig sind sie im Verbot von Fetten und Kohlehydraten (Süssigkeiten, Mehlspeisen, Bratkartoffeln, süsse Weine), ferner von altem Käse.

Aber während die einen Fische, Eier und Bier und etwas Butter (Kraus) erlauben, verbieten Andere (Bouchard) dieselben.

Fleisch, Milch, frischer Käse, frische Gemüse, sowie Früchte sind erlaubt; Brot ist in geringerer Menge gestattet, etwa 150—200 g pro Tag; ebenso ist bei eiweissreicheren Gemüsen (Erbsen, Bohnen), Vorsicht geboten. Gewürze sind verboten.

J. Kraus (Karlsbad) stellt folgende Diät auf:

1. Frühstück: eine Tasse Thee oder Kaffee, wenig Milch und Zucker, Wasserzwieback.

2. Frühstück: 1—2 weiche Eier, oder etwas kaltes Fleisch.

Mittagsbrot: Fische, mit Ausnahme von Lachs und Aal, gebratenes Fleisch ohne Saucen, grünes, gekochtes Gemüse oder Kartoffelpuree, gekochtes Obst ohne Zucker.

Getränke: 1—2 Gläser Rotwein, oder ein Glas Bier. Kohlensäure Getränke meist schlecht vertragen.

Abends: Kaltes oder warmes frisch gebratenes Fleisch.

Getränke: Thee oder Wein oder Bier.

Nach unseren Erfahrungen denken wir uns eine Lebensweise im Sinne einer Gallensteinprophylaxe etwa folgendermassen:

Früh im Bett (5—6 Uhr) kann schon (Clemm) Milch getrunken werden. ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter.)

Der Tag beginnt beim Aufstehen (ca. 7 Uhr) mit einer Wasseraufnahme von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter warmen Wassers (45—55° C.), dem etwas Kochsalz (0,7%) oder Karlsbader Salz zugesetzt ist.

Auch Originalbrunnen können getrunken werden.

Dann folgen leichte gymnastische Proceduren, Gehen, leichte Freiübungen, Tiefatmen, ca. $\frac{1}{2}$ Stunde lang; dann Stuhl.

8 Uhr erstes Frühstück mit Eiern oder Fleisch, auch etwas Butter und Milch.

Dann Bad oder eventuelle hydropatische Prozeduren. Daneben Massage.

10 Uhr: Zweites Frühstück, kaltes Fleisch, Eier, Milch, frischer Käse.

Dann berufliche Beschäftigungen, womöglich mit Bewegung und Betonung von Steigen, Tiefatmen, etc. etc. ohne beengende Kleidung, oder grösserer Spaziergang, oder manuelle Gymnastik oder Zandergymnastik.

12 Uhr: wenn tunlich etwas Milch ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter).

Vor Tisch: Tiefatmungsübungen (ohne Corset).

1 Uhr: Mittagstisch: gebratene Fleischsorten, Fische, etwas Brei oder grüne Gemüse, keine süsse Speise, etwas Obst; leichter Rotwein.

Dann Schlaf, womöglich in linker Seitenlage (Förderung des Gallenabflusses, Förderung der Dickdarmtätigkeit).

Dann berufliche Tätigkeit mit Bewegung oder sportliche Unternehmungen, Ausflüge, Gartenarbeiten, etc. etc. ohne beengende Kleidung.

Dazwischen gegen 3—4 Uhr etwas Milch, auch Eier.

Vor dem Abendessen: Wassertrinken oder Tiefatmungsübungen.

7 Uhr: Abendbrot: Fleisch, Braten, Schinken mit etwas Butter, Thee.

Vor dem Schlafengehen abgerahmte Milch mit Butterbrot.

(Clemm.)

Verboten bleiben in unserem Regime:

die fetten Fleischsorten (weil schwer verdaulich), wie Schwein,

Hammel, Gans, Ente, Aal, Lachs,

fette Würste,

schwere Gemüse: Linsen, Bohnen, Erbsen,

alter Käse,

scharfe Gewürze,

Zucker in beträchtlicheren Mengen, alle Leckereien, süsse Speisen,

Spirituosen in grösserer Menge, Süssweine.

III. Die hydrotherapeutische Prophylaxe.

Bezüglich der prophylaktischen Massnahmen bei dem Gallensteinleiden, soweit sie in der Anwendung von Wasser, Bädern und Umschlägen bestehen, kann man sich kurz fassen.

Sie bestehen in der Hauptsache in Massnahmen, welche eine Kräftigung des Gesamtorganismus herbeiführen (Matthes¹⁾), also in Abreibungen, Bädern etc., und Massnahmen, welche eine Besserung der Peristaltik zur Folge haben. Für diesen letzteren Zweck empfiehlt Strauss²⁾ eine nachts anzulegende feuchte Leibbinde, ferner kurzdauernde kalte Sitzbäder (2—3 Minuten von 15—20° C.) am frühen Morgen. Andere Autoren haben ausgedehntere Wasseranwendungen beschrieben. So rät Kellog³⁾, prophylaktisch zwei bis dreimal wöchentlich warme Bäder zu nehmen, damit „der Organismus von

¹⁾ Matthes. Lehrbuch der klin. Hydrotherapie. Jena 1900.

²⁾ Strauss. Handbuch der physikalischen Therapie. Teil II. Band II. Pag. 389.

³⁾ Blätter für klin. Hydrotherapie. 1893.

Abfallstoffen“ im Sinne der Humoralpathologen gereinigt würde, daneben sollen häufig Ganzeinpackungen gemacht werden und feuchte Leibbinden ständig getragen werden.

Oertliche Heisswasserkompressen, ebenso wie Breiumschläge, Thermophore, Heisswasserschläuche, Fangoapplikationen, kommen erst bei lokalen entzündlichen Processen in Frage, überschreiten also das Gebiet der Prophylaxe. Trotzdem mag an sie bei den leisesten Symptomen einer Gallenstörung gedacht werden.

Florian⁴⁾ versucht eine Verstärkung der Gallensekretion und eine Anregung der Peristaltik in Gallenblase und Gallengängen durch mehrstündige feuchte Einpackungen ein um den anderen Tag, früh morgens, zu erzielen, dann mit folgender kalter Begiessung im Halbbad von 27°.

[Statt dessen ein $\frac{1}{2}$ stündiges Kastendampfbad (wäre neuerdings angenehmer durch ein Lichtbad zu ersetzen).]

Nachmittags ein Laubad mit folgender Brause, Nachts eine feuchte Leibbinde mit morgendlicher frischer Abwaschung. Auch Darmspülungen mit $\frac{1}{2}$ —1 Liter Wasser können eingeschoben werden.

Sobald kolikartige Zustände einsetzen ist ein warmes Bad (auch prophylaktisch) am Platze; Portal lässt die Patienten im Bade, dessen Wasser warm erhalten wird, einschlafen, Swift Walker empfiehlt die Bäder so heiss als möglich.

⁴⁾ Florian. Deutsche med. Wochenschr. 1899.

II. Teil folgt.

(Medikamentöse Prophylaxe und Behandlung mittlerer und schwerer Fälle ohne Operation.)

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.
Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.
Druck von Albert Koenig in Guben.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**
Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomotomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therap. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Velt**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Foderextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekezems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Runge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirschner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Reus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie. — **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst KirehhoFF**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Velt**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachsthumsschmerz und Wachsthumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kautik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutersumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traum. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze b. Postpartum-Blut. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intraperitonealen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochowick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Angenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Plüsch**, ein prophylakt. Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spliss**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **H. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie infect. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtsrztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lladner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Weisz**, üb. Hydrops articularum intermittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myomtomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabak-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hyrgurie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iv. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neueres über Taubstummheit und Taubstummblindung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetal(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
156. **Emil Guttman**, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. **Georg Flatau**, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.
 159. **Reineboth**, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.
 160. **Menzer**, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.
 161. **J. Boas**, üb. nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.
 162. **W. Brügelmann**, die verschied. Formen des Asthma und ihre Behandlung. (Doppelheft.)
 163. **L. Kuttner**, die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode.
 164. **H. Strehel**, die bisherigen Leistungen der Lichttherapie.
 165. **Fromme**, die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. (Doppelheft.)
 166. **A. Smith**, üb. d. heutig. Stand d. funktionell. Herzdiagnost. u. Herztherap. (Doppelheft.)
 167. **Konrad Heuse**, der Stand d. Operationen des Gebärmutterkrebses.
 168. **H. Finkelstein**, die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten d. Säuglings.
 169. **K. Brandenburg**, die Auswahl d. Kranken für d. Lungenheilstätten u. d. frühzeitige

- Erkennung d. Lungentuberkulose in der ärztlichen Praxis. (Doppelheft.)
 170. **S. Auerbach**, zur Behandl. d. function. Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen.
 171. **Kurt Mendel**, welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? (Doppelheft.)
 172. **M. Hirschberg**, die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel.
 173. **Max Joseph**, über Nagelkrankheiten. (Doppelheft.)
 174. **Gräupner**, die mechanische Prüfung und Beurtheilung der Herzleistung. (Doppelheft.)
 175. **Albert Rosenberg**, welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Untersuchungsmethoden erkennen? (Doppelheft.)
 176. **G. Treupel**, über die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen.
 177. **Franz Kuhn**, Prophylaxe u. operationslose Behandlung des Gallensteinleidens.
 178. **O. Rosenbach**, über regionale Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe.

Schloss Marbach a. Bodensee.

Heilung finden **Herz- u. Nervenkrankte** durch **neue, eigenartige, bewährte** Behandlung. Drei Aerzte. Auskunft durch die Verwaltung.

327] **Winterkuren.**

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
 Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
 Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Rp! Compendium der Arzneiverordnung

von
Dr. Oscar Liebreich und **Dr. Alexander Langgaard**
 Geh. Med.-Rath u. Professor in Berlin. Professor an der Universität

Nach der Pharmacopoea Germanica ed. IV und den neuesten fremden Pharmakopoeen.

Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage.
 V und 827 Seiten. 1902.

Preis geheftet 15 Mark, gebunden 16,50 Mark.

Diese unter Berücksichtigung der neuen Pharmacopoe bearbeitete Ausgabe ist die

einzige vollständige Arzneimittellehre

der Gegenwart, welche in einem Alphabet die bis auf die neueste Zeit klinisch erprobten Heilmittel berücksichtigt. —

Die Namen der Herren Verfasser dürften wohl eine weitere Empfehlung der nun in 5. Auflage vorliegenden Arzneimittellehre erübrigen.

Dr. Theinhardt's lösliche Kindernahrung

Seit 13 Jahren klinisch und praktisch zur Ernährung der Säuglinge in gesunden und kranken Tagen erprobt.

Von ersten Pädiatern als diät. Therapeut., bei Verdauungs-Störungen, sommerlichen Diarrhöen, Brechdurchfall, Anämie, Pädatorphie, Rhachitis, Scrophulose etc. vorzugsweise angewandt.



Einfache, rasche, zuverlässige Zubereitung bei Verwendung von

Dr. Theinhardt's Dampfkocher.

1/4 Büchse mit 500 Gr. Mk. 1.90, 1/2 Büchse Mk. 1.20. Probübchse Mk. 0,75.

Vorrätig in d. meisten Apotheken u. Drogerien. Für Kinderkliniken und Heilstätten, für Hospitäler, Heilanstalten, sowie für Aerzte ad usum proprium bei direktem Bezug ab Fabrik besondere Vorzugspreise.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch

Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft

831]

Cannstatt (Württemberg).



HYGLAMA

wohlschmeckend, leicht verdaulich, billig.

Ein seit 13 Jahren klinisch erprobtes und bewährtes concentrirtes Nähr- und diätetisches Heilmittel, welches in einer Reihe erster Heil-, Pflege- und Kuranstalten seit langem und regelmässig in Gebrauch ist.

Allgemein angewandt bei mangelhafter Ernährung, zur Hebung der Körperkräfte, in der Reconvalescenz; bei Anämie, Chlorose, Pneumon., Phthis., Rhachit.

Speziell angewandt bei Magen- u. Darmleiden. Carcinom, Ulcus ventr.; Hyperacidit., hyster.-neurasthenisch. Verdauungsstörung., Peritonitis u. Nephrit.

Bei fieberhaft. Erkrankungen Bei Typhus abdominalis, Influenza, Diphtherie, Dysenterie, Malaria u. s. w. Bei Hyperemesis grav., Lactation.

Zur künstlichen Ernährung per os oder rectum. Ausgeschlossen Diabetes mellitus.

Für Hospitäler, Heilanstalten, sowie für Aerzte ad usum proprium bei direktem Bezug ab Fabrik besondere Vorzugspreise.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft m. b. H., 831] Cannstatt (Württbg.)

1/2 Büchse mit 500 Gr.

Mk. 2,50

1/2 Büchse

Mk. 1,60

Probübchse

Mk. 1,—.

Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn †

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

**Ueber regionäre Anämie resp.
Hypothermie der Haut als
Ausdruck funktioneller
Störungen innerer Organe.**

Von

O. Rosenbach

in Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,

Herzogl. Bayer. Hof- u. Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

Preis: 0,60 Mark.



Chinosol D. R. P. No. 88520

in Tabletten à 1 g u. Pulverform.

Energisches Antisepticum u. Desinficiens, wasserlöslich, ungiftig, nicht reizend, wirkungsvolles Stypticum, secretionsbeschränkend. Die antibacterielle Wirkung übertrifft 40mal die der Carbolsäure und ersetzt das Sublimat.

Anlässlich amtlicher Untersuchungen vom Kaiserl. Gesundheitsamte u. der Königl. Wissenschaftl. Deputation f. das Medicinalwesen als ein beachtenswertes Desinfectionsmittel für den Gebrauch in Laienhänden bezeichnet.

Indicationen: Wundbehandlung, antiseptische Irrigationen, Abszesse, Phlegmonen, Blasenkatarrh, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fluor albus, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, ambulante Praxis, ferner bei Tuberculose, Lepra, Cholera, Typhus, Milzbrand etc.

Litteratur gratis u. franco v. d. Chinosol-Fabrik

Franz Fritzsche & Co., Hamburg 21.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr med Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrop u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei **Dr. med. Pfeuffer zu München.**

(Nachdruck verboten.)

326]

Neu!

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. sowie in offener Packung für die Receptur. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stühr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätzig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Das Laboratorium wird unter der Firma:

F. Walther Nachf., Chem.-Pharmaceut. Laboratorium,
Strassburg i. Els., Rheinzielgasse 12, weitergeführt.

Inhaber: Frau F. Walther Ww.

Dr. H. Kern, Apotheker und Chemiker.

„Ichthyol“ Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ wird mit Erfolg angewandt: bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Lungentuberkulose, bei Hals-, Nasen- und Augenleiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils infolge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, theils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

„Ichthyol“-Calcium, geruch- und geschmacklos, in Tabletten à 0,1 grm., kurzweg „Ichthyol“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten. Dosis: 2—9 Tabletten pro die.

„Ferrichthol“, „Ichthyol“-Eisen, geruch- und geschmacklos, in Tabletten à 0,1 grm., enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten. Dosis: 2—9 Tabletten pro die.

„Ichthoform“, „Ichthyol“-Formaldehyd (Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum), vorzügliches Darm-Antiseptikum, angewandt:

bei Kindern: 0,25—0,50 grm. pro dosi, 3—4 × täglich, in Haferschleim oder Cacao,

bei Erwachsenen: 1—2 grm. pro dosi, 3—4 × täglich.

„Ichthargan“, „Ichthyol“-Silber (Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile), löslich in kaltem sowie warmem Wasser oder Glycerin, 30% Ag. enthaltend, von hervorragender bactericider Kraft und Tiefenwirkung. Erfolgreich angewandt:

bei Gonorrhoe (Injectionen 1:3000—500, Ausspülungen 1:5000—2000 Aq. dest.)

bei Augenleiden (Pinselungen 1—3:100, Waschungen 1:1000 Aq. dest.)

325] bei Ozaena und Diphtherie (Pinselungen 0,5—2:100 Aq. dest.)

Mit Literatur u. Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten gern zur Verfügung

die alleinigen Fabrikanten:

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes, Hermann & Co., Hamburg.

Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

**Die Auswahl der Kranken für die Lungenheilstätten
und die frühzeitige Erkennung der Lungentuberkulose in der ärztl. Praxis.**

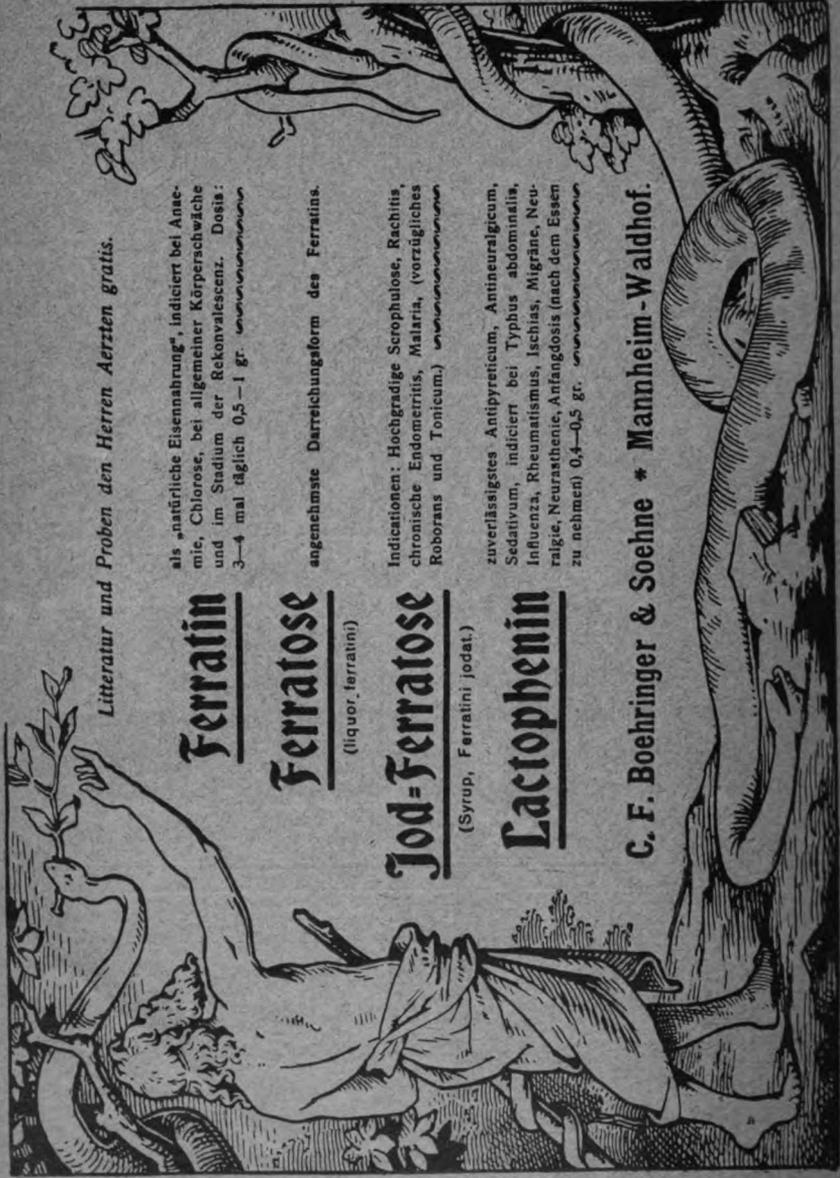
Von

Privatdozent Dr. **Kurt Brandenburg**

in Berlin.

Berliner Klinik 169.

Preis: 1,20 Mark.



Litteratur und Proben den Herren Aerzten gratis.

Ferratin

als „natürliche Eisennahrung“, indiciert bei Anämie, Chlorose, bei allgemeiner Körperschwäche und im Stadium der Rekonvalescenz. Dosis: 3—4 mal täglich 0,5—1 gr.

Ferratose

(liquor ferratini)

angenehmste Darreichungsform des Ferratins.

Jod-Ferratose

(Syrup, Ferratini jodat.)

Indicationen: Hochgradige Scrophulose, Rachitis, chronische Endometritis, Malaria, (vorzügliches Roborans und Tonicum.)

Lactophenin

zuverlässigstes Antipyreticum, Antineuralgicum, Sedativum; indiciert bei Typhus abdominalis, Influenza, Rheumatismus, Ischias, Migräne, Neuralgie, Neurasthenie, Anfangsdosis (nach dem Essen zu nehmen) 0,4—0,5 gr.

C. F. Boehringer & Soehne * Mannheim - Waldhof.

Die Prophylaxe und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens.

Von

Dr. Franz Kuhn,

Oberarzt am Elisabeth-Krankenhaus Kassel.

(Fortsetzung.)

IV. Die medikamentöse Prophylaxe.

Mit der Erörterung einer medikamentösen Prophylaxe des Gallensteinleidens treten wir in ein schwieriges und noch manche Diskussion zulassendes Kapitel, das vorerst noch voll der Widersprüche und Unsicherheiten ist, ein. Gleichzeitig nähern wir uns bereits in etwas dem Gebiete der Behandlung des etablierten Gallensteinleidens.

Erfahrungsgemäss kann man annehmen, dass ein Mensch sich wohl erst dann medizinalen Kuren mit Rücksicht auf die Erkrankung an Gallensteinen unterziehen wird, wenn er handgreifliche Anhaltspunkte für das tatsächliche Vorhandensein von Gallensteinen in seinem Körper hat.

Trotzdem kann es nur als ein Akt der Klugheit und Vorsicht bezeichnet werden, wenn auch schon in den Tagen, in denen wirkliche Steine sich noch nicht gezeigt, Leute, die nach den in dem 1. Teil dieser Abhandlung¹⁾ skizzierten Gesichtspunkten, ihrem Gesamthabitus nach (etwa Neigung zu Fettansatz, Emphysem, Hängeleib, häufige Graviditäten) oder nach Massgabe einer anerkanntermassen unzweckmässigen Lebensweise (viele Trinken, vieles Sitzen, Mangel an freier Luft und muskulärer Betätigung) Disposition zu Gallensteinen haben, sich zeitweise einer Kur unterziehen, welche

¹⁾ Kuhn: Prophylaxe und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens. Berliner Klinik. Märzheft 1903. I. Teil.

der Gallensteinbildung entgegen ist. Wie leicht kann eine aus anderen Gründen, etwa zur Entfettung oder zur Beschleunigung des Stoffwechsels oder der Regulierung der Verdauung eingeleitete Kur, einige Modifikationen erfahren, die sie speziell zur Gallensteinprophylaxe geeignet macht.

Gehen wir nun auf die Medikamente, welche im Sinne einer Gallensteinprophylaxe in Frage kommen können, näher ein, so dürfte die Hauptfrage sein:

Auf welche Weise wirken wir mittels Medikamenten prophylaktisch auf die Steinbildung?

Die Antwort dürfte sein: Indem wir ihre Ursachen beseitigen, indem wir also Stauung und Entzündung in den Gallenwegen verhüten.

Beides geschieht nun ganz nach Analogie anderer Organe auf dem Wege einer stärkeren Durchströmung dieser Teile, der Anregung ihrer Tätigkeit, also auf dem Wege einer sekretionsanregenden, d. i. cholagogen Einwirkung. Wie weit auch eine desinfizierende Einwirkung auf die Gallenwege und ihren Inhalt möglich ist, ist noch eine offene Frage. Das beste entzündungswidrige Mittel ist auch hier der Stoffwechsel in dem Organ.

Daneben ist allerdings noch eine ganz spezifische Beeinflussung der Gallenwege durch besondere medikamentöse Körper denkbar, so dass gewisse desinfizierende Arzneikörper oder spezifische Kuren eine Berechtigung haben werden. Dementsprechend umfasst die medikamentöse Prophylaxe:

- a) die cholagogen Mittel,
- β) die Desinfektionsmittel der Gallenwege,
- γ) spezifische medikamentöse Kuren.

a) Cholagoga.

Gibt es gallentreibende Medikamente oder nicht? Die ältere Medizin glaubte mit hingebender Überzeugung an solche Medikamente; in der Neuzeit erhoben sich einige Stimmen (Paschkis, Baldi), welche behaupten, es gäbe überhaupt keine cholagogen Körper.

Die Mehrzahl der Autoren misst, gestützt auf die Erfahrung und auf eingehende Tierversuche, allerdings noch einer Reihe von Medikamenten gallentreibende Wirkung bei.

1. Das relativ stärkste Cholagogum ist das natrium salicylicum (auch natr. benzoicum) [Rutherford, Vignal, Prévost und Binet, Lewaschew]; dagegen sprechen die Versuche von Nissen.

Ordo: Mehrmals täglich 0,5—1,0 per os oder per clysm.

2. Ebenso wirksam sind die gallensauren Salze (Rosenkranz, Paschkis, Prévost u. Binet, Schiff, Sokolow, Naunyn).

Ordo: fel tauri depuratum siccum
Pulv. rad. Rhei aa 10,0
 f. pil. C.

Mehrmals tägl. 5 Pillen.

Weitere gallentreibende Mittel sind:

3. Das Evonymin (von Evonymus atropurpureus).

Ordo: Evonymin
Sapon medic. aa 2,0 f. pill. XX.
S. Abends 1—2 Pillen.

4. Das Podophyllin (von Kraus empfohlen, von Rutherford verworfen).

Ordo: Podophyllin 0,5
 Extr. Belladonnae 0,3
 Pulv. et saures liquir. q. s. f. pil. XX.
S. Täglich 2—4 Pillen.

Weitere Mittel von grösserem oder geringerem Werte sind:

Salol,
Ol therebinthinae, Terpinol, Terpinhydrat,
Iridin, Juglandin, Hydrastin, Phytolacein,
Baptisin, Sanguinarin,
alle mit cholagoger Wirkung im Tierexperiment.

Ohne Wirkung im Tierexperimente sind befunden:

Calomel (bald für galletreibend, bald gallehemmend gehalten),
Aloë, Rheum,
Ipecacuanha,
Antipyrin.

Über die cholagoge Wirkung der Bestandteile des Karlsbader Salzes siehe dieses pag. 22 u. 23.

Für denjenigen, der genauere Details erwünscht, führe ich im

Folgenden die Tabelle von Prévost u. Binet, an Gallenfistelhunden gewonnen, an.

Vermehrung der Gallen- sekretion.	Verminderung der Sekretion.
Galle,	Kalium jodatum,
Gallensaure Salze,	Kalomel,
Harnstoff,	Eisen, Kupfer,
Terpentinöl (Stadelmann),	Atropin (subkutan),
Kali chlorium,	Strychnin.
Natr. salicylicum, Salol,	
Natron benzoicum,	
Evonymin, Muscarin,	
Natron oleinicum.	
Vermehrung zweifelhaft.	Ohne Einfluss.
Natron bicarbonicum	Natron phosphoricum,
Natron sulfuricum	Kalium bromatum,
Natron chloratum	Sublimat,
Propylamin, Antipyrin,	Alkohol, Äther, Glycerin,
Aloë, Acidum catharticum,	Chinin,
Rhabarber,	Coffein,
Hydrastis canadensis,	Pilocarpin,
Antifebrin,	Kairin,
Diuretin,	Senna.
Santonin.	

Wie wenig feststehend aber diese Aufstellungen sind, beweisen andere Tabellen, die von der genannten wieder abweichen. So führt Rutherford als kräftig leberreizende Mittel an:

Natriumphosphat,
Quecksilberchlorid,
Ipecacuanha,
Colchicin,
Jalappa,
Aloë,
Colocynth,
Benzoesaures Natron,
Salicylsaures Natron,

von denen allein 1, 2, 6 in den obigen Tabellen als wertlos oder zweifelhaft wirkend angeführt sind.

β) Desinfizierende Mittel.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass es gelegentlich rationell ist, zur Bekämpfung des entzündlichen Katarrhes in den Gallenwegen, der in letzter Linie der Steinbildung als Ursache zu Grunde liegt, neben galletreibenden auch desinfizierende Mittel anzuwenden. Genaue Tabellen über die Desinfektionskraft solcher Mittel in den Gallenwegen haben wir nicht, ebenso wenig wie experimentelle Versuche darüber.

Dafür haben wir aber genauere Kenntnisse über die Desinfizientien im Magen und im Darm.

Ich habe seinerzeit in einer experimentellen Arbeit¹⁾ über die Gasgährung im Magen eine

„Skala der Magendesinfizientien“, „nach der Stärke der Desinfektion geordnet“, die in die Lehrbücher übergegangen ist, aufgestellt. Die Zahlen bedeuten die Konzentration des Desinfektionsmittels in ‰, das zur Unterdrückung der Gasgährung nötig ist.

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

Inzwischen sind eine Reihe dieser und ähnlicher Mittel zur Desinfektion und desinfizierenden Auswaschung des Magens geläufig²⁾ geworden, als da sind:

Borsäure 2—3 ‰, Borax 2—4 ‰, beide meines Erachtens von geringem Wert. Von prompter Wirkung ist Salicylsäure und salicylsaures Natrium, welche gewöhnlich, erstere in 0,3 ‰, letztere in 3 ‰ Lösung, meines Erachtens mit Unrecht verwendet werden (siehe Skala), denn die Lösungen dürfen beide viel schwächer sein. Daneben ist acidum benzoicum, Resorcin, Thymol, Chloroformwasser, Lysol, Salzsäure, Ichthyol in Anwendung.

¹⁾ F. Kuhn. Die Gasgährung im Magen des Menschen und ihre praktische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 49, 50.

²⁾ Vgl. Penzold-Stintzing. Handbuch der Therapie.

Zur Desinfektion des Darmkanals fanden Empfehlung:

Bismuthum salicylium 1,0 mehrmals täglich (Dujardin-Beaumetz)

Magnesium salicylicum 0,2—5,0 pro die, (Huchard, Mathieu)

Salol 0,5 mehrmals täglich, welches sich in Phenol und Salicylsäure spaltet (Pankreaswirkung) (Sahli)

Salacetol 2,0—3,0 pro die

Saccharin (Gaus)

Naphthalin 0,1—0,5 pro dosi (Penzold)

Benzonaphthol 0,5 mehrmals (Ewald, dagegen Kuhn)¹⁾

Resorcin 5% Lösung

Kreosot 0,05—0,1

Ichtyol 0,1 pro dosi (Pick)

Menthol 0,1 3 × tgl. (Singer).

Ordo: Naphtholi f. pulv.

Bismuth. salicyl.

Bismuth. salicyl. \mathfrak{a} 15,0

Salol

Div. in part. aequal XXX

Magnes. anglic. \mathfrak{a} 10,0

S. 3—6 × tgl. 1 Pulv. (Bouchard).

Div. in part. aequ. XXX
(Dujardin-Beaumetz).

Resorcin resubl. 2,0

Aquae chlorof. 150,0

S. 3 × tgl. 1 Teel. (Boas).

Wir sehen aus dem Vorhergehenden, welche Rolle die Salicylsäure und ihre Salze für die Desinfektion des Darmkanals spielt. Dabei ist sie dasjenige Medikament, welches in die Galle übergeht. Denn nach den Versuchen von Prévost und Binet werden folgende Substanzen mit der Galle ausgeschieden:

Bilirubin

Terpentinöl

Urobilin

Acidum salicylicum

Gallensaure Salze

Jodkalium, Bromkalium

Hämoglobin

Chlorsaures Kalium

Arsenik

Indigoschwefelsaures Natron

Eisen, Blei, Quecksilber

Traubenzucker.

Coffein?

Fuchsin, Cochenille.

¹⁾ F. Kuhn. Über Benzonaphthol ein neues Darmantisepticum. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 19.

Nachdem nun die Salicylsäure, wie früher gezeigt, auch noch cholagoge Eigenschaften hat, dürfte sie und ihre Verbindungen das souveränste Mittel für entzündliche Vorgänge in den Gallenwegen sein. Ich weiss sehr wohl, dass andere Autoren (Clemm) von der Verwendung der Salicylsäure zu diesen Zwecken weniger halten, und andere (Nissen, Mandelstamm, Müller, Loewenton, Glass) auch die gallentreibende Wirkung des Salicyls bestreiten, das in stärkeren Gaben sogar die gegenteilige Wirkung haben soll.

Die Desinfizienten sind für die vorliegende Frage in doppelter Weise von Bedeutung. Indem man mit ihrer Hilfe die abnormen Gährungen im Magen-Darmkanal unterdrückt, beseitigt man eine Hauptquelle für die entzündlichen Vorgänge in den Gallenwegen, die vom Darne her infiziert werden. Die vom Duodenum auf die Gallengänge übergreifenden Kartarrhe sind bekanntlich eine Hauptunterlage für die Steinbildung.

Indem man andererseits die Ergebnisse der Magen-Darmdesinfektion auf die Gallenwege übertragen darf, weil diese Schleimhäute den Darmwegen so verwandt, sind sie gleichzeitig die Wegweiser für die Desinfektion der Gallenwege und in gewissem Sinne direkt anwendbar. (Näheres siehe in meiner Arbeit über die Desinfektion der Gallenwege, die alsbald erscheinen wird.)

Was nun die Infektion der Gallenwege betrifft, so findet sie erst unter ganz besonderen Verhältnissen statt: entweder sind die Gallenwege von der Leber her geschädigt (Vergiftungen, Phosphor) und werden von dort her oder von der Blutbahn her infiziert, oder die Keime dringen aufsteigend vom Darne her in die Gallenwege ein.

Dieses Eindringen sollte man bei dem Eintauchen der Papille in den Duodenalinhalt viel häufiger erwarten als es thatsächlich geschieht: in Wirklichkeit aber ist die Galle zunächst im normalen Zustande steril (50—70% der Fälle), wenn auch die Galle selbst nicht, wie früher angenommen, fäulniswidrige Eigenschaften hat. Nur abnormer Weise finden sich Keime (Bacterium coli, Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcus, Typhusbacillen, Diplococcen, und einige verflüssigende Saprophyten) im Galleninhalte. Der Abschluss, der durch die schräge Durchbohrung der Darmwand erreicht ist, ist so zuverlässig, dass die Keime nicht hoch kommen; dazu hilft der Flüssigkeitsstrom

den Eingang freizuhalten, und selbst eingedrungene Fremdlinge ohne Schaden wieder herauszuspülen.

Um eine Infektion zu Stande zu bringen, müssen schon mehrere Hilfsmomente zusammenkommen:¹⁾ Diese sind teils mechanischer, teils chemischer, teils physiologischer Natur: der Sekretabfluss ist gehindert, die Spülung fällt fort, die Schleimhaut wird geschädigt, Druckschwankungen im Duodenum bewirken ein Aufsteigen von Darminhalt; dazu kann die Zusammensetzung der Galle sich ändern, dieselbe sich vermindern, die Ernährung der Schleimhaut gestört sein oder Allgemeinerkrankungen, auch nervöse Einflüsse das System schädigen.

Erst auf einer in einem gewissen Sinne geschädigten Schleimhaut unter ganz besonders begünstigten Züchtungsbedingungen gedeihen die Keime.

Aus dem Gesagten geht nun für eine medikamentöse Gallensteinprophylaxe in praxi folgendes hervor:

Nachdem man alle diätetischen und mechanisch-gymnastischen Forderungen Rechnung getragen, kann man zeitweise eine mehr oder minder gallentreibende Substanz, etwa gallensaure Salze oder Salicylsäure (Aspirin), und salicylsaures Natron (Kraus) methodisch geben. Daneben Sorge man in akkurater und peinlicher Weise für eine Regelung etwaiger Darmstörungen, namentlich abnormer Zersetzungsvorgänge und Gärungen im Magen-Darmkanal und bekämpfe (ausser durch diätetische Massnahme) auch medikamentöse dieselben.

γ) Spezifische Kuren.

Von Zeit zu Zeit dürfte es sich bei Leuten, die zu Gallensteinbildungen neigen, empfehlen, selbst eine spezifische Kur prophylaktisch einzuleiten, sei es eine Trinkkur in einem Bade oder zu Hause oder eine Öl- oder Eunateurokur, was alles wir in den folgenden Blättern bei der Behandlung des etablierten Leidens besprechen werden.

¹⁾ Ehret u. Stolz. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis. Grenzgebiete. Bd. VIII. Heft 1 u. 2.

Ehret u. Stolz. Berliner klin. Wochenschr. 1902. No. 1. Experimentelle Cholecystitis und Cholangitis autoinfektiösen Ursprungs.

II. Teil. Die Behandlung des fertigen Gallensteinleidens ohne Operation.

Nachdem wir in dem Vorhergehenden die Prophylaxe des Gallensteinleidens besprochen und die Massnahmen, die sich bei bedrohten Menschen nach dieser Richtung empfehlen, sollen im Folgenden die Grundsätze und Einzelverfahren Erörterung finden, die gegen das etablierte Leiden, das die charakteristischen Symptome macht, in Anwendung kommen.

Wie wir später begründen werden, teilen wir zu diesem Zwecke die Fälle nicht nach anatomischen, sondern nach klinischen Gesichtspunkten ein und unterscheiden darnach:

1. einfachere Gallensteinfälle, also nach Dauer, Intensität und Komplikationen leichtere Fälle;
2. schwerere Fälle, die durch ihre Dauer, mechanische oder entzündliche Komplikationen, also klinische Schwere ausgezeichnet sind.

Bevor wir in die Erörterung von Details eintreten, wollen wir uns über einige prinzipielle, allgemeine Fragen klar werden.

Wenn wir Gallensteine operationslos behandeln, so werden wir innerliche Mittel, also Medikamente geben müssen.

Die erste und Grundfrage wird demnach sein:

„Was können und wollen wir überhaupt medikamentös bei Gallensteinen erreichen?“

Wollen wir die vorhandenen Steine abtreiben?

Wollen wir die Steine lösen?

Wollen wir die Ursachen der Steinbildung, und damit die der Steinweiterbildung treffen, oder

Wollen wir nur die Symptome und Folgeerscheinungen der Steine beseitigen?

1. Die erste Absicht stellt ein gefährliches Beginnen dar (wie wir bereits bei der Massage der Gallenblase erörtert), falls die Steinbildung nicht erst ganz im Beginne ist und in der Form einer leichten Griesbildung auftritt. „Bei Steinen in der Gallenblase ist es geradezu falsch¹⁾, die Steine abtreiben zu wollen“, sagt Kehr.

¹⁾ Kehr: Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien. Münchener med. Wochenschr. 1902. 41, 42, 43.

Wie leicht können Steine in den tieferen Gängen stecken bleiben und weit mehr Unheil anrichten als in der Gallenblase? Dabei ist das Verfahren im Allgemeinen eine Danaidenarbeit: denn es kann nicht angenommen werden, dass man alle Steine bis auf den letzten auf dem natürlichen Wege entleert.

Wollten wir es aber, mittels welcher Medikamente könnten wir dann die Steine austreiben?

Man glaubte immer und viele meinen es jetzt noch, man könnte die Steine durch Anregung des Gallenflusses d. i. also durch Chologoge-Mittel austreiben. Dies ist aber nach Anderen (Quincke) zweifelhaft; da der Druck der Galle nach Friedländer und Barisch, Heidenhain gering ist, nur höchstens ca. 200 mm Wasser, kommt er als bewegendes Moment nicht in Betracht. Um Steine auszutreiben, bedarf es viel bedeutenderer Druckhöhen. Ich habe Spülversuche an den Gallenwegen im Mittel bei 500 mm Wasserdruk gemacht¹⁾. Selbst dieser Druck würde schwer ausreichen, allein einen mittelgrossen Stein durch die Gänge zu fördern; mittels eines Druckes von 1 Meter ist es mir aber gelungen²⁾. Mehr scheint für die Bewegung der Steine die Kontraktion der Gallenblasenwand auszurichten. Wir sprachen oben von der Massage der Gallenblase und Bauchgymnastik: sie können zur Bewegung der Steine, allerdings meist auch wieder durch die Anregung der Peristaltik, Anlass geben.

Ebenso dürften alle Mittel, welche auf die Peristaltik des Darmes wirken, kontraktionsanregend für die Gallenblasenmuskulatur sein, so alle Abführmittel, selbst Äther.

Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die gallensteinabtreibende Wirkung der Karlsbader Wasser zu betrachten (siehe diese).

Mit der steinaustreibenden Wirkung einzelner Mittel hat es also seine grossen Bedenken. Trotzdem hat eine Anregung des Gallenflusses, sowie der Zirkulation im ganzen Darmkanal (Vegetabilische Mittel, Karlsbader Quellen) auch auf den Abgang von Gallensteinen erfahrungsgemäss einen bedeutenden Einfluss, der aller-

¹⁾ Kuhn. Therapeutische Monatshefte. März. 1903. Spülungen an den Gallenwegen.

²⁾ Vergl. eine Arbeit von mir über: „Spülungen an den Gallenwegen.“ Münchener med. Wochenschr., 1903, und Vortrag auf der 51. Versammlung mittelrheinischer Ärzte zu Wiesbaden. Pfingsten 1903.

dings mehr durch die Beseitigung der Hindernisse (Schwellungskatarrhe der Schleimhäute) zu erklären, als durch direkte Wirkung auf die Steine selbst.

Auf diese Weise dann auch auf den Abgang von Steinen schonend zu wirken, namentlich im Anfangsstadium des Leidens, solange die Steine griesförmig sind oder ein lehmiger Brei sedimentiert ist, darf unser Bestreben sein.

Grösseren Steinen, schon den erbsen- bis bohnergrossen, sollte man nicht mit der Absicht, sie austreiben zu wollen, kommen und sich ängstlich den Befürchtungen von Körte, Kehr etc. etc. bezüglich des Steckenbleibens anschliessen. Es ist interessant und bezeichnend: in diesen Fällen spielt der sonst so „blutdürstige“ Chirurg den Aengstlichen und der Interne zeigt den Mut. (Vgl. Clemm l. c. pag. 79.) Wer hat Recht? Wer steht mehr auf dem Standpunkt grösstmöglicher Schonung, wer auf Seite des bedauernswerten Kranken? Zweifelsohne der Chirurg: denn er allein bleibt dauernd und unter allen Eventualitäten Herr der Lage. Und es ist unbegreiflich, wenn Andere aus den Beobachtungen von Blackburne, Meckel, Fiedler, welche grosse 30—52 gr schwere Steine spontan durch den Darm gehen sahen, „hinreichende Beruhigung“ schöpfen, „um mit gutem Gewissen gegebenen Falles auch solche Ausgänge abzuwarten, ohne zum Bauchschnitte zu greifen.“ Dann kann man auch ihre Durcheiterung durch die Bauchdecken, wie sie schon öfters geschehen, abwarten. Denn solche Steinriesen können doch nur mittels schwerer eitrig-perforativer Vorgänge in den Darmkanal gekommen sein. Ausserdem sind sie auf dem langen Wege doch zu sehr der Einkeilung ausgesetzt, wie ich erst neuerdings wieder eine junge blühende Frau an einen solchen Obturationsileus zu Grunde gehen sah. Also beruhigend ist die Sachlage nicht; ich meine, sie sei unheimlich genug.

2. Die zweite Absicht, die Gallensteine zu lösen, war seither ein *pium desiderium* und selbst die Karlsbader Aerzte stehen seit längerer Zeit von der Behauptung ab, ihre Wässer hätten gallensteinlösende Wirkung.

Die Neuzeit wagt sich allerdings wieder mit kühneren Behauptungen hervor. Doch muss man alle Beobachtungen noch als vereinzelte und die Stützen der Beweisführungen noch als recht

schwache und nicht ausreichende bezeichnen, um auf ihnen kühnere Heilpläne aufzubauen. Ihre Urheber unter die Kurpfuscher zu rechnen, wie Kehr es tut, dürfte allerdings sehr weit gegangen sein.

Die meisten Anhänger zählt von allen Mitteln der Neuzeit das Eunatrol: Clemm voran behauptet seine gallensteinauflösende Wirkung. (Siehe dieses pag. 25.)

Seine Laboratoriumsversuche sind wenige.

Naunyn fand, dass gelegentlich Steine, die er in die Gallenblase von Hunden brachte, aufgelöst wurden; die Galle löst nämlich Cholestearinsteine ohne Bilirubinkalk auf. Auch Alkalien lösen bis zu einem gewissen Grade die Steine.

Aus diesem Grunde hat sich zum Teil auch der Gebrauch der alkalischen Wasser eingebürgert; doch wissen wir heute, dass kaum eine Zunahme der Alkaleszenz der Galle durch die Quellen erfolgt, dass also die alkalischen Wasser auch keine gallensteinlösenden Eigenschaften haben können.

Das Olivenöl, das nach Virchow in die Galle übergeht, dürfte auch Steine nicht lösen. Wir kommen bei der Ölkur auf dasselbe zurück. (Clemm contra.)

Auch das souveränste und älteste Medikament bei der Gallensteinbehandlung, das Durande'sche Äther-Terpentinöl, löst Gallensteine nicht auf, wenn es auch in kleinsten Mengen in dieselbe übergeht. Seine gelegentlichen Erfolge erklären sich vielleicht aus seiner (Äther) beruhigenden Wirkung (Frerichs), oder seiner Anregung der Peristaltik oder des Erbrechens.

Ordo: Äther, Ol. Terebinthinae \mathfrak{a} (S. 3—4 \times tgl. 20 Tr.) oder
Äther sulf. 20,0,

Ol. Terebinth. 5,0 S. 3 \times tgl. 20 Tr.

Wir werden alsbald die zur Zeit bestempfohlene, spezifisch wirkende Eunatrolkur, die auf die Steine direkt auflösend wirken soll, eingehender bringen. Wir stehen auch auf dem Standpunkt, diese Kur in leichten und mittelschweren Fällen zu empfehlen. Auch in schweren Fällen ist ein Versuch stets sehr ratsam.

Doch scheint es uns, als ob ihre Anhänger weit über das Ziel hinausschössen, und unnötiger Weise die operativen Verfahren misskreditierten, die in guter Hand so rasche und so einwandfreie Resultate haben.

3. Soweit die Beantwortung der beiden ersten der oben aufgeworfenen Fragen. So reserviert wir diese beiden Fragen nach dem Gesagten beantworten mussten, um so bestimmter ist das, was wir auf die dritte derselben antworten werden, insofern die Steinbildung in den Gallenwegen in Frage kommt.

Denn medikamentös die Gallengangschleimhäute soweit zu beeinflussen, dass sie keine Steine bilden und vor allem keine Steine mehr bilden, ist jederzeit und in jedem Stadium der Erkrankung unsere Absicht, wie wir oben bei Erörterung der medikamentösen Prophylaxe ausgeführt, und wird jederzeit als Unterlage für alle unsere Bestrebungen nach dieser Richtung gelten müssen.

Dieser Absicht dienen alle im Folgenden zu erwähnenden spezifischen Kuren. Nicht minder wird es auch in jedem Falle unser Bestreben sein, die Folgen der Steine, wie in Frage 4 verlangt, zu beseitigen, solange wir die Ursache nicht entfernt haben. Im akuten Anfall wird sogar die Behandlung der Folgen und Symptome unsere einzige Aufgabe sein.

Treten wir nach Erörterung dieser allgemeinen Fragen in das Detail der Behandlung in einzelnen Krankheitsfällen ein.

Massgebend für alles Vorgehen kann zuletzt nur der anatomische Befund sein.

Aber wie diesen mit allen Einzelheiten am Krankenbette feststellen? Es wird dies immer nur bis zu einem gewissen Grade möglich sein und gegebenenfalls von einer grossen Spezialerfahrung abhängen. Aus diesem Grunde leiteten wir oben die Forderung von Spezialsanatorien für Gallensteine ab.¹⁾

Wenn also die anatomische Differentialdiagnose schon dem Kenner schwer, wie können wir dieselbe für den praktischen Arzt fordern?

Es ist ungemein dankenswert, die Indikationsstellung zum operativen und nichtoperativen Vorgehen präzise zusammengestellt zu sehen, wie es neuerdings Kehr nach ätiologischen Gesichtspunkten in seinen Karlsbader Thesen getan.

Ich führe diese der Vollständigkeit halber im Folgenden dem Wortlaute nach an.

¹⁾ Vergl. I. Teil. Märzheft der Berliner Klinik 1903.

Kehr sagt (Karlsbader Naturforscher-Versammlung 1902):

1. Ich erkenne an, dass in vielen Fällen von Cholelithiasis eine Herbeiführung des latenten Stadiums durch Ruhekuren, Alkalien etc. gelingt und in einer Reihe von Fällen dauernden Erfolg hat. Besonders bei der sogen. chronisch rezidivierenden Cholecystitis vermag eine regelmässig in Karlsbad oder Neuenahr, auch zu Hause vorgenommene Ruhekur die Koliken derart zu mindern, dass kein Grund zu einer Operation vorliegt. Aber ich bezweifle, dass häufig eine wirkliche Heilung, d. h. eine Ausstossung sämtlicher Steine, durch innere Kuren erzielt wird. Nach meiner Meinung darf es auch gar nicht unser Bestreben sein, die Steine abzutreiben; es ist viel richtiger, wenn wir dafür sorgen, dass sie sich in der Gallenblase ruhig verhalten und dass die entzündlichen Prozesse beseitigt werden. Der wochenlang fortgesetzte Gebrauch von heissen Umschlägen (am besten in Form von Thermophoren) leistet neben Bettruhe und einer Trinkkur von Karlsbader Wasser in dieser Beziehung die besten Dienste.

2. Die theoretische Berechtigung der Frühoperation im Sinne Riedels, die Steine zu entfernen, solange sie noch in der Gallenblase stecken, besteht nach wie vor, da in vielen Fällen nur eine frühzeitige Operation den Kranken vor schweren Gefahren (Perforation, Cholämie, Karzinom) behüten kann. Eine allgemeine Durchführung der Frühoperation in der Praxis ist aber ganz unmöglich und aus diesem Grunde hat die Indikationsstellung Riedels keinen praktischen Wert.

3. Wenn die Anfälle leicht verlaufen, zwischen denselben immer wieder völlige Latenz (absolute Unempfindlichkeit der Gallenblasengegend) eintritt, verzichte ich auf eine Operation.

4. Der akute Choledochusverschluss ist bis auf wenige Ausnahmen intern zu behandeln. Treten die cholangitischen Erscheinungen in den Vordergrund und zieht sich der Ikterus unter Verfall der Kräfte und absoluter Appetitlosigkeit in die Länge, so ist eine Operation zu erwägen.

5. Häufige Koliken ohne Ikterus und ohne Steinabgang verlangen bei Schädigung des Allgemeinbefindens und Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und des Lebensgenusses die Operation.

6. Fälle mit Ikterus und jedesmaligem Abgang von Steinen

gehören dem Internen; häufen sich die Anfälle, kommt der Patient sehr herunter und ist keine Hoffnung auf völlige Ausstossung der Steine vorhanden, so ist die Operation am Platze.

7. Der Hydrops und das Empyem der Gallenblase und pericholecystische Eiterungen gehören dem Chirurgen. In den wenigen Ausnahmefällen, bei welchen ein steriler Hydrops gar keine Erscheinungen macht, mag der Patient seine geschwollene Gallenblase solange mit sich herumtragen, bis Beschwerden sich einstellen und sich häufen.

8. Der chronische Choledochusverschluss soll bei Versagen einer gründlichen Karlsbader Kur nicht zu spät chirurgisch behandelt werden.

9. Gallensteinranke, die dem Morphinium verfallen sind, müssen unter allen Umständen operiert werden. Während der Nachbehandlung bietet sich die beste Gelegenheit zur Morphinumtziehung.

10. Die Behandlung des Gallenblasenkarzinoms kann nur bei ganz frühzeitiger Operation einen dauernden Erfolg haben. Da aber eine Frühoperation jeder Mensch scheut und Spätoperationen keinen grossen Zweck haben, dürfte es nur selten gelingen, das Uebel vollständig zu heilen.

11. Kranke mit chronischem Ikterus, der nicht auf Stein im Choledochus und unheilbaren Lebererkrankungen beruht, müssen spätestens 3 Monate nach Beginn des Ikterus operiert werden, da nicht selten statt des vermuteten Karzinoms des Pankreaskopfes die heilbare Pancreatitis chronica interstitialis gefunden wird.

12. Der Entschluss zu einer Operation wird sowohl dem Arzt als auch dem Patienten leicht gemacht durch den Nachweis eines Gallenblasentumors, der geschwollenen Leber, durch Auftreten von Ikterus und Fieber. Aber auch ohne lokalen Befund an Leber und Gallenblase dürfen wir bei hochgradigen, andauernden, einer inneren Medikation unzugänglichen Beschwerden operieren. Man findet in solchen Fällen, besonders bei Männern, häufig Adhäsionen traumatischen Ursprungs ohne Steine.

13. Die Folgezustände der Cholelithiasis, die eitrige Cholangitis, der Leberabszess, die Perforationssperitonitis, der subphrenische Abszess, hochgradige Pylorus- und Duodenalstenosen, oft auch der Gallensteinileus müssen chirurgisch behandelt werden.

14. Der Schlussparagraph endlich heisst: Allgemeine Indikationen

zu einer Gallensteinoperation aufzustellen ist nicht gut möglich. Man muss von Fall zu Fall entscheiden. Männer, besonders fette, vertragen eine Operation schlecht. Frauen, die geboren haben, eignen sich gut zu einem chirurgischen Eingriff. Bei reichen Leuten ist die Indikation anders zu stellen als bei armen, aber dieser Satz ist nicht so zu verstehen, dass der Chirurg lieber die reichen Leute operiert, die ihm hohe Honorare zahlen, nein umgekehrt, die Armen müssen häufiger operiert werden, weil sie nicht in der Lage sind, die Wohlthaten einer Karlsbader Kur geniessen und streng nach den diätetischen Vorschriften des Arztes leben zu können. Auf diese soziale Indikation und auf die Forderung einer streng individualisierenden Behandlung habe ich schon in früheren Arbeiten hingewiesen und mich dahin ausgesprochen, dass man bei Diabetes, Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Lungen- und Herzerkrankungen möglichst von einer Operation abstehen soll.

Diese Thesen finden von interner Seite nicht unerheblichen Widerspruch.

Noch schwieriger aber dürfte es für einen praktischen Arzt, der den einschlägigen Fragen etwas ferner steht, sein, seinen jeweiligen „Fall“ unter den obengenannten Rubriken unterzubringen.

Für ihn wird es sich mehr empfehlen, zunächst den rein klinischen Standpunkt massgebend sein zu lassen, und seine ganze Indikationsstellung von klinischen Symptomen abhängig zu machen. Dieser Standpunkt trifft auch mehr die Wünsche des internen Arztes, welcher der anatomischen Sachlage ebenfalls ferner steht, und weniger die Ätiologie als die Symptomatik des Leidens in Betracht zieht.

Wir teilen daher die Fälle von Gallensteinerkrankung ein in:

1. Leichtere Gallensteinfälle, d. s. Fälle mit relativ seltenen Koliken, die, oft nur als Magenkrampf auftretend, einige Minuten, selten viele Stunden anhalten, bei heissen Umschlägen und eventuell etwas Morphinum erträglich sind, geringere Allgemeinerscheinungen, kurzes Fieber oder wenn Ikterus, solches von kurzem Bestande im Gefolge haben, und von geringen örtlichen Veränderungen, mässigen peritonealen Reizerscheinungen, die wieder ganz verschwinden, begleitet sind.
2. Schwere Fälle, schwer der Dauer oder der Intensität der Anfälle oder der Komplikationen wegen.

A. Leichtere Fälle von Gallensteinleiden.

Diese Fälle, die ich soeben ihrer Symptomatik nach charakterisierte, werden, ihrer ätiologischen Unterlage nach, dargestellt im Ganzen von Fällen

1. in denen eine kurzdauernde Wegbehinderung am Ausgange der Gallenblase, also eine Verlegung des Cysticus statt hat, sei es durch Konkremeute oder Verschwellung und durch Fälle von leichter Entzündung der Gallenblase, ihres Inhaltes, und ihrer Umgebung.
2. in denen ein Verschluss der tieferen Gallengänge von kürzerer Dauer ohne wesentliche nachfolgende Entzündung mit baldiger Lösung des Hindernisses stattfindet.

In letzterem Falle werden häufig Steine abgehen und kurz dauernder Ikterus auftreten, in ersterem nicht.

Wie wird nun unser operationsloses Vorgehen in den leichteren Fällen von Gallensteinerkrankung sein?

Man wird am besten sich auf einen ähnlichen Standpunkt stellen, wie in der Blinddarmentzündungsfrage und ein „Stadium des akuten Anfalles“ und ein „Stadium des freien Intervalles“ unterscheiden.

a) Akuter Gallensteinanfall.

Um in diesem Stadium einem Patienten mit Erfolg zur Hand zu sein, ist es unerlässlich, sich über die Vorgänge klar zu werden, die in dem Gallengangsystem vor sich gehen.

Der akute Schmerzanfall, die Gallensteinkolik ist nichts anderes als der klinische Ausdruck für ein plötzliches Behindertsein des Gallenabflusses. Wenn man andernorts in Vorträgen und Lehrbüchern von Einklemmung des wandernden Steins, von Krampf des Ganges und der Gangmuskulatur um den eingeklemmten Stein reden hört und liest, so ist diese Auffassung nicht richtig, wie ich jeden Augenblick mit Hülfe meiner Spülversuche¹⁾ beweisen will.

Fügt man nämlich einen Spülschlauch luftdicht in das Gallengangsystem ein, sei es mittels Einbindens oder mit Hülfe einer

¹⁾ Vergl. Kuhn: Durchspülung der Gallengänge. Therapeut. Monatshefte. 1903. März.

luftdicht abschliessenden Fistel, und lässt eine Lösung, etwa physiol. Kochsalzlösung oder Karlsbader Wasser oder d. gl., einlaufen, so verhält sich die Schmerzempfindung von Seite des Patienten genau proportional dem Druck, unter dem die einlaufende Flüssigkeit steht; der Schmerz beginnt erst bei einem Druck von ca. 300 mm Wassersäule (der Gallendruck beträgt bekanntlich ca. 200 mm Wasser), ist übrigens je nach der Durchgängigkeit der Gallengänge verschieden ausgeprägt, steigt mit der Erhöhung des Druckes, lässt sofort mit seinem Sinken nach und hört momentan mit dem Sistieren des Wasserzufflusses auf. Von einer plötzlichen Entzündung in dem Momente des Versuches und einem Aufhören derselben sofort nach Beendigung desselben kann nicht die Rede sein, ebensowenig von einem Krampf der einen Fremdkörper umschliessenden Muskulatur. Dass ein krampfartiger Zustand der gesamten, im Momente des Versuches unter höherem Druck stehenden Muskulatur der Gallengänge, welche der einströmenden Flüssigkeit entgegen arbeitet, die Schmerzempfindung auslöst, ist wieder eine andere Sache und kann sehr wohl möglich sein. Auch eine gewisse Irritation mag durch den erhöhten Druck im Gallengangsystem zu Stande kommen, da ein Spülversuch leicht von etwas Fieber und etwas Ikterus gefolgt sein kann.¹⁾ Aber auch diese beiden Symptome sind also nach unseren Versuchen primär mechanischen Ursprunges. Kehr legt auf die Entzündung den Hauptwert und meint, die „Kolik sei in den allermeisten Fällen auf entzündliche Vorgänge zurückzuführen“. (Münch. med. Wochenschr. 1903. No. 41, 42.)

Ich gebe zu, dass in der Praxis die Abflussbehinderung auf dem Wege einer entzündlichen Verschwellung der Wege zu Stande kommt, aber Tatsache bleibt, dass die Ursache des Schmerzes die Abflussbehinderung ist.

Soviel über die Ursache des Schmerzanfalles. Welches ist nun das klinische Bild des Anfalles? Ohne jede nachweisbare Veranlassung, wie ein Blitzstrahl aus heiterem Himmel, nicht in nachweisbarer regelmässiger Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme, setzt ein schwerer Schmerz in der Magengegend, oder mehr nach rechts oder in den Rücken ausstrahlend, ein. Gleichzeitig etwas Würgen oder

¹⁾ Ich habe Temperaturen bis 38.7 und leichte Schüttelfröste erlebt, aber alles von kurzer Dauer.

Erbrechen. In schweren Fällen stärkste Mitbeteiligung des gesamten Organismus, Schweisse, Facies hippocratica, Puls klein, Fieber, selbst Schüttelfröste, im Gefolge auch Ikterus.

Die Behandlung des acuten Anfalles ist folgende:

Im Vordergrund steht der furchtbare Schmerz: er fordert dringend die schleunigste Hülfe.

Das souveräne Mittel ist in solchen Fällen das Morphinum und dann wiederum in der raschest wirksamen Form, also als subkutane Spritze, und auch nicht in zu kleiner Menge, also beim Erwachsenen in Mengen von 0,015—0,02. Das Morphinum ist in solchen Fällen nicht nur Linderungsmittel für den Schmerz, sondern ist im vollen Sinne als Heilmittel aufzufassen, das nach der Auffassung anderer Autoren den Krampf um den Fremdkörper löst, nach unserer Meinung die Muskulatur der Gallenwege soweit erschlafft, dass die Passage wenigstens teilweise frei wird.

Im Notfalle ist die Spritze in nicht zu kurzer Zeit zu wiederholen.

Ausser Morphinum können auch noch andere medizinale Körper in Frage kommen, so vor allem die Belladonna, welcher Sticker¹⁾ das Wort redet. Er vindiziert ihr vor allem, neben der anästhesierenden, eine erhebliche Wirkung auf die Ringmuskulatur, die sie lähmt, und die Detrusormuskulatur, die sie im Sinne der Austreibung tonisiert. In grossen Dosen angewandt, ist das Mittel nicht gleichgültig und zunächst mit Vorsicht zu verwenden. Näheres siehe im Original. Ordo: Extr. Belladonnae 0,005—0,015 2stündl. Ausserdem ist Opium, Chloral, Antipyrin, salicylsaures Natron empfohlen, im Notfalle auch Narkose mit Äther oder Chloroform.

Wichtiger als diese weniger akkreditierten Arzneikörper sind anderweitige Massregeln, welche die beruhigende Wirkung des Morphinum unterstützen, gegebenenfalls auch bei geringeren Anfällen ersetzen. Ein solches Mittel ist die Wärme und zwar diese in der verschiedensten Art und Anwendung, bald in trockener Form (Krüge, Tücher, Thermophor), bald in feuchter (Breiumschläge, Kompressen, Kamillen, Fango), bald als warmes oder besser heisses Bad, selbst so heiss, als es gerade noch vertragen wird (Swift Walker).

¹⁾ G. Sticker. Über die Therapie insbesondere die Abortivbehandlung der Gallensteinkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. 1891. 50, 51.

Wo Wärme nicht vertragen wird, kann auch die Eisblase versucht werden. Innerlich ist Trinken von heissem Wasser sehr am Platze, auch wenn die ersten Portionen wieder erbrochen werden.

Während des akuten Anfalles ist in den meisten Fällen Bett-ruhe empfehlenswert, und das Trinken von heissen Flüssigkeiten, eventuell von Karlsbader Wasser (siehe dieses pag. 22) im Bett.

Unter solchen Massnahmen beruhigen sich die leichteren Anfälle im Verlaufe des Gallensteinleidens meist rasch, die örtliche Empfindlichkeit schwindet mehr und mehr, und selbst der Ikterus, wenn er vorhanden gewesen, geht zurück.

So tritt der Fall in das 2. Stadium,

β) das Stadium des freien Intervalles.

Unter diesem verstehen wir den Zustand der Latenz des Gallensteinleidens, d. h. die Zeit, in welcher wirklich vorhandene Gallensteine ohne Symptome ruhig an ihrem Aufenthaltsorte weilen.

In diesem freien Intervall hat der Arzt Zeit, sich sein weiteres Handeln zu überlegen und einzuteilen. Es wird bis zu einem gewissen Grade Geschmacksache sein (Kocher), bei diesen leichteren Fällen intern oder chirurgisch vorzugehen. Man wird mehr zu chirurgischen Massnahmen neigen, wenn der Fall zu den schwereren Fällen neigt, für die leichteren Fälle wird zunächst der rein interne Standpunkt massgebend sein.

Wir werden versuchen mit Hülfe von Kuren zu erreichen, was zu erreichen ist. Zu solchen spezifischen Kuren gehen wir daher in dem Folgenden über.

Spezifische Kuren.

Unter spezifischen Kuren verstehen wir die Anwendung von Heilmethoden und Heilkörpern zu Zwecken der Gallensteinbehandlung in Form fest normierter Verfahren, die eine bestimmte Anerkennung und Nachahmung gefunden haben.

Die Begründung der betreffenden Verfahren ist oft recht problematisch: für die einen spricht die Erfahrung, andere sind theoretisierend erdacht. Bei ihrer Anwendung gilt es, den Weizen von der Spreu zu sondern, und das für den jeweiligen Fall Passende hervorzufinden.

Gelegentlich aber wird auch ein Arzt aus reiner Verlegenheit,

nichts Besseres zu haben, zu dem einen oder anderen Medikament greifen.

Zusammen mit den vielen anderen Verfahren einer rationellen Gallensteinprophylaxe¹⁾ wird es sich in jedem Erkrankungsfalle als notwendig erweisen, nach der einen oder anderen spezifischen Kur zu greifen.

Wir stellen im Folgenden alles zusammen, was an spezifischen Kuren bis jetzt Empfehlung gefunden, und erörtern das pro und contra jedes Verfahrens.

Badekuren, Trinkkuren.

1. Mineralwässer. Nach den Erfahrungen von Jahrhunderten steht es ausser Zweifel, dass die alkalischen Wässer (sowohl die rein alkalischen, als alkalisch muriatischen), namentlich aber die alkalisch-salinischen Thermen, einen sehr günstigen Einfluss auf die Gallensteinleiden ausüben.

Über die Wirkungsweise mögen noch Zweifel bestehen. Während die ältere Medizin glaubte, dass eben eine Erhöhung der Alkaleszenz der Galle anzustreben sei, um damit ihr Lösungsvermögen für Cholestearin, Schleim, Bilirubincalcium zu erhöhen, und andere wieder meinten, die Wässer wirkten auf die Gallensekretion fördernd und würden so die Galle von der Sedimentierung abhalten, sieht die neuere Medizin die Wirkung der Mineralwässer in ihrer Wirkung auf die Schleimhäute des Verdauungskanales überhaupt und damit die des Gallengangsystems, in der Anregung der Peristaltik des Dünndarmes und der Gallenwege, in der Vermehrung der Zirkulation daselbst, und der auf diese Weise zu Stande kommenden antiphlogistischen Beeinflussung der Schleimhäute.

Karlsbader Ärzte hören häufig von Patienten die Äusserung, „dass die Anfälle zu Hause länger gedauert hätten und schmerzhafter gewesen seien.“ Dies erklären sie dadurch, „dass die Gallenwege durch Anschwellung ihrer katarrhalisch-affizierten Wandung durchgängiger werden, und dass der Abgang von Gallensteinen in dieser Weise gefördert und erleichtert wird.“

Als Quellen kommen zur Anwendung die Thermen von Karlsbad (Max 70°), die etwas kälteren Quellen von Neuenahr 40°, Ems (Kessel) 47°, Bertrich 31°, Vichy, Coeléstine 41° und Marienbad.

¹⁾ Kuhn. Prophylaxe etc. etc. I. Teil.

Diese Wässer werden von allen Praktikern empfohlen und zwar die Karlsbader bei bestehender Neigung zu Obstipation, Marienbad, Tarasp, Kissingen, Homburg bei Vollblütigen und zu Kongestionen geneigten Individuen, während Ems mehr für zartere Personen, mit Neigung zu Durchfall, sich eignet.

Auch die warmen Kochsalzquellen Wiesbaden, Soden, Nauheim finden Anwendung.

Was die gallensteinlösende Wirkung dieser Quellen anbelangt, hat sie bis jetzt niemand beobachtet, und im Experimente ausserhalb des Körpers versagt sie. Auch die Karlsbader Ärzte wagen kaum mehr die Lösung der Steine durch die Quellen zu behaupten.

Auch die galletreibende Wirkung der Mineralquellen wird von berufener Seite (Kehr) auf Grund zuverlässiger Experimente bestritten, wenn auch die Karlsbader Ärzte ihr vielfach noch das Wort reden. So sagt Ruff¹⁾ (Karlsbad): „Unsere Erfahrungen in Karlsbad berechtigen uns zu der Annahme, dass unter dem Gebrauche des Karlsbader Wassers die Leberfunktion eine erhöhte, dass die Gallenabsonderung eine reichlichere, dass die Galle selbst dünnflüssiger ist.“

Nach den Versuchen von Nissen und Mandelstamm, Prévost und Binet²⁾ am Hunde, haben die Hauptbestandteile des Karlsbader Wassers, Natriumbicarbonat, Natriumchlorid und Natriumsulfat keine cholagen Eigenschaften. Das doppelkohlensaure Natrium soll nach Nasse und Röhrig sogar die Gallenbildung herabsetzen. Andere fanden eine geringe Steigerung (Rutherford, Vignal, Doods), eine stärkere von schwefelsauren, die grösste von phosphorsaurem Natrium. Nach Lewaschew vermehren und verdünnen alle diese Salze die Galle.

Was endlich die steinabtreibende Wirkung der Mineralwässer anbelangt, so ist sie zunächst zuzugeben. Es steht durch die Erfahrung fest, dass unter dem Gebrauche von Karlsbader Wasser, jedenfalls infolge der besseren Wegbedingungen, häufiger und mehr Steine abgehen. Aber dies zugegeben, was ist am Ende mit diesem

¹⁾ Ruff. Wegweiser für Gallen- und Nierenleidende. Berlin. Steinitz Verlag.

²⁾ Prévost und Binet. Einfluss von Medikamenten auf die Galle. Revue de médecine de la Suisse romande. 1888.

Abgänge erreicht? Dem Laien mag wohl der Abgang einer grösseren Anzahl der langgesuchten Quälgeister sehr imponieren, für den genauen Kenner der Verhältnisse ist damit gar nicht viel erreicht.

Denn es wird doch niemand so töricht sein zu glauben, es seien mit dem Ausstossen der Steine alle Steine aus der Gallenblase ausgestossen worden, also z. B. von 590 Steinen genau 590. Dies ist nie und nimmer der Fall; trotz grosser Abgänge werden immer noch zahlreiche Steine zurück sein und das Spiel geht weiter oder beginnt von Neuem. Was die Art und Weise, wie die Steine zur Austreibung kommen, betrifft, geschieht sie durch die Anregung der Peristaltik der Gallenwege, die Anschwellung ihrer Schleimhäute, wie die gleiche Wirkung durch die Wässer auf den ganzen Darmkanal stattfindet.

Die Wässer können entweder an Ort und Stelle in den Bädern selbst getrunken werden, woselbst meist noch zahlreiche andere Einrichtungen bestehen, welche auf das Gallensteinleiden günstig einwirken (Diät, Bewegung), oder sie können auch zu Hause (v. Aldor¹) in Anlehnung an die Badvorschriften genommen werden.

Die Kuren zu Hause oder besser noch in geschlossenen Kuranstalten haben vor anderen den Vorzug der besseren Individualisierung. Jedenfalls schickt sich nicht eines für jeden, und während man dem einen kräftige Körperbewegung anrät, wird man andere zunächst zu Bette halten und den Ablauf eventuell entzündlicher Vorgänge abwarten.

Jedenfalls gehören zunächst alle Patienten mit den Zuständen, welche „Akute Zufälle“ heissen, unter strenge ärztliche Kontrolle, womöglich zu Bett (Naunyn), so lange bis die Zufälle vorbei und die Krankheit wieder in das latente, oder auch in ein chronisches Stadium eingetreten ist; von einem Badeaufenthalt als solchem kann bei ihnen zunächst nicht die Rede sein.

Man sorgt, während man den Pat. mit seinen entzündlichen Affektionen im Bette hält, für leichte Entleerung; örtlich wird Wärme appliziert (Karlsbader Flasche, Thermophor, Priessnitz, Breiumschläge).

Im Bette werden dann 2stdl. (v. Aldor) ca. 100—200 gr Karlsbader Sprudel von 50—55° getrunken; Tagesquantum 700—1500 gr.

¹) v. Aldor. Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Archiv für Verdauungskrankheiten von Boas. Bd. VIII. H. 6.

Die Bettbehandlung, die also entweder zu Hause oder in einem klinisch geleiteten Sanatorium vor sich zu gehen hat, wird fortgesetzt, bis Pat. druckunempfindlich und beschwerdefrei ist. Circa 4—5 Wochen bis zu 10 Wochen.

Manchmal könnte bei schwer entzündlichen peritonitischen Zuständen auch Eis in Frage kommen, womöglich die Eisblase an einem Bügel aufgehängt (Bricheteau), wie oben erwähnt.

Wenn es angänglich, ist ein warmes Bad zu geben; in ihm pflegen die Schmerzen alsbald nachzulassen.

Näheres über die Koliken und deren Behandlung siehe vorne pag. 17.

Im Übrigen besteht die ambulante Trinkkur in dem Trinken des Wassers, so heiss, als es ohne Beschwerden vertragen werden kann, 1—3 Becher, ein- bis zweimal täglich, früh nüchtern und Nachmittags.

Ölkur.

Die Kur hat ihre Empfehlung von der Annahme (Rosenberg), dass grosse Mengen von Öl eine Verbesserung des Gallenflusses bewirken und zu einer Ausstossung der Gallensteine führen sollen. Diese Behauptung ist aber von anderer Seite energisch (Mandelstamm) bestritten worden. Man nimmt entweder Olivenöl, oder Mohnöl oder Mandelöl oder Lipanin.

Wie weit die Erfolge, ist sehr zweifelhaft geworden, trotz der anfänglichen Lobeserhebungen (Rosenberg, Leyden, Senator, Fürbringer). Man sah fälschlicher Weise Klumpen von verseiften Ölmassen in den Stuhlgängen für abgegangene Massen von Gallfett an. Die Kur scheidert ausserdem häufig an dem Widerstand der Patienten, welche das Öl nicht mehr nehmen können und Magendarmkartarrhe bekommen, wenn auch andere Autoren das Gegenteil behaupten. Nach Chauffard soll das Öl den Appetit bessern, nach Dujardin-Beaumetz selbst mit Zusatz von Ochsen-galle gut vertragen werden.

Zur Durchführung der Ölkur giebt man

180—250 gr Olivenöl,

dem man zur Verbesserung des Geschmacks

20 gr Cognac

2 Eidotter

0,5—0,2 Menthol,

alles auf das feinste zerrieben, zufügt.

Diese Mixtur wird auf einmal oder auf mehrmal innerhalb einer Stunde genommen. Sie esslöffelweise (Stewart) zu nehmen, dürfte furchtbar sein.

Der Widerwille der Patienten ist gross, und wird durch Ausspülen des Mundes mit Cognac oder Orangentinktur oder Nehmen von Citronenscheiben gemildert.

Die Wirkung des Öls wird von Dujardin-Beaumetz als eine schmerzstillende bezeichnet, Andere glauben, dass es durch seinen Uebergang in die Gallenwege die Schleimhäute glatter mache, und so eine schwierige Steinwanderung, besonders im Choledochus, unterstütze; viele Autoren endlich, dass eine gewisse spezifische Wirkung auf die Austreibung der Steine (Lenhartz) möglich ist, vorzüglich auch, weil das Öl ein Emeticum ist und mechanisch den Gallenabgang fördern kann.

Ölsäure, Eumatrol.

Von Artault wurde die Ölsäure als das wirksame Prinzip des schon seit langer Zeit bei Cholelithiasis verwendeten Olivenöls angesehen. Er empfahl dieselbe namentlich auch als Prophylaktikum und wies an Krankengeschichten nach, dass chemisch reine Ölsäure in viel kleinerer Menge wirksam ist, als Olivenöl. Sie verhindere die Steinbildung.

Ordo: Acid. oleinicum purissimum
 medicinale (Zimmer) 0,5—1,0 pro dosi
 morgens nüchtern in Kapseln, und zwar während
 10 Tagen, wenn c. monatlich die Anfälle auftreten.

Ähnliches gilt von dem neuerdings sehr in Aufnahme gekommenen Eumatrol, d. i. saures ölsaures Natron.

Die Litteratur über dieses Mittel umfasst die Mitteilungen von Blum, Gerhardt, Quinke und Hoppe-Seyler, Cipriani, Carlier, Clemm.

Nach Blum regt das ölsaure Natron bei Hunden den Gallenfluss bis auf das Vierfache an. Dabei ist zu vermuten, dass das ölsaure Natron zum Teil in die Galle hineinsecerniert wird, und mit dieser in den Darm fliesst. Seine galletreibende Wirkung ist mindestens nicht geringer als die der salizylsauren und gallensauren Salze. Dabei wird es als Pille gut vertragen. Bezüglich der galle-

treibenden Wirkung ist nicht eine einmalige akute Vermehrung des Gallenstroms, sondern eine auf längere Zeit sich erstreckende Steigerung des Gallenabflusses angestrebt.

Blum¹⁾ giebt morgens und abends 1,0 gr, mehrere Wochen lang, und sah dabei, dass die Anfälle schwächer, die dumpfen Schmerzen im Intervall geringer wurden; auch sah er den Abgang von Gries. Carlier⁴⁾ lobt ebenfalls das Eunatrol. Gute Erfolge bei 4,0 pro die.

Cipriani⁵⁾ verbreitet sich eingehender über die Art, wie er sich, zunächst allerdings theoretisch, die günstige Wirkung des Eunatrol denkt. Nachdem er sich über den Mechanismus der Steinwanderung, die Einklemmung des Steines in den Gängen unter den krampfhaften Kontraktionen der Muskulatur und namentlich das Steckenbleiben des Steines vor der Papilla ausgesprochen, erörtert er, wie das ölsäure Natron sich im Magen unter Einwirkung des Magensaftes löst und eine ölige Flüssigkeit bildet, welche Magen und Duodenalwand gleichmässig überzieht. „Kaum berührt diese Flüssigkeit die gereizte Schleimhaut, so hört auf reflektorischem Wege der Krampf, welcher das Hauptelement des Anfalls bildet, momentan auf. Zudem tritt das in Lösung befindliche Eunatrol, sobald es ins Duodenum gelangt, in direkte Berührung mit dem Vater'schen Divertikel. Hat nun ein eingeklemmter Stein den Abfluss der Galle unterdrückt, so tritt die Kapillarität in Kraft und erlaubt dem Eunatrol, sich in die erschlaffte Wand des Ganges einzusaugen und bis zu dem meist einige Millimeter hinter dem Orificium eingekleiteten Stein vorzudringen.

Unter der Einwirkung der Verdauungsfermente spaltet sich ein Teil des Eunatrols in eine Natriumverbindung und Öl und letzteres in Fettsäure und Glycerin, das, wenn es absorbiert wird und das Vater'sche Divertikel passiert, die Eigenschaft besitzt, Cholestearinsäure zu lösen oder wenigstens zu verkleinern.

¹⁾ Dr. Blum: Der ärztliche Praktiker 1897, No. 3.

²⁾ Gerhardt: Therapie der Gegenwart 1899, No. 2.

³⁾ Quincke und Hoppe-Seyler: Die Krankheiten der Leber.

⁴⁾ Dr. Carlier: Le Scalpel 1900, Nr. 3.

⁵⁾ Dr. Cipriani: Deutsche Medizinal-Zeitung 1899, No. 57.

Der aufgesogene Teil des Eunatrols gelangt mit dem Blut in die Leber, befördert hier die Gallensekretion und begünstigt, indem er den Schleim löst, dessen Ausscheidung. Gleichzeitig damit hindert er die Fällung und die Vereinigung des Cholestearins zu grösseren Konkrementen, indem er den als Kitt dienenden Schleim fortschafft. Indem das Eunatrol sekretionsbefördernd auf die Galle wirkt und den Zufluss der Galle in die Ausführungsgänge erhöht, begünstigt es die Wanderung der Steine und ihre Ausstossung in den Darm, zumal infolge seiner direkten Einwirkung die krampfartige Kontraktion der Ausführungsgänge schon vorher nachgelassen hat.

Auch dient diese vermehrte Sekretion wesentlich zur Reinigung der innerhalb der Leber gelegenen Gallenkanäle. Es werden dadurch die Schleimpfröpfe, epitheliale Anhäufungen, kleine, sandkorn-grosse Konkretionen, kurz alle die Stauungsprodukte fortgeschafft, die durch ihr längeres Verweilen und den damit gesetzten Reiz die Gallensteinbildung anregen.“ Soweit Cipriani.

Bei fortgesetztem Gebrauche glaubt Cipriani, dass das Eunatrol die Rückkehr der Anfälle verhüte, indem es durch seine Chologoge-Wirkung jede Stauung hintanhält und die Concretionen im Moment ihrer Entstehung fortschafft.

Die jüngsten Arbeiten stammen aus der Feder von Walth. Nic. Clemm^{1) 2) 3)} (Darmstadt). Er weist zunächst experimentell nach, dass Cholestearinsteine, in Eunatrollösung gelegt, sehr bald erweichen und zerfallen; er „zerlegte reine und gemischte Cholestearinsteine und brachte die eine Hälfte in eine gesättigte Lösung von ölsauerm Natron, die andere in Wasser; ebenso legte er gleiche Gewichte ganzer Steine in die beiden Flüssigkeiten ein. Schon nach einer Stunde erschien die Oberfläche der in der Seifenlösung liegenden Steine wie weiss gewaschen, während die im Wasser unverändert waren; gleichzeitig ging eine allmähliche, nach 2 Tagen bereits sehr deutliche Erweichung der Gebilde in der Seifenlösung vor sich, die nach 14 Tagen in Brei zerfielen, während die Steine im Wasser dauernd unverändert und von alter Sprödigkeit geblieben waren.“

¹⁾ W. Clemm. Wiener med. Wochenschr. 1902. No. 12.

²⁾ W. Clemm. Therapeutische Monatshefte. 1902. No. 4.

³⁾ W. Clemm. Die Gallensteinkrankheit, ihre Häufigkeit, ihre Entstehung, Verhütung und Heilung. Berlin. Georg Klemm. 1903.

Die Angriffsweise des Eunatrols erklärt sich nun Clemm ²⁾ folgendermassen:

1. Die Entzündung in den Gallenwegen wird, — so wie z. B. bei den Kapesser'schen Schmierseifeinreibungen gegen Entzündungen des Brustfelles, der Augen, der Sehnenscheiden — durch die Seife bekämpft.

2. Die Niederschlagung neuen Gallfettes auf bereits vorhandene Steine wird durch die erwähnte, entzündungslindernde wie durch die cholestearinlösende Wirkung der Seife verhindert, das Wachstum eingekilter Steine — (die in eingedickter von Gallfettkrystallen glitzender Galle lagen, [wie Naunyn es schildert], in die Schleimhaut förmlich hineingewachsen, die Steine fest) — wird dadurch also aufgehalten.

3. Die Seife dringt durch den Infiltrationskanal in das Hohlgebilde ein, zermürbt es innerlich, oder löst selbst die im Innern bereits gefestigten Krystallbäume wieder auf, und

4. von Aussen her wird der Cholestearinmantel erweicht und abgeschliffen, so dass der Druck der sich zusammenziehenden Muskelwand das Gebilde zerquetschen und somit der Austreibung überliefern kann.

Je grösser die Perspektive ist, die Clemm für die Gallensteinbehandlung hier eröffnet, um so mehr müssen wir noch Bestätigungen für alle seine Behauptungen an der Hand von Experimenten im Laboratorium, am Krankenbett und im Operationszimmer abwarten. Eine Erwartung aber erscheint mir sofort berechtigt, das ist die günstige Einwirkung einer Eunatrolösung bei direkter Anwendung auf die Gallenausführungsgänge in der Form von Spülungen, wie ich sie neuerdings versucht und angegeben, ¹⁾ namentlich auch zum Zwecke der Nachbehandlung der Wege in Fällen, wo viel Detritus vorhanden, die Schleimhäute sehr lädiert waren und noch irrende Konkremente in Frage sind.

An der Hand zahlreicher Krankengeschichten zeigte Clemm ¹⁾ ferner, dass die gallentreibende Wirkung des Eunatrol, sowohl in Pillen wie in Lösung, sich nicht allein bei einfachen katarrhalischem Ikterus äussert, sondern dass dasselbe auch bei wirklicher Cholelithiasis

¹⁾ Kuhn. Münchener med. Wochenschrift. 1903 u. Therapeut. Monatshefte. 1903. März.

brauchbar ist, namentlich wenn es längere Zeit hindurch genommen wird.

Die Art der Darreichung ist bald die Pillen-, bald die Mixturform. In dieser Weise wird mindestens 3 Monate lang Abends und Morgens, beim Anfall auch Mittags 0,75—1,0 Eunatrol genommen. Seine Indikationen sind ebenso gut der steinbildende Katarrh in der Entstehung, wie auch das Vorhandensein von Konkrementen; es ist cholagog. Clemm hält das Gallensteinleiden durch Eunatrol für heilbar.

Neuerdings kommt auf Clemm's Veranlassung auch eine fertige Lösung „Cholelysin“ von J. E. Stroschein-Berlin in den Handel, d. i. eine 20 % klare Lösung von ölsaurem Natron. Dieselbe soll hinsichtlich eingelegter Steine von gleicher Wirkung sein wie Eunatrol und hat den Vorzug der bequemeren Handhabung. Ein Teelöffel Cholelysin entspräche ungefähr einem Esslöffel Mixtur oder 4 grossen Eunatrolpillen (Zimmer).

Ordo des Eunatrol.

1. Mixtur:

Eunatrol 10,0 mit Annanas-Essenz 20 gtt.

fiat emulsio

Tinct. Valeriana 5,0 (oder Validol 5,0)

Aquae menthae 150,0

f. emulsio. S. Esslöffelweise 2—6 mal täglich.

2. Pillen: (Zimmer u. Comp. Chemische Fabrik, Frankfurt a. M.)

Zwei Grössen von Pillen à 0,25 (kleine) und à 0,5 (grosse).

S. Täglich 4—15 grosse Pillen, oder 8—30 kleine Pillen.

3. Cholelysin: (Stroschein-Berlin).

S. Teelöffelweise 2—6 mal täglich.

Auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad 1903 betonte in der Diskussion Korach die steinlösende Wirkung des Eunatrol (unter anderseitigem Widerspruch), während die Karlsbader Kuren nur eine Latenz des Leidens bewirkten, und Krauss¹⁾-Karlsbad hält es für richtig, Eunatrol zur Austreibung der Steine zu benutzen, nachdem schon bereits vor mehr als hundert Jahren *sapo viridis* bei Gallensteinen gegeben worden sei.

¹⁾ Krauss. Prager med. Wochenschr. 1902 N. 34—36.

Glycerin.

Von italienischen Ärzten (Ferrand) empfohlen. Ferrand gibt 10—20 gr Glycerin täglich mit Vichywasser, ausserhalb der Anfälle. Im Anfalle selbst gibt er 20—30 gr Glycerin mit 25 bis 30 gr Aqua chloroformii.

Andere geben 100 gr Glycerin pro Tag mit spirit. oryzae und spiritus frumenti \widehat{aa} 30,0 zusammen.

Wie weit der Erfolg, bleibt fraglich. Schaden sah man von dem Glycerin nicht.

Magenspülungen.

1. Von manchen Seiten wurden häufige Magenspülungen zur Regelung der Darmtätigkeit bei chronischen Formen von Gallensteinleiden (Fleiner) empfohlen.

2. Ehrlich¹⁾ empfiehlt Ausspülungen des Magens mit Höllensteinlösungen: 2 mal am Tage wird mit je $\frac{1}{2}$ Liter einer 1 ‰ Höllensteinlösung von 40°—50° gespült, dann Leitungswasser, bis die Spülflüssigkeit nicht mehr milchig:

In den ersten Tagen schwillt nach Ehrlich die Leber an, dann kommen grüne, diarrhoische Stühle, zeitweise Steine. Von da ab schwinden Leberschwellung und Beschwerden. Autor legt auf die Füllung des Magens, die Temperatur und die Retzung der Papille Wert.

3. Magenspülungen sind natürlich symptomatisch indiziert, wenn im Vorlauf eines Gallensteinleidens abnorme (z. B. Gasgährungen bei Ectasie) Gährungen, sei es durch mechanische Behinderung des Abflusses aus dem (Gastretasie) Magen oder durch Störung der Sekretion (Ikterus) das Feld beherrschen. (Siehe Desinfizientien pag. 5)

Klystiere.

Zunächst sind es die reichlichen Wassereinläufe, wie sie Mosler in den siebenziger Jahren (1873) und Krull 1877 empfohlen, die für Gallensteinleiden in Frage kommen. Die Autoren weichen in der Temperatur etwas auseinander, indem Mosler und Peiper lau-

¹⁾ F. Ehrlich: Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 14. Höllenstein, ein therapeutisch und diagnostisch wichtiges Cholagogum.

warmes Wasser, Krull Wasser von 15—20°, ersterer 3 × tägl. $\frac{1}{2}$ l, letzterer 1 × tägl. 1 l — 2 l langsam per Irrigator in den Mastdarm einfließen lässt.

Das Wasser soll von dem Patienten möglichst lange gehalten werden. Dass hierfür sich die warmen Einläufe eventuell mit Zusätzen von etwas Kochsalz oder Stärkekleister oder Kamillentee, wobei man etwas Opium zusetzt oder vorausschickt, mehr eignen als die kalten, wird man alsbald merken. Falls die Klystiere bleiben, und von der grossen Darmsoberfläche rasch resorbiert werden, regen sie lebhaft den Saftstrom in dem Gebiete der Pfortader an, wirken direkt auf die Ernährung und die Zelltätigkeit der Leber und steigern die Gallensekretion und den Wassergehalt der Galle (Peiper, Röhrig Tierversuche).

Auch sonst können die reichlichen Wassereinläufe die Abdominalorgane sehr günstig beeinflussen: sie wirken auf die Peristaltik des Darmes und damit auf die Peristaltik der Leberausführungsgänge, wirken darmreinigend und leberreinigend. Für diese Zwecke würden sich die kühleren Einläufe, welche erfahrungsgemäss die Darmperistaltik lebhafter anregen, und auch die Zirkulation mehr fördern, besser eignen.

Naturgemäss empfehlen sich Wassereinläufe in Fällen, wo die Wasseraufnahme per os behindert ist, weil Erbrechen und Übelkeit besteht, schon zur Erleichterung des quälenden Durstes.

Was die Technik solcher Klystiere betrifft, lege man den Patienten auf die linke Seite oder in Knieellenbogenlage oder à la vache und lasse das Wasser langsam mit dem Irrigator bei tiefem Atmen des Patienten einlaufen. Ist alles eingelaufen, wird das Ansatzrohr aus dem Darm entfernt, während der Patient noch längere Zeit in der eingenommenen Lage verharrt, und versucht, das eingepumpte Wasser mit Gewalt festzuhalten, was bei Temperaturen von 24° C. nicht immer leicht ist, und Vielen erst nach wiederholten Versuchen gelingt. Häufiger empfiehlt sich, etwas Opium dem Wasser zuzusetzen. Auch ein Opium-Zäpfchen vor der Applikation des Klystieres ist gut, oft vielleicht das bessere.

Als Darmrohr empfehlen sich kurze Ansatzstücke aus Hartkautschuck, besser aber aus weichem Nelatongummi.

Uns hat sich stets am besten ein kurzes ca. 20—30 cm langes

Spiraldarmrohr¹⁾, d. i. ein Nelatonschlauch mit inneliegendem Metallschlauch, bewährt, da es weich und doch unknickbar ist.

Blum empfiehlt grosse Ölklystiere. Er lässt 400—500 gr Oliven- oder Sesamöl, erwärmt auf 30°, anfangs täglich, nach 1—2 Wochen jeden zweiten, dann jeden dritten Tag applizieren.

Besondere Gesichtspunkte eröffnen die
„medikamentösen Klystiere“.

Die Franzosen verfolgen mit ihren Klystieren eine Desinfektion des Darmes.

So empfiehlt Dujardin-Beaumetz den Zusatz von α -Naphthol, welches weniger reizt als β -Naphthol,

0,25 α -Naphthol auf 1 l Wasser.

Andere raten 2—4 gr natr. salicyl. auf 1 l Wasser, langsam einlaufen lassen, dann wieder entfernen. Es soll antiseptisch und gleichzeitig cholagog wirken. Etwas Opiumtinktur würde ein leichteres Bleiben bewirken; die Temperatur dürfte am vorteilhaftesten nahe um 38° C. sein.

Ich kann dieses Kapitel nicht schliessen, ohne noch einer besonderen Art von Kuren zu gedenken, nämlich der
Kräuterkuren.

Früher waren für die Behandlung der Gallensteine „Kräutersäfte“ sehr beliebt; dieselben von Hoffmann u. a. empfohlen. Ihre Ordination stützte sich auf die Beobachtung von Glisson, dass im Sommer bei Grünfutter Gallensteine aus den Gallengängen der Rinder verschwinden. Ein gewisser Fingerzeig für unsere Ernährung liegt immerhin in der Empfehlung dieser Kuren, indem dieselben auf eine Betonung der grünen Gemüse hinweisen.

Entfernung vom Hause. Reisen.

Ähnlich wie für Erkrankungen des Magen-Darmkanals spielen neben allen medizinischen Massnahmen eine Reihe psychischer und nervöser Einflüsse bei der Behandlung der Gallensteinleiden eine Rolle.

Die ältere Medizin mag darauf vielleicht noch mehr Wert gelegt haben. Aber auch wir müssen mit Recht einen guten Teil

¹⁾ Kuhn: Ein neues Darmrohr. Allgem. med. Centralzeitg. 1897. No. 71, 72.
Kuhn: Dickdarmsondierung und Darmrohr. Berl. klin. Wochenschr. 1898. No. 2.

der Erfolge unserer Brunnen- und Badekuren auf Konto der Änderung der gesamten Lebensführung, der neuen Eindrücke und ihre seelische Rückwirkung setzen. Die aufreibende Berufstätigkeit fällt fort und mit ihr alle Sorgen, die gesellschaftlichen Verpflichtungen gönnen dem Einzelnen seine Zeiteinteilung und Ruhe, das Nervensystem erstarkt und macht seine Rückwirkung auf Magen-Darmkanal und Gallengangsystem bemerklich, Kartarrhe verschwinden und die Zirkulationsverhältnisse werden normal.

Man kann daher auch bei Behandlung der Gallensteinleiden nicht genug betonen, zeitweise „weg aus den häuslichen Verhältnissen“.

Diätschema.

Stellen wir nun am Ende dieses Abschnittes zusammen, wie wir eine Gallensteinkur bei mittelschweren Fällen handhaben. Wir nehmen dabei ausdrücklich Beziehung auf das, was wir unter „Speisekarten“ bei der Schilderung der Prophylaxe des Gallensteinleidens im I. Teil dieser Abhandlung (Berliner Klinik. Märzheft. 1903) gesagt haben, und setzen die dortigen Vorschriften, weil sie für die leichtesten Fälle eines auch bereits manifesten Gallensteinleidens noch ausreichen, der Übersichtlichkeit wegen, daneben.

Manifeste Koliken.

Früh im Bett kann schon Milch getrunken werden $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter, der die Einnahme von 1 gr Eunatrol vorausgehen kann.

Beim Aufstehen (7 Uhr) Wasseraufnahme von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter heißen Wassers, mit Zusätzen von Kochsalz oder Mineralsalzen. Auch Originalbrunnenwasser werden getrunken.

Dann folgen einige Tiefatmungsübungen und etwas Aufenthalt im Freien von ca. $\frac{1}{4}$ stündiger Dauer.

Dann Stuhlentleerung. Im Bedarfsfalle kommen hier die Klystiere, wie oben des Näheren geschildert, zur Anwendung, namentlich auch Bleibeklystiere und medikamentöse Klystiere.

Prophylaxe.

Milch $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter
ohne Eunatrol.

Trinkkur dto.

Leichte gymnastische
Prozeduren, Gehen, Frei-
übungen, Tiefatmungs-
übungen, Reiten.

Stuhl.

8 Uhr: erstes Frühstück mit Eiern oder Fleisch, auch etwas Butter und Milch.

Dann die Bettlegekur:

Dieselbe dauert ca. 2—3 Stunden lang, Vormittags und Nachmittags, und wird über mehrere Wochen, je nach der Hartnäckigkeit der örtlichen Entzündungserscheinungen fortgesetzt, am besten so lange, als der Leberrand (Boas gab dafür eine bestimmte Stelle an) schmerzhaft ist.

In der ersten Stunde werden dann 400—500gr Karlsbader Wasser (nach anderen alle 2 Stunden 100—200 gr) so heiss als möglich in kleinen Schlückchen getrunken.

Während der ganzen Liegezeit werden heisse Umschläge auf die Leber-Gallenblasengegend appliziert, am besten Leinsamenbrei, auch Thermophor- oder Fangokompressen.

12 Uhr: Wenn der ärztlichen Vorschrift entsprechend Eunatrol, etwas Milch, auch Bouillon. Dann Tiefatmungsübungen (ohne Korsett).

1 Uhr: Mittagstisch: Gebratene Fleischsorten, leicht verdaulich, Fische, etwas Brei oder grüne Gemüse, gekochtes Obst; wenig altbackenes Brot, keine süsse Speise, etwas Rotwein, (auch mit Selters), dann kurzer Schlaf; womöglich in linker Seitenlage nicht über $\frac{1}{2}$ Stunde.

8 Uhr:
dto.

Dann Bad oder hydropatische Prozeduren, Massage.

10 Uhr: zweites Frühstück (kaltes Fleisch, Eier, Milch, frischer Käse).

Dann berufliche Beschäftigungen mit Bewegung, wenn möglich Steigen und Tiefatmen, oder Spaziergang, oder manuelle Gymnastik oder Zandergymnastik.

12 Uhr:
dto.
(ohne Eunatrol).

1 Uhr:
dto.

Dann Spaziergang (kurz).
Dann Liegekur (wie vormittags).

Dann berufliche Tätigkeit oder sportliche Unternehmungen, Gartenarbeiten etc., ohne beengende Kleidung.

Zwischen 3—4 Uhr etwas Milch, auch Eier.

7 Uhr: Abendbrot: Fleisch, Braten, Schinken, mit etwas Butter, Tee. Vor dem Schlafengehen Milch mit Butterbrot, vorher wenn nötig Eumatrol.

7 Uhr: dto.

dto.

Die Grundzüge und Einzelheiten einer zweckmässigen Ernährung der Kranken mit Gallensteinen haben wir im I. Teil dieser Abhandlung niedergelegt. Ich kann hier nur sagen, dass dieselben Vorschriften auch für das manifeste Leiden gelten und wiederhole nur:

Verboten bleiben, wie dort:

die fetten Fleischsorten (weil schwer verdaulich), wie Schwein, Hammel, Gans, Ente, Aal, Lachs, fette Würste, schwere Gemüse: Linsen, Bohnen, Erbsen, alter Käse, scharfe Gewürze, Zucker in beträchtlicheren Mengen, alle Leckereien, süsse Speisen, Spirituosen in grösserer Menge, Süssweine.

Soweit die Behandlung der leichteren Fälle von Gallenstein-erkrankung.

Gehen wir nun zu den

B. Schwereren Fällen des Gallensteinleidens

über, schwere, entweder der Häufigkeit und Dauer der Anfälle wegen, oder wegen der Schmerzen und Allgemeinerscheinungen, die sehr beängstigend werden oder wegen der örtlichen Veränderungen und der hinzugekommenen Komplikationen, so sehen wir uns mehr und mehr in das chirurgische Fahrwasser hineingedrängt.

Denn wenn wir auch zugeben, dass grosse Vorteile aus dem Gebrauche innerer Medikamente für das Gallensteinleiden entstehen, dass die Natur zahlreiche Hilfskräfte in Bereitschaft hat und auch davon in jedem Stadium der Erkrankung ausgiebig Gebrauch macht, so dass selbst gelegentlich grössere Steine unter entsprechenden Massnahmen bis zu einem gewissen Grade weicher werden und auch bei entsprechender Beeinflussung der Wände des Gallengangsystems, welche dann anschwellen und weiter werden, sich lockern können und ausgetrieben werden; und dass endlich Entzündungen sich beruhigen und selbst entzündliche Ausschwüngen und Abscesse sich eindicken und gelegentlich einmal für das ganze weitere Leben still bleiben oder sackartige Gebiete des Gallengangsystems, wie z. B. die Gallenblase vom Organismus symptomlos ausgeschaltet werden können, so müssen wir doch andererseits hochhalten, dass alle diese Vorkommnisse nur günstige Ausnahmen sind, und jeder denkende Arzt, je mehr er als „Arzt“ empfindet, und Liebe zu den Organen seiner Patienten hat, und je mehr er den örtlichen Veränderungen nachgegangen ist und endgültige Wiederherstellung auf dem schonendsten Wege erstrebt, desto mehr ein zielbewusstes, glattes Inordnungbringen der Verhältnisse unter dem Auge schätzen und bevorzugen muss.

Wie unmenschlich ist der Gedanke und wie roh, einen event. haselnussgrossen Stein durch einen Federkiel dicken Kanal, der sich dazu erst entsprechend erweitern muss, pressen zu wollen,

wie unkünstlerisch und der Neuzeit unwürdig der Standpunkt auf bemitleidenswerten Umwegen einleiten zu wollen, was direkt so sicher und so definitiv zu erreichen ist,

wie nichtärztlich die Auffassung, einen Eiterherd vor sich zu haben, und zwar von undurchdringbaren Wänden bedeckt und denselben nicht eröffnen und dem Eiter nicht den Abfluss gewähren zu wollen,

wie armselig die Absicht, auf Geradewohl die Natur ihre Auswege suchen zu lassen, wo ein zielbewusstes Vorgehen alles (wörtlich) in die Wege leiten kann,

wie leichtsinnig der Standpunkt eines *laissez faire* da, wo es so sehr darauf ankommt, dass die Dinge gerade so, und nicht anders laufen.

Im akuten Stadium, auch des schweren Falles, sind die Gesichtspunkte von vorne (bei leichteren Fällen) massgebend, also Ruhe, Morphium, heisse Umschläge, Heisswassertrinken, wenn nötig Bettlage, falls nicht die Erscheinungen so bedrohlich sind, dass momentane Lebensgefahr besteht. Letzteres wäre beispielsweise der Fall bei Perforation der Gallenblase, grosser exsudativer Peritonitis, grossen Empyemen der Gallenblase, Fällen mit Ileuserscheinungen etc. etc. In solchen Fällen, wo schwere örtliche Erscheinungen bestehen und die Allgemeinerscheinungen schwer sind, ist die Sachlage wie bei der Blinddarmenzündung und unser Vorgehen analog. Man wird beruhigen, Opiate geben etc., daneben aber incidieren. Ob sofort eine Radikaloperation auszuführen ist, wird eine weitere Frage sein. Ich persönlich rate davon in schwersten Fällen ab und beschränke mich auf die Inzision und eine Beseitigung der momentanen Lebensgefahr auf den Vorwurf einer Fistel hin und hebe die Radikaloperation auf, bis die Verhältnisse sich wieder etwas beruhigt haben.

In weniger bedrohlichen Fällen eilt der blutige Eingriff nicht so sehr: Ist Ikterus vorhanden, so fordert dieser gegebenenfalls mancherlei Rücksichtnahme. In der Nahrung bleiben die Fette weg, da die Fettresorption im Darm bei Verminderung der Galle zweifelsohne geringer (siehe I. Teil); auch sonst muss die Diät leicht sein und das, was wir in dem ersten Teil über die prophylaktische Diät der Gallensteinbedrohten, gesagt haben, strenger in Acht genommen und durchgeführt werden, als in den Fällen ohne Ikterus.

Gegen das Hautjucken werden znnächst Bäder (am besten warme Bäder, aber auch kalte), mit Zusatz von Soda (100 gr auf ein Bad) oder Kleie (Besnier), zu empfehlen sein. Daneben Streupulver (Acid. salicyl. 1,0, Amyli 5,0, Tali 30,0) oder spirituöse Waschungen mit Zusatz von Salicyl (1% bis 25%), Sublimat 2‰, Thymol 1%, Menthol 3—5% oder wässriger (2%) Carbollösung.

Innerlich: Salicyl, Arsenik, Antipyrin, Morphium.

Werden dann in dem akuten Stadium der schweren Gallenstein-erkrankung noch heisse Quellen getrunken, eventuell auch Eunatropillen gebraucht und die anderen spezifischen Kuren, so geht der grösste Teil der Erscheinungen meist rasch zurück.

Der Ikterus schwindet, weil der Stein ausgetrieben wurde

oder die obturierende Schwellung um den chronisch im gemeins. Gallengang eingeklemmten Stein zurückgegangen oder die cholangitischen Entzündungsprozesse wieder abgeklungen sind;

und der Schmerz schwindet und der Tumor, weil die entzündlichen Erscheinungen in und um die Gallenblase zurückgegangen sind, oder der Cystikus durch den Rückgang der Entzündung oder das Rückfallen eines obturierenden Konkrementes wieder frei wurde.

Ein Teil der Erscheinungen aber bleibt oder kehrt nach kurzer Zeit immer wieder: er wird die Veranlassung für weitere Massnahmen sein.

1. Entweder bleibt die Leber in toto empfindlich, und der Ikterus schwindet nicht, dann sind verbreitete cholangitische Prozesse anzunehmen, und nur eine Operation schafft die notwendige bessere Drainage des Hepatikus.

2. Oder es bleibt bei mangelndem Ikterus ein empfindlicher Tumor oder eine empfindliche Stelle, dann wird wohl diese entzündliches Material (serös oder eitrig oder eingedickt) enthalten oder nicht ruhig werdende Konkremente, welche einen entzündlichen Prozess in und um die Gallenblase unterhalten:

In diesem Falle entfernt das Wasser rasch Entzündungserreger und Entzündungsprodukte und schafft rasch friedliche Verhältnisse.

3. Oder der Ikterus besteht, wenn auch in geringstem Grade weiter oder kehrt, nachdem er ohne Steinabgang verschwunden, alsbald wieder, dann sind die Gänge nicht frei und enthalten bleibende Hindernisse: dann dürfen wir wohl zunächst mit den Internen Geduld haben und langmütig die gallensteinlösenden Mittel versuchen — doch nicht zu lange; sonst kommt uns eines Tages ein schwerer Zwischenfall in die Quere, dessen Ausgang wir nicht absehen können.

Wir werden uns aber Mühe geben, alle anderen Möglichkeiten differentialdiagnostisch auszuschalten, und unsere Überzeugung von dem Vorhandensein eines Steines gewissenhaft zu vertiefen: kommen wir dann zur absoluten Gewissheit, dass ein Hindernis im Gallengang, dann kommt das Messer.

Soweit die Fälle, welche der Heftigkeit ihrer Erscheinungen wegen zur Operation führen. Nicht minder aber werden die Fälle, welche gerade nicht durch Schwere ausgezeichnet sind, wohl aber

durch die Häufigkeit ihrer Kolikanfälle, mit Steinabgang, zur Operation drängen.

Endlich sind alle Fälle, welche Anhaltspunkte für die Annahme von mechanischen Störungen im Abdomen bieten, welche mit den Gallenwegen in Zusammenhang gebracht werden können, wie Pylorusstenosen, Dickdarmentosen, chronische Adhäsionen etc. etc., und welche anderweitigen Massnahmen gegenüber renitent geblieben sind, Gegenstand chirurgischer Hülfe.

Über die Einzelheiten der chirurgischen Behandlung will ich mich an dieser Stelle nicht verbreiten; ich werde an anderer Stelle an der Hand der zahlreichen von mir operierten Fälle darauf zu sprechen kommen. Die chirurgischen Massnahmen und auch die engere Indikationsstellung zur Operation sind Sache des Operators und passen sich streng der jeweiligen Sachlage an. Aus diesem Grunde ergibt sich auch der Wunsch, dass der Operateur den Fall, den er operieren soll, länger sieht und beobachtet und seine Einzelheiten nicht bloss aus dem Referate kennen lernt.

So ist z. B. die Entscheidung, ob ein Stein im gemeinsamen Gallengang bei Fällen, in denen der Ikterus häufig wiederkehrt, dann aber wieder ganz schwindet, nicht leicht, und es gehört oft die ganze spezialistische Beobachtung eines Kenners dazu, die ihn veranlasst, bei der Operation nicht nachzugeben und um jeden Preis die Wegsamkeitsverhältnisse des gemeinsamen Gallenganges immer und immer wieder zu prüfen, um einen versteckten Stein trotz aller Schwierigkeiten zu entdecken und aus seinen Winkeln herauszuholen.

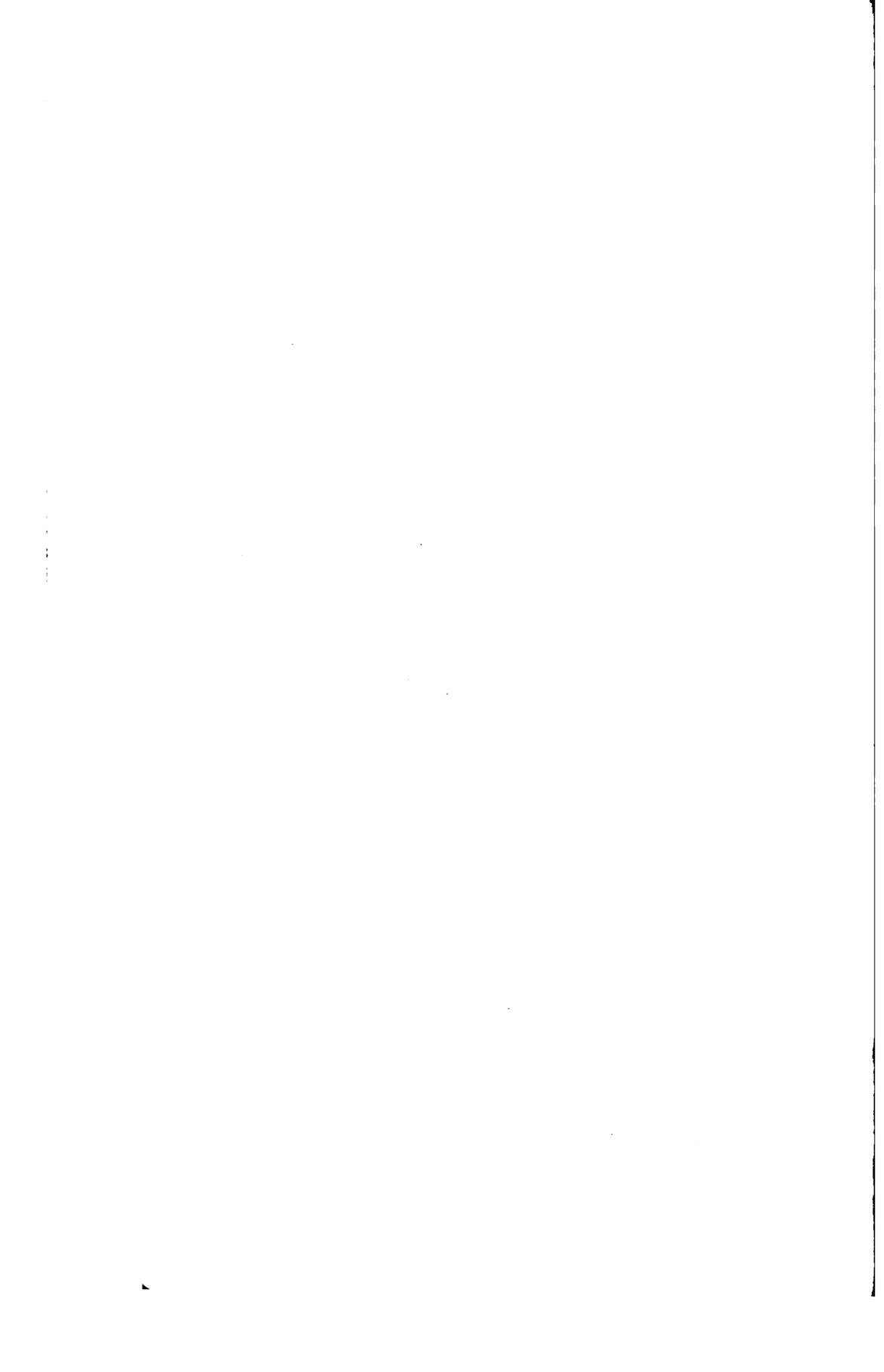
In der vorliegenden Arbeit kann von den chirurgischen Feinheiten, auch hinsichtlich der Diagnose, nicht die Rede sein. Hier gilt es zu erörtern, wie der schwerere Gallensteinfall behandelt werden soll, bis er bis zu einem gewissen Grade sich beruhigt hat, und in ein Stadium getreten ist, in dem weitere Schritte in Frage kommen, die dann Sache eines Spezialchirurgen sind.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion Alexanderstr. 33, erbeten.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.



Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**
Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomectomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinchwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierördt**, d. multilokuläre Echinooccus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopflähmung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfextirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
- **L. v. Lesser**, Varicellen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprache an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlafheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

Behand- -bu
Magens -an

72. Paul Wagner, über traumatische Hydro-nephrose.
73. J. Ritter, Cramp u. Diphtherie.
74. Alfr. Richter, Verlauf traum. Neurosen.
75. J. Leusser, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze b. Postpartum-Blut. (Doppelheft.)
76. Dührssen, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. E. Kronenberg, zur Pathologie u. Therapie d. Zangentonstille.
78. Hans Kehr, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. Sigm. Gottschalk, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. B. Niehues, über Hernien d. linea alba.
81. L. Fürst, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. Max Joseph, Haarkrankheiten. — Wl. Th. Snegirjoff, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. H. Nussbaum, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. Alb. Hoffa, Endresultate d. Operationen d. angebor. Hüftgelenksverrenkungen.
85. C. Posner, Infection u. Selbstinfection.
86. Herm. Kümmel, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. A. Blaschko, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. L. Prochownik, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. Aug. Bier, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. Alexander, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
91. A. Rubinstein, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus. unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. Ludw. Pincus, ein prophylakt. Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. Gustav Spiess, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. L. H. Farabeuf, der geburtshülf. Greif-Messhebel.
95. F. Martius, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. Ad. Lorenz, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. M. Straub, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. E. Stadelmann, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. Eug. Schlesinger, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. A. Aschoff, von d. Darneinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. O. Rosenbach, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. W. Körte, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. Egbert Braatz, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. S. Sterling, über Eparsalgie.
105. C. A. Ewald, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. Egon Hoffmann, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. R. Kossmann, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. J. Schulz, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandlg. (Doppelheft.)
109. Jessner, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. Max Joseph, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. Ad. Gottstein, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. E. Braatz, Therapie inficirt. Wunden.
113. Jadassohn, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. Schwabach, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. Alb. Albu, einige Fragen der Krankenernährung. (Doppelheft.)
116. Fr. Strassmann, der Tod durch Chloroform in gerichtsarztl. Beziehung.
117. Freyhan, üb. Pneumotomie.
118. H. Lindner, üb. Gefäßnaht.
119. E. Weisz, üb. Hydrops articulo-rum intermittens.
120. Th. Gluck, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. H. Gutzmann, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. Alfr. Moll, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. Br. Oppler, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. P. Strassmann, Uterusblutungen.
125. Otto Küstner, zur abdominalen Myotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. Geo. W. Jacoby, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ktolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. Georg Rosenfeld, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. Max Joseph, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. Alphons Fuld, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. Felix Hirschfeld, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. H. Strauss, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropose. (Doppelheft.)
132. Ludw. Herzog, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comatürten Zuständen. (Doppelheft.)
133. M. Mendelsohn, üb. d. therap. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. O. Rosenbach, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. Paul Schuster, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. Ir. Bloch, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. Reinhold Ledermann, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. Gust. Brühl, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. Paul Fr. Richter, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. Toby Cohn, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. Bernh. Bendix, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. Herm. Gutzmann, Neeneres über Taubstummheit und Tanbunnenbildung.
143. Rich. Rosen, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. Franz Dorn, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — Ekstein, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. A. Mackenrodt, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. Carl Bayer, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. J. Ruhemann, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. Hans Kehr, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. Theodor S. Platau, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. Julius Heller, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimat-injectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. E. Lindemann, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. L. Jacobsohn, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. A. Landerer, der gegenwärt. Stand der Hetal(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. Leop. Ewer, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. Eug. Felix, die adenoiden Vegetationen
156. Emil Guttman, die Blutungen des Schorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. Georg Platau, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.

159. **Reineboth**, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

160. **Menzer**, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.

161. **J. Boas**, üb. nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.

162. **W. Brügelmann**, die verschied. Formen des Asthma und ihre Behandlung. (Doppelheft.)

163. **L. Kuttner**, die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode.

164. **H. Strebel**, die bisherigen Leistungen der Lichttherapie.

165. **Fromme**, die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. (Doppelheft.)

166. **A. Smith**, üb. d. heut. Stand d. funktionell. Herzdiagnost. u. Herztherap. (Doppelheft.)

167. **Konrad Hense**, der Stand d. Operationen des Gebärmutterkrebses.

168. **H. Finkelstein**, die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten d. Säuglings.

169. **K. Brandenburg**, die Auswahl d. Kranken für d. Lungenheilstätten u. d. frühzeitige Erkennung d. Lungentuberkulose in der ärztlichen Praxis. (Doppelheft.)

170. **S. Auerbach**, zur Behandlg. d. function. Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen.

171. **Kurt Mendel**, welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? (Doppelheft.)

172. **M. Hirschberg**, die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel.

173. **Max Joseph**, über Nagelkrankheiten. (Doppelheft.)

174. **Grüppner**, die mechanische Prüfung und Beurtheilung der Herzleistung. (Doppelheft.)

175. **Albert Rosenberg**, welche Nasenkrankheiten kann man ohne technische Untersuchungsmethoden erkennen? (Doppelheft.)

176. **G. Treupel**, über die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen.

177. **Franz Kuhn**, Prophylaxe u. operationslose Behandlg. des Gallensteinleidens. I. (Doppelheft.)

178. **O. Rosenbach**, über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe.

179. **A. Buschke**, Pathologie u. Therapie d. hereditären Syphilis. (Doppelheft.)

180. **Franz Kuhn**, die Prophylaxe u. operationslose Behandlg. d. Gallensteinleidens. Fortsetzung. (Doppelheft.)

181. **Ed. Reichmann**, Percussorische Auscultation, Phonendoscopie und Stäbchenauscultation. (Doppelheft.)

182. **K. Wessely**, Auge und Immunität.

183. **Hans Hirschfeld**, über d. diagnostisch. u. prognostisch. Wert von Leukoocytenuntersuch.



Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER
 [300] EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.
 BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFERANT.



Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler,

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Operative Geburtshülfe

für

Herzte und Studierende

von

Dr. med. Wilhelm Nagel,

a. o. Professor an der Universität und Erster Assistent der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Königl. Charité zu Berlin.

Mit 77 Abbildungen.

Preis: geheftet 10 Mark.

Dr. Theinhardt's

lösliche Kindernahrung



Seit 13 Jahren klinisch und praktisch zur Ernährung der Säuglinge in gesunden und kranken Tagen erprobt.



Von ersten Pädiatern als diät. Therapeut., bei Verdauungs-Störungen, sommerlichen Diarrhöen, Brechdurchfall, Anämie, Pädotropie, Rhachitis, Scrophulose etc. vorzugsweise angewandt.



Einfache, rasche, zuverlässige Zubereitung bei Verwendung von

Dr. Theinhardt's Dampfkocher.

$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr. Mk. 1.90, $\frac{1}{2}$ Büchse Mk. 1.20. Probepbüchse Mk. 0,75.

Vorrätig in d. meisten Apotheken u. Drogerien. Für Kinderkliniken und Heilstätten, für Hospitäler, Heilanstalten, sowie für Aerzte ad usum proprium bei direktem Bezug ab Fabrik besondere Vorzugspreise.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch

Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft

331]

Cannstatt (Württemberg).



HYGLAMA

wohlschmeckend, leicht verdaulich, billig.

Ein seit 13 Jahren klinisch erprobtes und bewährtes concentrirtes Nähr- und diätetisches Heilmittel, welches in einer Reihe erster Heil-, Pflege- und Kuranstalten seit langem und regelmäßig im Gebrauch ist.

Allgemein angewandt bei mangelhafter Ernährung, zur Hebung der Körperkräfte, in der Reconalescenz; bei Anämie, Chlorose, Pneumon., Phthis., Rhachit.

Speziell angewandt bei Magen- u. Darmleiden. Carcinom, Ulcus ventr.; Hyperacidit., hyster.-neurasthenisch. Verdauungsstörung., Peritonitis u. Nephrit.

Bei fieberhaft. Erkrankungen Bei Typhus abdominalis, Influenza, Diphtherie, Dysenterie, Malaria u. s. w. Bei Hyperemesis gravid., Lactation.

Zur künstlichen Ernährung per os oder rectum. Ausgeschlossen Diabetes mellitus.

Für Hospitäler, Heilanstalten, sowie für Aerzte ad usum proprium bei direktem Bezug ab Fabrik besondere Vorzugspreise.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch
Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft m. b. H.,
331] Cannstatt (Württbg.)



$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr.

Mk. 2,50

$\frac{1}{2}$ Büchse

Mk. 1,60

Probepbüchse

Mk. 1,—



Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.



E. W. B.

September 1903.

Heft 183.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn †

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert von Leukocytenuntersuchungen.

Von

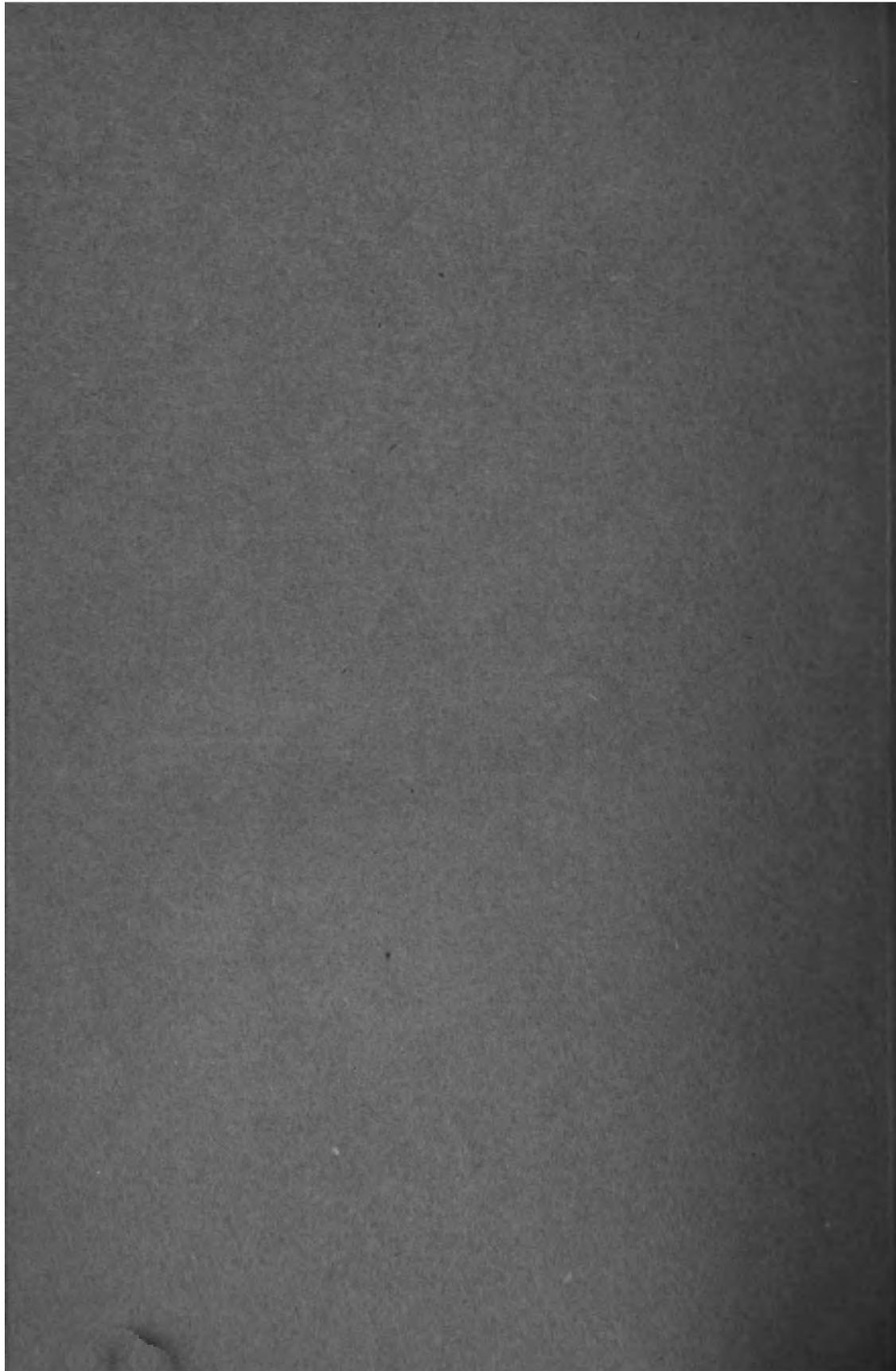
Dr. Hans Hirschfeld, Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- u. Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

Preis: 0,60 Mark.



NBA 33



U. HOLZER
BIMI



3 2044 103 042 982